

Makilim Nunes Baptista
Rosana Righetto Dias
Adriana Said Daher Baptista

Psicologia Hospitalar

TEORIA, APLICAÇÕES E CASOS CLÍNICOS

TERCEIRA EDIÇÃO
AMPLIADA E ATUALIZADA





Psicologia Hospitalar

TEORIA, APLICAÇÕES E CASOS CLÍNICOS





O GEN | Grupo Editorial Nacional – maior plataforma editorial brasileira no segmento científico, técnico e profissional – publica conteúdos nas áreas de ciências humanas, exatas, jurídicas, da saúde e sociais aplicadas, além de prover serviços direcionados à educação continuada e à preparação para concursos.

As editoras que integram o GEN, das mais respeitadas no mercado editorial, construíram catálogos inigualáveis, com obras decisivas para a formação acadêmica e o aperfeiçoamento de várias gerações de profissionais e estudantes, tendo se tornado sinônimo de qualidade e seriedade.

A missão do GEN e dos núcleos de conteúdo que o compõem é prover a melhor informação científica e distribuí-la de maneira flexível e conveniente, a preços justos, gerando benefícios e servindo a autores, docentes, livreiros, funcionários, colaboradores e acionistas.

Nosso comportamento ético incondicional e nossa responsabilidade social e ambiental são reforçados pela natureza educacional de nossa atividade e dão sustentabilidade ao crescimento contínuo e à rentabilidade do grupo.

Psicologia Hospitalar

TEORIA, APLICAÇÕES E CASOS CLÍNICOS

Makilim Nunes Baptista

Psicólogo. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Doutor pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Docente e Coordenador do Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental (LAPSaM) do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco (USF). Bolsista de Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Rosana Righetto Dias

Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Campinas. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pelo Departamento de Pediatria do Centro de Investigação em Pediatria (Ciped) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Docente e Coordenadora do Curso de Psicologia do Centro Universitário Hermínio Ometto/Uniararas. Psicóloga Clínica do Núcleo de Aprimoramento em Psicologia (NAPSI).

Adriana Said Daher Baptista

Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Campinas. Doutora pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da EPM-Unifesp. Curso de Extensão em Reabilitação Cognitiva pelo Check-up do Cérebro. Docente do Centro Universitário Hermínio Ometto/Uniararas. Psicóloga Clínica da Clínica da Atenção Memória e Humor, Campinas.

3ª edição



- Os autores deste livro e a EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA. empenharam seus melhores esforços para assegurar que as informações e os procedimentos apresentados no texto estejam em acordo com os padrões aceitos à época da publicação, *e todos os dados foram atualizados pelos autores até a data da entrega dos originais à editora*. Entretanto, tendo em conta a evolução das ciências da saúde, as mudanças regulamentares governamentais e o constante fluxo de novas informações sobre terapêutica medicamentosa e reações adversas a fármacos, recomendamos enfaticamente que os leitores consultem sempre outras fontes fidedignas, de modo a se certificarem de que as informações contidas neste livro estão corretas e de que não houve alterações nas dosagens recomendadas ou na legislação regulamentadora.
- Os autores e a editora se empenharam para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores de direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos posteriores caso, inadvertida e involuntariamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.
- Direitos exclusivos para a língua portuguesa
Copyright © 2018 by **EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.**
Um selo integrante do GEN | Grupo Editorial Nacional
Travessa do Ouvidor, 11
Rio de Janeiro – RJ – CEP 20040-040
Tels.: (21) 3543-0770/(11) 5080-0770 | Fax: (21) 3543-0896
www.grupogen.com.br | faleconosco@grupogen.com.br
- Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, em quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição pela Internet ou outros), sem permissão, por escrito, da EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.
- Capa: Bruno Sales
Produção digital: Geethik
- Editoração eletrônica: Triall Editorial Ltda.
- Ficha catalográfica

B174p

3. ed.

Baptista, Makilim Nunes

Psicologia hospitalar : teoria, aplicações e casos clínicos / Makilim Nunes

Baptista, Rosana Righetto Dias, Adriana Said Daher Baptista. - 3. ed. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2018.

340 p. ; 24 cm.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-277-3354-0

1. Hospitais - Aspectos psicológicos. 2. Pacientes hospitalizados - Psicologia. 3. Psicologia clínica da saúde. I. Dias, Rosana Righetto. II. Baptista, Adriana Said Daher. III. Título.

18-47202

CDD: 362.11

CDU: 614.21

Este livro é dedicado a todos os profissionais que têm como objetivo diminuir o sofrimento humano nos diferentes contextos da saúde.

À minha esposa Adriana Said Daher Baptista, que, mais do que esposa, é minha amiga e confidente.

Aos nossos filhos, Daenam e Luria, que foram os melhores presentes com que a sábia natureza poderia nos ter contemplado.

Aos meus pais e irmãos, que proporcionaram meus principais valores de vida.

À minha amiga e grande profissional Rosana Righetto Dias, que aceitou com empenho este empreendimento. Sua sensibilidade e dedicação fazem dela uma grande amiga e colega de trabalho.

A todos os amigos, nos quais me apoio e espelho meus aprendizados.

Makilim Nunes Baptista

Dedico este trabalho especialmente àqueles que amo. Ao meu filho Gabriel, pelas minhas ausências e por ele aprender, desde muito cedo, o valor da generosidade. Aos meus pais, Roberto (in memoriam) e Luzia, por terem me ensinado a lutar pelos meus ideais e por serem exemplos de ética e determinação, proporcionando, assim, meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu grande amigo Makilim Nunes Baptista, pela valiosa demonstração de amizade, confiança e competência na realização deste feito.

À minha preciosa amiga e parceira de anos de trabalho, Adriana Said Daher Baptista, pelo acréscimo nesta terceira edição, com seu talento e sua competência.

A todos os profissionais da área da saúde, que têm o prazer de trabalhar com desejos e limitações que se tornam ilimitados diante de adversidades, dores, perdas e alegrias, na busca de práticas humanas e científicas.

Rosana Righetto Dias

Tem coisas na vida que as palavras não são capazes de expressar.

Uma delas é a intensidade do amor; amor pela minha família, pela vida – Mauro, Massami, Simone, tia Ana e tia Margarida, sou fruto do amor de vocês. Aprendi a cuidar pela forma que vocês me ensinaram, enxergando o outro. Amor eterno e indiscutível pelo Makilim, que sempre me ensina a levar a vida de forma mais leve e cheia de energia; ao Dada, que me ensina a ser uma pessoa melhor sempre que me coloca dentro da realidade; e à Luria, que me ensinou que posso amar sem a necessidade de repartir. Todos vocês dão sentido para a minha vida.

Outro sentimento presente é a gratidão. Gratidão à Diana, pelo amor que aprendi pela Psicologia da Saúde e pelas oportunidades que sempre me deu, acreditando no meu potencial. À Rosana, que além, de amiga presente desde a minha formação, é presente sempre.

Não poderia deixar de lado os “meus” alunos, e consequentemente “mestres”. O contato com vocês só me faz crescer. Desenvolvo-me a partir dessa relação, pois vocês me instigam a aprender e me nutrem como professora.

Adriana Said Daher Baptista

Colaboradores

Aila Alves Alvarenga Taurisano

Psicóloga. Especialista em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Aline Santarem Ernesto

Psicóloga. Mestre e Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Aprimoramento em Psicologia em Unidade Básica de Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Professora Convidada das disciplinas de Psicologia Clínica/Psicanálise, Psicologia da Saúde e Hospitalar, Orientação de TCC – Graduação e Pós-graduação do departamento de Psicologia da Universidade São Francisco (USF).

Carina Basqueira Lourenço

Especialista em Fisioterapia Neurofuncional do Adulto pela Unicamp. Professora Especialista de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Neurofuncional Adulto e Infantil, de Estágio Supervisionado em Cuidados Paliativos e Professora de Formação Profissional do Centro Universitário Hermínio Ometto/Uniararas.

Carla Gabriela Wunsch

Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Professora-assistente da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental do departamento de Enfermagem da UFMT.

Carla Rodrigues Zanin

Especialista em Psicologia Cognitivo-Comportamental e Mestre Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Doutoranda em Ciências da Saúde pela FAMERP. Professora-assistente da disciplina de Psicologia da Saúde do departamento de Psicologia da FAMERP. Docente das disciplinas de Psicologia da Saúde e Fundamentos da Psicologia Clínica da Fundação Educacional de Fernandópolis (FEF).

Diana Tosello Laloni

Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Unicamp. Doutora em Ciência e Profissão pela PUC-Campinas. Professora Titular da Disciplina de Estágio em Psicologia Saúde/Clínica do Departamento de Psicologia da PUC-Campinas.

Eduardo Santos Miyazaki

Psicólogo. Mestre em Psicologia e Saúde pela FAMERP. Doutorando em Ciências da Saúde pela FAMERP. Aprimoramento em Psicologia da Saúde pelo Hospital de Base de São José do Rio Preto/Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto (Funfarme). Professor das disciplinas de Psicologia Geral Experimental, Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar do Centro Universitário de Rio Preto (UNIRP). Professor da disciplina de Bases Filosóficas da Psicologia do departamento de Psicologia da FAMERP.

Eliane Regina Lucânia Dionísio

Psicóloga. Mestre em Psicologia e Saúde pela FAMERP. Professora dos Cursos de Extensão e Especialização *Lato Sensu* da FAMERP e do Instituto de Psicologia, Educação, Comportamento e Saúde (IPECS). Psicóloga Clínica e da Saúde na Abordagem Cognitivo-Comportamental.

Eliane Tiemi Miyazaki

Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e Mestre em Psicologia da Saúde pela FAMERP. Professora da União das Faculdades dos Grandes Lagos (Unilago). Supervisora do Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde e Membro da Equipe Interdisciplinar de Transplante de Fígado e do Projeto Acolher (Vítimas de Violência Sexual) do Hospital de Base de São José do Rio Preto/Funfarme. Coordenadora do Curso de Extensão em Violência Sexual do IPECS.

Estefânia Ibarra Dobes da Rosa

Psicóloga. Especialista em Psico-oncologia pela Sociedade Brasileira de Psico-oncologia (SBPO).

Evelyn Kuczynski

Médica. Especialista em Pediatria e em Psiquiatria da Infância e Adolescência pelo Hospital das Clínicas (HC) da Faculdade Medicina da USP (FMUSP). Doutora em Psiquiatria pela FMUSP.

Fábio Roque leiri

Médico Psiquiatra. Especialista em Emergências Psiquiátricas pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP). Médico-assistente do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, Campinas.

Fabício Robson Lahr

Psicólogo pela Universidade Paulista (UNIP). Membro da Equipe Transdisciplinar do Instituto SER-Campinas.

Fátima Iara Abad Sanchez

Psicóloga. Especialista em Clínica Psicomotriz e nas Dificuldades da Aprendizagem pelo Instituto SER-Campinas e pela Sociedade Brasileira de Psico-motricidade do Estado de São Paulo; em Psico-pedagogia pela USF e pela Escola de Psicopedagogia de Buenos Aires (Epsiba); e em Terapia de Família e Comunidade pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e pelo Instituto de Desenvolvimento Profissional (Interface-SP). Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Unicamp. Membro da Equipe Transdisciplinar do Instituto SER-Campinas.

Francisco Baptista Assumpção Júnior

Psiquiatra da Infância e Adolescência. Doutor em Psicologia pela PUC. Professor Livre-docente do departamento de Psiquiatria da FMUSP. Professor-associado do Instituto de Psiquiatria (IP) da USP. Membro da Academia Paulista de Medicina e Psicologia.

Gabriela da Silva Cremasco

Psicóloga. Mestre em Psicologia pela USF. Doutoranda em Psicologia pela USF [bolsista pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)].

Gésio Eduardo Antas Rodrigues

Médico. Especialista em Hematologia e Hemoterapia pelo Centro de Pesquisas Oncológicas de Santa Catarina (CEPON).

Helena Bazanelli Prebianchi

Psicóloga. Especialista em Terapia Comportamental, Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Psicologia: Profissão e Ciência pela PUC-Campinas. Professora Titular das disciplinas de Psicologia na Saúde/Clínica, Estágio Supervisionado em Psicologia na Saúde/Clínica e Análise do Comportamento I da Faculdade de Psicologia, e das disciplinas de Seminários Avançados de Pesquisa e Métodos de Pesquisa em Psicologia do Programa de Pós-graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

Hugo Gedeon Barros dos Santos

Especialista em Saúde do Adulto e do Idoso com Ênfase em Atenção Cardiovascular pelo Hospital Universitário Júlio Müller/UFMT. Mestre em Enfermagem pela UFMT. Doutorando em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UFMT. Preceptor de Atividades Práticas da disciplina de Saúde Mental do departamento de Ciências Médicas da UFMT. Enfermeiro da Unidade Atenção Psicossocial Hospital Universitário Júlio Müller/UFMT.

Jaqueline Feitoza de Araújo Zanobi

Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Neuro-funcional Adulto e Infantil pelo Centro Universitário Hermínio Ometto/Uniararas. Professora das disciplinas de Introdução à Fisioterapia I e II e Vivências Clínicas I e II e Supervisora do Estágio de Fisioterapia em Saúde Coletiva e Pediatria do Centro Universitário Hermínio Ometto/Uniararas.

Leda Maria Branco

Psicóloga. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e Doutora em Ciências da Saúde pela FAMERP. Professora Adjunta da disciplina de Psicologia Médica do departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica e da disciplina Psicologia do Desenvolvimento II do departamento de Psicologia da FAMERP.

Lidiane Soares Campos

Médica. Neurologista pela Unicamp. Especialista em Neurofisiologia Clínica – Eletroencefalografia, em Doenças Neuromusculares e em Distúrbios do Movimento pela Unicamp. Mestre em Neurologia pela Faculdade Ciências Médicas (FCM) da Unicamp.

Lisandra Borges

Psicóloga. Especializanda em Neuropsicologia pela USF. Mestre e Doutora em Psicologia pela USF. Professora Convidada das disciplinas de Processos Psicológicos Básicos, Ciência da Medida e Avaliação da Inteligência, Avaliação da Personalidade, Pesquisa e Produção Científica e Orientação de Trabalho de Curso do departamento de Psicologia da USF. Professora dos Cursos de Especialização em Avaliação Psicológica e Neuropsicologia do Instituto de Pós-graduação e Graduação (IPOG).

Luana Maria de Oliveira

Psicóloga. Especialista em Saúde da Mulher pela PUC-Campinas. Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher pelo Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP)/PUC-Campinas.

Marcos Tadeu Nolasco da Silva

Médico Pediatra. Especialista em Imunologia Pediátrica pela Unicamp. Mestre e Doutor em Ciências, com área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, pela FCM/Unicamp. Professor Doutor do Departamento de Pediatria da FCM-Unicamp.

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Campinas. Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Pós-doutorado em Psicologia e Saúde pela University of London, Londres. Livre-docência pela FAMERP. Professora Adjunta Livre-docente das disciplinas de Psicologia: Ciência e Profissão e Psicologia da Saúde e Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia e das disciplinas de Discurso Científico e Planejamento de Ensino na Pós-graduação do departamento de Psicologia da FAMERP.

Maria Jaqueline Coelho Pinto

Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP). Aprimoramento em Psicologia da Saúde pela FAMERP e em Psicodrama pela Federação Brasileira de Psicodrama (FEBRAP). Professora Adjunta da Disciplina de Desenvolvimento I do Departamento de Psicologia da FAMERP.

Marianne Herrera Falcetti Ferreira

Médica Psiquiatra. Especialista em Dependência Química pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Residência Médica em Psiquiatria pelo departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Unicamp. Coordenadora da Enfermaria de Saúde Mental do Complexo Hospitalar Prefeito Edvaldo Orsi (CHPEO), Campinas. Preceptora do Programa de Residência Médica de Psiquiatria do CHPEO Integrado ao Sistema de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde (SUS), Campinas.

Marina Cruvinel Macedo

Psicóloga. Especialista em Terapia Comportamental pelo Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento. Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação pela Unicamp. Professora Convidada do Curso de Graduação em Psicologia da USF.

Marina Stahl Merlin

Psicóloga. Especialista em Psicologia Aplicada à Neurologia Infantil pela Unicamp. Mestre em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Unifesp.

Neide Aparecida Micelli Domingos

Psicóloga. Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Psicologia pela PUC-Campinas. Professora Adjunta das disciplinas de Pesquisa em Psicologia e Metodologia de Pesquisa do departamento de Psicologia da FAMERP.

Nelson Iguimar Valerio

Especialista em Psicologia da Saúde pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Mestre em Psicologia Clínica: Cognitivo Comportamental e Doutor em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC-Campinas. Professor Adjunto Doutor IV das disciplinas de Ética, Fundamentos de Psicologia e Psicologia Médica II do departamento de Psicologia da FAMERP.

Queila Pierre Fernandes

Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo CFP. Pós-graduação em Hospital Geral pelo Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia da Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP)/PUC-Campinas.

Rafael Andrade Ribeiro

Especialista *Lato Sensu* na Modalidade Residência e Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência pela PUC-Campinas. Professor Tutor do Programa de Residência Multiprofissional da PUC-Campinas.

Randolfo dos Santos Junior

Psicólogo. Especialista em Psicologia da Saúde e Doutor em Ciências da Saúde pela FAMERP. Professor Colaborador da disciplina de Teorias da Personalidade do departamento de Psicologia da Faculdade Psicologia da FAMERP. Chefe do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto/Funfarme.

Roselma Lucchese

Especialista em Enfermagem, Psiquiatria e Saúde Mental pela USP/Ribeirão Preto e em Coordenação de Grupo Operativo pelo Instituto Pichon-Riviére, São Paulo. Mestre e Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP. Professora Adjunta das disciplinas de Saúde Mental e Grupos em Saúde do Instituto de Biotecnologia da Universidade Federal de Goiás (UFG). Professora da disciplina de Metodologia Científica do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Organizacional da UFG.

Samira Reschetti Marcon

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública e Mestre em Saúde e Ambiente pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFMT. Doutora em Ciências pelo departamento de Enfermagem da Unifesp. Professora Adjunta da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental da Faculdade de Enfermagem e Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMT.

Silvia Stahl Merlin

Médica Psiquiatra e Neurologista. Especialista em Neurologia Cognitiva e do Comportamento pela FMUSP.

Taiana Carina Henrique

Psicóloga. Especialista em Neuropsicologia aplicada à Neurologia Infantil pela Unicamp.

Tânia Rudnicki

Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica pela PUCRS. Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Psicologia pela PUCRS. Professora Adjunta das disciplinas de Pesquisa em Psicologia e Trabalho de Conclusão de Curso do departamento de Psicologia do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG). Supervisora da Prática de Estágio em Psicologia Clínica e Ênfase em Saúde e Educação do FSG.

Thais de Lima Bezerra

Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica pelo Núcleo Paradigma. Aprimoramento em Psicologia Hospitalar pela PUC-Campinas.

Tiago dos Santos Andrade

Médico. Especialista em Psiquiatria pela Unicamp. Médico-assistente e Preceptor da Residência Médica em Psiquiatria do Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi Integrado ao Sistema de Saúde Mental do SUS, Campinas.

Valéria Batista Menezes Agostinho dos Santos

Psicóloga. Especializanda em Psicologia Hospitalar pela Universidade de Araraquara. Aprimoramento em Psicologia Hospitalar pelo HMCP/PUC-Campinas. Psicóloga Clínica do Instituto de Psiquiatria de Campinas. Psicóloga-assistente da UTI-Adulto e Infantil e Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional – Urgência e Trauma do Hospital da PUC-Campinas.

Agradecimentos

À Dra. Diana Tosello Lalon, que muito contribuiu para a realização deste trabalho, pelo admirável modelo profissional e de pessoa que nos transmite. Por sua presença direta e indireta em boa parte do conteúdo deste livro, de maneira dedicada, séria e empenhada, contribuindo para a elaboração e a aplicação de práticas clínicas psicológicas na área da saúde. E, ainda, pelos prefácios da segunda e da terceira edição desta obra. Nosso enorme respeito e carinhosa gratidão a você.

Ao Dr. Francisco Baptista Assumpção Júnior, pelo prefácio da primeira edição e por sua importante participação neste livro.

Aos colaboradores deste trabalho, pela convicção de que, compartilhando suas práticas, muito fazem em prol do trabalho acadêmico e científico.

Ao agente literário Ramilson Almeida, pela viabilização e promoção deste livro.

À Editora Guanabara Koogan, pela publicação.

Aos pacientes que possibilitam, nos contextos de saúde e doença, aprendizagem e construção de práticas de avaliação e intervenção mais eficazes para a aplicação científica.

Makilim Nunes Baptista
Rosana Righetto Dias
Adriana Said Daher Baptista

Prefácio à 2ª edição

Minha entrada na Psicologia Clínica foi na década de 1960, quando os primeiros trabalhos em Psicologia da Saúde estavam sendo publicados. Os anos de prática clínica em consultório foram o treinamento para o ingresso na Psicologia da Saúde, que se inicia em 1980 pelo interesse direcionado especialmente para crianças vítimas de maus-tratos e abuso sexual. Nessa época, organizou-se em Campinas um centro de registro para denúncias anônimas de crianças que chegavam aos diversos serviços de atenção apresentando marcas de espancamentos, queimaduras e sinais de abuso sexual.

O centro de registro foi criado por um grupo de profissionais de diversas áreas, hospitais, postos de saúde, da rede de atendimento à criança e ao adolescente e professores universitários, e nesse grupo estive por alguns anos. O interesse pelo problema da saúde, a busca de informações e de tecnologias para as ações psicológicas me levaram ao encontro de estudos e procedimentos da Psicologia da Saúde.

Durante mais de duas décadas, tenho enfrentado a questão sobre as diferenças entre Psicologia da Saúde, Medicina Comportamental, Psicologia Médica, Psicologia Hospitalar e Psicologia Clínica, e a posição que defendo é que qualquer aplicação da Ciência Psicológica para problemas e questões da saúde é Psicologia da Saúde. Não há diferenças de conteúdo entre as denominações; elas representam épocas diferentes, ou adotam a denominação do contexto de aplicação, mas todas são responsáveis pelo conjunto do conhecimento da Ciência Psicológica aplicada ao binômio saúde/doença.

A Psicologia da Saúde distingue-se da Psicologia Clínica por compreender o comportamento no contexto da saúde e doença. A utilização do modelo tradicional da Psicologia Clínica no contexto do hospital geral mostrou-se ineficaz, e, dessa forma, as ações clínicas no hospital geral tornaram-se um desafio aos psicólogos.

Os médicos, reconhecendo a importância dos fatores psicológicos nas doenças, passaram a chamar o psicólogo clínico para auxiliar no entendimento da etiologia, para a apresentação de tratamentos mais eficazes e para o desenvolvimento de projetos de pesquisa multidisciplinares. O psicólogo da Saúde é, portanto, aquele que tem competências em psicologia, e seus conhecimentos foram ampliados para a Saúde e para o Sistema de Saúde. A especialização em Psicologia da Saúde requer um treinamento pessoal na área específica de aplicação, até que se adquira o nível de competência que identifica o especialista.

Há sistemas teóricos e técnicas que são essenciais para a sólida formação dos psicólogos. Um profissional é competente quando demonstra ser capaz de resolver um problema. A demonstração da competência em geral ocorre num ambiente particular; no caso da Psicologia da Saúde, o ambiente é determinado por essa referência.

O campo da Psicologia da Saúde cresceu muito nos últimos 20 anos. Há muitas contribuições na área da promoção da saúde, prevenção de doenças, educação e tratamento para saúde. Os psicólogos da Saúde estão envolvidos no crescimento e desenvolvimento dessa área.

Os psicólogos, analistas de comportamento, buscam na Ciência do Comportamento conhecimentos relevantes à compreensão da saúde física e da doença, bem como sua relação com os comportamentos. Esses conhecimentos podem oferecer oportunidades para o planejamento de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, e reúnem-se em torno do binômio comportamento/saúde.

O assunto deste livro é do ambiente da saúde; os problemas apresentados têm mais em comum a questão da saúde do que outras questões das demais áreas da Psicologia. Esse denominador comum identifica esta obra como da Psicologia da Saúde, com um recorte no ambiente hospitalar como local de aplicação do conhecimento psicológico. Não se trata de uma introdução à área da Saúde, mas da aplicação da Psicologia, em especial da Ciência do Comportamento, na interface saúde/doença no contexto de um hospital geral. O livro traz alguns registros de trabalhos nas enfermarias de um hospital-escola, não se restringindo apenas a tal local.

O Serviço de Psicologia começou nesse hospital em fevereiro de 1986. Os objetivos propostos, na época, eram atender ao projeto Pedagógico da Universidade e, em especial, do Curso de Psicologia, e previam a formação de profissionais voltados para a realidade brasileira, proporcionando atendimento à comunidade na qual o curso estava inserido e oferecendo ao aluno, na

sua formação, a oportunidade da experiência multidisciplinar na área da Saúde.

Após três anos, o hospital, reconhecendo a necessidade de prestar assistência psicológica nas enfermarias e ambulatório, contratou psicólogos para assistência e criou a Coordenadoria do Serviço de Psicologia com a responsabilidade técnica e administrativa. Instalou-se oficialmente, dessa forma, a prática profissional da psicologia hospitalar no complexo hospitalar. Tratava-se de um hospital geral, privado, pertencente à mesma sociedade mantenedora da universidade, com 400 leitos, e conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), recém-criado pela Constituição de 1988.

Desde então, o serviço ofereceu campo de estágio aos alunos de Psicologia, aos pós-graduandos do curso de aprimoramento, e recebeu inúmeras visitas, sendo referência em Psicologia Hospitalar no Brasil. Dos trabalhos desenvolvidos, muitos se tornaram publicações científicas, dissertações e teses, relatos de experiências e capítulos de livros. Os profissionais que, durante esses anos, passaram por esse serviço tornaram-se docentes e levaram para outros hospitais o modelo de atenção que ali foi gerado, desenvolvido e experimentado.

A primeira pessoa a organizar esta obra trabalhou arduamente para sua publicação; buscou cada um dos autores, para contar essa história e sua experiência na Psicologia Hospitalar, e assim conseguiu, com muito esforço e dedicação, sua primeira publicação. A segunda organizadora, na época da primeira publicação, fazia parte integrante do serviço e foi quem, com sua peculiar delicadeza e persistência, conseguiu reunir os colegas para que produzissem o material referente aos capítulos de cada uma das áreas de trabalho. Os autores, quase todos participantes ativos do serviço, juntaram esforços para descrever suas práticas, e tornaram possível a primeira edição deste livro.

Neste momento, quando a primeira edição foi revisada para a segunda publicação, e a oportunidade de colaborar nesta obra me foi oferecida, aceitei o desafio principalmente para apresentar aos organizadores os cumprimentos pela competência e agradecer especialmente a vocês, por tornarem a experiência e a história do serviço uma realidade registrada. Cinco anos após a primeira publicação, mudanças estruturais e administrativas atingiram o serviço; mas, como aquilo que é sólido e traz benefício aos outros perdura, o serviço no geral se mantém e muitas das suas práticas estão consolidadas.

É preciso agradecer a todos os pacientes, que nos ensinaram a trabalhar com eles e para eles; agradecer a todos os alunos, que, ano após ano, escolheram essa prática para aprenderem a ser psicólogos; e a todos os colegas de profissão, que, ao longo dessa jornada, estiveram ou estão no serviço, lutando contra as dificuldades estruturais e desbravando o campo da Psicologia da Saúde no hospital geral.

Tornou-se especialmente gratificante escrever este prefácio, ao apresentar a inserção da Psicologia Hospitalar na Psicologia da Saúde e historiar o Serviço de Psicologia desde seu nascedouro, em 1986, até os dias de hoje. Além disso, permitiu-me constatar o quanto a prática psicológica no hospital geral desenvolveu-se e cresceu com o nosso serviço, e o quanto esta obra tem contribuído para a formação de inúmeros graduandos em Psicologia e psicólogos iniciantes no complexo mundo dos hospitais.

Diana Tosello Laloni

Doutora em Psicologia Ciência e Profissão pela PUC-Campinas.

Docente do Curso de Psicologia da PUC-Campinas.

Psicóloga Coordenadora do Serviço de Psicologia do HMCP/PUC-Campinas (período de 1988 até 2008).

Prefácio à 3ª edição

Escrever o prefácio da terceira edição é uma honra e um prazer. Sinto orgulho por fazer parte dessa história, por estar contribuindo para o conhecimento técnico-científico da Psicologia Clínica na Saúde e por acompanhar durante quase 40 anos o crescimento da área e das pessoas que lutam por esse ideal, muitas vezes sem o devido reconhecimento.

A importância do tema Psicologia na Saúde e Psicologia no Hospital está demonstrada pela vitalidade desta obra, nesta nova publicação. A primeira edição apresentava 10 capítulos; a segunda, ampliada e acrescida de temas pertinentes, continha 15; e já nesta terceira edição, são 22 capítulos, com dez novos temas, abrangendo a discussão sobre a integralidade da atenção e a inter-relação com as equipes multiprofissionais.

A Psicologia Clínica entrou definitivamente no hospital e na saúde, com o intuito de observar a pessoa em sofrimento, buscando estratégias tanto para receber o paciente com suas questões quanto para enfrentá-las e, ao mesmo tempo, desenvolvendo planos terapêuticos conjuntos com as equipes multiprofissionais em benefício do paciente. Esse é o desafio que agora temos pela frente: planos de intervenção integrados, com os olhares de todos e em benefício de um.

Os desafios se impõem na atenção da criança e do adolescente, pois a família nuclear mudou e esses jovens, muitas vezes desassistidos, requerem de todos nós o acolher e o alerta sobre os cuidados ampliados. Na saúde do adulto, o idoso desassistido, isolado e sem apoio social, exige um olhar externo ao hospital, a fim de definir os recursos necessários para seu cuidado integrado.

Do mesmo modo me refiro ao Serviço de Psicologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), iniciado há 31 anos e que se mantém oferecendo atenção psicológica aos pacientes das enfermarias e unidades especiais e de alguns ambulatorios de especialidade. Esse trabalho é desempenhado por psicólogos que se formaram dentro do serviço e que agora têm a oportunidade de divulgá-lo por meio desta publicação.

A Psicologia da Saúde aplica princípios e pesquisas psicológicas visando à saúde geral dos indivíduos, com estratégias de promoção, prevenção e intervenção, como enfrentamento, ajustamento, conscientização, adesão e adaptação. Teve início por meio dos estudos do comportamento, daí sua primeira denominação de Medicina Comportamental. Com o avanço dessa área, desde 1977, com a conferência de Schwartz & Weiss, em Yale, e a definição de Psicologia da Saúde em 1980, na American Psychological Association (APA), o enfoque multidisciplinar da saúde foi adotado. Esta obra demonstra a amplitude desse modelo e oferece trabalhos de orientações teóricas diversas e multidisciplinares.

Os princípios psicológicos desenvolvidos nos laboratórios de pesquisa experimental, que têm como base filosófica o empirismo, e a análise do comportamento com a aplicação dos princípios na Psicologia Clínica e na Psicologia da Educação desenvolveram modelos de ação para o cuidado de pessoas com as mais diversas necessidades.

Este livro, desde sua primeira edição, tem como preocupação apresentar a atenção psicológica na saúde e no hospital dentro dessa vertente da Psicologia, mostrando como se estrutura e se aplica o conhecimento de princípios do comportamento na atenção à saúde. São poucas as publicações brasileiras com esse tema, o que torna esta obra muito importante a todos aqueles que se identificam com o comportamentalismo.

Em 1990, Emílio Ribes Iñesta, em sua obra “Psicologia e Saúde: uma análise conceitual”, ousou demonstrar como um analista de comportamento deve pesquisar a interação comportamento-saúde e indicou que o comportamento saúde/doença é um continuum e que as contingências biológicas, sociais e culturais estão presentes na interação com o indivíduo, determinando as condições de saúde/doença.

Dessa maneira, o analista compreende que o comportamento saúde/doença é uma função de contingências; e, para qualquer planejamento de ação, promoção, prevenção ou intervenção, as contingências devem ser descritas e conhecidas.

As contingências estão no ambiente, por isso a necessidade de considerar o contexto em que o indivíduo está inserido. No caso do hospital, este é o ambiente em análise; portanto, as contingências presentes na internação determinam a função do comportamento saúde/doença. Embora a compreensão quanto à dimensão desse trabalho ainda não esteja tão clara, o progresso

da ciência psicológica aplicada à saúde é visível ao longo das linhas e entrelinhas deste livro — juntos, estamos construindo esse conhecimento.

Aos amigos e colegas organizadores desta obra, meus cumprimentos por serem capazes de reunir tantos textos de autores envolvidos e identificados com a Psicologia da Saúde e que oferecem a oportunidade de aprendizagem; aos autores que foram meus alunos, agradeço por seguirem esse caminho e expresso minha gratidão, pois é em vocês que posso ver e sentir minha função; e aos colegas com quem já dividi lutas e trabalhos, meus parabéns!

Agradeço também à PUC-Campinas, instituição em que estou há 52 anos, que me acolheu como graduanda e, em seguida, deu a oportunidade de me tornar docente — profissão que permitiu o desenvolvimento do meu trabalho no hospital-escola, desde o início dos anos 1980, e onde estou até o momento. Foram mais de 500 graduandos formados nesse estágio e, a todos, agradeço, pois foi por meio do trabalho de vocês que o serviço de Psicologia no HMCP se instalou e se aperfeiçoou tanto ao longo desses anos.

Agradeço, em especial, à psicóloga Thais de Lima Bezerra, autora do Capítulo 4 | Psico-oncologia, que me substituiu na coordenação do serviço de Psicologia do HMCP, mantendo a qualidade, a responsabilidade e a inovação desse serviço: meu abraço com carinho e admiração!

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para nos ensinar a relação comportamento-saúde/doença, manifesto publicamente minha gratidão. Esse aprendizado está em nossa experiência diária: obrigada!

Diana Tosello Laloni

Doutora em Psicologia Ciência e Profissão pela PUC-Campinas.

Docente do Curso de Psicologia da PUC-Campinas.

Psicóloga Coordenadora do Serviço de Psicologia do HMCP/PUC-Campinas (período de 1988 até 2008).

Sumário

- 1. Formação do Psicólogo para as Áreas da Saúde e Hospitalar**
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki • Neide Aparecida Micelli Domingos • Leda Maria Branco • Maria Jaqueline Coelho Pinto
- 2. Avaliação Psicológica em Saúde**
Lisandra Borges • Makilim Nunes Baptista
- 3. Psicologia Ambulatorial em Hospital Geral | Critérios para Assistência, Ensino e Pesquisa**
Diana Tosello Laloni • Queila Pierre Fernandes
- 4. Psico-oncologia**
Thais de Lima Bezerra • Aila Alves Alvarenga Taurisano • Helena Bazanelli Prebianchi
- 5. Psicólogo e Equipe Multiprofissional nos Cuidados Paliativos**
Estefânia Ibarra Dobes da Rosa • Gésio Eduardo Antas Rodrigues
- 6. Neuropsicologia**
Marina Stahl Merlin • Silvia Stahl Merlin
- 7. Hospitalização de Idosos em Atenção Interdisciplinar**
Adriana Said Daher Baptista • Silvia Stahl Merlin
- 8. Atendimento ao Paciente Renal Crônico em Tratamento de Hemodiálise**
Gabriela da Silva Cremasco • Tânia Rudnicki
- 9. Enfermaria de Obstetrícia**
Valéria Batista Menezes Agostinho dos Santos • Luana Maria de Oliveira
- 10. Atuação Psicológica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**
Queila Pierre Fernandes • Valéria Batista Menezes Agostinho dos Santos
- 11. Psicologia Clínica no Pronto-Socorro Infantil**
Diana Tosello Laloni
- 12. Psicologia Pediátrica | Avaliação e Intervenção**
Marina Cruvinel Macedo • Rafael Andrade Ribeiro • Rosana Righetto Dias
- 13. Sistema Familiar de Crianças com Transtorno do Espectro Autista**
Fabrício Robson Lahr • Fátima Lara Abad Sanchez
- 14. Cuidado Integral a Crianças e Adolescentes com Doenças Crônicas e seus Cuidadores**
Aline Santarem Ernesto • Marcos Tadeu Nolasco da Silva
- 15. Psicólogo em Equipe Multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva Adulto**
Carina Basqueira Lourenço • Taiana Carina Henrique
- 16. Atuação do Psicólogo em Unidade de Transplante de Fígado**
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki • Randolfo dos Santos Junior • Eliane Tiemi Miyazaki
- 17. Psiquiatria de Ligação e Interconsulta Psiquiátrica na Infância e Adolescência**
Francisco Baptista Assumpção Júnior • Evelyn Kuczynski
- 18. Manejo de Pacientes Psiquiátricos no Hospital Geral**

Marianne Herrera Falcetti Ferreira • Fábio Roque Ieiri • Tiago dos Santos Andrade

19. Manejo de Pacientes Internados em Hospital Geral | Atuação com Usuários de Álcool e Drogas

Taiana Carina Henrique • Marianne Herrera Falcetti Ferreira

20. Trabalho em Equipe em Ambulatório de Atenção Psicossocial

Samira Reschetti Marcon • Roselma Lucchese • Hugo Gedeon Barros dos Santos • Carla Gabriela Wunsch

21. Programas de Apoio Psicológico a Profissionais de Saúde

Neide Aparecida Micelli Domingos • Nelson Iguimar Valerio • Carla Rodrigues Zanin • Eduardo Santos Miyazaki • Eliane Regina Lucânia Dionísio

22. Assistência Domiciliar e Atuação Multiprofissional

Jaqueline Feitoza de Araújo Zanobi • Adriana Said Daher Baptista • Lidiane Soares Campos

1

Formação do Psicólogo para as Áreas da Saúde e Hospitalar

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki •
Neide Aparecida Micelli Domingos • Leda Maria Branco •
Maria Jaqueline Coelho Pinto

Introdução

Uma profissão é reconhecida quando “um número crescente de pessoas começa a responder com sucesso a uma necessidade social, por meio da aplicação de certos saberes teóricos e práticos” (Monteiro, 2015, p. 15). Pode-se dizer o mesmo das diferentes atividades específicas de uma profissão, isto é, das especialidades que se desenvolvem em razão de determinada demanda, como é o caso da Psicologia da Saúde e Hospitalar (Resolução CFP n. 03/2016). Contudo, antes de se especializar, o psicólogo deve adquirir competências e habilidades básicas desenvolvidas durante o curso de graduação.

Graduação em Psicologia

No Brasil, o projeto pedagógico dos cursos de graduação deve basear-se nas Diretrizes Curriculares Nacionais, que “constituem as orientações sobre princípios, fundamentos, condições de oferecimento e procedimentos para o planejamento, a implementação e a avaliação deste curso”. De acordo com essas diretrizes (Brasil, 2011):

O curso de graduação em Psicologia tem como meta central a formação do psicólogo voltado para a atuação profissional, para a pesquisa e para o ensino de Psicologia, e deve assegurar uma formação baseada nos seguintes princípios e compromissos:

- I – construção e desenvolvimento do conhecimento científico em Psicologia;
- II – compreensão dos múltiplos referenciais que buscam apreender a amplitude do fenômeno psicológico em suas interfaces com os fenômenos biológicos e sociais;
- III – reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico;
- IV – compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do País, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão;
- V – atuação em diferentes contextos, considerando as necessidades sociais e os direitos humanos, tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades;
- VI – respeito à ética nas relações com clientes e usuários, com colegas, com o público e na produção e divulgação de pesquisas, trabalhos e informações da área da Psicologia;
- VII – aprimoramento e capacitação contínuos.

A formação em Psicologia, portanto, deve desenvolver determinadas competências e habilidades gerais no futuro profissional, conforme apresentado na Tabela 1.1.

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), Resolução CNS n. 218, de 6 de março de 1997, o psicólogo está incluído no grupo de profissionais da saúde de nível superior.* No entanto, a prática profissional da categoria tem ocorrido “majoritariamente a partir do âmbito individual e privatista”, e formar psicólogos competentes para atuar na saúde pública permanece um desafio para os cursos de graduação (Pitombeira *et al.*, 2016).

Vários cursos de Psicologia do país começaram gradualmente a organizar-se para atender a demanda da saúde pública, isto é, formar psicólogos aptos a trabalhar de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma análise das grades curriculares de seis cursos de Psicologia do Rio Grande do Sul identificou três eixos temáticos centrais, que agrupam as disciplinas voltadas à formação do psicólogo para atuar no SUS: o das Ciências Biomédicas (p. ex., Genética, Fisiologia e Neuropsicologia), o da Psicopatologia e da Avaliação Psicológica (p. ex., identificação de transtornos mentais e testes psicológicos) e o da Psicologia Social e Comunitária (Guareschi *et al.*, 2009).

Com base nessa análise, Guareschi *et al.* (2009) indicam três pontos a partir dos quais a Psicologia precisa repensar o seu fazer, que incluem a dicotomização entre aspectos físicos e psicológicos, evidenciada pela ênfase no aprendizado de “métodos e técnicas de psicodiagnóstico e avaliação psicológica”; a necessidade de “um olhar integral que abarque os diversos contextos sociais e culturais em que os indivíduos estão inseridos, o que caracteriza a saúde coletiva”; e “ultrapassar as fronteiras identitárias na composição das equipes de saúde” e assumir um “posicionamento ético/político que se impõe na relação com seu objeto de estudo, isto é, com os sujeitos”.

As competências e habilidades desenvolvidas na graduação em Psicologia devem ser aprimoradas durante toda a vida profissional. Ao abordar o trabalho do psicólogo em equipes de saúde, Miyazaki *et al.* (2017) enfatizam que cabe aos cursos de graduação preparar adequadamente todos os membros dessas equipes. A ausência desse preparo – um problema que não ocorre apenas no Brasil – contribui para a “visão problemática de que a medicina está no topo da hierarquia entre os profissionais da saúde” (Meisinger e Wholer, 2016) e que o “médico é o único agente responsável pela saúde do paciente” (Miyazaki *et al.*, 2017). Para que todas as profissões da saúde sejam percebidas como igualmente relevantes, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus parceiros propõem o ensino interprofissional como uma das estratégias “inovadoras que terão importante papel para reduzir a crise global nas profissões da saúde” (WHO, 2010). Esse tipo de ensino

[...] ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre, do e com o outro, permitindo uma colaboração efetiva e melhores resultados na área da saúde. Quando os estudantes compreendem como trabalhar de forma interprofissional, estão prontos para ingressar no mercado de trabalho como membros de equipes colaborativas. Esse é um conceito fundamental para que os sistemas de saúde saiam de uma posição de fragmentação para uma posição fortalecida (WHO, 2010).

Tabela 1.1 Competências e habilidades gerais a serem desenvolvidas durante a graduação em Psicologia.

Habilidades gerais	Competências
Atenção à saúde	Capacidade para atuar em prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicossocial, com ações de qualidade pautadas nos princípios da ética e da bioética
Tomada de decisões	Avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, com base nas evidências científicas
Comunicação	Ser acessível e utilizar, de maneira ética, as informações obtidas em sua prática na interação com outros profissionais e com o público
Liderança	Assumir posições de liderança no trabalho em equipes de saúde, considerando sempre o “bem-estar da comunidade”
Administração e gerenciamento	Ser proativo e administrar com competência recursos humanos, materiais e de informação, atuando com empreendedorismo e liderança
Educação permanente	Ter capacidade para aprender sempre, comprometer-se com a formação “das futuras gerações de profissionais” e estimular redes nacionais e internacionais de cooperação profissional

Fonte: Brasil (2011).

Para a OMS, a educação interprofissional e o trabalho colaborativo entre profissionais da saúde são aspectos fundamentais para melhorar a crise global que assola a área (WHO, 2010). Entretanto, para que isso seja possível, é necessário contar com a participação integrada do sistema de saúde e do sistema educacional. “Elaborar um currículo interprofissional é um processo complexo, que requer a participação de educadores (professores, profissionais que atuam dentro do sistema de saúde) de diferentes áreas e locais” (Miyazaki *et al.*, 2017). Os resultados, no entanto, são encorajadores e incluem:

[...] competência para trabalhar em equipes; consciência do papel, da responsabilidade e das próprias habilidades e das habilidades dos outros; habilidades de comunicação; habilidades de relacionamento colaborativo, baseado nas necessidades dos pacientes, dos familiares, da comunidade e do sistema de saúde; e uma prática ética (Miyazaki *et al.*, 2017; WHO, 2010).

Os cenários tradicionais de formação de psicólogos, como as clínicas-escola, e de médicos e enfermeiros, como o hospital, são insuficientes para formar profissionais que atuem efetivamente diante dos problemas da comunidade no SUS (Santos *et al.*, 2015). Novas propostas têm surgido, portanto, para articular profissões da saúde durante a graduação por meio do ensino interprofissional, inclusive para a Psicologia.

A Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) tem, há várias décadas, dois cursos tradicionais da saúde: Medicina e Enfermagem. Em 2017, a primeira turma do curso de Psicologia ingressou na instituição. Alunos de Psicologia, Medicina e Enfermagem compartilham disciplinas e atividades conjuntas de aprendizagem, que ainda devem se intensificar e ser aprimoradas, com base no modelo interprofissional de ensino (FAMERP, 2017).

Almeida *et al.* (2012) relataram a experiência de uma universidade da região Nordeste, com vários cursos da área da saúde, onde há diversificação dos cenários de prática e inserção precoce dos estudantes nos espaços de saúde e nas redes sociais de apoio. Apontaram também dificuldades nessa tarefa, algo esperado na integração entre instituições de ensino e serviços de saúde.

Apesar das dificuldades encontradas na interação entre a universidade e os serviços de saúde para a formação de futuros profissionais, esse caminho parece promissor. Para atuar na saúde, é necessário conhecer demandas nacionais e regionais da população, bem como as políticas públicas para a área. Espera-se que a formação interprofissional, dentro do próprio sistema de saúde em interação com a universidade, desenvolva no aluno um saber especializado, o domínio de tecnologias apropriadas e uma forte adesão a um conjunto de padrões éticos fundamentais para garantir a qualidade dos serviços disponibilizados à população (Bastos e Godin, 2010).

É possível identificar nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia a preocupação em formar profissionais preparados para atender as demandas sociais, inclusive do próprio sistema de saúde. Assim, a formação profissional não se resume apenas à graduação, mas a um processo contínuo. Gorayeb *et al.* (2017), ao discutirem a formação profissional para uma prática competente em Psicologia clínica e da saúde, afirmam que “a evolução de uma área depende da qualidade de seus profissionais”.

Para ser um profissional competente, é preciso “aprender a aprender” e aprimorar-se continuamente durante a vida. Após a graduação, o profissional continua a aprender por meio de atividades como “leituras, participações em congressos e em outros eventos, supervisões, programas de educação continuada e pós-graduação” *lato e stricto sensu* (Gorayeb *et al.*, 2017).

Na área da saúde, dois tipos de programas de pós-graduação *lato sensu* merecem destaque: o Aprimoramento Profissional, financiado pelo governo do estado de São Paulo, e a Residência Multiprofissional, financiada pelo governo federal.

Pós-graduação *lato sensu* | Programa de Aprimoramento Profissional

O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) tem como público-alvo profissionais recém-formados da área da saúde (exceto médicos) e caracteriza-se como curso de pós-graduação *lato sensu* ou especialização. Foi instituído pelo governo do estado de São Paulo, por meio do Decreto Estadual n. 13.919, de 11 de setembro de 1979, e é financiado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (Governo do Estado de São Paulo, 2016). Trata-se de um programa de treinamento em serviço, realizado em unidades que integram o sistema de saúde, sob supervisão de profissionais da área (Fernandes *et al.*, 2015).

O PAP tem duração de 1 ano, requer dedicação exclusiva e tem carga horária semanal de 40 h, totalizando um mínimo de 1.760 horas/ano. A maior parte da carga horária total (80%) é destinada às atividades práticas e 20%, às atividades teóricas (p. ex., aulas, seminários, elaboração da monografia etc.). Os “aprimorandos” recebem uma bolsa mensal financiada pela Secretaria do Estado de São Paulo (Governo do Estado de São Paulo, 2016).

Os objetivos do PAP estão descritos no Quadro 1.1.

Entre os centros de formação em saúde que oferecem o PAP, destaca-se a Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Funfarme)** (Fernandes *et al.*, 2015) e o Serviço de Psicologia do Hospital de Base, que oferece curso de aprimoramento na área de Psicologia e Saúde, implantado em 1990.

Psicólogos recém-formados são admitidos por processo seletivo anual para realizar o programa e direcionados para áreas específicas de atuação (p. ex., Pediatria) em diferentes cenários de ensino (p. ex., hospital, ambulatorios especializados), nos quais são supervisionados por psicólogos especialistas que integram o Serviço de Psicologia da instituição. As atividades práticas são realizadas com equipes multi e interdisciplinares por meio de interconsulta (Gazotti e Prebianchi, 2014) e de atendimento ao paciente e familiares. Ocorrem no ambulatório de especialidades, no próprio ambulatório de Psicologia, nos hospitais e em outros cenários de ensino da instituição.

Quadro 1.1 Objetivos do Programa de Aprimoramento Profissional (PAP).

Capacitar o aprimorando para atuação qualificada e diferenciada na área da saúde, promovendo o aperfeiçoamento do desempenho profissional nas diversas áreas que integram, apoiam ou gerenciam a prestação de serviços de saúde

Estimular o desenvolvimento de uma visão crítica e abrangente do SUS, orientando sua ação para a melhoria das condições de saúde da população

Aprimorar o processo de formação dos aprimorandos, considerando as diretrizes e princípios do SUS, de modo que desenvolvam uma compreensão ampla e integrada das diferentes ações e processos de trabalho da instituição participante do PAP

Fonte: Governo do Estado de São Paulo (2016).

Os cenários de ensino no qual os psicólogos aprimorandos desenvolvem suas atividades, supervisionados por psicólogos especialistas nas áreas (Fernandes *et al.*, 2015), incluem: o Hospital da Criança e Maternidade (HCM), onde são atendidos crianças, gestantes e familiares; o Hospital de Base (HB), um hospital-geral de alta complexidade; o Ambulatório de Especialidades; e o Instituto do Câncer (ICA).

A parte teórica do PAP inclui leituras associadas à supervisão, seminários, discussões e aulas específicas da Psicologia ou das equipes multi/interdisciplinares, além de discussões e aulas compartilhadas com aprimorandos de outras áreas (p. ex., Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Serviço Social e Enfermagem). Essas atividades compartilhadas com outras áreas abordam temas como políticas públicas de saúde, metodologia de pesquisa, informática em saúde e ética.

O papel do psicólogo da saúde está bem estabelecido na instituição (Miyazaki *et al.*, 2002).

O Serviço de Psicologia teve início em 1981 e, desde então, realiza atendimento a pacientes, familiares, cuidadores, profissionais e estudantes da instituição. Além de participar desses atendimentos, como parte das atividades práticas do PAP, os aprimorandos participam também de programas de extensão à comunidade (p. ex., campanhas de prevenção). São incentivados ainda a realizar uma prática baseada em evidências (Gorayeb *et al.*, 2017) e um treino de habilidades básicas em pesquisa faz parte da sua formação. Todos elaboram um trabalho de conclusão do curso – habitualmente, uma pesquisa na área em que realizam suas atividades durante o aprimoramento –, que, muitas vezes, motiva o ingresso do aprimorando em programas de mestrado. Os trabalhos de conclusão do PAP têm entre seus objetivos identificar necessidades e avaliar a própria prática, visando sempre a aprimorar a qualidade do atendimento e oferecer assistência efetiva e de qualidade aos pacientes.

Inúmeras pesquisas realizadas por aprimorandos (Ciribelli *et al.*, 2008), supervisores (Domingos e Miyazaki, 2017) e mestrandos (Trevizan *et al.*, 2017) estão publicadas em periódicos científicos, além de dissertações e teses produzidas no Programa de Mestrado em Psicologia e Saúde (Coutinho, 2017; Miyazaki, 2015) e fora dele (Pinto, 2008; Branco, 2014), entre outras.

O PAP contribui, assim, para formar profissionais com um repertório adequado de competências e habilidades (Quadro 1.2) necessárias para o trabalho na saúde, complementando e expandindo o conhecimento adquirido no curso de graduação. Além disso, contribui para o aprimoramento dos supervisores, pois ensinar está associado a uma aprendizagem constante. Essa experiência com aprimorandos na área de Psicologia levou a maioria dos supervisores do Serviço de Psicologia do Hospital de Base a ingressar em cursos de mestrado e doutorado, a fim de aperfeiçoar sua competência para ensinar e realizar pesquisas.

Além do PAP, os programas de residência multiprofissional também formam psicólogos para atuar na área da saúde.

As residências multiprofissionais na área da saúde existem desde 1975, tendo sido regulamentadas em 2005 a partir da promulgação da Lei n. 11.129 (Brasil, 2006). São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, com base nas necessidades e realidades locais e regionais, e destinam-se a formar profissionais da área da saúde, exceto médicos, que dispõem de um programa próprio de residência (Resolução CNS n. 287/1998; Brasil, 1998).

A Residência Multiprofissional em Saúde, assim como o PAP, é uma pós-graduação *lato sensu* (especialização) voltada para a educação em serviço. O financiamento regular para os programas de residência multiprofissional de saúde e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política têm por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006).

Quadro 1.2 Habilidades e competências necessárias para o trabalho do psicólogo na área da saúde.

Realizar uma prática baseada em evidências
Trabalhar orientado para intervenções, com avaliação constante da própria prática
Pautar sua prática nas necessidades da população atendida
Ser capaz de avaliar o custo/benefício das intervenções propostas e realizadas
Ser um aprendiz constante
Dispor de habilidades para solucionar problemas técnicos e interpessoais
Ter habilidades de comunicação com pacientes, familiares, profissionais e estudantes
Ter conhecimentos sobre o SUS e políticas públicas de saúde
Ter habilidades acadêmicas, como elaborar apresentações, aprender, ensinar, redigir relatórios, projetos etc.
Responsabilizar-se pela formação dos futuros psicólogos que atuarão na saúde
Lidar adequadamente com o próprio estresse, associado ao trabalho na saúde
Ter disponibilidade para longas jornadas de trabalho e para atuar em equipes multi e interdisciplinares
Desenvolver habilidades para lidar com aspectos relacionados com doenças (p. ex., dor e sofrimento) e com a morte
Trabalhar de acordo com os princípios do profissionalismo: “conjunto de competências relacionadas ao uso criterioso da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores, ética e reflexões na prática diária para o benefício do indivíduo e da comunidade” (Gorayeb <i>et al.</i> , 2017)

Adaptado de Miyazaki *et al.* (2011).

Trata-se de um programa de cooperação intersetorial que visa a favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), instituída por meio da Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009, é coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação.

A CNRMS tem como principais atribuições: avaliar e acreditar programas de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades socioepidemiológicas da população; credenciar os programas, bem como as instituições habilitadas a oferecê-los; registrar certificados, com validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa (Brasil, 2006).

O Quadro 1.3 apresenta as principais características dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

As figuras do preceptor (profissional que atua na área da saúde) e do tutor (docente universitário), necessárias para o funcionamento desses programas de residência, evidenciam a preocupação em relação à graduação, com a integração entre a universidade e o sistema de saúde. A cooperação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, sob a forma dos programas de residência multiprofissional, foi concebida para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no SUS, particularmente em áreas prioritárias (p. ex., Atenção ao Câncer, Saúde da Criança). No Ministério da Saúde, a Política da

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde visa a atender as necessidades de saúde da população e tem como objetivo a educação voltada para a transformação da realidade. Utiliza estratégias de educação permanente como eixo transversal e transformador da realidade e regula a formação conforme a necessidade do SUS (Silva *et al.*, 2016).

Embora os programas de residência médica permaneçam desvinculados dos programas de residência multiprofissional, mantendo, portanto, a distância entre médicos e os demais profissionais, e dificultando o trabalho multi e interdisciplinar, a equiparação do valor das bolsas já mostra o reconhecimento sobre a importância dos profissionais não médicos na área da saúde.

Quadro 1.3 Características dos programas de residência multiprofissional em saúde.

Modalidade: pós-graduação <i>lato sensu</i>
Público-alvo: profissionais da área da saúde inscritos no conselho da sua categoria profissional (Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional)
Duração: 2 anos
Carga horária: 5.760 h (60 h semanais, uma folga por semana)
Atividades práticas (treinamento ou ensino em serviço): 80% da carga horária total do programa
Atividades teóricas ou teórico-práticas: 20% da carga horária total do programa
Férias: 1 mês/ano
Supervisão: preceptor (profissional do serviço onde o programa é realizado) e tutor (docente universitário)
Dedicação exclusiva
Processo seletivo: concurso público realizado pelas Instituições de Ensino Superior que oferecem o programa

Fonte: Ministério da Educação (2016).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde estão presentes em todos os estados do Brasil; na FAMERP, tiveram início em 2013. O Quadro 1.4 apresenta os programas credenciados e as categorias profissionais incluídas em cada um deles. Um desses programas, o de Atenção ao Câncer, será utilizado como exemplo de funcionamento da residência multiprofissional em saúde.

Exemplo de programa de residência multiprofissional da FAMERP | Atenção ao Câncer

No Quadro 1.5, são apresentados os objetivos e cenários de ensino-aprendizagem do Programa de Residência Multiprofissional de Atenção ao Câncer da FAMERP. O projeto pedagógico

[...] prevê uma formação dinâmica pela rede de serviços de atenção ao câncer de São José do Rio Preto, SP, no decorrer de 2 anos de curso. Assim, os residentes, em equipe multiprofissional, frequentam os mesmos serviços em escala de rodízio, atuando na área profissional juntamente com seu preceptor e participando de discussões de casos, em conjunto com os demais profissionais dos cenários da prática descritos. (FAMERP, 2012)

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer vem ao encontro da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). Essa política rompe com a abordagem do câncer como questão apenas de âmbito hospitalar, e propõe estratégias de controle que se aproximam dos princípios e diretrizes do SUS, reconhecendo o câncer como um problema de saúde pública. Na lógica da linha de cuidados progressivos em saúde, o programa tem como eixo norteador a qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde, pois a natureza complexa e imprevisível do câncer envolve parâmetros clínicos e psicossociais em seu tratamento, o que torna a tomada de decisões sobre o tratamento praticamente uma arte, refinada pelo equilíbrio entre ciência, experiência pessoal, senso comum e julgamento bem fundamentado.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer da FAMERP, em parceria com o Hospital de Base e a Secretaria Municipal da Saúde, apresenta benefícios para:

- O sistema de saúde do município de São José do Rio Preto e região, disponibilizando, no mercado, profissionais especialistas e capacitados na atenção ao câncer
- O Hospital de Base, melhorando o atendimento aos seus usuários e proporcionando o cumprimento efetivo de seu papel como hospital de ensino
- Os profissionais, pois proporciona a oportunidade de melhorar sua formação, ensinando, aprendendo e contribuindo com uma assistência de qualidade na área de Oncologia
- A FAMERP e seus cursos de graduação, com a oportunidade de crescer e de cumprir efetivamente seu papel de órgão formador de recursos humanos
- Os usuários do SUS, que recebem assistência de profissionais competentes.

Quadro 1.4 Programas de residência multiprofissional desenvolvidos na FAMERP e categorias profissionais participantes.

Atenção básica com enfoque em estratégia da família: Enfermagem, Nutrição e Educação Física
Atenção ao câncer: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional
Reabilitação física: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional
Saúde da criança: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional
Vigilância em saúde: Biologia, Enfermagem, Farmácia, Odontologia e Medicina Veterinária

Quadro 1.5 Programa de Residência Multiprofissional de Atenção ao Câncer da FAMERP: objetivos e cenários de ensino-aprendizagem.

<p>Objetivo geral: formar profissionais de saúde, especialistas em atenção ao câncer com visão humanista, reflexiva e crítica, qualificados para o exercício profissional, com base no rigor científico e intelectual, pautado em princípios éticos, conhecedor dos diferentes cenários da prática e capazes de atuar com competência na área específica de formação em todos os níveis de cuidados na rede de atenção oncológica</p>
<p>Objetivos específicos: capacitar o profissional para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atuar com competência na área de Oncologia, nas ações de prevenção, promoção, e reabilitação da saúde • Planejar e executar, no seu âmbito de atuação, a assistência ao usuário no ambiente hospitalar e extra-hospitalar • Atuar na promoção da saúde, de acordo com os princípios do SUS • Atuar na administração do processo do trabalho e da assistência, no âmbito de sua atuação, em hospital geral, ambulatório e unidade básica de saúde • Atuar na pesquisa, desenvolvendo estudos de caráter científico e intelectual na área de Oncologia • Atuar como educador e preceptor de residentes de sua área profissional, trabalhando com dinamismo e postura crítica diante da realidade do câncer • Atuar como educador consciente de seu papel na formação dos cidadãos, orientando e mediando o ensino • Atuar interdisciplinarmente como educador e membro da equipe de saúde em atenção ao câncer • Aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática profissional
<p>Cenários de ensino-aprendizagem: uma parceria foi estabelecida entre o Hospital de Base da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto e a Secretaria Municipal de Saúde. Essa parceria permite que os residentes entrem em contato efetivo com diferentes áreas da rede de serviços disponibilizada à população, propiciando o desenvolvimento de habilidades que visam a torná-los resolutivos e aptos a atuar em diversos contextos multidisciplinares</p>
<p>Benefícios: conhecendo, compreendendo, circulando e participando da organização dos serviços ou da assistência direta aos usuários, os residentes têm a possibilidade de desenvolver compromissos com os princípios norteadores do SUS, como integralidade, universalidade e equidade desde a atenção primária, passando pela secundária até terciária ou de alta complexidade</p>

Dentro do Programa de Residência Multiprofissional de Atenção ao Câncer, os residentes de Psicologia desenvolvem atividades específicas de sua área, supervisionados por profissionais especialistas na atenção ao câncer, como tutores e preceptores (docentes da FAMERP) que realizam atividades de ensino, pesquisa e extensão.

Ao final do programa, os psicólogos deverão ter adquirido as seguintes competências e habilidades: estar aptos a atuar em equipes multiprofissionais de Oncologia; propor ações de atenção ao câncer para indivíduos, famílias e coletividade nos níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde, com base em evidências científicas; analisar de maneira crítica a realidade de sua atuação profissional, visando a contribuir para o aprimoramento do sistema de saúde vigente.

Os cursos de especialização ou pós-graduação *lato sensu* visam a desenvolver ou aprimorar competências e habilidades para a prática profissional, como é o caso dos programas de aprimoramento e residência multiprofissional, e fornecer atualização de conhecimentos. Diferem, portanto, em seus objetivos, dos cursos de mestrado e doutorado, que serão discutidos a seguir.

Formação em programas de pós-graduação *stricto sensu* para docente e pesquisador

No Brasil, a pós-graduação *stricto sensu* foi criada em 1965 (parecer CES/CFE 977 de 1965), considerando que, “em face ao acúmulo de conhecimento em cada ramo das ciências e da crescente especialização das técnicas, o estudante moderno somente poderá obter, ao nível de graduação, os conhecimentos básicos de sua ciência e de sua profissão”, e nos cursos pós-graduação *stricto sensu*, portanto, obteria “o aprofundamento do saber que lhe permita alcançar elevado padrão de competência científica ou técnico-profissional” (Geremia *et al.*, 2015). Três objetivos justificaram a necessidade de oferecer mestrados acadêmicos e doutorados no país:

1. Formação de professorado competente que possa atender a demanda no ensino básico e superior garantindo, ao mesmo tempo, a constante melhoria da qualidade.
2. Estimular o desenvolvimento da pesquisa científica por meio da preparação adequada de pesquisadores.
3. Assegurar o treinamento eficaz de técnicos e trabalhadores intelectuais do mais alto padrão para fazer face às necessidades do desenvolvimento nacional em todos os setores (Capes, 2014).

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes) é o órgão responsável por avaliar os cursos de pós-graduação *stricto sensu*: mestrados acadêmicos, mestrados profissionais*** e doutorados. Os programas de mestrado acadêmico e de doutorado têm caráter acadêmico e de pesquisa; já o mestrado profissional, regulamentado em 1995, tem como característica mais acentuada a “possibilidade de aproximar a pesquisa do exercício profissional” (Santos e Hortale, 2014).

A diferença entre o mestrado acadêmico e o mestrado profissional, é que o primeiro prepara um pesquisador, que deverá continuar sua carreira com o doutorado, enquanto no mestrado profissional o que se pretende é imergir um pós-graduando na pesquisa, fazer com que a conheça bem, mas não necessariamente que depois continue a pesquisar. O que importa é que (1) conheça por experiência própria o que é pesquisar, (2) saiba onde localizar, no futuro, a pesquisa que interesse a sua profissão, (3) aprenda como incluir a pesquisa existente e a futura no seu trabalho profissional. (Capes, s/d)

No Brasil, os cursos de pós-graduação *stricto sensu* em Psicologia incluem 86 programas com 53 doutorados, 79 mestrados e 7 mestrados profissionais. A maior parte dos programas, com Psicologia em suas denominações, são como “grandes guarda-chuvas que abarcam diferentes subáreas, cuja especificidade aparece apenas na delimitação das áreas de concentração ou nas linhas de pesquisa” (Capes, 2016). Em segundo lugar, em frequência em termos de denominação, aparece Comportamento (associado à análise do comportamento ou à neurociência), seguido por Psicologia Social (oito programas) e Psicologia da/e Saúde (sete programas). Em termos de linhas de pesquisa dos programas, a mais frequente é Psicologia Social (n = 47), seguida por Psicologia e Saúde (n = 39) e Psicologia do Desenvolvimento (n = 30).

Embora a saúde conte com cinco programas (Tabela 1.2), muitos psicólogos da área realizam seus mestrados e doutorados em outros programas (p. ex., Psicologia) ou em outras áreas (p. ex., Pasqual, 2008#).

A saúde é uma área cuja atuação é pautada (ou pelo menos existe grande ênfase para que isso ocorra) em evidências científicas, um movimento que teve início na Medicina (Sackett *et al.*, 1996) e que se estendeu para as demais áreas, incluindo a Psicologia (APA, 2005; Melnik e Atallah, 2011; Gorayeb *et al.*, 2017). Psicologia baseada em evidências é “uma forma de transpor a lacuna entre pesquisa e prática clínica, organizando e trazendo o conhecimento adquirido em pesquisas científicas para o dia a dia do consultório, do hospital e dos demais locais interessados em saúde” (Gorayeb *et al.*, 2017). Já a prática baseada em evidências em Psicologia pode ser definida como “a integração entre as melhores pesquisas disponíveis, o

conhecimento clínico no contexto das características, da cultura e das preferências do paciente” (APA, 2005).

“Sabidamente, o desempenho da ciência brasileira guarda correlação direta com nosso sistema de pós-graduação” (Guimarães, 2004). Isso significa que, no Brasil, a produção do conhecimento científico advindo de pesquisas está principalmente ligado à universidade e seus cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Assim, é na pós-graduação *stricto sensu*, especialmente no doutorado, que os psicólogos se tornam independentes para produzir conhecimento.

O impacto das ações de um programa de pós-graduação [*stricto sensu*] e de seus produtos deve gerar alterações, mudanças, transformações que beneficiem a sociedade. Assim, uma pesquisa, conjunto de pesquisas ou um programa de Pós-Graduação reflete/produz o que a sociedade quer/precisa, ou seja, melhoria nos índices de qualidade de vida, inovação e construção da cidadania (Bastos *et al.*, 2016).

Tabela 1.2 Cursos de pós-graduação *stricto sensu* com a denominação Psicologia da/e Saúde.

Instituição	Programa	ME	DO	MP
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)	Psicologia e Saúde	X	–	–
Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS)	Psicologia da Saúde	–	–	X
Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	Psicologia e Saúde	X	–	–
Universidade Estadual da Paraíba (UEPA)	Psicologia da Saúde	X	–	–
Universidade Metodista de São Paulo (UMESP)	Psicologia da Saúde	X	X	–

ME: mestrado; DO: doutorado; MP: mestrado profissional.

Fonte: Capes (2017).

Considerações finais

Historicamente, o curso de Psicologia foi regulamentado em 1962, quando também o Conselho Federal de Psicologia (CFP) fixou o currículo mínimo e a duração dos cursos. Muitas mudanças ocorreram nesses 60 anos de existência. As décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pelo regime militar e pela desmobilização e silêncio das entidades em Psicologia como aponta Coimbra (1995). A década de 1980 ficou conhecida como um período de “certa calma e passividade, assistindo-se a pequenas mudanças, quase ajustes individuais de currículos sem qualquer expressão regional ou nacional” (Rocha Jr., 1999), enquanto, na década de 1990, houve grande mobilização, com destaque para o Conselho Federal e Conselhos Regionais, voltada para as mudanças relativas à formação (Lisboa e Barbosa, 2009). Nessa mesma década, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDB – Lei n. 9.394/96 (Senado Federal, 2005), foi instituída, pelo Ministério da Educação, uma Comissão de Especialistas em Ensino de Psicologia para elaborar um projeto de diretrizes curriculares a substituir o currículo mínimo (Yamamoto, 2000). Esse documento enfatizou a preocupação com o desenvolvimento de competências e habilidades para a formação do futuro profissional (Ferreira Neto, 2004), composto por um núcleo comum, organizado em seis eixos estruturantes (Brasil, 2011).

Muitos estudos tratam do tema formação do psicólogo (Pfromm Netto, 2007; Yamamoto, 2006; Lisboa e Barbosa, 2009; Witter *et al.*, 2005; Witter e Ferreira, 2005), mas, como asseguram Witter e Ferreira (2005), “por melhor que seja o curso de graduação, não é possível considerar que seja suficiente para formar bem o profissional para atuar em qualquer área”. Há lacunas em várias áreas e, para serem supridas, exigem complementação adequada.

Especificamente em relação à área da Psicologia da Saúde/Hospitalar, Seidl e Costa Júnior (1999) e Miyazaki *et al.* (2002) afirmam que o psicólogo não é capacitado para “exercer o papel que lhe é solicitado” e “que a universidade deve estar preparada para proporcionar uma formação que atenda às necessidades específicas da área”. Há uma preocupação com a formação profissional, principalmente no que diz respeito ao SUS, que contempla aspectos específicos para atuação e, por isso, deve-se formar profissionais que estejam aptos para lidar com essa realidade (Santos *et al.*, 2015). Contudo, como afirmam Gorayeb *et al.* (2017), a formação é um processo contínuo.

O mercado de trabalho é seletivo e exige capacitação e aprimoramento profissional. Diante disso, o futuro profissional pode e deve complementar sua formação. Entre os mais variados cursos, a opção poderá ser com enfoque na prática, incluindo os

programas de pós-graduação *lato sensu* (especialização, aprimoramento e residência multiprofissional) ou os programas *stricto sensu*, que incluem os acadêmicos (mestrado e doutorado) e mestrado profissional.

Os cursos *lato sensu* “operam no setor técnico-profissional e visam a prover o concluinte de graduação com conhecimentos especializados em um limitado e peculiar campo do saber, sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade” (Brasil, 2015). Como a própria legislação salienta, o enfoque é no campo técnico, enquanto a pós-graduação *stricto sensu* tem como ênfase principal a pesquisa.

Gorayeb *et al.* (2017) defendem que “quanto mais os psicólogos se embasarem em procedimentos considerados eficientes, apoiados em evidências científicas, maiores serão a efetividade de suas ações e a aceitação e credibilidade da profissão”. O futuro da Psicologia em sua generalidade e da Psicologia na área da saúde depende da formação que se inicia na graduação e se estende ao longo de toda a vida profissional do psicólogo.

Referências bibliográficas

- Almeida, M. M.; Morais, R. P.; Guimarães, D. F. *et al.* Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36 (Supl 1), p. 119-26, 2012.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, v. 61, p. 271-85, 2005.
- Bastos, A. V. B.; Gondin, S. M. G. O trabalho do psicólogo no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Bastos, A. V. B.; Tomanari, G.; Trindade, Z. A. Reunião Coordenação de Área e PPGs no XVI Simpósio da ANPEPP. Capes. Maceió, 2016.
- Branco, L. M. Graduandos e residentes de Medicina e Enfermagem: consumo de álcool, depressão, ansiedade, estresse e enfrentamento. Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2014.
- Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia. Resolução n. 5, de 15 de março de 2011. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7692-rces005-11-pdf&category_slug=marco-2011-pdf&Itemid=30192.
- Brasil. Ministério da Educação. Nota técnica n. 388/2013/CGLNRS/DPS/SERES/MEC, 2015. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13412-nota-tecnica-388-2013-pos-graduacao-lato-sensu-pdf&category_slug=junho-2013-pdf&Itemid=30192.
- Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 3, de 16 de março de 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução CNS n. 287/1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html.
- Ciribelli, E. B.; Luiz, A. M. A. G.; Gorayeb, R. *et al.* Intervenção em sala de espera de ambulatório de dependência química: caracterização e avaliação de efeito. *Temas em Psicologia (Ribeirão Preto)*, v. 16, p. 107-118, 2008.
- Coimbra, C. Guardiões da ordem: uma viagem pelas práticas psi no Brasil do “milagre”. Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.
- Conselho Federal de Psicologia (CFP). Resolução CFP n. 03/2016, 2016. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2016/04/Resolu%C3%A7%C3%A3o-003-2016.pdf>.
- Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução CNS n. 218 de 06 de março de 1997. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1997/Reso218.doc>.
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes). Mestrado profissional, mestrado acadêmico e doutorado. [s/d]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/artigos/Artigo_30_08_07.pdf.
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes). Mestrado e doutorado: o que são? 2014. Disponível em: <http://capes.gov.br/avaliacao/sobre-a-avaliacao/mestrado-e-doutorado-o-que-sao>.
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes). Documento de área. Psicologia, 2016. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/documentos/Documentos_de_area_2017/PSIC_docarea_15fev2017.pdf.
- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (Capes). Programas de pós-graduação, 2017. Disponível em: <https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/programa/quantitativos/quantitativoIes.jsf?areaAvaliacao=37&areaConhecimento=70700001>.
- Coutinho, P. J. R. Homens prostatectomizados: avaliação da satisfação sexual após tratamento da disfunção erétil. Dissertação de Mestrado-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2017.

- Domingos N. A. M.; Miyazaki, M. C. O. S. Emprego do *biofeedback* no tratamento de doenças crônicas. Arquivos de Ciências da Saúde (FAMERP), v. 24, p. 15-22, 2017.
- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Projeto pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional de Atenção ao Câncer. São José do Rio Preto: FAMERP, 2012.
- Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Projeto pedagógico do curso de graduação em Psicologia. São José do Rio Preto: FAMERP, 2017.
- Fernandes, L. F. B.; Miyazaki, M. C. O. S.; Silveiras, E. F. M. Caracterização da supervisão em um centro formador de Psicologia da Saúde. Estudos de Psicologia, v. 32, p. 499-509, 2015.
- Ferreira Neto, J. L. A formação do psicólogo: clínica, social e mercado. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec/FCH, 2004.
- Gazotti, T. C.; Prebianchi, H. B. Caracterização da interconsulta psicológica em um hospital geral. Psicologia: Teoria e Prática, v. 16, p. 18-30, 2014.
- Geremia, H. C.; Luna, I. N.; Sandrini, P. R. A escolha de psicólogos em cursar mestrado em Psicologia. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 35, n. 3, p. 676-93, 2015.
- Gorayeb, R.; Miyazaki, M. C. O. S.; Teodoro, M. Formação profissional para uma prática competente em psicologia clínica e da saúde. In: Gorayeb, R.; Miyazaki, M. C. O. S.; Teodoro, M. L. M. (Orgs.). PROPSICO – Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde: Ciclo 1. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 11-36. (Sistema de Educação Continuada a Distância).
- Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Saúde. PAP. Programa de Aprimoramento Profissional, 2016. Disponível em: http://pap-saude.net.br/portal/pag/area.php?p_narea=2.
- Guareschi, N. M. D. F.; Dhein, G.; Reis, C. D.; Machry, D. S.; Bennemann, T. A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). Arquivos Brasileiros de Psicologia, v. 61, n. 3, p. 35-45, 2009.
- Guimarães, J. A. A pesquisa médica e biomédica no Brasil. Comparações com o desempenho científico brasileiro e mundial. Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, p. 303-27, 2004.
- Lisboa, F. S.; Barbosa, A. J. G. Formação em psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. Psicologia Ciência e Profissão, v. 29, n. 4, p. 718-37, 2009.
- Meisinger, K.; Wholer, D. Walking the walk in team-based education: the Crimson Care Collaborative Clinic in Family Medicine. American Medical Association Journal of Ethics, v. 18, p. 910-16, 2016.
- Melnik, T.; Atallah, A. N. Psicologia baseada em evidências. Provas científicas da efetividade da psicoterapia. São Paulo: Editora Santos, 2011.
- Miyazaki, E. S. *Burnout*, qualidade de vida e atividade física em profissionais de Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Escola. Dissertação de Mestrado-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2015.
- Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M.; Caballo, V. E.; Valerio, N. I. Psicologia da saúde: intervenções em hospitais públicos. In: Rangé, B. P. (Ed.). Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2. ed., Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 568-80.
- Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M.; Valerio, N. I.; Santos, A. R. R. D.; Rosa, L. T. B. D. Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. Psicologia USP, v. 13, n. 1, p. 29-53, 2002.
- Miyazaki, M. C. O. S.; Gorayeb, R.; Santos Junior, R.; Nakao, R. O trabalho do psicólogo em equipes de saúde. In: Gorayeb, R.; Miyazaki, M. C. O. S.; Teodoro, M. L. M. (Orgs.). PROPSICO – Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2017. (Sistema de Educação Continuada a Distância).
- Monteiro, A. R. Profissão docente. Profissionalidade e autorregulação. São Paulo: Cortez, 2015.
- Pasqual, P. S. D. Efetividade de uma intervenção cognitivo-comportamental para pacientes renais crônicos em programa dialítico. Tese de Doutorado-Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2008.
- Pfromm Netto, S. Psicologia, psicologias: velhos e novos olhares. Algumas considerações sobre o passado, o presente e o futuro da psicologia como ciência, profissão e ensino. Psicologia em Pesquisa, v. 1, n. 1, p. 8-13, 2007.
- Pinto, M. J. C. A Vivência afetivo-sexual de mulheres transgenitalizadas. Tese de Doutorado-Universidade São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Ribeirão Preto, 2008.
- Pitombeira, D. F.; Xavier, A. S.; Barroso, R. E. C.; Oliveira, P. R. S. Psicologia e a formação para a saúde: experiências formativas e transformações curriculares em debate. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, p. 280-91, 2016.
- Rocha Jr., A. Das discussões em torno da formação em psicologia às diretrizes curriculares. Psicologia: Teoria e Prática, v. 1, n. 2, p. 3-8, 1999.
- Sackett, D. L.; Rosenberg, W. M.; Gray, J. A.; Haynes, R. B.; Richardson, W.S. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Association, v. 13, p. 71-2, 1996.
- Santos, G. B.; Hortale, V. A. Mestrado profissional em saúde pública: do marco legal à experiência em uma instituição de

- pesquisa e ensino. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 2143-55, 2014.
- Santos, R. N. L. C. D.; Ribeiro, K. S. Q. S.; Anjos, U. U. D.; Farias, D. N. D.; Lucena, E. M. D. F. Integralidade e interdisciplinaridade na formação de estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, p. 378-387, 2015.
- Seidl, E. M.; Costa Junior, A. L. O Psicólogo na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 15, n. 1, p. 27-35, 1999.
- Senado Federal. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 2005. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70320/65.pdf>.
- Silva, C. T.; Terra, M. G.; Kruse, M. H. L.; Camponogara, S.; Xavier, M. S. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. *Texto e Contexto*, v. 25, p. 1-9, 2016.
- Trevizan, F. B.; Miyazaki, M. C O. S.; Silva, Y. L. W.; Roque, C. M. W. Quality of life, depression, anxiety and coping strategies after heart transplantation. *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, v. 32, p. 162-70, 2017.
- Witter, G. P.; Ferreira, A. A. Formação do psicólogo hoje. In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*. Campinas: Alínea, 2005. p. 15-39.
- Witter, G. P.; Gonçalves, C. L. C.; Witter, C.; Yukimitsu, M. T. C. P.; Napolitano, J. R. Formação e estágio acadêmico em psicologia no Brasil. In: Conselho Federal de Psicologia, *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*. Campinas: Alínea, 2005. p. 41-69.
- WHO. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva, WHO, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1.
- Yamamoto, O. H. A LBD e a psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 20, n. 4, p. 30-7, 2000.
- Yamamoto, O. H. Graduação e pós-graduação em psicologia: relações possíveis. *Revista Brasileira de Pós-Graduação*, v. 3, n. 6, p. 270-81, 2006.

* São considerados profissionais da saúde: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais (Resolução CNS n. 287/1998; Ministério da Educação, 1998).

** A Funfarme é um complexo hospitalar formado pelo HB, HCM, Ambulatório de Especialidades, ICA, Hemocentro e Instituto de Reabilitação Lucy Montoro. Os hospitais são referência nas seguintes modalidades de atendimento: traumas, transplantes de órgãos, gestação de alto risco e Pediatria. A Funfarme é uma instituição parceira da FAMERP.

*** O mestrado profissional é mais recente e foi regulamentado pela Portaria Normativa n. 17, de 28 de dezembro de 2009.

A autora é uma ex-aprimorada da FAMERP que realizou mestrado e doutorado em Medicina, área de Nefrologia, pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

2

Avaliação Psicológica em Saúde

Lisandra Borges • Makilim Nunes Baptista

Introdução

A avaliação psicológica no contexto da saúde tem se mostrado uma área fundamental no auxílio da compreensão do adoecimento e de como o ser humano pode se manter saudável ao longo da vida (Capitão *et al.*, 2005). Essa área de atuação do psicólogo tem como foco compreender e intervir nos aspectos psicológicos e comportamentais da saúde física e mental em diferentes locais de prática, como hospitais, ambulatórios e outros serviços de saúde (APA, 2016).

De maneira mais específica, os psicólogos que atuam na área da saúde buscam compreender os fenômenos relacionados com a saúde e a doença, o processo de adoecimento e as maneiras pelas quais os indivíduos se mantêm saudáveis ao longo da vida. A atuação envolve ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento de pessoas portadoras de doenças (recuperação e reabilitação), bem como a elaboração de projetos que visem a melhorias no sistema e nas políticas públicas. Nesse sentido, a avaliação psicológica é de extrema importância, pois, de maneira sistemática, é possível avaliar diferentes aspectos (afetivos, cognitivos e comportamentais) do paciente, família, sistema de saúde e do contexto sociocultural (Belar e Deardorff, 2009; Capitão e Baptista, 2015; Friedman e Silver, 2007).

No Brasil, os serviços e as ações de saúde ocorreram entre as décadas de 1950 e 1980, enfocando a assistência hospitalar e a atenção à saúde. É importante observar que essas datas entremeiam com o reconhecimento da Psicologia enquanto profissão, que ocorreu em 1962 (Almeida e Malagaris, 2011; Azevêdo e Crepaldi, 2016; Rudnicki e Schimidt, 2015; Schimidt *et al.*, 2017). De acordo com Schimidt *et al.* (2017), o termo Psicologia Hospitalar é particularmente utilizado no Brasil, pois, em outros países, concentra-se na área denominada Psicologia da Saúde. Desse modo, entende-se que, dentro da Psicologia da Saúde, o psicólogo que atua na instituição hospitalar é reconhecido como psicólogo hospitalar.

De maneira mais didática e concisa, este capítulo aborda o referencial histórico da Psicologia da Saúde, desde seu início até os dias atuais, posteriormente, discorrendo sobre o processo da avaliação psicológica (AP) nesse contexto.

Contexto histórico da Psicologia da Saúde

Na cultura ocidental, as raízes da Psicologia da Saúde clínica remontam ao século 5 a.C. e à escola hipocrática de Medicina, quando a saúde era entendida como um equilíbrio natural de aspectos físicos e emocionais, mediada pelos humores (fleumático, colérico, sanguíneo e melancólico). Séculos mais tarde, por volta de 1747, o pensamento de que o motivo pelo qual o corpo adoecia ou se recuperava poderia estar na mente foi difundido por um professor de Medicina chamado Gaub. No entanto, entre as décadas de 1920 e 1950 surgiu um campo mais formalizado da Medicina, predominando dois grandes quadros: o psicodinâmico e o psicofisiológico. Em 1950, a Teoria Psicanalítica inspirou Franz Alexander a desenvolver uma teoria específica sobre a doença, na qual inconscientes poderiam desenvolver distúrbios somáticos específicos. Ainda na Psicofisiologia, Harold Wolff, em 1953, utilizou desenhos experimentais altamente inovadores para estudar os efeitos dos estímulos psicológicos em processos fisiológicos (Belar e Deardorff, 2009). De modo geral, a primeira metade do século 20 foi marcada pela passagem do processo mente-corpo com base em um olhar filosófico e religioso, somente décadas mais tarde dando espaço para o domínio da investigação científica.

A Psicologia da Saúde Clínica, então, cresceu a partir de meados da década de 1970. Essa expansão ocorreu por pelo menos

cinco motivos que merecem ser destacados:

- O modelo biomédico não conseguiu explicar adequadamente a saúde e a doença
- Houve um aumento na preocupação com a qualidade de vida e com a prevenção
- O principal desafio da Medicina foi o foco na doença crônica e, também, o reconhecimento concomitante da influência de fatores de estilo de vida
- A pesquisa nas ciências do comportamento amadureceu, incluindo a aplicação de teorias de aprendizagem à etiologia e ao comportamento da doença
- O aumento do custo dos cuidados de saúde levou à busca de alternativas ao sistema tradicional de cuidados de saúde (Belar, 1997; Belar e Deardorff, 2009; Friedman e Adler, 2007).

É possível identificar alguns aspectos que foram fundamentais nesse processo. Por exemplo, a superação de um modelo biomédico centrado na doença, que posteriormente foi substituído por um modelo mais focado na saúde, o qual também atribuía ao comportamento as causas do adoecimento e preconizava o retorno de uma perspectiva ecológica, conferindo ao comportamento humano a principal causa de desenvolvimento de doenças e até mesmo de mortalidade (Capitão *et al.*, 2005). Assim, o hábito de fumar, o consumo de álcool e de drogas, os comportamentos inconsequentes relacionados com acidentes, entre outros, eram alguns dos principais fatores apontados como morbidades (Richmond, 1979).

O ano de 1978, mais especificamente, pode ser considerado um marco no estabelecimento da Psicologia da Saúde como área de atuação, por conta da criação da Academy of Behavioral Medicine Research e também da realização da 86ª Convenção Anual da American Psychological Association (APA), que celebrava a constituição da Divisão de Psicologia da Saúde, conhecida como *Divisão 38* (APA, 2016), tendo como líder o psicólogo norte-americano Joseph Matarazzo. Após 4 anos, a APA lançou o periódico *Journal of Health Psychology* (Belar e Deardorff, 2009), ativo até os dias atuais.

O primeiro livro sobre a área da Psicologia da Saúde foi publicado em 1979 por Stone (*apud* Friedman e Adler, 2007; Ribeiro, 2011), que, inicialmente, definiu a área, a qual era entendida como qualquer aplicação científica ou profissional, de conceitos e métodos psicológicos, a todas as situações próprias do campo da saúde pública, educação para a saúde, financiamento, legislação, entre outros. Com base nessa definição inicial, é possível identificar que essa compreensão abrangia não somente os cuidados de saúde, mas também todos os campos relacionados a ela.

Ao ampliar a colocação de Stone, Matarazzo (1980; 1982) foi mais específico em sua definição, que se tornou clássica na área. Para ele, trata-se do domínio da Psicologia que recorre aos conhecimentos das diferentes áreas (da Psicologia) para promover e proteger a saúde, prevenir e tratar as doenças, identificar a etiologia e diagnosticar problemas relacionados com a saúde, com as doenças e disfunções associadas, e também desenvolver e melhorar os sistemas e políticas de cuidados.

Com a amplitude de atuação do psicólogo da saúde, bem como a expansão da área, outro aspecto que impulsionou seu crescimento foi o desenvolvimento de recomendações para educação e treinamento profissional. A preocupação com a qualidade do trabalho resultou na Arden House National Working Conference on Educational and Training in Health Psychology, realizada em 1983, a conferência compilou recomendações para os níveis de ensino e formação para carreira profissional e de pesquisa em Psicologia da Saúde, momento em que também foram criados a American Board of Professional Psychology (ABPP) e o Conselho de Credenciamento de profissionais qualificados para atuar na área nos EUA (Belar e Deardorff, 2009).

Enquanto a Psicologia da Saúde se estabelecia em outros países, no Brasil, é possível afirmar que as mudanças socioculturais e sociopolíticas, concomitantemente ao desenvolvimento da Psicologia enquanto profissão, foram importantes impulsionadores da área, pois, nessa época, surgiram novas demandas e particularidades da clientela que solicitava os serviços de Psicologia (Baptista e Borges, 2017; Baptista e Dias, 2010; Fernandes *et al.*, 2015; Löhr e Silveiras, 2006). Em geral, as pessoas atendidas por psicólogos da saúde sofrem de problemas ligados à saúde física, de diferentes ordens, e não necessariamente apresentam sofrimento emocional, apesar da existência dessa inter-relação (Gorayeb, 2010). Assim, os fatores psicológicos podem interferir nos processos de saúde e adoecimento e também são responsáveis pela mudança de comportamento das pessoas quando elas adoecem (Taylor, 2002).

Como visto anteriormente, a Psicologia da Saúde abrange outra área, a Psicologia Hospitalar. Alguns autores (Gorayeb, 2001; Gorayeb, 2010; Gorayeb e Guerrelhas, 2003) esclarecem que Psicologia Hospitalar é uma área importante dentro da Psicologia da Saúde, com necessidade de intervenção precisa e adequada, a qual deve ser baseada em evidências científicas.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2007), a Psicologia Hospitalar é uma especialidade na qual o psicólogo atua tanto em centros de ensino e/ou pesquisa, como organizações de saúde, prestando serviços de atenção secundária* ou terciária. O profissional tem como principal tarefa avaliar e acompanhar intercorrências psíquicas envolvidas em

procedimentos médicos. Entre suas atribuições, destacam-se: atendimento psicoterapêutico (individual ou em grupo); grupos de profilaxia; atendimentos em ambulatório e unidade de terapia intensiva (UTI); pronto-atendimento; enfermarias; avaliação psicológica; consultoria e interconsultoria.

De maneira mais específica, o objetivo deste capítulo é ater-se ao processo de AP no contexto hospitalar, apresentando métodos e instrumentos, aplicabilidades e formas de encaminhamentos.

Processo de avaliação psicológica no contexto da saúde

A AP em ambientes médicos pode ser considerada uma ferramenta fundamental na tomada de decisão nas intervenções (Baptista e Dias, 2010). Como bem assinalam Capitão e Baptista (2015), a AP nesse contexto é um processo de grande importância para todos aqueles que atuam e/ou desenvolvem pesquisas na área.

Entende-se AP como uma atividade privativa do psicólogo, que consiste em um processo técnico e científico, pautado em métodos científicos sistematizados. Esse processo envolve a junção de diferentes fontes de informações, as quais podem ser provenientes de testes, entrevistas, observações e análise de documentos (CFP, 2007). Noronha (1999) enfatiza que o processo avaliativo pode incluir ou não o uso de testes. Deve-se atentar à definição de teste psicológico apresentada por Urbina (2007): um procedimento sistemático utilizado para obter amostras de comportamento pertinentes ao funcionamento psicoafetivo de um indivíduo. Assim, a necessidade do uso será uma decisão do profissional, pois dependerá, entre alguns fatores, principalmente do construto psicológico avaliado, conhecimento sobre o método escolhido, sobre parâmetros psicométricos, escalas disponíveis etc.

O processo de avaliação é a etapa inicial, no entanto, deve e pode ser realizado em diferentes momentos do tratamento, seja para responder perguntas sobre sua eficácia, seja para remanejar a intervenção (Baptista e Borges, 2017). O primeiro passo do psicólogo será a consideração da solicitação da avaliação, ou seja, qual é a demanda, quem foi o solicitante e qual é o objetivo. Além disso, em intervenções individuais, é de extrema importância conhecer a condição do paciente, pois o processo deverá se adequar às características do ambiente: ambulatório, enfermaria, centro de saúde, entre outros (Baptista e Dias, 2010).

É nesse sentido também que Belar e Deardorff (2009) afirmam que a hipótese diagnóstica dependerá do tipo de pedido, ou seja, o setor que solicitou a avaliação psicológica delineará o referencial da avaliação, pois as hipóteses diagnósticas levantadas pelo psicólogo sofrem interferências em função da sua natureza. Por exemplo, caso o pedido tenha vindo do setor de Pediatria, os instrumentos, o tipo de entrevista e a abordagem ao paciente deverão ser de acordo com a sua idade, e assim também acontecerá em outros setores, como o oncológico, neurológico etc.

Além das informações sobre a origem do pedido de avaliação (setor e/ou profissional requerente), o psicólogo também poderá levantar informações sobre o estado geral do paciente, o histórico do adoecimento, o modo como lidou ou lida com a enfermidade, entre outras informações relevantes (Belar e Deardorff, 1995; 2009). Deve-se enfatizar que isso nem sempre será possível, pois cada ambiente ambulatorial e hospitalar funciona de maneira diferente, sobretudo em consequência da organização da equipe, do protocolo e da comunicação entre os profissionais.

No processo de AP, o psicólogo hospitalar deverá avaliar as interações entre a pessoa, a doença e o ambiente, e formular uma estratégia de diagnóstico ou tratamento com base nesse entendimento. Suas observações devem ser realizadas segundo uma perspectiva biopsicossocial de saúde e doença (Belar e Deardorff, 2009).

Nesse mesmo sentido, Baptista e Borges (2017) destacam que, quanto mais informações o psicólogo conseguir reunir, mais elaborado será seu processo avaliativo, tendo mais dados para chegar a uma tomada de decisão mais concisa. Para os autores, o psicólogo deve observar diferentes aspectos do paciente, como a família, o sistema de saúde, o contexto sociocultural e as características inerentes à doença, atentando-se aos aspectos psicológicos, compreendendo a patologia apresentada pelo paciente e as consequências que seu problema de saúde pode desencadear. Belar e Deardorff (2009) propuseram algumas sugestões norteadoras para um protocolo de avaliação mais abrangente – são aspectos que devem ser observados, conforme descrito na Tabela 2.1.

Tabela 2.1 Aspectos a serem observados no paciente.

Aspectos	Pontos a serem observados
Biológicos	Idade, etnia, sexo, aparência psíquica, frequência dos sintomas, mudanças físicas decorrentes do tratamento (como perda de cabelo, incontinência urinária etc.), informações sobre os sinais vitais, resultados de exames médicos, nível de álcool no sangue e HIV), considerações genéticas; uso de drogas ilícitas, medicamentos,

	histórico de saúde
Afetivos	Sentimentos do paciente em relação a: doença, tratamento, assistência médica, família, trabalho e rede social; histórico de transtornos afetivos/psiquiátricos
Cognitivos	Conhecimento sobre a doença e o tratamento; funções cognitivas (percepção, memória e inteligência), nível educacional, atitudes, expectativas sobre o paciente e a doença Filosofia de vida, religiosidade e crenças
Comportamentais	Nível de atividade física; interação com família, amigos e colegas de trabalho; comportamento diante da hospitalização; hábitos de vida saudáveis; adesão ao tratamento; postura (hostilidade e ansiedade); frequência de utilização do sistema de saúde, histórico do tratamento; abuso de substâncias químicas; habilidade no controle dos sintomas

Adaptada de Belar e Deardorff (2009).

É possível perceber, na Tabela 2.1, que o processo de avaliação psicológica no contexto da saúde é multifatorial e complexo. Como já referido, Baptista e Borges (2017) afirmam que é estritamente importante observar não somente o paciente, mas também todo seu entorno, como a manifestação da doença e a relação paciente-família-médico-saúde. Belar e Deardorff (2009) estendem essa observação também para o ambiente familiar, o sistema de saúde e o contexto sociocultural. Além disso, os autores também ponderam que, com base em revisão dos objetivos da avaliação, esses blocos estão todos inter-relacionados e que a natureza ou a importância relativa das informações obtidas em um bloco são frequentemente afetadas por informações encontradas em outro. Por exemplo, o tipo e a localização do sintoma físico podem afetar o significado percebido da doença em razão do significado psicológico especial de certas partes do corpo, ou seja, as reações de um paciente podem ser completamente diferentes ao saber que apresenta um diagnóstico de câncer de pele (carcinoma) ou de câncer cerebral (astrocitomas).

Estabelecidos os aspectos a serem observados, é importante elencar os passos do processo de avaliação. Para melhor visualização e compreensão, as informações estão organizadas no Quadro 2.1.

Certamente, em ambientes hospitalares e ambulatoriais, talvez não haja tempo ou disponibilidade de salas, bem como materiais necessários ao serviço do psicólogo, como testes e/ou folhas de resposta. Consequentemente, a escolha deles dependerá do objetivo, da proposta da avaliação, das habilidades do psicólogo e também da estrutura e materiais disponíveis. Belar e Deardorff (1995; 2009) acrescentam que o processo de avaliação, nesse contexto, tem algumas peculiaridades que devem ser levadas em consideração, como o sistema de saúde, o tipo de internação ou serviço recebido, o suporte social e familiar que o paciente recebe etc. Tudo isso terá influência no delineamento do tipo de avaliação e intervenção.

Quadro 2.1 Passos do processo de avaliação psicológica.

1. Motivo
Compreender o motivo da avaliação e, a partir da solicitação, definir seu objetivo. Esse passo envolve o problema de saúde (diagnóstico, tratamento e prognóstico); informações sobre o paciente (sexo, idade, história de vida, diagnóstico médico, escolarização). Saber quais são os profissionais e suas formações envolvidos no atendimento
2. Hipótese
Elaborar as hipóteses diagnósticas, levando em consideração os aspectos biológicos, afetivos, cognitivos e comportamentais destacados anteriormente; utilizar informações do prontuário do paciente
3. Protocolo
Elaborar o protocolo de avaliação (métodos a serem utilizados; testes e técnicas), de acordo com a condição médica do paciente, departamento e objetivo da avaliação
4. Coleta dos dados
Entrevistas, aplicação de testes psicológicos e outros métodos selecionados. Correção dos testes psicológicos,

levantamento dos dados quantitativos e qualitativos

5. Integração dos dados

Relacionar os dados com as hipóteses iniciais

6. Conclusão

Concluir a avaliação, apontando forças e fraquezas do funcionamento psíquico, e, com base no prognóstico, planejar intervenção adequada

7. Devolutiva

Comunicar os resultados (para o paciente e/ou família e/ou grupo e/ou solicitante)

8. Registro

Anotar os dados da avaliação e do prognóstico no prontuário do paciente

Métodos de avaliação

Entre os métodos de avaliação citados por diferentes autores (Belar e Deardorff, 1995; 2009; Cohen *et al.*, 2014; Cunha, 2000; Hutz *et al.*, 2016), podem ser citados entrevistas, observações, questionários, uso de diários, testes psicológicos, entre outros, abordados mais especificamente no Quadro 2.2.

É importante ressaltar que a avaliação psicológica é um processo sistemático baseado em um método científico e a aplicação de testes psicológicos pode ou não fazer parte desse processo (Cohen *et al.*, 2014). O profissional deve estar atento ao parecer (favorável ou desfavorável) do teste apresentado pelo Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia (CFP), caso deseje utilizar a informação para o diagnóstico e/ou intervenção.

Quadro 2.2 Métodos de avaliação psicológica utilizados no contexto da saúde.

Entrevista

Tem como intuito esclarecer dados históricos e atuais sobre alguns aspectos (físico, afetivo, cognitivo e comportamentais) de paciente, família, sistema de saúde, ambiente sociocultural etc. O conteúdo da entrevista pode variar de acordo com o objetivo da avaliação e o tipo de entrevista, podendo ser não estruturada, semiestruturada ou estruturada (Belar e Deardorff, 2009)

Os dados da avaliação psicológica sempre devem ser complementados por entrevistas clínicas direcionadas ao problema e observações sistemáticas do comportamento, além da, como acrescenta Matarazzo (1990), obtenção de informações da equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, entre outros)

Observação

A observação estruturada pode acontecer durante as sessões de avaliação e os encontros. Nas observações superestruturadas, pode-se destacar as sessões de *role-playing* e as medidas psicofisiológicas (*biofeedback*), não tão comuns em ambientes de internação

Questionários

O uso de questionários é importante pela praticidade e rapidez. Belar e Deardorff (1995; 2009) afirmam que, no ambulatório, os questionários podem ser enviados aos pacientes antes mesmo da primeira entrevista, agilizando o processo. Também são eficientes para avaliar pacientes com dor crônica, candidatos a transplantes e potenciais doadores de órgãos

Os questionários podem ser desenvolvidos pelo psicólogo, em conjunto com a sua equipe multiprofissional, contendo perguntas abertas, de escolha forçada, classificações simples, listas de verificação, ou pictórica (como mapas de dor). A clareza e facilidade de resposta são pontos relevantes. Características de nível educacional e/ou cultural do paciente podem requerer adaptações importantes em qualquer método utilizado na avaliação

Diários

São ferramentas importantes na recuperação de informações sobre comportamentos e pensamentos relacionados com a saúde. É possível combinar com o paciente que ele escreva, ou até mesmo grave áudios, sobre seu dia a dia, suas observações sobre o problema de saúde e/ou a dor. Importante lembrar que o uso de diários acrescentará informações, mas não apresenta propriedades psicométricas. Atualmente, existem *softwares* capazes de solicitar informações em intervalos de tempo, a fim de, por exemplo, monitorar o humor do paciente [caso seja possível que ele tenha acesso e disponibilidade em utilizar dispositivos eletrônicos nas respostas (Wichers, 2013)]

Testes psicológicos

Devem apresentar parâmetros psicométricos adequados (estudos de evidências de validade e de precisão), além de normatização e padronização (Urbina, 2007)

Testes psicológicos utilizados no contexto da saúde

O constructo a ser avaliado dependerá de alguns fatores, como a queixa, o objetivo da avaliação e a condição física e mental do paciente, a idade, o nível de escolarização, a natureza do instrumento (autorrelato e heterorrelato) e o ambiente de aplicação. Dessa maneira, medidas de inteligência, memória, atenção, autoconceito e estratégias de enfrentamento podem ser utilizadas, desde que sejam pertinentes. Baptista e Borges (2017) fazem uma observação importante em relação a isso, salientando que algumas variáveis podem interferir na aplicação de testes psicológicos, por exemplo, se no momento o paciente estiver recebendo tratamento invasivo ou estiver sob efeito de algum medicamento que possa deixá-lo debilitado ou até mesmo que o faça ficar imóvel, podendo inviabilizar a aplicação de escalas autoaplicativas.

Belar e Deardorff (2009) destacam que, em geral, dois tipos de medidas psicométricas podem ser utilizados nesse contexto: as de espectro amplo e restrito. As medidas psicométricas de espectro amplo citadas pelos autores são medidas de avaliação da personalidade e/ou têm grandes quantidades de informações referentes à saúde geral/mental, como as que oferecem os testes Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2); Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD); Symptom Checklist-90-Revised (SLC-90-R); Millon Clinical Multiaxial Inventory – Third Edition (MCMI-III); Personality Assessment Inventory (PAI); e Battery for Health Improvement-2 (BHI-2).

No Brasil, alguns desses instrumentos estão em estudo, mas nenhum deles tem o parecer do SATEPSI. Obviamente, medidas de personalidade com grandes quantidades de itens e até mesmo métodos expressivos (p. ex., Rorschach) nem sempre são adequados a diversos contextos de saúde em virtude das condições de aplicação, pouco tempo para o profissional integrar os dados, pouco tempo que o paciente tem para receber a avaliação e intervenção, objetivo específico da intervenção de um psicólogo da saúde, contexto, entre outras restrições.

Um número bem maior de instrumentos de espectro restrito pode ser utilizado na prática da Psicologia da Saúde, medindo construtos psicológicos, experiências ou sintomas. Entre os quais, Belar e Deardorff (2009) elencam as medidas de depressão Beck Depression Inventory-2 (BDI-2) e Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CESD-S); de ansiedade State-Trait Anxiety Inventory; e de raiva State-Trait Anger Expression Inventory.

No Brasil, diferentes instrumentos podem ser utilizados nesse contexto. De modo geral, o Inventário de Depressão (BDI), Inventário de Ansiedade (BAI), Escala de Desesperança (BHS) e Escala de Ideação Suicida (BSI) têm sido bastante úteis. O BDI avalia sintomatologia depressiva, a BAI a sintomatologia da ansiedade, a BHS trata-se de uma medida de desesperança e a BSI detecta a presença de ideação suicida, medindo a extensão da motivação e planejamento de um comportamento suicida.

Medidas de personalidade, inteligência/raciocínio, de neuropsicologia (funções executivas), autoconceito, agressividade, autocontrole, motivação, avaliação familiar, estresse, traços de personalidade específicos (agressividade, impulsividade), assertividade, estilos de pensamento, habilidades sociais, entre outras, podem ser encontradas com parecer favorável para uso. Entretanto, é o profissional que deverá avaliar a adequabilidade de cada uma, os objetivos, a amostra de normatização, a aplicabilidade em contextos de saúde, as propriedades psicométricas e outras características fundamentais dos testes e/ou métodos em Psicologia.

A seguir, são explicitadas algumas escalas, construídas no Laboratório de Avaliação Psicológica em Saúde Mental (LAPSaM) da Universidade São Francisco, em Campinas, que têm sido úteis para avaliação psicológica em diferentes áreas, inclusive em sistemas de saúde, como ambulatorios, enfermarias, Unidades Básicas de Saúde (UBS), e todas contam com parecer favorável do SATEPSI. No entanto, não é o objetivo deste capítulo apresentar detalhadamente as características psicométricas de cada escala.

Escala Baptista de depressão | Versão adulto (EBADEP-A)

Trata-se de um instrumento unifatorial e de rastreio de sintomatologia depressiva (Baptista, 2012). A escala é constituída por 90 frases, as quais são apresentadas em pares, formando 45 itens. Cada item apresenta um indicador de sintomatologia com uma frase de cunho positivo e outra de cunho negativo. Tem em formato Likert de quatro pontos. A EBADEP-A apresenta uma percentagem bem pequena de itens que avaliam sintomas vegetativos/somáticos, quando comparada a outras escalas de depressão, o que é bastante adequado para ambientes de saúde, já que, quanto menos itens desse cunho, menor a chance do viés na avaliação em ambientes médicos nos transtornos de depressão.

Escala de pensamentos depressivos (EPD)

Tem como objetivo avaliar distorções cognitivas e/ou pensamentos distorcidos que podem ser indicativos de depressão (Carneiro e Baptista, 2015). A EPD foi elaborada com base na tríade cognitiva proposta por Beck, considerada como substrato para o entendimento de interpretações rígidas e negativistas relacionadas à depressão. Contém 26 itens, divididos em dois fatores que avaliam baixa autoestima/desesperança, percepção negativista quanto a si próprio e ao futuro e funcionalidade nas relações.

Inventário de percepção do suporte familiar (IPSF)

Tem como objetivo avaliar como o indivíduo percebe o suporte que recebe de sua família (Baptista, 2009). É composto por 42 itens com respostas do tipo Likert de três pontos, tendo três dimensões: afetivo consistente (relações afetivas positivas, carinho, proximidade, clareza em papéis e regras dos integrantes da família e habilidade na resolução de problemas); adaptação familiar (sentimentos negativos sobre a família, como raiva, isolamento, exclusão, vergonha, incompreensão e interesse); e autonomia familiar (relações de confiança, liberdade e privacidade).

Escala de percepção de suporte social (EPSUS-A)

A EPSUS-A (Cardoso e Baptista, 2016) foi construída com base na teoria de suporte social de Rodriguez e Cohen (1998), a qual estipula três possíveis fontes de suporte social (afetivo, instrumental e informacional), contendo 33 itens com quatro dimensões (afetivo, interações sociais, instrumental e enfrentamento de problemas).

Como explicado anteriormente, cabe ao psicólogo avaliar a aplicabilidade adequada das escalas nas várias possibilidades de utilização que os ambientes de saúde proporcionam, cada qual com suas especificidades. Também é importante frisar que o processo de avaliação psicológica envolve muito mais do que simplesmente a aplicação e a interpretação dos resultados de escalas, mesmo porque, em todas, a interpretação quantitativa deve vir acompanhada pela análise qualitativa das respostas dos itens, que deve ser realizada junto com o paciente na compreensão do fenômeno investigado.

Considerações finais

O processo de avaliação psicológica possibilitará que o psicólogo compreenda alguns aspectos relacionados com o paciente, por exemplo, como ele se comporta no ambiente de saúde, quais os comportamentos associados à saúde e à doença, a evidência de psicopatologias e as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com a situação, no sentido de planejar a intervenção mais adequada para aquele contexto específico. Desse modo, é possível dizer que o objetivo da avaliação da psicologia no contexto da saúde é compreender e auxiliar o paciente em situações que envolvem ambientes de saúde.

Após a integração das informações levantadas no processo de avaliação, o psicólogo deverá responder algumas questões. De acordo com Moss (1977), as seguintes perguntas podem delinear seu entendimento, independentemente da doença apresentada pelo paciente:

- Como o paciente lida com a dor e os sintomas apresentados?
- Como enfrenta o ambiente hospitalar?
- Como é a sua relação com a equipe de saúde?
- Apresenta nível razoável de equilíbrio emocional?
- Mantém uma autoimagem satisfatória?
- Como está sua percepção de suporte familiar e social?
- Está ciente e preparado para enfrentar um futuro incerto?
- Tem consciência e conhecimento dos procedimentos médicos recebidos?

Os ambientes de saúde são excelentes laboratórios no planejamento e na integração entre a pesquisa e a prática clínica. O psicólogo da saúde, na tarefa de avaliar e intervir, deve ter conhecimentos múltiplos em seu papel, além daqueles adquiridos em

sua área de formação. Além disso, necessita também dominar técnicas e procedimentos de avaliação psicológica, no sentido de utilizar todo o seu conhecimento a serviço do bem-estar humano.

Referências bibliográficas

- Almeida, R. A.; Malagaris, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 14, n. 2, p. 183-231, 2011.
- American Psychological Association (APA). *Health Psychology: Division 38*, 2016. Disponível em: <http://www.apa.org/about/division/div38.aspx>.
- Azevêdo, A. V. S.; Crepaldi, M. A. A psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, v. 33, n. 4, p. 573-585, 2016.
- Baptista, M. N. Escala Baptista de depressão – versão adulto (EBADEP-A). São Paulo: Vetor, 2012.
- Baptista, M. N. Inventário de percepção do suporte familiar (IPSF). São Paulo: Vetor, 2009.
- Baptista, M. N.; Borges, L. Processo de avaliação no contexto da saúde. In: R. Gorayeb R., Miyazaki M. C., Teodoro M. PROPSICO – Programa de Atualização em Psicologia Clínica e da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 2017. p. 141-68.
- Baptista, M. N.; Dias, R. R. (Orgs.). *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2010.
- Belar, C. D. Clinical health psychology: a speciality for the 21st Century. *Health Psychology*, v. 16, p. 411-416, 1997.
- Belar, C. D.; Deardorff, W. W. Clinical health psychology assessment. In: Belar, C. D.; Deardorff, W. W. *Clinical Health Psychology in Medical Settings: a practitioner's guidebook*. Washington: APA, 1995.
- Belar, C. D.; Deardorff, W. W. *Clinical health psychology in medical settings: a practitioner's guidebook*. Washington: APA, 2009.
- Capitão, C. G.; Baptista, M. N. Avaliação psicológica da saúde: um campo em construção. In: Baptista, M. N.; Dias, R. R. (Orgs.). *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. p. 1-16.
- Capitão, C. G.; Scortegagna, S. A.; Baptista, M. N. A importância da avaliação psicológica na saúde. *Avaliação Psicológica*, v. 4, n. 1, p. 75-82, 2005.
- Cardoso, H. F.; Baptista, M. N. Escala de percepção de suporte social – versão adulto (EPSUS-A). São Paulo: Hogrefe, 2016.
- Carneiro, A. M.; Baptista, M. N. Escala de pensamentos depressivos (EPD). São Paulo: Hogrefe, 2015.
- Castro, E. K.; Bornholdt, E. Psicologia da saúde × Psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.
- Cohen, R. J.; Swerdlik, M. E.; Sturman, E. D. Testagem e avaliação psicológica. In: Cohen, R. J.; Swerdlik M. E.; Sturman E. D. *Testagem e avaliação psicológica: introdução a testes e medidas*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 1-37.
- CFP. Conselho Federal de Psicologia. Cartilha de avaliação psicológica, 2007. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2008/08/Resolucao_CFP_nx_013-2007.pdf.
- Cunha, J. A. *Psicodiagnóstico V: fundamentos do psicodiagnóstico*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- Fernandes, L. F. B.; Miyazaki, M. C. O. S.; Silves, E. F. M. Caracterização da supervisão em um centro formador de Psicologia da saúde. *Estudos de Psicologia*, v. 32, n. 3, p. 499-509, 2015.
- Friedman, H. S.; Adler, N. E. The history and background of health psychology. In: Friedman, H. S.; Silver, R. (Orgs.). *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press, 2007. p. 3-18.
- Friedman, H. S.; Silver, R. (Orgs.). *Foundations of health psychology*. New York: Oxford University Press, 2007.
- Gorayeb, R. A prática da psicologia hospitalar. In: Marinho, M. L.; Caballo, V. E. (Orgs.). *Psicologia clínica e da saúde*. Londrina: UEL-APICSA, 2001. p. 263-78.
- Gorayeb, R. Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26 (esp), p. 115-22, 2010.
- Gorayeb, R.; Guerrelhas, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 5, p. 11-9, 2003.
- Hutz, C. S.; Bandeira, D. R.; Trentini, C. M.; Krug, J. S. *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed, 2016. (Coleção Avaliação Psicológica).
- Löhr, S. S.; Silves, E. F. M. Clínica-escola: integração da formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In: Silves, E. F. M. (Org.). *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas: Alínea, 2006. p. 11-22.
- Matarazzo, J. D. Behavioral health and behavioral medicine. *American Psychologist*, v. 35, n. 9, p. 807-817, 1980.
- Matarazzo, J. D. Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, v. 37, n. 1, p. 1-14, 1982.
- Matarazzo, J. D. Psychological assessment *versus* psychological testing: validation from binet to the school, clinic and

- courtroom. *American Psychologist*, v. 45, p. 999-1017, 1990.
- Moss, R. *Coping with physical illness 2: New perspectives*. New York: Plenum Press, 1977.
- Noronha, A. P. P. *Avaliação psicológica segundo psicólogos: usos e problemas com ênfase nos testes*. Tese de Doutorado-Instituto de Psicologia, PUC-Campinas, Campinas, 1999.
- Ribeiro, J. L. P. *Psicologia da saúde*. In: Alves, R. F. (Org.). *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa*. Campina Grande: EDUEPB, 2011. p. 23-64. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/z7ytj/pdf/alves-9788578791926.pdf>.
- Richmond, J. *Healthy people: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington: Department of Health, Education, and Welfare, 1979.
- Rodriguez, M. S.; Cohen, S. Social support. *Encyclopedia of mental health*, v. 3, p. 535-44, 1998.
- Rudnicki, T.; Schmidt, B. *Psicologia da saúde e psicologia hospitalar: aspectos conceituais e práticos*. In: Elias, V. A.; Perez, G. H.; Moretto, M. L. T.; Barbosa, L. N. F. (Eds.). *Horizontes da psicologia hospitalar: saberes e fazeres*. São Paulo: Ateneu, 2015. p. 3-10.
- Schmidt, B.; Bolze, S. D. A.; Crepaldi, M. A. *Avaliação psicológica no contexto hospitalar*. In: Lins, M. R. C.; Borsa, J. C. (Orgs.). *Avaliação psicológica: aspectos teóricos e práticos*. Petrópolis: Vozes, 2017. p. 427-45.
- Taylor, S. E. *Health Psychology*. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 2002.
- Urbina, S. *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- Wichers, M. The dynamic nature of depression: a new micro-level perspective of mental disorder that meets current challenges. *Psychological Medicine*, v. 44, p. 1349-60, 2013.

* Tipos de atenção: primária – relativa à promoção e educação para a saúde quando não existem problemas de saúde instalados [p. ex., trabalho com a população em geral na comunidade sobre os riscos do contágio do vírus da imunodeficiência humana (HIV)]; secundária – já existe uma demanda e o profissional atua prevenindo seus possíveis efeitos adversos (p. ex., trabalho com pessoas que recorrem ao exame do HIV durante o período da espera pelo resultado); terciária – trabalho com pessoas com problemas de saúde instalados, atuando para minimizar seu sofrimento [p. ex., trabalho de grupo, psicoterápico, de apoio etc. com pessoas infectadas pelo vírus HIV (Castro e Bornholdt, 2004)].

3

Psicologia Ambulatorial em Hospital Geral | Critérios para Assistência, Ensino e Pesquisa

Diana Tosello Laloní • Queila Pierre Fernandes

Introdução

Na década de 1960, quando a Psicologia Clínica foi incorporada aos hospitais, o psicólogo fazia o papel de avaliador como provedor de serviços de psicometria, tanto no âmbito clínico quanto de pesquisa, e sua atenção era exclusiva às doenças mentais. A maioria dos esforços era dirigida às questões da psicopatologia e da intervenção com pacientes psiquiátricos. Segundo Sweet *et al.* (1991), o modelo biomédico sustentava que as doenças tinham causas exclusivamente biológicas, o que resumiu a visão dominante da Medicina durante a maior parte do século 20, justificando o âmbito da Psicologia Clínica exclusivamente voltada para a saúde mental. Com o decorrer dos anos, os médicos aprenderam a reconhecer a importância dos fatores psicológicos nas doenças por meio da descrição dos processos etiológicos, da apresentação de tratamentos eficazes, da demonstração de projetos de pesquisa cuidadosos, da avaliação efetiva do comportamento, o que forneceu evidências na relação comportamento e doenças que eram anteriormente inatingíveis, conforme Straub (2014).

Como postula Kerbaux (1998; 1999; 2002), a situação mudou gradativamente: serviços de Psicologia independentes foram criados em hospitais e psicólogos começaram a ser indicados para compor equipes de atendimento familiar, Neurologia, Ginecologia e Obstetrícia. Algumas faculdades médicas criaram departamentos de Psicologia e essa situação favoreceu a entrada dos psicólogos em equipes hospitalares.

Kerbaux (2002) afirma que, embora a prática da Psicologia Clínica tradicional ainda proporcione uma contribuição valiosa e forte para o campo médico, ela evoluiu na concepção teórica definida como ciência comportamental, no estudo e fornecimento de soluções para problemas específicos definidos por abordagens médicas particulares, por doenças e, especialmente, pela prática. Para identificar problemas geralmente críticos na conduta psicológica, é fundamental questionar o que é preciso e desejado pelo médico quando solicita uma consulta psicológica, e o que de melhor pode ser feito.

A Psicologia em relação à saúde distingue-se da Psicologia Clínica tradicional, pois se baseia no conjunto de pesquisas de doenças e seus tratamentos, além de manter o foco na prevenção, estilo de vida e adesão a tratamento, centrando-se no processo de análise das variáveis biológicas do organismo e como elas são afetadas pelas contingências do ambiente.

Stoudemire (2000) afirma que a participação dos fatores psicológicos na etiologia dos problemas médicos é uma área controversa de serviço e pesquisa. Comportamentos de consumo de cigarro, álcool e drogas são aceitos como fatores contribuintes para doenças como câncer, hipertensão, males do coração, entre outras, no entanto, a influência psicológica direta na etiologia de doenças não é amplamente aceita pelos clínicos, muitas vezes sendo vista com considerável ceticismo. Todavia, o uso de abordagens psicológicas tem contribuído significativamente às questões da etiologia das mudanças físicas.

Os sintomas somáticos também podem ser tidos, em um sentido mais crônico, como um componente do estilo de vida que pode predispor alguém a riscos de saúde. No relacionamento médico-paciente, certas variáveis desse vínculo são cruciais no que se refere às atitudes do paciente, à submissão aos regimes médicos e até aos desejos do paciente. Questões a respeito do

relacionamento médico-paciente têm revelado que, quando os médicos são questionados se devem contar ou não a pacientes sobre a natureza terminal de suas doenças, ou mesmo que estão morrendo, muitos ainda acreditam que eles não deveriam ser informados; porém, quando os pacientes são questionados a respeito, a maioria diz que desejaria saber a verdade. Esse é um exemplo da contribuição das pesquisas que exploram crenças sustentadas e que proporcionam uma ilustração de como os médicos se relacionam com seus pacientes. Essas contribuições são indicadoras do impacto positivo da atenção psicológica no aumento dos benefícios aos pacientes. A resposta dos pacientes ao tratamento das doenças, o efeito psicológico da doença no paciente e, conseqüentemente, ao longo do seu curso são considerações importantes para os cuidados médicos efetivos. Os pacientes estão sob o risco de complicações médicas pela relação entre os fatores psicológicos e as doenças. Esses estudos foram relacionados com os fatores psicológicos que afetam outras condições médicas, na classificação do quarto volume do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV; APA, 1994).

No entanto, no DSM-V (APA, 2013), transtornos de sintomas somáticos e transtornos relacionados foram incluídos como um novo diagnóstico, que diz respeito aos fatores psicológicos e comportamentais que podem afetar negativamente o estado de saúde por interferir em outras condições clínicas. Assim, neste capítulo, são apresentados os diagnósticos de transtornos de sintomas somáticos, transtorno de ansiedade de doença, transtornos de sintomas neurológicos funcionais, fatores psicológicos que afetam condições médicas, entre outros. Não são os sintomas somáticos em si que caracterizam a doença, mas sim o modo como se apresentam e como são interpretados. Abordagens psicológicas para tratamentos são, talvez, o aspecto mais conhecido do papel da Psicologia no tratamento médico.

Abordagens com o intuito de modificar padrões comportamentais de risco para doenças do coração, asma, obesidade e possível hipertensão representam expressivas áreas de pesquisa, segundo Goldstein e Niaura (2000).

Esses temas são bases de pesquisas árduas e incluem um preparo sólido nos conteúdos das teorias tradicionais da Psicologia e metodologia; um conhecimento necessário da entidade médica específica com a qual se está lidando; o uso e desenvolvimento de instrumentos apropriados para a avaliação do comportamento; o uso consistente de registro de pacientes; familiaridade com o projeto; e análise de técnicas apropriadas ao problema, para pesquisa e/ou intervenção clínica. Esses propósitos não costumam ser mutuamente exclusivos dos ambientes médicos.

Fatos históricos demonstraram o percurso da Psicologia no sistema de saúde e sua entrada no hospital geral. Em 1911, em um simpósio nos EUA sobre “A relação da Psicologia e a Educação Médica”, artigos apresentados pelos psicólogos Shepard Ivory Franz e John Broadus Watson, e pelos médicos Adolf Meyer, Southard e Morton Price já indicavam que a nova ciência psicológica contribuiria para a educação médica, para a pesquisa e para a prática. Entretanto, para realizar essa contribuição, a Psicologia precisou tornar-se mais valiosa ou mais prática para direcionar ou endereçar os problemas confrontados pela própria prática médica (Stoudemire, 2000).

A Psicologia da Saúde foi oficialmente criada como área de pesquisa e aplicação da ciência psicológica a partir de 1978 pela American Psychological Association (APA), que estabeleceu os quatro objetivos do campo: estudar de modo científico as causas e origens de determinadas doenças; promover a saúde; prevenir e tratar doenças; e promover políticas de saúde pública (Camic e Knight, 1998; Straub, 2014; Sweet *et al.*, 1991).

A expectativa média de vida cresceu em mais de 20 anos no século 20, e o aumento das doenças relacionadas com o estilo de vida, a revisão do modelo biomédico para o biopsicossocial e os custos do atendimento em saúde impulsionaram o desenvolvimento da área e moldaram a Psicologia da Saúde (Straub, 2014).

Os psicólogos estão engajados na prática clínica já há algum tempo, com a atenção voltada à prevenção da saúde em nível primário e secundário. Atualmente, esses profissionais têm também trabalhado com a atenção terciária e com pacientes de uma grande gama de doenças graves, agudas e crônicas (Sweet *et al.*, 1991).

A Psicologia ampliou seu campo de atuação, estendendo-se para a área médica com o avanço científico-tecnológico da Medicina (Baptista *et al.*, 2010; Kerbaux, 1998). Segundo Ramos-Cerqueira (1994), esses avanços, apoiados no método anatomoclínico, tornaram possível identificar o limite desse enfoque e perceber a necessidade de analisar outros fatores, como os socioeconômicos, ambientais e psicológicos.

Atuar nessa área de interface entre Psicologia e Medicina exige do psicólogo, no seu trabalho na instituição de saúde, compreender a etiologia das doenças e a ação assistencial, que inclui os atos semiológicos, diagnósticos e terapêuticos; mas também a busca de um modelo para a compreensão da relação determinante e mantenedora das doenças (Baptista *et al.*, 2010; Kerbaux, 1999).

O modelo comportamental para a Psicologia hospitalar tem como pressuposto que as condições biológicas do organismo podem ser afetadas diferentemente, dependendo da maneira que o indivíduo responde às contingências de determinada situação. Para o analista de comportamento, as concepções da medicina psicossomática, que defendem a influência da mente sobre o

corpo, estão superadas, visto que é o comportamento da pessoa que modela as formas de reação biológica do próprio indivíduo. O comportamento é a dimensão funcional do corpo na sua interação com o ambiente, não é independente do organismo biológico, portanto, as funções biológicas são diretamente afetadas pelo comportamento, e ambos pela contingência do ambiente (Laloni, 2006).

Os processos biológicos, psicológicos e sociais são estudados e enfatizados na abordagem analítico comportamental, e devem ser compreendidos como eventos indissociáveis. A saúde é estudada em termos de comportamentos de saúde e de comportamentos de doença (Moraes e Rolim, 2012).

O modelo de assistência no Ambulatório de Psicologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP), utiliza o paradigma comportamental descrito por Gorayeb e Possani (2015).

Conforme o modelo de Iñesta (1990), as pessoas individualmente aprendem a comportar-se e interagir de maneiras particulares com algumas contingências, o que propicia alterações orgânicas específicas. São comportamentos que podem produzir alterações que afetam sistemas neuroendócrinos, neurovegetativos, imunológico ou outros, aumentando o risco do desenvolvimento de processos patogênicos, o que indicaria maior vulnerabilidade biológica do indivíduo.

Ainda no modelo de Iñesta (1990), o psicólogo comportamental que se propõe a analisar o comportamento em indivíduos com patologias físicas e que demandam ação psicológica clínica deverá investigar a relação entre comportamento e saúde, focalizando em:

- Comportamentos que, direta ou indiretamente, diminuem ou aumentam a probabilidade de contrair uma doença
- Comportamentos que aumentam o risco de contrair uma doença ou de agravar um estado patológico já existente
- Comportamentos que reduzem o risco de contrair uma doença ou ajudam em seu tratamento e podem até contribuir para uma remissão total
- Comportamentos que podem produzir patologias, direta ou indiretamente
- Comportamentos diretamente relacionados a doenças que produzem contato direto com o agente patogênico (acidentes, contato com agente infeccioso, contato com agentes tóxicos)
- Comportamentos indiretos, isto é, que não produzem contato direto, mas aumentam a vulnerabilidade do organismo (abuso de automedicação, tabagismo, etilismo, dietas exageradamente restritivas ou abusivas, excesso de exercícios físicos)
- Ausência de comportamentos de autoproteção, comportamentos de redução de exposição do organismo a agentes ou contingências patogênicas.

Assim, sugere-se que o psicólogo clínico observe os comportamentos do doente enquanto padrões de respostas que aumentam ou diminuem a vulnerabilidade biológica. Que suas ações tenham como objetivos principais a identificação dos fatores de risco psicológico, a identificação de crenças e representações sociais dos conceitos de saúde e doença nas pessoas, e a proposta de soluções para as alterações nas condições que não são favoráveis às doenças.

Objetivos

Discutir o trabalho do psicólogo, analista do comportamento, que atua em uma unidade ambulatorial hospitalar e os comportamentos envolvidos nessa situação, é o objetivo deste capítulo. Nesse sentido, procura-se descrever e analisar a necessidade do estabelecimento de critérios de atenção no contexto de atendimentos psicológicos ambulatoriais em um Serviço de Psicologia de um Hospital Geral, com pacientes que buscam atendimento psicológico por orientação e/ou encaminhamento médico. Em seguida, uma reflexão sobre os dados levantados poderá sugerir contingências presentes para os encaminhamentos.

Essa discussão é resultado da vivência em um hospital geral, local de assistência, ensino e pesquisa, e que, portanto, tem como característica a atenção ambulatorial a pacientes de diferentes especialidades médicas, bem como a formação de recursos humanos de equipes de saúde.

Segundo Laloni (2001), no hospital cujo foco principal é o tratamento, as ações da equipe de saúde são dirigidas para a recuperação da saúde e todas as intervenções são relacionadas com o binômio saúde-doença. A compreensão na perspectiva comportamental reside em que as respostas emitidas pelos pacientes estão determinadas pelas contingências, exigindo que o psicólogo analise funcionalmente o padrão comportamental associado à doença.

A compreensão da relação comportamento-saúde, referenciada pelo modelo biopsicossocial e pela Teoria Comportamental, entende que o estudo dos fatores psicológicos, sociais e comportamentais são preditivos de doença ou saúde. Isso significa que o comportamento do paciente participa da modelagem dos estados biológicos do organismo, ou seja, determina manutenção, recuperação ou perda da saúde biológica (Iñesta, 1990).

Assim, ao ser chamado para atender um paciente do hospital, o psicólogo, analista do comportamento, fará uma análise funcional do comportamento do paciente no ambiente hospitalar, ou seja, identificará as variáveis das quais os comportamentos, em relação à própria saúde, seja de prevenção e adesão ao tratamento ou de risco, são funções (Laloni, 2001).

O comportamento é uma prática individual do organismo biológico do indivíduo-paciente, em um meio determinado por relações socioculturais. A relação psicológica que determina a manutenção, recuperação ou perda da saúde biológica compreende a interação de três fatores fundamentais:

- A história de interação do indivíduo com o ambiente (história de vida/de aprendizagem)
- Os comportamentos aprendidos ao interagir com determinadas situações (padrão/repertório comportamental)
- A modelagem dos estados biológicos do organismo por parte das contingências de determinada situação do ambiente que definem/afetam suas condições biológicas (condições clínicas; Iñesta, 1990).

O estudo e análise dos encaminhamentos médicos ao serviço de Psicologia Ambulatorial, bem como a análise das queixas referidas pelo próprio paciente, são os elementos que suscitaram a curiosidade das autoras deste capítulo e provocaram um estudo que possibilitou a reflexão sobre as características desse contexto.

Os pacientes que passam por atendimento médico no ambiente hospitalar, ambulatorial ou de internação apresentam relatos de queixas sobre sua saúde em razão de variáveis culturais e sociais com as quais os médicos não são familiarizados e não estão preparados para analisar e intervir. São esses comportamentos dos pacientes que determinam os encaminhamentos para avaliação psicológica. Para responder a essa demanda, o Serviço de Psicologia do hospital oferece o atendimento ambulatorial.

Ambulatório de Psicologia

O Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) é uma instituição privada pertencente à Sociedade Campineira de Educação e Instrução, também mantenedora da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas. É um hospital-escola, com uma área física de aproximadamente 23.000 m², onde estão localizadas as diversas unidades: Enfermaria, Clínica Médica, Moléstias Infecciosas, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Obstetrícia, Psiquiatria, Unidade Coronariana, Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, UTI Adulto, UTI Pediátrica, UTI Neonatal, Hemodiálise, Quimioterapia, Pronto-Socorro Adulto e Infantil, Farmácia, Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Rádio-Imagem etc. Em outro prédio ao lado, estão os Ambulatórios de Especialidades Médicas, a Clínica Escola de Psicologia e a Clínica de Fonoaudiologia, onde funciona o Ambulatório de Psicologia do HMCP.

O HMCP é conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), atende à população da região de Campinas, sendo um hospital de referência para uma grande área geográfica. Como instituição prestadora de serviço de saúde que participa da rede pública, tem como diretrizes as doutrinas e princípios do SUS, promulgados em 1990.

A implantação do Serviço de Psicologia no HMCP ocorreu em fevereiro de 1986 e, efetuada a avaliação após o primeiro ano de implantação, tinha-se conseguido iniciar o Ambulatório de Psicologia com pacientes encaminhados pelos demais ambulatórios.

O Ambulatório de Psicologia definiu como seu público pessoas com patologias físicas e pacientes dos ambulatórios de especialidades médicas do HMCP. Os programas de atenção estabelecidos foram prioritariamente de Avaliação Psicológica, Intervenção Terapêutica em Grupo ou Individual e Orientação. As técnicas utilizadas são focais e comportamentais, com limite de tempo.

Encaminhamento médico e população estudada

Os encaminhamentos médicos foram estudados por Fernandes *et al.* (2004; 2005) e Fonseca *et al.* (2007), e os resultados foram utilizados para a revisão anual dos critérios de triagem e adequação dos programas de atenção. O estabelecimento de critérios de seleção dos pacientes atendidos pelo serviço, bem como a especificação dos objetivos psicoterapêuticos e delineamento do atendimento psicológico ambulatorial estão em permanente discussão com base nos dados observados nas triagens.

Esses estudos demonstraram que a população é predominantemente feminina (59%) com idade média de 40 anos, sendo apenas 16% acima dos 50 anos, o que indica uma população jovem com prejuízos na saúde. Nas amostras estudadas, a relação comportamento-saúde foi identificada em 46% dos pacientes, não sendo confirmada no restante durante entrevista inicial, apesar de terem sido encaminhados pelos ambulatórios médicos, sugerindo que a percepção médica ou a análise psicológica necessitava de aperfeiçoamento.

Os encaminhamentos médicos são oriundos de quase todas as especialidades: Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Endocrinologia, Dermatologia, Gastrologia, Coloproctologia, Reumatologia, Ortopedia, Oncologia, Ginecologia e Obstetrícia,

Urologia, Neurologia e Psiquiatria, sendo Pediatria, Endocrinologia, Reumatologia, Dermatologia, Clínica Médica e Psiquiatria as que mais encaminham.

A predominância de encaminhamentos, contudo, é das especialidades de Pediatria e Endo-crinologia, e as doenças mais frequentes nesse grupo foram enurese e encoprese, obesidade e diabetes, o que evidencia a relação comportamento-saúde e sugere que essas especialidades médicas identificaram melhor essa relação do que as outras. Esses resultados apontaram, portanto, a necessidade de treinamento das equipes médicas de comportamentos no sentido de identificar, no relato dos pacientes, as queixas indicadoras da relação comportamento-saúde.

Os resultados preliminares de Fernandes *et al.* (2004; 2005) mostraram que as entrevistas iniciais de triagem e de identificação do problema não eram suficientes para a compreensão da relação comportamento-saúde. A revisão dos procedimentos de triagem foi necessária e o treinamento dos profissionais envolvidos nessa ação foi intensificado.

No estudo de Fonseca *et al.* (2007), em 81% dos pacientes que aderiram ao tratamento por até quatro sessões, a hipótese da funcionalidade entre comportamento e saúde identificada na triagem foi confirmada por meio da leitura do prontuário com a descrição dessas sessões. Esse dado sugeriu a efetividade da triagem, porém, deve-se considerar com cautela os resultados, pois a análise de dados foi baseada nos relatórios descritos por estagiários de 17 casos. De todos os casos, o encaminhamento para atenção psicológica distribuiu-se em 71% para atenção individual, 19% para atenção em grupo e 10% para atenção familiar.

Segundo Amaral (1997), os esforços do procedimento de assistência dos pacientes triados e encaminhados para atendimento no serviço recaem “na oferta de serviços” que atendam às necessidades da comunidade envolvida. Isso exige uma pesquisa e análise criteriosa da demanda do período (mês/semestre) como determinante do estabelecimento dos procedimentos psicológicos que serão adotados, o que inclui avaliações, orientações e psicoterapias individuais e em grupo.

O aperfeiçoamento de metodologias cada vez mais precisas para o desenvolvimento de casos clínicos únicos constitui o objetivo do serviço, visto que o controle da melhora é realizado intrassujeito (Kerbaux, 1999). Nesse sentido, o trabalho com grupos é muito útil e utilizado nesse contexto, pela homogeneidade das variáveis envolvidas em algumas patologias, como a obesidade, e ainda em razão do custo-benefício, já que possibilita a ampliação da eficiência do serviço, isto é, atender um maior número de pessoas em menor tempo e, conseqüentemente, sua validação pela comunidade hospitalar.

Em um estudo efetuado por Laloni, entre março e junho de 2013, o Ambulatório de Psicologia recebeu uma população de 62 clientes, sendo 44% na faixa etária entre 4 e 17 anos (37% feminino e 63% masculino) e 56% da população entre 18 e 60 anos ou mais (sendo 69% feminino e 31% masculino). Quanto à escolaridade, 43% tinham Ensino Fundamental e 46% Ensino Médio completos; além disso, 69% tinham emprego. As referências de origem dos clientes foram os ambulatórios de Oncologia, Pneumologia, Ginecologia e Clínica Médica, preferencialmente.

O ambulatório de Psicologia do HMCP é campo de estágio para graduandos em Psicologia desde o início de sua implantação e passou a compor, a partir de 2014, o Serviço de Psicologia e Saúde Clínica da Faculdade de Psicologia da PUC-Campinas, que oferece atenção Psicológica Clínica em quatro contextos diferentes: Clínica Escola, Hospital Geral, Serviços de Saúde Mental e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os serviços oferecidos são organizados em programas.

A porta de entrada para a Clínica Escola e para o Ambulatório de Psicologia do HMCP é a mesma: o programa de recepção ocorre sem agendamento e o paciente é recebido no Programa de Acolhimento, o qual é conduzido por psicólogos assistenciais. Os pacientes vêm dos diversos serviços do hospital e das UBS, espontaneamente, sem agendamento, todos os dias da semana, em horários determinados. O procedimento é o de entrevistas individuais semiestruturadas, e os pacientes são atendidos por ordem de chegada, tendo em mãos o documento de identidade.

Já o acolhimento é feito por meio do programa de porta aberta do Serviço de Psicologia e Saúde Clínica, na Clínica Escola. As ações do acolhimento compreendem a escuta clínica, o reconhecimento da demanda e a avaliação das necessidades imediatas. Ainda são ações do acolhimento a articulação com a rede de atenção à saúde e com os diversos setores de assistência, e a articulação com as escolas. O acolhimento pode ocorrer em um ou mais encontros, podendo ser estendido por dias ou semanas subsequentes, até que as demandas sejam atendidas. Conclui-se com o encaminhamento para os Programas de Avaliação e Intervenção.

Os Programas de Avaliação são denominados de Avaliação Contextual e Avaliação Psicológica, e os de Intervenção, Individual, Grupal, Familiar e Casal.

O Programa de Avaliação Contextual compreende entrevistas com paciente, família, escola, serviço de saúde, com o objetivo de obter informações sobre o contexto socioeconômico, educacional, ocupacional, de saúde e assistência e relacional. Ao final das avaliações, é feito um parecer com as informações da demanda, das condições de risco e vulnerabilidade, proteção, risco de saúde e agravos ao problema. O parecer final contém também recomendações quanto ao seguimento e sugestões da inserção em algum dos programas de intervenção. O período recomendado para a avaliação contextual com o parecer é de até

30 dias.

Já os programas de intervenção compreendem ações de apoio, oficinas, psicoterapias, ações de orientações ou aconselhamento, que poderão ser individuais ou em grupo. Os Programas de Intervenção demandam uma adesão do paciente e sua manutenção no programa por um período preestabelecido. As oficinas têm como objetivo o enfrentamento e o desenvolvimento de aspectos psicossociais; já as ações de apoio visam os aspectos psicológicos de famílias, cuidadores e necessidades individuais imediatas para a promoção da saúde. O aconselhamento ou orientação, por sua vez, tem como intuito oferecer aos pacientes atenção psicológica clínica especial para a promoção e proteção da saúde mental, enquanto as ações de psicoterapia objetivam oferecer atenção psicoterápica para a proteção e recuperação da saúde mental.

Os pacientes identificados na Avaliação Contextual com demandas mais complexas podem ser indicados para o Programa de Avaliação Psicológica, que busca os determinantes da problemática em estudo e indica a intervenção mais adequada e/ou o encaminhamento para serviços especializados.

Diante dessa nova estrutura adotada em 2014, os pacientes que chegam para o primeiro atendimento são acolhidos pelos estagiários e pelos psicólogos assistenciais; não há um programa específico de acolhimento para a população encaminhada pelos ambulatórios médicos do HMCP.

Atualmente, as autoras deste capítulo estudam as amostras de pacientes entre 2015 e 2017, após a fusão do Serviço Ambulatorial com o Serviço de Psicologia e Saúde Clínica, observando que, do total de pacientes que buscaram o serviço clínico, 31% procurou o atendimento por demanda de doenças ou procedimentos médicos, com uma variação entre 30 e 40% de crianças e adolescentes, sobretudo do sexo masculino; já entre os adultos, a população feminina prevaleceu em torno de 60%. A origem desses pacientes encontra-se ainda nos diversos ambulatórios médicos, sendo as urgências oriundas dos ambulatórios de Cirurgia e do ambulatório de Endocrinologia, no caso da população infantil. Observou-se que a obesidade infantil é um dos principais problemas dessa população.

Casos clínicos

A seguir, são descritos casos de atendimento psicológico de pacientes com blastomicose, vítima de acidente automobilístico e câncer de reto (Exemplos 3.1 a 3.3).

Exemplo 3.1

Blastomicose.

- Especialidade médica de origem: Dermatologia
- Tempo de tratamento médico: 3 meses
- Conduta médica: tratamento clínico medicamentoso
- Outras recomendações: encaminhamento para acompanhamento psicológico
- Adesão ao tratamento médico: sim
- Encaminhamento sugerido pela triagem: psicoterapia individual.

Paciente C. tem 16 anos, é solteira e estudante do Ensino Médio. É a segunda de cinco filhos e seus pais biológicos são separados.

História clínica

A paciente é portadora de uma doença denominada blastomicose (micose no sangue), infecciosa multissistêmica rara, causada pelo fungo *Blastomyces dermatitidis*, presente na madeira e no solo. Os sintomas variam de acordo com o órgão afetado. Sintomas generalizados podem incluir febre, calafrios, tosse e/ou dificuldade para respirar (dispneia). Na fase crônica da doença, pulmões e pele são mais frequentemente afetados. O trato geniturinário e ossos também podem ser envolvidos. A doença foi contraída durante a infância, quando comia gravetos do chão e, embora tenha sido diagnosticada há apenas 2 anos, as feridas na pele surgiram este ano. A paciente perdeu 50% da visão do olho esquerdo e há uma hipótese, ainda não comprovada, de que exista relação com a doença. Está medicada e suas feridas estão diminuindo.

Relatos históricos

Há 2 anos, quando descobriu a doença, seu namorado terminou o relacionamento, seus amigos se afastaram

e, na escola, seus colegas a evitavam e as pessoas fingiam não conhecê-la; todos pensavam que era portadora de doença contagiosa. A paciente ficou muito triste, pensou em parar de estudar e misturou bebida alcoólica com seus medicamentos. Na mesma época, saiu de casa e foi morar com a avó materna, pois, assim como o ex-namorado e os amigos, sua mãe pensava que a doença era contagiosa, como um câncer ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). A mãe lavava e desinfetava o banheiro e aconselhava a filha a não sair de casa e não mostrar suas feridas aos outros. Relatou ainda que não gosta de seu pai, pois ele não está presente na vida dela, bebe muito e não liga para os filhos.

Relatos de queixas

Suas feridas coçam muito, a recomendação médica é evitar colocar a mão, porém, ela não consegue deixar de coçar. Atualmente, apresenta feridas em várias partes do corpo, inclusive no rosto, o que a incomoda. Sente-se desprezada e com vergonha de sair de casa.

Análise

Diante dos comportamentos de retraimento social e autoagressão, os médicos da clínica de Dermatologia que a acompanhavam encaminharam a paciente para o ambulatório de Psicologia. Inicialmente, os depoimentos sugeriam um quadro depressivo com risco de suicídio. Os relatos da história pessoal e a observação de seu repertório levaram a algumas hipóteses:

- A partir do início dos sintomas da doença e do diagnóstico médico, seu ambiente social passou a rejeitá-la. Essa contingência aversiva sempre presente modelou comportamentos de afastamento das pessoas, de isolamento social e de autoagressão, e diminuiu seu repertório social, desenvolvendo padrão de retraimento
- A falta de informação sobre a doença, tanto da paciente quanto das pessoas de seu ambiente, favoreceu o comportamento de rejeição e as respostas que ela emitiu sobre o isolamento foram negativamente reforçadas
- As perdas afetivas, tanto do namorado quanto dos amigos, foram estímulos para sentimentos de rejeição, desprezo e desejo de morrer. As observações desses comportamentos indicaram que foram adquiridos recentemente e que a paciente poderia desenvolver repertório para modificá-los
- Os comportamentos de mudança para a casa da avó e ser crítica em relação aos conselhos de isolamento, diante das contingências apresentadas pela mãe, indicaram que a paciente tinha algum repertório de enfrentamento, o que era adaptativamente melhor. O aumento desse repertório e a generalização para outras contingências era uma hipótese
- Pensar em deixar a escola, mas não sair, demonstrou que ir à escola estava sob controle de contingências positivas, sugerindo que esse repertório poderia ser aumentado e generalizado
- Pensar em ter outro namorado, ir à igreja e interessar-se por outras pessoas foram comportamentos que estavam em baixa frequência no repertório e poderiam ser aumentados.

Intervenção

A paciente recebeu atenção semanal durante 16 semanas. Os atendimentos tiveram como objetivos:

- Fazer um treinamento para que, diante da consulta médica, fosse capaz de perguntar todas as suas dúvidas sobre a doença
- Desenvolver repertório de conhecimento sobre a doença
- Desenvolver repertório para falar com as pessoas sobre sua doença
- Desenvolver repertório de autocuidado, de como tratar suas feridas
- Ser acompanhada durante uma consulta médica para sensibilizar a equipe médica quanto à atenção sobre a doença.

Várias estratégias foram utilizadas para alcançar os objetivos, contudo, algumas devem ser registradas, pois foram as que tiveram maior sucesso.

Uma das estratégias usadas durante o atendimento foi a paciente escrever sua história da doença. Durante

três encontros, ela escreveu sobre a história da doença. Começou contando seus primeiros sintomas, seus medos em relação à doença, como foi diagnosticada, como foi encaminhada para o serviço da PUC, os medicamentos que começou a tomar e os sintomas. Depois, escreveu como se deu a doença, as consequências e o preconceito que enfrentou das pessoas, inclusive da sua mãe. Por último, escreveu sobre a importância que a terapia teve para ela.

Outra estratégia utilizada foi acompanhar a paciente na consulta médica com a equipe de Dermatologia. Durante a consulta, algumas instruções trabalhadas com a paciente foram utilizadas, e o residente de Medicina e a assistente médica foram orientados sobre a necessidade de explicações à paciente.

Os resultados mostraram que as intervenções foram adequadas e, diante das dúvidas em relação à doença, foram elaboradas algumas questões para ela fazer ao seu médico. Ela levou as perguntas e o médico respondeu a todas as suas dúvidas. A paciente relatou que ficou mais tranquila e considerou importante saber mais sobre seu caso clínico e obter mais conhecimento sobre a sua doença.

Com base no que ela conhecia dos textos apresentados nos encontros e das dúvidas respondidas pelo médico, a paciente construiu uma história de sua doença e treinou o repertório para falar com as pessoas de seu relacionamento sobre o caso. Ela conclui que isso foi muito bom também para que sentisse menos medo.

Observou-se que, a partir da instalação do repertório de conhecimento sobre a doença, foi possível reforçar comportamentos de autocuidado, ao qual o tratamento exige adesão. Após a observação de que os comportamentos de autocuidado estavam instalados, de que o repertório social estava presente em uma frequência adequada para sua idade, de que seu interesse em outros jovens estava recebendo retorno positivo, de que recebia atenção de um novo namorado e de que era capaz de relatar sobre sua doença para as pessoas à sua volta, conseguindo com isso diminuir a rejeição, a paciente recebeu alta.

O modelo de atenção clínica utilizado foi a discriminação das contingências sobre a doença. Com a ajuda dos médicos e com as informações prestadas, e instalada a discriminação, a cliente foi treinada para discriminar as contingências aversivas produzidas pela sua comunidade e diante delas responder com os esclarecimentos adquiridos. Essa análise funcional durante todo o processo aumentou o repertório de discriminação e, conseqüentemente, de enfrentamento.

Exemplo 3.2

Vítima de acidente automobilístico.

- Especialidade médica de origem: Clínica Cirúrgica
- Identificação: E., sexo masculino, 49 anos de idade, casado, três filhos já adultos
- Tempo de tratamento médico: pós-operatório de aproximadamente 1 mês
- Adesão ao tratamento médico: sim
- Acolhimento: não houve triagem.

O paciente compareceu ao acolhimento com encaminhamento médico da especialidade de Clínica Cirúrgica. Segundo o encaminhamento, apresenta nervosismo desde que foi vítima de um acidente automobilístico, há aproximadamente 1 mês, e está impossibilitado de trabalhar. No acolhimento, relatou ansiedade, descrevendo taquicardia, respiração ofegante e sentimentos de medo ao andar de carro com “motoristas inexperientes”, em condições adversas como chuva, durante o período noturno e em alta velocidade. Mencionou que sente dificuldade de ficar em espaços pequenos e fechados, chegando a sentir falta de ar e que, por esse motivo, dorme todas as noites na sala com as janelas abertas.

Conforme seu relato do acidente, foi até uma cidade vizinha pegar o carro de seu genro e, na volta para sua cidade, onde reside com a esposa e uma filha, um outro carro conduzido por um rapaz menor de idade alcoolizado, acompanhado de dois passageiros também menores de idade e alcoolizados, bateu na traseira de seu veículo e capotou na estrada. E. bateu o rosto no volante e no painel do carro, sofrendo ferimentos e fraturas faciais. Foi socorrido por um casal que parou na estrada para assisti-lo; conduzido até o hospital, foi

internado e submetido a procedimento cirúrgico bucomaxilar. Está com sequelas da fratura e sua alimentação, restrita a líquidos. Tem sido acompanhado regularmente por médicos e odontólogos.

A avaliação contextual identificou que o paciente é casado, sua esposa é costureira autônoma, tem 46 anos. Ele tem três filhos, sendo o primeiro de um relacionamento anterior e os outros dois com a atual esposa, todos adultos. O paciente reside com a esposa e uma filha do casal, de 23 anos, desempregada, e com um enteado, em casa própria em um município vizinho à cidade de Campinas, na zona urbana, cujo bairro tem saneamento básico, rede elétrica e estruturas básicas. O paciente tem carro próprio, não faz uso de recursos socioassistenciais, estando sem qualquer tipo de seguimento.

Quanto ao contexto educacional, tem Ensino Fundamental até o 6º ano e Curso Técnico de Torneiro Mecânico pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (Senai), por meio do qual concluiu o Ensino Fundamental. Trabalhou como torneiro mecânico durante muitos anos, na maioria das vezes como autônomo, alguns empregos com registro; no último permaneceu aproximadamente 8 meses, sem registro, de onde saiu há cerca de 6 meses, tendo conflitos frequentes com colegas e chefia.

Quanto ao contexto de saúde e assistência, não apresentou histórico de doenças crônicas e/ou quadros agudos, é atendido pelo SUS e raramente passou por consultas médicas. Há 1 mês (desde o acidente) tem feito acompanhamento com as especialidades de Clínica Cirúrgica (bucamaxilofacial), Cirurgia Plástica e Odontologia. O paciente referiu estar recebendo auxílio saúde, por meio do qual tem conseguido manter o sustento da casa.

Na segunda entrevista de avaliação contextual, compareceu e, em situação da sala de espera, observou-se que paciente e esposa estavam em clima tenso; ao ser chamado, a esposa manifestou desejo de entrar com o paciente, que recusou a presença da companheira. Durante o atendimento, relatou que ele, a esposa e a filha discutiram em virtude da vinda ao serviço. Referiu sentimentos de menor valia, tristeza, desânimo e, mediante avaliação interventiva, discriminou respostas emocionais anteriores ao acidente e ao impedimento de trabalhar. Mencionou ansiedade diante dos conflitos envolvendo a família, como o desemprego da filha, o relacionamento afetivo dela com um companheiro que está detido e reclamou do apoio da esposa para a filha.

Foi orientado para acompanhamento familiar junto ao Serviço de Saúde Mental de sua cidade de origem, manifestou aceite e interesse. A ação clínica foi articular com o Serviço de Saúde da cidade de origem do cliente a necessidade de atenção psicológica à família e observar a evolução do paciente no aspecto psicológico, e orientar a equipe da cirurgia bucomaxilofacial quanto aos problemas psicológicos anteriores do paciente ao acidente e orientar e solicitar retorno ao Ambulatório de Psicologia caso não apresentasse melhora do aspecto psicológico.

Neste caso, observou-se que a ação clínica buscou a relação saúde-comportamento, identificou que o “nervosismo” apresentado não se relacionava diretamente com o acidente, orientou a equipe médica, a unidade de atendimento em saúde da região de moradia do paciente e o próprio cliente, atendendo aos princípios propostos pelo ambulatório.

Exemplo 3.3

Câncer de reto.

- Especialidade médica de origem: Oncologia
- Identificação: J., sexo masculino, 82 anos de idade, casado, cinco filhos adultos
- Tempo de tratamento médico: aproximadamente 2 meses nos Serviços Médicos do HMCP
- Adesão ao tratamento médico: não
- Acolhimento: não houve triagem.

O paciente compareceu ao serviço com o encaminhamento médico da especialidade de Oncologia. Estava acompanhado pela esposa e uma das filhas, e relatou “muita tristeza” desde que se mudou de sua cidade de origem para Campinas, para procedimentos de diagnóstico e de tratamento de câncer de reto. Relatou que,

embora existissem outras cidades “grandes” próximas à sua cidade, optou por Campinas, pois quatro dos cinco filhos nela residem. Relatou que tem histórico de câncer de pele, fez tratamento por 5 anos, tendo obtido alta médica há 6 meses.

Sua vida na sua cidade é rural, ele e a esposa moram em um sítio, ele cuida de um cafezal e a esposa de algumas cabeças de vaca e de boi. Ambos estão sentindo muita falta do sítio e da lida com a terra e com os animais, sua esposa está muito chorosa. Na entrevista com a esposa, ela apresentou as mesmas queixas, além de apresentar dúvidas em relação à melhora do marido e à possível volta ao sítio. Relatou que acha melhor vender o sítio e comprar um imóvel em Campinas, próximo dos filhos e, desse modo, ter o próprio espaço de residência, bem como ter algumas das “criações”, poderiam assim, ter uma rotina intermediária à vida rural. Queixou que o marido tem “cabeça-dura”, que não concorda com essa possibilidade e chorou. Relatou história de pouca interação no relacionamento com o marido, e que está se sentindo muito sozinha e abandonada.

Avaliação contextual

O paciente é casado há 54 anos, sua esposa tem 70 anos de idade e é aposentada; ambos têm cinco filhos, dos quais quatro residem em Campinas/SP e um em São Paulo/SP, seis netos adultos e dois bisnetos. O paciente e a esposa estão residindo há 2 meses no apartamento de uma das filhas (casada).

Quanto à educação e trabalho, relatou ter cursado até a 4ª série do Ensino Fundamental, enquanto sua esposa cursou até a 3ª série do Ensino Fundamental. Sempre trabalhou como produtor rural (cafezal) e com criação de gado, enquanto sua esposa sempre esteve envolvida com os afazeres domésticos, com o cuidado de uma horta, que lhes fornece subsídios de consumo próprio e de troca com outros agricultores vizinhos, e também com os cuidados dos animais domésticos. Por sempre terem trabalhado como autônomos, sem vínculo empregatício, durante 12 anos recolheu INSS como pedreiro, o que lhe deu o direito à aposentadoria aos 60 anos de idade. Sua esposa também se aposentou, como produtora rural, aos 55 anos de idade. Segundo eles, as rendas das aposentadorias, juntamente com os rendimentos da criação de gado e plantio do sítio, atendem às necessidades financeiras do casal.

Em relação à saúde, o paciente tem histórico de doenças crônicas, depende do atendimento do SUS e está habituado a passar por consultas médicas regulares, intensificadas nos últimos 2 meses. O casal se mudou para Campinas em busca dos Serviços de Saúde vinculados ao SUS, estão fazendo uso da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência do endereço da filha, bem como dos Serviços Ambulatoriais de diferentes especialidades médicas do hospital-escola: Coloproctologia, Oncologia e Quimioterapia, e o paciente aguarda a decisão da Coloproctologia quanto à cirurgia. Com relação à sua situação socioeconômica, é proprietário de um sítio e, diante da dificuldade de adaptação ao apartamento da filha como moradia, os filhos do casal se organizaram e alugaram uma casa, nas cercanias de Campinas, para o período em que for necessária a permanência na cidade. Os filhos transportam os pais para as consultas médicas e visitas ao sítio.

O paciente gosta de ler e suas filhas fornecem livros, enquanto sua esposa faz crochê, ambos caminham no período da manhã. Recebem visitas de familiares e amigos.

Durante a realização da avaliação contextual, foram realizados momentos de intervenção com a família, principalmente sobre o tema da moradia.

O parecer da avaliação contextual identificou que o paciente tinha pouca compreensão acerca de sua doença, tratamento e prognóstico e, com isso, elevada expectativa de retorno imediato para a cidade de origem e retomada das atividades no sítio. Esposa e filha (representante da família) manifestaram compreensão dessas contingências e demonstraram dificuldades de manejos com isso.

A família foi inserida no Programa de Intervenção Familiar, os objetivos definidos foram promover a adesão do paciente aos procedimentos médicos, planejar intervenção sobre o tabagismo crônico do paciente, orientar o casal a engajar-se em programas do bairro e da igreja. A participação em atividades de grupos ampliou a interação entre o casal e outras pessoas, favorecendo a adaptação. A adesão ao tratamento médico ocorreu e a conscientização da esposa quanto à gravidade do quadro do marido também, favorecendo sua relação com

ele. Família, filhos, genros, noras, netos e bisnetos organizaram-se para fazer refeições juntos, passear, confraternizar, fortalecendo a rede de apoio psicossocial.

Intervenções

As intervenções iniciais tiveram como objetivo a qualidade de vida e o apoio familiar; em um segundo momento, mais perto do procedimento cirúrgico, o objetivo foi a preparação para a cirurgia, isto é, a remoção do tumor e possível colostomia, que ocorreu em conjunto com a equipe médica de Coloproctologia, e a família acompanhou todo o processo. A primeira cirurgia obteve sucesso, mas houve ruptura de ponto interno e infecção; nova cirurgia foi realizada com colocação de bolsa de colostomia. A família foi orientada durante todo o procedimento cirúrgico, e o paciente foi internado na UTI. Recebeu a visita dos psicólogos e a família foi assistida; quando ocorreu a alta médica, o paciente estava ciente de sua doença e de suas limitações e apresentava alívio por ter sido operado e estar melhor de saúde, a questão do sítio estava em segundo plano.

Considerações finais

As conclusões preliminares dos casos e estudos apresentados indicam que o programa de porta aberta, com acolhimento psicológico para todos, conduzidos por estagiários do curso de Psicologia e acompanhados por psicólogos assistenciais, ainda não conseguiu identificar na primeira entrevista, e mesmo na avaliação contextual, a relação comportamento-saúde, de modo a selecionar os pacientes que devem ser encaminhados aos programas do ambulatório de Psicologia do HMCP. É necessário, portanto, que o treinamento dos profissionais envolvidos e dos estagiários se intensifique.

As intervenções com a população do ambulatório de Psicologia do HMCP têm características próprias. Busca-se a identificação da relação comportamento-saúde, ou seja, a presença de relato contendo queixa psicológica na qual há referência a repertórios comportamentais associados à doença que podem estar relacionados com a intensificação e/ou manutenção das condições precárias da saúde. A aceitação do paciente para os programas desse ambulatório é feita quando a relação entre comportamento e saúde indica que as condições de saúde estão afetadas pelos comportamentos observados. A identificação da relação comportamento-saúde no relato do paciente, durante a avaliação contextual, constitui-se da discriminação das contingências nas quais situações de vida referidas relacionam-se com os sintomas físicos da doença, seja quando eles se intensificam, seja quando se mantêm. Os programas de intervenção incluem ações terapêuticas de urgência, ações terapêuticas em grupo ou individuais, ações de orientação e ações de apoio a familiares.

Os grupos terapêuticos são organizados para crianças conforme sua faixa etária. Os grupos de adultos são formados conforme a problemática identificada, por exemplo, grupo de pacientes com patologia física comum, como doenças crônicas. As terapias em grupo são programadas por tempo determinado, não inferior a 12 semanas e nunca superior a 14 semanas. A técnica utilizada é baseada em temas propostos pelo próprio grupo e relacionados com as doenças e com os comportamentos envolvidos, como adesão ao tratamento e autocontrole. As terapias individuais são sugeridas para aqueles pacientes de maior complexidade ou urgência. A atenção individual tem como objetivo alterar as condições imediatas relacionadas com o problema em questão, como a preparação para cirurgia. As urgências são sempre individuais e estão relacionadas aos diagnósticos médicos de maior gravidade, às perdas de funções, às amputações e às crianças com doenças crônicas limitantes. Não é objetivo do ambulatório manter clientes em terapia individual por períodos prolongados. As ações de intervenção psicológica dos clientes desse ambulatório devem estar relacionadas com as seguintes contingências: da doença, dos comportamentos de risco, dos comportamentos de adesão e dos comportamentos de prevenção. As contingências do tratamento e da equipe médica devem ser conhecidas e investigadas.

Portanto, a necessidade do estabelecimento de critérios de seleção para os programas de atendimento ambulatorial e de atenção aplicados em experiência clínica de atendimento no serviço de Psicologia Ambulatorial do hospital geral é de fundamental importância em um campo de hospital geral, universitário privado e/ou conveniado ao SUS, pois, além de possibilitar o atendimento dos objetivos assistenciais, promove a constituição das diretrizes para espaços de ensino e pesquisa.

Referências bibliográficas

- Amaral, V. L. A. R. Análise funcional no contexto terapêutico da instituição. In: Zamignani, D. R. (Ed.). Sobre comportamento e cognição. v. 3. São Paulo: ARBytes, 1997. p. 8-14.
- APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4. ed. Washington: APA, 1994.
- APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. ed. Washington: APA, 2013.

- Baptista, M. N.; Baptista, A. S. D.; Dias, R. R. A psicologia da saúde no mundo e a pesquisa no contexto hospitalar. In: Baptista, M. N.; Dias, R. R. (Eds.). *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- Camic, P. M.; Knight, S. J. Health psychology and medicine: the art and science of healing. In: Camic, P. M.; Knight, S. J. (Eds.). *Clinical handbook of health psychology – a practical guide to effective interventions*. Boston: Hogrefe & Huber, 1998. p. 3-10.
- Fernandes, Q. P.; Coelho, C.; Talli, C.; Barrelin, E. C.; Cunali, M.; Laloni, D. T. Características do serviço ambulatorial de psicologia no hospital-escola. In: *Anais do XIII Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. Campinas, 2004.
- Fernandes, Q. P.; Jorge, D. M.; Laloni, D. T.; Mazzoni, B. C. Serviço ambulatorial de psicologia no hospital-escola: critérios de triagem. In: *Anais do XIV Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. Campinas, 2005.
- Fonseca, M.; Laloni, D. T.; Beloddi, A. C.; Fernandes, Q. P. Análise da relação comportamento e saúde e critérios de triagem em ambulatório de um hospital-escola. In: *Anais do XVI Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. Brasília, 2007.
- Goldstein, M. G.; Niaura, R. Doenças cardiovasculares. In: Stoudemire, A. (Ed.). *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Gorayeb, R.; Possani, T. Atendimento ambulatorial e interconsultas no contexto hospitalar. In: Gorayeb, R. (Ed.). *A prática da psicologia no ambiente hospitalar*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2015.
- Iñesta, E. R. *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca, 1990.
- Kerbaux, R. R. Comportamento e saúde: doenças e desafios. *Psicologia USP*, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002.
- Kerbaux, R. R. Comportamento e saúde – explorando alternativas. São Paulo: ARBytes, 1999.
- Kerbaux, R. R. Medicina comportamental. In: Rangé, B. (Ed.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva – pesquisa, prática, aplicações e problemas*. Campinas: Livros Plenos, 1998. p. 209-19.
- Laloni, D. T. Clínica escola da faculdade de psicologia da PUC-Campinas. In: *Anais do 21º Encontro de Serviços-Escolas de Psicologia do Estado de São Paulo*, 2013.
- Laloni, D. T. Comportamento e saúde: vulnerabilidade biológica. In: Guilhardi, H. J. (Ed.). *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade*. v. 17. São Paulo: ESEtec, 2006. p. 116-34.
- Laloni, D. T. Terapia comportamental na enfermaria. In: Guilhardi, H. J. (Ed.). *Sobre comportamento e cognição*. v. 8. São Paulo: ESEtec, 2001. p. 61-64.
- Ministério da Saúde. *ABC do SUS – doutrinas e princípios*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- Moraes, A. B.; Rolim, G. S. Algumas reflexões analítico-comportamentais na área da Psicologia da saúde. In: Borges, N. B.; Cassas, F. A. (Eds.). *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- Ramos-Cerqueira, A. Interdisciplinaridade e psicologia na área da saúde. *Temas em Psicologia*, v. 2, n. 3, p. 37-41, 1994.
- Stoudemire, A. *Fatores psicológicos afetando condições médicas*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Straub, R. O. *Psicologia da saúde*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Sweet, J. J.; Rosensky, R. H.; Tovian, S. M. *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: Plenum Press, 1991.

Bibliografia

- Laloni, D. T. O papel do psicólogo hospitalar diante das políticas institucionais. In: Zamignani, D. R. (Ed.). *Sobre comportamento e cognição*. v. 3. São Paulo: ARBytes, 1997. p. 1-7.
- Laloni, D. T.; Agostinho, V. B.; Bezerra, T. L.; Fernandes, Q. P. O impacto do serviço de psicologia no hospital-escola. In: *Anais do XV Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental*. Brasília, 2006.
- Sarafino, E. P.; Timothy, W. S. *Health psychology: biopsychosocial interactions*. 9. ed. New York: Wiley & Sons, 2016.

4

Psico-oncologia

Thais de Lima Bezerra • Aila Alves Alvarenga
Taurisano • Helena Bazanelli Prebianchi

Introdução

Este capítulo aborda, de modo teórico-prático, o atendimento ao paciente oncológico, bem como a importância da compreensão dele sobre seu quadro clínico. Após uma breve revisão bibliográfica, apresenta-se a descrição de um ambulatório de Oncologia/quimioterapia e um exemplo de caso clínico.

Incidência de câncer

A estimativa mais recente do Instituto Nacional do Câncer (Inca) aponta que, em 2016, 596 mil novos casos de câncer foram diagnosticados, em sua maioria os cânceres de próstata e de mama. Vê-se, portanto, que se trata de uma demanda crescente de casos e, conseqüentemente, de uma demanda relacionada com o aprimoramento profissional para que os profissionais de saúde possam compreender a rede complexa que envolve o processo saúde-doença e, assim, trabalhar adequadamente no tratamento com os pacientes e seus familiares.

Antes de discorrer sobre o atendimento psicológico nesse contexto, é importante falar sobre a doença. Segundo o Inca, câncer é o nome que se dá a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células invasoras de tecidos e órgãos. Esse crescimento desordenado resulta na formação de tumores malignos, que podem se espalhar para outras regiões do corpo, e são denominados metástases. A evolução da doença e sua gravidade variam de paciente para paciente.

Os tratamentos mais conhecidos para o câncer são a quimio e a radioterapia. A primeira utiliza medicamentos cuja função é destruir as células doentes que estão formando o tumor e evitar as metástases. Já a radioterapia consiste na utilização de radiações para destruir o tumor ou impedir que suas células aumentem. Há também a possibilidade da combinação de mais de um tratamento para o mesmo paciente.

As formas de tratamento para o câncer são relativamente recentes. Segundo o Hospital do Câncer de Barretos, a primeira foi a cirúrgica, que teve seu início em 1860. A radioterapia veio em seguida: começou a ser estudada no início de 1900, mas só passou a ser utilizada em seres humanos em 1921. Por último, a quimioterapia, aplicada somente em 1941.

Trata-se, portanto, de uma doença complexa e com especificidades que variam de organismo para organismo, tendo muitas variáveis que, por vezes, estão fora do controle. As possibilidades de tratamento e cura são relativamente recentes, o que fortalece o estigma de que a doença tende a ser fatal.

Importância da Psico-oncologia

Trata-se da área que intersecciona a Oncologia e a Psicologia, visando ao bem-estar do paciente com câncer, assim como sua qualidade de vida. Cabe aos profissionais dessa área a assistência a paciente, familiares e profissionais de saúde envolvidos em todos os momentos que estão relacionados com a doença (prevenção, diagnóstico, tratamento, cura ou cuidados paliativos). As pesquisas voltadas à Psico-oncologia começaram a ser desenvolvidas quando o modelo biopsicossocial foi ressaltado como fator importante para a compreensão do câncer e suas consequências físicas e psíquicas (Teixeira e Pires, 2010).

Em 1926, foi publicado um dos primeiros trabalhos que relacionou fatores psicológicos com a Oncologia. Com base nele, e

com o desenvolvimento da medicina psicossomática, começou-se a pesquisar alguns padrões entre as vivências dos indivíduos que tinham diagnóstico de câncer semelhantes. Com a evolução das pesquisas, foram desenvolvidos mais estudos relacionando o estilo de vida dos pacientes e o surgimento do câncer. Estudou-se também a adesão a práticas preventivas e a sobrevida dos pacientes oncológicos (Decat e Araújo, 2010).

A atuação específica do psicólogo no setor de Oncologia foi denominada Psico-oncologia em 1961, pelo cirurgião oncológico José Schavelson, que a colocou como um novo campo da Medicina com a função de fornecer assistência ao paciente com câncer, considerando seu contexto familiar e os demais profissionais envolvidos em seu acompanhamento. Historicamente, a Psico-oncologia foi influenciada pelos caminhos que percorreram a Psicologia e a Medicina, podendo ser vista como o campo de atuação que intermedeia a Oncologia (área da Medicina que estuda o câncer) e a Psicologia (área da saúde). Trata-se de uma área interdisciplinar que estuda a influência dos fatores psicológicos em pacientes com câncer durante seu tratamento e reabilitação. Assim, a Psico-oncologia tem como objetivo dar assistência ao paciente, à sua família e à equipe médica, compreendendo que há impactos psicológicos que devem ser identificados e tratados (Decat e Araújo, 2010).

Além da assistência propriamente dita, a Psico-oncologia é responsável por utilizar os conhecimentos técnicos e metodológicos da Psicologia da Saúde para a pesquisa e o estudo de variáveis psicológicas e sociais que podem influenciar a incidência, recuperação e sobrevida dos pacientes com câncer após o diagnóstico. Também cabe a essa área do conhecimento organizar serviços que busquem atender o paciente de maneira integral, considerando a necessidade e promovendo a formação e o aprimoramento dos profissionais de saúde envolvidos no processo de tratamento (Decat e Araújo, 2010).

Seguindo essa trajetória, a partir de 1970, os sentimentos dos pacientes oncológicos em relação à doença começaram a ser mais estudados e viu-se que fatores psicossociais exerciam impacto significativo na incidência, evolução e remissão do câncer. Diante disso, a atuação da Psicologia foi ganhando espaço, e médicos oncologistas passaram a solicitar a presença do psicólogo no momento de comunicar o diagnóstico ao paciente e sua família (Decat e Araújo, 2010).

Um momento histórico significativo da Psico-oncologia no Brasil refere-se à Portaria n. 3.535/GM do Ministério da Saúde, que incluiu o psicólogo como um dos profissionais que deve assistir o paciente com câncer, oferecendo suporte em todos os momentos da trajetória desse paciente nos serviços de saúde. Essa portaria torna obrigatória a presença do psicólogo em todos os centros de Oncologia, para que ele possa oferecer suporte ao paciente e seus familiares em todo o processo de adoecimento até a reabilitação ou mesmo o óbito (Decat e Araújo, 2010; Felipe e Castro, 2015).

Desde 1994, a Sociedade Brasileira de Psico-oncologia (SBPO) se preocupou com a formação dos profissionais que atuam (ou desejam atuar) na área, promovendo eventos, congressos e cursos em diversas cidades do Brasil. Em 2006, a SBPO instituiu uma prova de certificação para a manutenção do conhecimento dos profissionais, visando à qualidade da atuação (Decat e Araújo, 2010).

Contexto do paciente oncológico

Para abordar o atendimento ao paciente, é importante compreender o contexto em que ele se insere, o que ele compreende e quais são as principais questões que surgem quando há o diagnóstico da doença.

O câncer foi, por muito tempo, uma doença incurável e, portanto, fatal. Esse estigma ainda permanece nos dias de hoje. Em uma pesquisa de opinião pública realizada pelo INCA sobre a doença, por meio da pergunta: “Quando você pensa em câncer, qual é a palavra que vem a sua cabeça?”, grande parte dos entrevistados referiu-se a emoções negativas ou morte. Outro dado relevante foi obtido em Goiânia, onde 50% das respostas definiam o câncer como morte e doença fatal. Em outros estados, também houve um grande percentual nesse sentido, entre 40 e 48%.

O estigma da doença faz as pessoas criarem medos intensos em seu imaginário. Até pouco tempo atrás era comum encontrar pessoas que se recusavam a pronunciar o nome “câncer”, e isso ainda é comum entre aqueles que têm pouco acesso à informação. É comum que, entre as fantasias criadas, vários medos se façam presentes, inclusive o da realização de exames para o diagnóstico, o que impacta diretamente o prognóstico desses pacientes. Como afirmado anteriormente, há muitas variáveis que não podem ser controladas na evolução da doença, porém, sabe-se que, quanto mais precoce o diagnóstico, maiores são as chances de controle ou cura (Felipe e Castro, 2015; Veit e Carvalho, 2010).

Desse modo, fica claro que a falta de informação adequada pode prejudicar os pacientes oncológicos de várias maneiras, incluindo o sofrimento físico e emocional. Esses dois “tipos” de sofrimento estão intimamente relacionados à medida que se influenciam ou determinam mutuamente. O sofrimento emocional, comumente manifestado pelos sintomas ansiosos e/ou depressivos, pode levar a pior evolução da doença quando, por exemplo, prejudica a adesão ao tratamento. Além dessa resposta comportamental, há também respostas fisiológicas envolvidas no processo. Situações prolongadas de estresse podem prejudicar o funcionamento do sistema imunológico, responsável pela “defesa” do organismo frente a elementos estranhos. Com essa

defesa prejudicada, o organismo fica ainda mais vulnerável ao crescimento das células malignas (Scannavino *et al.*, 2013).

Outra questão a ser considerada está relacionada com o nível socioeconômico e cultural dos pacientes atendidos. Essa característica tem impacto significativo na compreensão do diagnóstico e do tratamento, assim como nos cuidados domiciliares necessários durante o processo. Onde mora esse paciente? Como é a infraestrutura de sua casa? Há condições suficientemente adequadas para que ele ou ela possa se recuperar etc.? Esse trabalho deve ser realizado cautelosamente e em conjunto com a equipe de assistência social. Essas demandas, apesar de mais cabíveis para as assistentes sociais, aparecem com frequência durante o atendimento psicológico e é necessário saber como manejá-las.

Compreendendo o câncer como um fator estressor para o paciente e as pessoas que o cercam (p. ex., familiares e profissionais de saúde), fica clara a necessidade do desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para lidar com as demandas internas e externas diante da doença em seus vários momentos, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento, possibilidade de recidivas ou até na experiência de fim de vida dos pacientes e seu impacto (Ferreira, 2015).

De acordo com a literatura, o sofrimento emocional associado às doenças crônicas, se ignorado, pode ter um impacto negativo significativo na qualidade de vida do paciente e de seus familiares, afetando negativamente a adesão ao tratamento e a reabilitação. Os estudos também afirmam que pacientes oncológicos apresentam maior risco à depressão quando comparados com a população saudável em geral. Como essa doença pode interferir diretamente no prognóstico do paciente, deve ser identificada, avaliada e tratada o quanto antes. Os estressores presentes durante o processo saúde-doença podem trazer consequências como dor, incerteza, medos, dificuldades nos relacionamentos interpessoais, ansiedade, entre outros. Diante dessas variáveis, fica clara a necessidade do aumento do repertório para o enfrentamento da doença, a fim de que pacientes e seus familiares consigam se adaptar melhor ao tratamento. É nesse momento que surgem as demandas de intervenções psicoterapêuticas (Peres e Santos, 2009; Scannavino *et al.*, 2013).

Atendimento psicológico

Conhecer as principais necessidades e demandas que os pacientes oncológicos podem apresentar, nesse momento, é primordial para que o psicólogo possa nortear sua atuação. Observa-se, contudo, que é preciso orientar o atendimento com base nessas compreensões teóricas apenas em pacientes oncológicos, visto que outras doenças podem apresentar demandas e repertórios de enfrentamento diferentes. Assim, um dos principais eixos de atuação do psicólogo no serviço de Oncologia é favorecer a capacidade de adaptação do paciente ao processo de adoecimento e tratamento, auxiliando no tratamento do estresse diante da tomada de decisões, procedimentos invasivos, relacionamento com a rede de apoio, adaptação durante e pós-tratamento, reinserção na vida social e/ou fim da vida.

Como fazer, o que dizer e por onde começar

O atendimento começa pela compreensão do quadro clínico do paciente. Mostra-se necessário pesquisar o máximo de informação possível antes de iniciar o atendimento. A fonte de informação principal nesse contexto é o prontuário, no qual constam informações sociodemográficas (como idade, escolaridade, endereço, estado civil, religião) e clínicas (histórico do paciente e momento atual da doença/tratamento).

Os dados sociodemográficos auxiliam na compreensão do contexto do paciente e também a antever certas demandas que podem estar presentes, como relacionar a baixa escolaridade com a dificuldade de compreensão do diagnóstico e tratamento – se o paciente apresentar dificuldade de leitura, pode apresentar dificuldades adaptativas relacionadas ao uso de medicamentos em casa, ao agendamento de consultas, entre outros.

Os dados clínicos do prontuário direcionam o atendimento à medida que fornecem informações sobre o caminho percorrido pelo paciente até o momento atual, o estadiamento da doença (qual é a sua “gravidade”), entre outros dados. Se a parte clínica do caso não for compreendida, torna-se impossível avaliar se o paciente compreende a própria condição de saúde, inviabilizando a realização de um dos principais objetivos do atendimento psicológico: avaliar a compreensão do paciente.

Após a revisão de prontuário, pode-se iniciar o primeiro atendimento, que tem a função de avaliar o paciente e sua rede de apoio. Com relação ao paciente, é importante tentar compreender as etapas a seguir:

1. Qual foi o percurso até ali? Deve-se perguntar ao paciente como foi o início da ideia de buscar atendimento médico. Os pacientes costumam relatar pequenas alterações físicas que os levaram a buscar ajuda. É importante saber quanto tempo foi necessário para que o paciente tomasse a iniciativa de buscar ajuda e, a partir disso, quais foram os passos até o diagnóstico. Buscar compreender quais exames foram realizados, qual a função desses exames etc.
2. Como e quando recebeu o diagnóstico? Nesse momento, deve-se buscar compreender como o diagnóstico foi dado ao

paciente, considerando que costuma ser um momento altamente estressor, já que o diagnóstico é dado quase sempre no retorno da consulta médica, na qual o paciente deve ter sido orientado sobre a necessidade de verificação dos exames e resultados. É importante avaliar o vínculo estabelecido com o médico e a credibilidade que o paciente deposita nele. Outro fator a ser observado é o tempo de intervalo entre consultas, exames, retorno e tratamento. A demora entre eles é comum, mas é necessário identificar se o paciente faltou em consulta, deixou de realizar algum exame, não compareceu aos horários agendados e por quê. Essas informações podem ajudar a identificar a adesão que o paciente tem ao tratamento, sempre atentando para os motivos que o fizeram tomar suas decisões, ou seja, uma falta a uma consulta não quer dizer, necessariamente, má adesão.

3. Quais foram as reações diante do diagnóstico? Primeiramente, é necessário entender que as reações emocionais no recebimento de um diagnóstico possivelmente sejam ansiedade e depressão, e que elas podem fazer parte de um processo de enfrentamento saudável do paciente e de seus familiares. Deve-se buscar compreender quais foram essas reações, assim como sua intensidade, frequência e duração. Interpretar essas variáveis ajuda a identificar e diferenciar um processo de enfrentamento saudável de um processo de enfrentamento patológico.
4. O paciente compreende sua condição atual de saúde? Após o diagnóstico, é importante investigar como o paciente assimila seu momento atual. O entendimento do diagnóstico e do prognóstico é fundamental para a adesão ao tratamento e para o enfrentamento do paciente; assim, deve-se investigar se há crenças irracionais envolvidas, positivas ou negativas. A ansiedade pode interferir no processo de compreensão, assim como a carência de repertório cultural para entender a fala dos profissionais de saúde. É importante sempre adequar a fala à realidade do paciente, para que este possa entender as orientações fornecidas. Outro cuidado fundamental, nesse momento, é reconhecer qual a parte cabe à Psicologia. Jamais se deve comunicar diagnóstico e/ou prognóstico desconhecido ao paciente.
5. O paciente compreende os procedimentos invasivos que foram ou serão realizados? Com frequência, o paciente chega ao ambulatório de quimioterapia após ter realizado cirurgia para a retirada do tumor ou, muitas vezes, já passou por exames diagnósticos invasivos. Deve-se buscar compreender como foi o enfrentamento durante esses procedimentos e favorecer para que o paciente os relacione com seu estado de saúde, podendo assim entendê-lo melhor e ter mais autonomia diante de seu tratamento.
6. O paciente compreende o tratamento? É comum lidar com pacientes que fantasiam sobre seus tratamentos. Assim, é importante, com a ajuda dos demais membros da equipe, desmitificar os procedimentos que serão realizados e suas consequências positivas e negativas. A compreensão sobre o tratamento facilita a adesão e pode reduzir suas reações ansiosas à medida que se encerram as fantasias sobre o processo como todo. Outro aspecto relevante está relacionado com a função do tratamento. Muitos tratamentos contra o câncer são curativos e muitos são paliativos. É fundamental que o paciente compreenda a diferença entre eles.
7. Como é a rotina desse paciente e quais são os reforçadores presentes? Diante de tantas mudanças na rotina desse paciente após o diagnóstico, deve-se identificar o que está preservado. Do que esse paciente gosta, como é sua rotina, como estão seu sono e sua alimentação são fatores muitas vezes alterados durante do tratamento e, para um enfrentamento saudável, deve-se orientar que os reforçadores possíveis sejam mantidos na rotina do paciente, afastando o risco de depressão.
8. Existem sinais ou sintomas de depressão ou ansiedade? Depois de identificar o funcionamento da rotina domiciliar, deve-se investigar sinais e sintomas de ansiedade e depressão. Nesse momento, busca-se identificar os sinais e sintomas clássicos das duas patologias, considerando as possíveis restrições do paciente em tratamento. Ele ou ela pode ter deixado de realizar atividades que antes lhe eram reforçadoras, mesmo estando apto a realizá-las. Esse é um dos sinais mais evidentes que se pode perceber. Há também os sinais/sintomas fisiológicos: inapetência, mudança da rotina de sono (dormir demais ou muito pouco), irritabilidade e/ou alterações de humor, entre outros. O relato da família pode favorecer esse processo.

Ainda nos atendimentos iniciais, é importante compreender se o paciente conta com rede de apoio e como é seu funcionamento. Deve-se estar atento às seguintes informações:

1. Onde e com quem vive? Compreender quem são as pessoas mais próximas desse paciente e como é a relação entre eles. As pessoas que vivem na mesma casa em geral são as que participam mais do processo saúde-doença e, se há perda de autonomia do paciente durante o tratamento, inevitavelmente poderão ter que arcar com algumas responsabilidades domésticas e até de cuidados específicos com ele.
2. O paciente vem acompanhado ao tratamento/às consultas? É importante se preocupar também com o acompanhante do paciente, já que essa pessoa será responsável, muitas vezes, por notificar e orientar os demais membros da família sobre

as condições dele, além de ser uma fonte de suporte imediata durante a comunicação de más notícias, contribuindo, assim, para uma melhor compreensão e evolução do tratamento.

3. Como a família recebeu o diagnóstico? Ela compreende a condição de saúde atual do paciente? Outro fator é o enfrentamento da rede de apoio, considerando que o processo de adoecimento e tratamento também tem impacto sobre essas pessoas, que podem apresentar demandas emocionais que necessitarão de atenção, configurando, muitas vezes, um enfrentamento patológico que pode prejudicar a evolução do tratamento. É adequado que as pessoas mais próximas sejam avaliadas continuamente para que as demandas sejam identificadas e tratadas.

Todas essas questões podem servir para nortear o atendimento psicológico ao paciente que chega ao setor de Oncologia, mas é bom lembrar que são apenas considerações acerca da experiência, e que existem muitas exceções. Não existe um modelo totalmente completo e que se aplique a todos os pacientes, por isso, é de suma importância a permanente atualização, estudo e supervisão para o desenvolvimento do raciocínio clínico, o qual possibilita tratar todas as situações de maneira ética, técnica e profissional. Compreender o contexto do paciente leva algum tempo e nem sempre será possível obter todas as informações em um primeiro atendimento, por isso é essencial organizar a rotina de atendimento aos pacientes e familiares levando em conta sua vulnerabilidade.

Importância do atendimento interdisciplinar

O atendimento em saúde no Brasil foi historicamente caracterizado pelo modelo assistencialista, pontual e verticalizado, deixando em segundo plano o trabalho em equipe multiprofissional. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), veio a proposta de descentralização dessa forma de atendimento, valorizando todos os saberes envolvidos para oferecer atenção integral ao paciente. Assim, a proposta de atuação multiprofissional ganhou destaque e vem sendo amplamente discutida (Correia *et al.*, 2016).

Antes de discorrer sobre modalidades de atendimento que envolvem a interação entre mais de uma profissão, é importante definir e diferenciar essas modalidades. A atuação multiprofissional consiste na justaposição de vários saberes, em que cada profissional atuará de acordo com sua especialização. Esse modelo de atendimento, apesar de incluir novas profissões, ainda fornece um atendimento fragmentado. Já a interdisciplinaridade requer a interação entre duas ou mais profissões, integrando conceitos não somente no atendimento ao paciente, mas também na organização da pesquisa e do ensino (Alvarenga *et al.*, 2013).

O enfoque interdisciplinar leva aos profissionais de saúde o desafio de dialogar e relacionar seus saberes para ampliar e potencializar o atendimento, visando, por fim, a encontrar respostas para os problemas de saúde – os quais, assim como a atuação proposta, também são multifatoriais. As dificuldades de realização do trabalho interdisciplinar ainda estão intimamente relacionadas com a instrução acadêmica desses profissionais que, durante a graduação, têm uma formação pouco generalista (Huning *et al.*, 2013; Scherer *et al.*, 2013).

Entre os anos de 2001 e 2003, novas Diretrizes Curriculares Nacionais foram homologadas, buscando minimizar esse déficit. Essas diretrizes visam a formar profissionais mais generalistas, capazes de atuar de forma ampliada, e reiteram a importância da aquisição de competências e habilidades que garantam a integralidade e a resolutividade da atenção à saúde.

Atualmente, a formação de psicólogos no Brasil prioriza o modelo clínico mais conhecido, a psicoterapia, que é bastante voltada para a clínica e para as interfaces socioculturais, deixando em segundo plano as disciplinas biomédicas, por exemplo. A formação dos psicólogos, nesse sentido, deixa a desejar na medida em que dificulta o diálogo com outros saberes da área da saúde. Assim, é essencial buscar mais informações e manter contato constante com as pesquisas mais recentes (Huning *et al.*, 2013).

No contexto do atendimento no setor de Oncologia, é possível identificar diversos exemplos. Os psicólogos somente conseguem avaliar esse critério com precisão se conhecerem o diagnóstico e o prognóstico do paciente com clareza. Nesse momento, surge a necessidade do contato com a equipe médica e de enfermagem, para que eles possam contribuir facilitando a compreensão e a prática com o paciente (Bueno *et al.*, 2014).

Cabe aos profissionais da saúde buscar compreender a atuação dos demais membros da equipe para que seja minimamente possível identificar e encaminhar demandas específicas, visando sempre ao atendimento mais eficaz e integral ao paciente.

Modalidades de atendimento

Há duas maneiras principais de oferecer suporte aos pacientes oncológicos: os atendimentos individuais e os atendimentos em grupo. Os primeiros devem ser realizados com o intuito de oferecer maior espaço e privacidade ao paciente, para que este

apresente suas demandas, tendo sempre em mente que não se trata de psicoterapia, e sim de um atendimento clínico em saúde. Além da função do atendimento, o espaço terapêutico também muda. É esperado que ocorram tanto intervenções da equipe de saúde quanto o zelo pela privacidade do paciente de diferentes maneiras: por exemplo, no setor de Oncologia, é comum que os pacientes recebam atendimento psicológico durante a infusão do quimioterápico, permanecendo, na sala de quimioterapia, geralmente repleta de outros estímulos (p. ex., outros pacientes, intervenções da equipe de saúde). Desse modo, muitas vezes, o modelo de contato individual reservado, entre quatro paredes, é rompido e são necessárias novas estratégias para a manutenção dos critérios éticos profissionais (Baratto *et al.*, 2011).

O atendimento em grupo também tem sua eficácia comprovada, é terapêutico e educacional, visto que possibilita a orientação de pacientes e familiares. Proporciona também um momento de acolhimento e escuta, pois são realizadas orientações mais generalistas visando ao ganho de todos os participantes (Backes *et al.*, 2014).

É preciso cuidado na seleção dos pacientes que participarão do grupo, que deve ser feita de acordo com o objetivo visado. Pode-se pensar em realizar um grupo apenas de cuidadores, pacientes com câncer de mama, pacientes jovens, pacientes do sexo masculino ou feminino, entre outros, conforme o tema que se pretende abordar. O grupo pode ser feito por um único profissional ou pode ter caráter multidisciplinar, porém, os objetivos devem estar alinhados e a equipe ciente da proposta do grupo (Backes *et al.*, 2014).

Pesquisas afirmam que a intervenção psicológica em grupo tem sido a mais utilizada no tratamento de pacientes com câncer, pois esse tipo de intervenção tem impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes, promovendo ganho de repertório de enfrentamento e adaptação, diminuição do estresse e consequente melhora na saúde mental e no funcionamento psicossocial (Baratto *et al.*, 2011).

Deve-se observar as demandas emergentes durante o grupo e exercitar o raciocínio clínico para compreender se as demandas foram acolhidas ainda naquele ambiente, atentando para a possível necessidade de um atendimento individual posterior.

Ambas as modalidades de atendimento têm eficácia e funções bastante definidas. O mais adequado é exercer as duas em momentos diferentes, o que possibilitará compreender melhor o funcionamento de cada paciente.

Características gerais do ambulatório de quimioterapia

O ambulatório de quimioterapia está inserido em um hospital-escola conveniado ao SUS chamado Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) pertencente à Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Nesse serviço ocorrem as sessões de quimioterapia, além do atendimento e o acompanhamento com a equipe de Oncologia. São feitas em média 750 infusões de quimioterapia por mês, e o paciente permanece no serviço por uma média de 4 h no dia em que faz o tratamento. As consultas com os oncologistas e a infusão dos quimioterápicos ocorrem concomitantemente, tornando o fluxo de pacientes no ambulatório significativamente alto.

A população atendida é de ambos os sexos, com prevalência do feminino. A faixa etária varia de 18 a 90 anos, com prevalência acima dos 60 anos. A população pertence a uma classe socioeconômica média-baixa, com baixo nível cultural. Os principais diagnósticos são: câncer de mama, câncer de próstata, câncer de intestino e câncer de cabeça e pescoço.

A equipe de saúde é composta de três enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma farmacêutica, uma auxiliar de farmácia, dois escriturários, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, uma assistente social e sete médicos oncologistas. Além dos profissionais assistenciais, o serviço também conta com equipe de residentes multidisciplinares (Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição, Serviço Social e Fisioterapia), e estudantes universitários que realizam estágio (Psicologia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Odontologia).

O espaço físico é constituído por uma recepção, cinco salas de consultório, uma sala de reunião para equipe multiprofissional, um salão para infusão de quimioterápico, três leitos, um posto de enfermagem e uma capela (local onde o quimioterápico é preparado). O funcionamento é das 8 h às 16 h, de segunda a sexta-feira.

Sistematização do serviço

Os pacientes são encaminhados ao ambulatório de quimioterapia pelas diversas especialidades médicas, após uma cirurgia ou confirmação do diagnóstico por meio de uma biópsia. Podem chegar do próprio ambulatório do hospital-escola, ou de outros municípios, por meio da central de regulação de vagas.

Nesse momento, é agendada uma consulta com o médico oncologista para avaliação e conduta. Após a primeira consulta médica, agenda-se uma consulta com a equipe multiprofissional (Psicologia, Terapia Ocupacional, Serviço Social, Nutrição, Fisioterapia e Fonoaudiologia) para avaliação e orientações necessárias nesse primeiro momento.

Atendimento psicológico no ambulatório de quimioterapia

Os pacientes são acompanhados em dois momentos: na consulta com a equipe multiprofissional e nas sessões de quimioterapia, conforme descrito a seguir.

Consulta com a equipe multiprofissional

O paciente comparece ao serviço mediante um horário previamente agendado e passa por atendimento com a equipe multiprofissional. O objetivo do atendimento é o acolhimento do paciente e seu familiar, que, em geral, receberam o diagnóstico recentemente. Nesse momento, é avaliado o grau de compreensão do paciente e de seu familiar em relação ao diagnóstico, presença de comportamentos/repertório de enfrentamento diante da doença, compreensão da conduta médica discutida na primeira consulta com o oncologista, além da rede de apoio de que o paciente dispõe. Esse primeiro atendimento dura em média de 30 min a 1 h, dependendo da demanda trazida. Ao final dessa consulta, estabelece-se a necessidade de o paciente ser acompanhado pelo serviço de Psicologia e com qual frequência. Esse atendimento é registrado em impresso próprio, desenvolvido pela equipe multiprofissional, sendo anexado ao prontuário do paciente.

Dessa maneira, é esperado que todos os pacientes, antes do início das sessões de quimioterapia, tenham ao menos um contato com toda a equipe multiprofissional, incluindo a Psicologia. Há essa preocupação, pois diante da grande demanda do serviço e a intermitência dos ciclos de quimioterapia, poderá haver demora para o paciente ser atendido pela equipe caso não haja essa triagem.

Sessões de quimioterapia

Os pacientes que são submetidos ao tratamento de quimioterapia geralmente comparecem ao serviço com um intervalo médio de 21 dias, dependendo do esquema de quimioterapia estabelecido pelo oncologista. Assim, durante a realização da quimioterapia, o paciente pode receber atendimento psicológico com a equipe de Psicologia (com a psicóloga contratada, com a residente ou com a estagiária). Diante da grande demanda apresentada pelo ambulatório e a enxuta equipe de Psicologia, torna-se necessário estabelecer critérios de prioridade para os atendimentos psicológicos durante a quimioterapia.

Alguns critérios são estabelecidos no primeiro atendimento (consulta com a equipe multiprofissional), porém há pacientes que chegam ao serviço diretamente para a quimioterapia, tornando-se necessário reestabelecer critérios de atendimento. Os critérios são: diagnóstico de câncer de mama, jovens (entre 18 e 40 anos), pacientes que comparecem para primeira sessão de quimioterapia, pacientes em cuidado paliativo e solicitação da equipe multiprofissional. O atendimento se estende também aos familiares quando necessário ou quando estes solicitam; sendo realizado durante a infusão de quimioterapia, dentro da sala de quimioterapia.

É importante salientar que, ao abordar critérios de prioridade, não se está falando sobre inclusão ou exclusão de pacientes ao serviço. A intenção é que todos os pacientes do ambulatório sejam atendidos e acompanhados durante todo o tratamento. Os critérios de prioridade são estabelecidos como um meio de “por onde começar” nesse setor.

O objetivo do atendimento corresponde à avaliação da compreensão da doença, do tratamento e do prognóstico. Avalia-se a presença de possíveis sintomas de depressão e/ou ansiedade que possam interferir na adesão ao tratamento e enfrentamento da doença. As questões não relacionadas com o processo saúde-doença não são descartadas, e quando há necessidade, o paciente é encaminhado para as Unidades Básicas de Saúde para dar seguimento ao atendimento psicológico.

Atendimento em grupo

O serviço conta também com a realização de um grupo de sala de espera chamado “Flor de Cerejeira”, nome dado pelas próprias pacientes do serviço. Esse grupo é realizado semanalmente pelas residentes de Psicologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia, no dia de atendimento com a mastologista. Trata-se de um grupo voltado para as pacientes com câncer de mama: enquanto elas aguardam serem chamadas para consulta com a mastologista, são convidadas a participar do grupo. O objetivo é abordar temas relacionados com o câncer de mama, como autoestima, sexualidade, cirurgia de mastectomia, orientações sobre exercícios após a mastectomia e troca de experiências entre as pacientes. Alguns encontros também contam com uma atividade direcionada pela terapeuta ocupacional. Trata-se de um grupo aberto do qual as pacientes podem participar sempre que desejarem.

Caso clínico

Antes de apresentar o caso clínico (Exemplo 4.1), é importante contextualizar que essa escolha foi feita com base em algumas implicações específicas do diagnóstico de câncer de mama, que é o tipo mais comum em mulheres e corresponde à terceira

causa de morte nas brasileiras adultas.

Além de sua incidência, a doença preocupa por ter impactos emocionais bastante explícitos, já que incide sobre a mama, um dos símbolos de feminilidade, sensualidade, sexualidade e maternidade, comprometendo não somente a saúde física como a saúde mental das mulheres com esse diagnóstico. Portanto, o diagnóstico, o prognóstico e o tratamento dessa doença podem afetar a relação da mulher com seu próprio corpo, e a redefinição de planos e projetos futuros.

Exemplo 4.1

Carcinoma ductal invasivo | Acompanhamento psicológico.

Identificação

Paciente A. P., 31 anos, residência no interior de São Paulo, com os pais. Tem uma irmã mais nova, que é casada e tem uma filha (1 ano). Trabalhava como enfermeira em um hospital de sua cidade, mas está afastada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Procurou o serviço de saúde após o namorado perceber um nódulo em sua mama esquerda. Na ocasião, realizou uma biópsia que confirmou o carcinoma ductal invasivo. No início do ano seguinte, internou-se no hospital para realizar a cirurgia de mastectomia, linfadenectomia axilar esquerda e reconstrução de mama com expensor. Após a cirurgia, foi encaminhada ao serviço de quimioterapia para avaliação e conduta.

Passados 2 meses da cirurgia de mastectomia, deu-se início ao acompanhamento psicológico no serviço de quimioterapia. Nesse primeiro momento, compareceu ao serviço a cada 21 dias para realização de quimioterapia e passou por atendimento psicológico durante as sessões. Foram sete atendimentos individuais ao longo de 4 meses (de março a junho), além de três participações no grupo “Flor de Cerejeira”.

Durante o primeiro atendimento, foram levantadas informações sobre o histórico clínico desde o diagnóstico e cirurgia até o momento atual; além de dados sobre a rede de apoio da paciente e reações emocionais diante do diagnóstico e cirurgia. Nesse momento, a paciente trouxe como demanda emocional a preocupação com a queda do cabelo, reação comum e esperada em seu tratamento. Nos atendimentos seguintes, trouxe questões relacionadas com a autoestima e o relacionamento com namorado. Os sentimentos presentes no relato da paciente eram de raiva e de não aceitação do diagnóstico. A paciente sempre demonstrou grande preocupação com a questão estética, presente em seu relato nas questões que envolviam seu namoro. No decorrer dos atendimentos seguintes, apresentou questões relacionadas com as reações físicas e os sintomas relativas à quimioterapia e ao seu relacionamento com sua família, queixando-se em alguns momentos de pouco apoio e entendimento da família sobre sua doença.

Durante as reuniões no grupo “Flor de Cerejeira”, a paciente sempre participou de modo ativo, até mesmo incentivando as demais participantes com relação à adesão ao tratamento. Em alguns momentos, não se envolveu com as atividades de artesanato propostas pela terapia ocupacional.

Nos meses seguintes, a paciente passou a fazer quimioterapia semanal, porém, comparecia ao serviço no período da tarde, quando não havia disponibilidade do atendimento com o Serviço de Psicologia. O serviço se colocou à disposição caso ela precisasse agendar atendimento no período da manhã, contudo, a paciente não requisitou. Entre setembro e outubro do mesmo ano, passou por radioterapia em outro serviço do município. De outubro a dezembro, fez uso de medicação hormonal, seguindo o protocolo de tratamento padrão.

Após 2 anos do diagnóstico, internou-se novamente no hospital para reconstrução da mama esquerda e, após 2 meses, houve nova internação para reconstrução da mama direita. No final desse ano, após complicações com a prótese da mama esquerda, hospitalizou-se para realizar a reconstrução tardia. Nesse período, manteve seguimento ambulatorial com o oncologista, sem indicação de quimioterapia.

Durante consulta de rotina com o oncologista, o exame de ressonância magnética apresentou múltiplas lesões em lombar, região sacral, região ilíaca, ossos da bacia, cabeça e femorais, sugerindo metástase. Além disso, havia uma suspeita de gestação. A paciente retornou em consulta com oncologista no início do ano seguinte e a tomografia confirmou as múltiplas metástases e a gestação de 9 semanas.

No 1º semestre, a paciente permaneceu internada e iniciou quimioterapia, nesse momento, com 19

semanas de gestação. Foi orientada pela equipe médica sobre os riscos da quimioterapia para a gestação e optou por manter o tratamento. Durante essa internação, recebeu atendimento psicológico, trazendo o medo de possível metástase pulmonar, luto vivido com relação à doença, dificuldade de aceitação e adaptação, gestação como algo não planejado e aversivo e compreensão da gravidade de seu caso.

Vale ressaltar que houve um período em que o serviço de Psicologia não acompanhou a paciente, e ela retomou sua rotina de trabalho como enfermeira, relacionando-se afetivamente com outras pessoas, tendo um relacionamento de 3 meses o qual, após o término, descobriu a gestação.

Ao receber o diagnóstico da metástase e da gestação, a paciente começou a apresentar muita dor e passou a ficar grande parte do tempo acamada. Trouxe para o atendimento psicológico o enfrentamento ante a família em relação à gestação não planejada. Durante a internação, também foi possível realizar atendimento psicológico com a mãe da paciente, que passou a acompanhá-la integralmente durante a internação. A mãe trouxe o medo de perder a filha e a sobrecarga com relação aos seus cuidados, além da preocupação com a gestação.

Ao receber alta, a paciente foi encaminhada ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR). Destaca-se que, ainda internada, já recebeu atendimento psicológico com a equipe desse ambulatório. Nesse momento, demonstrou compreensão do diagnóstico e da conduta médica, referiu suporte familiar, grande expectativa de melhora e vínculo instável com o pai do bebê.

No período inicial da gestação, foi acompanhada pelo Serviço de Psicologia durante as sessões de quimioterapia, com frequência aproximada a cada 21 dias. Nesse período, trouxe muitas queixas de dor e dificuldade de controle da dor, mesmo com medicação, além de questões do relacionamento com o pai do bebê, que não estava participando da gestação da maneira como ela gostaria. Relatou ter muito apoio de sua família e amigos. Demonstrou compreensão de seu prognóstico e em alguns atendimentos trouxe temas como a morte e a impossibilidade de criar sua filha.

Ao completar 34 semanas de gestação, internou-se para realização da cesárea programada e ooforectomia (retirada dos ovários). O Serviço de Psicologia acompanhou a paciente nesse período, inclusive na sala de parto, trabalhando com técnicas de relaxamento, favorecendo a diminuição da ansiedade e auxiliando no controle da dor. Foram realizados atendimentos com sua família (mãe e irmã), com o objetivo de minimizar a ansiedade diante da cirurgia e dos riscos envolvidos, além de orientação para a família quanto à ida da recém-nascida à UTI neonatal em razão de sua prematuridade.

Após o parto, a paciente foi encaminhada para UTI adulto e permaneceu acompanhada pelo Serviço de Psicologia. Como a recém-nascida estava na UTI neonatal, discutiu-se com a equipe a possibilidade de visita para as avós (tanto materna quanto paterna), já que a paciente permanecia internada na UTI adulto e sem condições de conhecer a recém-nascida. Essa liberação foi autorizada e as avós puderam visitar a criança e levar informações para a paciente.

Após 2 dias, a paciente recebeu alta para a enfermaria e também pôde ir até a UTI neonatal conhecer sua filha. Nesse momento, apresentou muita oscilação de humor; em alguns momentos, até manifestando resistência em criar vínculo com a filha, verbalizando sobre seu prognóstico e sobre a morte. Foi trabalhada a importância do vínculo para ela e para a criança e o novo papel de mãe que a paciente estava vivenciando.

Ela permaneceu internada por aproximadamente 1 mês, período em que foi acompanhada regularmente pelo Serviço de Psicologia, tanto na enfermaria quanto na UTI neonatal quando fazia visitas à filha.

Nesse período, o objetivo do atendimento do Serviço de Psicologia foi acompanhar as oscilações de humor, favorecer a criação de vínculo com a bebê e trabalhar questões relacionadas aos cuidados com a recém-nascida. A paciente e sua mãe trouxeram muitas dificuldades em lidar com comportamentos do pai da bebê, referindo imaturidade. Ele e a avó paterna estiveram presentes durante a internação, fazendo visitas à paciente e à filha. Essa foi uma questão levantada diversas vezes pela paciente ao longo dos atendimentos, colocando a dificuldade em lidar com a família do pai e atitudes com as quais ela não concordava (como a demora dele em fazer o registro da bebê). Em muitos momentos, a paciente trouxe o desejo de que sua filha

fosse criada por sua família, e não pela família paterna, muitas vezes, falando da realidade de seu prognóstico e sobre a morte.

Durante a internação, a paciente iniciou radio e quimioterapia e, com isso, apresentou diversos efeitos colaterais, como náuseas e dores no corpo. Esse fato a aproximou das questões do tratamento e da doença, já que estava vivendo dois momentos extremamente contraditórios: o da maternidade e o da doença. Durante os atendimentos psicológicos, essas questões foram trazidas pela paciente: como lidar com a evolução da doença e o desejo de cuidar da filha? Foi abordada a importância do apoio de familiares, inclusive da família paterna do bebê, para auxiliar nos cuidados e oferecer apoio à paciente.

Após 1 mês de internação, a paciente teve alta juntamente com sua bebê e ficou agendado retorno com a Oncologia para o mês seguinte. É importante ressaltar que os atendimentos continuam em andamento, não sendo possível concluir este caso. Vale salientar, no entanto, que, por se tratar de um caso de alta complexidade, em razão da idade e do prognóstico da paciente, o Serviço de Psicologia continuará acompanhando a paciente durante as sessões de quimioterapia.

Considerações finais

Neste capítulo, procurou-se integrar aspectos teóricos e práticos da atuação do psicólogo clínico no contexto hospitalar e, especificamente, dentro de um ambulatório de Oncologia/quimioterapia. Diante dos achados teóricos e da descrição do caso clínico, fica clara a importância do acompanhamento psicológico e da atuação do psicólogo nos casos oncológicos. Entende-se também a relevância de novos trabalhos que descrevem a atuação e os modelos de atuação nos serviços, para que seja sempre possível manter a teoria e a prática alinhadas.

Referências bibliográficas

- Alvarenga, J. P. O.; Meira, A. B.; Fontes, W. D.; Xavier, M. M. F. B.; Trajano, F. M. P.; Neto, G. C.; Almeida, F. V. H. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Rev Enferm UFPE online*, v. 7, n. 10, p. 5944-51, 2013.
- Backes, D. S., Carpes, A. D., Piovesan, C., Haeffner, L. S. B., Büscher, A., Lomba, L. Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde*, v. 12, n. 2, p. 277-89, 2014.
- Baratto, C. C.; Quintana, A. M.; Monteiro, D. T.; Wottrich, S. H.; Deus, M. D.; Camargo, V. P. A psicologia no hospital: promoção da qualidade de vida em pacientes oncológicos. *Anais da Jornada de Pesquisa em Psicologia*, p. 98-109, 2011.
- Bueno, C. S.; Azevedo, A. C.; Brito, C. M. M.; Barbosa, L. P. G.; Santos, P. C. Atenção humanizada em um Grupo de Cuidados Essenciais ao Paciente Oncológico e seu Cuidador, v. 1, p. 10.704, 2014.
- Correia, T.; Monteiro, S.; Torres, A.; Pereira, A.; Caetano, T. Eficácia da intervenção multidisciplinar em sobreviventes de cancro de mama. *Psicologia Saúde & Doenças*, v. 17, n. 3, p. 483-502, 2016.
- Decat, C. S.; Araújo, T. C. C. F. Psico-oncologia: apontamentos sobre a evolução histórica de um campo interdisciplinar. *Brasília Med*, v. 47, n. 1, p. 93-99, 2010.
- Felippe, T. C. A.; Castro, P. F. Percepção sobre diagnóstico e tratamento em pacientes oncológicos. *Revista Saúde*, v. 9, n. 1-2, 2015.
- Ferreira, C. B. A construção do cuidado em Psico-oncologia em um projeto de extensão universitária. *Psicologia em Estudo*, v. 20, n. 4, p. 521-7, 2015.
- Huning, S. M.; Silva, A. K.; Silva, W. V. N.; Lessa, F. M. S. Formação para o SUS nos cursos de psicologia em Alagoas. *Psicologia em Estudo*, v. 18, n. 1, p. 157-67, 2013.
- Peres, R. S.; Santos, M. A. Personalidade e câncer de mama: produção científica em Psico-oncologia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, n. 4, p. 611-20, 2009.
- Scannavino, C. S.; Sorato, D. B.; Lima, M. P.; Franco, A. H. J.; Martins, M. P.; Júnior, J. C. M.; Valério, N. I. Psico-oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. *Psicologia USP*, v. 24, n. 1, p. 35-53, 2013.
- Scherer, M. D. A.; Pires, D. E. P.; Jean, R. A construção de interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 11, p. 3203-12, 2013.
- Teixeira, E. B.; Pires, E. F. Psico-oncologia: proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. *Revista Saúde*, v. 4, n. 1, p. 40-52, 2010.

Psicólogo e Equipe Multiprofissional nos Cuidados Paliativos

Estefânia Ibarra Dobes da Rosa •
Gésio Eduardo Antas Rodrigues

Introdução

O termo “paliativo” é oriundo do latim *pallium*, que significa “manta”, “capa” ou “coberta”, e era utilizado para denominar os mantos oferecidos aos peregrinos quando eles deixavam os *hospices*, a fim de protegê-los durante as viagens. Atualmente, além de trazer a ideia de acolhimento e proteção, paliativo abrange a valorização do cuidado ao ser humano com base no enfoque holístico, isto é, proteger aqueles que a Medicina curativa já não acolhe mais (Manchola *et al.*, 2016; Hermes e Lamarca, 2013).

De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos, da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), o conceito tem suas raízes históricas na Roma católica do século 5, com a ideia de abrigos e hospedarias (os *hospices*) destinados a abrigar viajantes e peregrinos. No século 17, multiplicaram-se as instituições de caridade que cuidavam de pobres, órfãos e doentes, ganhando características de instituições hospitalares apenas dois séculos depois.

Modernamente, a filosofia do cuidado desenvolveu-se a partir do trabalho de Cicely Saunders, em 1967, no Saint Christopher Hospice do Reino Unido, que prestava assistência integral, desde o controle dos sintomas até o alívio da dor e do sofrimento psicológico do paciente (Hermes e Lamarca, 2013).

No Brasil, segundo a ANCP, a história dos cuidados paliativos teve início na década de 1980, apresentando um crescimento significativo a partir do ano 2000, com a consolidação dos serviços pioneiros ou já existentes e a criação de outros não menos importantes, como: Hospital Emílio Ribas de São Paulo; Instituto Nacional do Câncer (Inca) no Rio de Janeiro; Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE/SP); Grupo Interdisciplinar de Suporte Terapêutico Oncológico (GISTO) do Hospital Erasto Gaertner em Curitiba; Centro de Estudos e Pesquisas Oncológicas (CEPON) de Florianópolis; Hospital do Câncer de Barretos; Hospital Costa Cavalcanti de Foz do Iguaçu; e Hospital do Câncer de Londrina, entre outros serviços.

Em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu pela primeira vez o termo cuidados paliativos, ratificando-o e ampliando os conceitos em 2002 (WHO, 2002). Segundo a OMS, trata-se da abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e familiares que enfrentam doenças fatais por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, da identificação precoce e do tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Nesse documento, estão delineados os princípios de atuação dos profissionais:

1. Proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis.
2. Afirmar a vida e encarar a morte como um processo normal da existência.
3. Não acelerar nem adiar a morte.
4. Incorporar os aspectos psicológicos e espirituais ao cuidado do paciente.
5. Oferecer um sistema de apoio que estimule o paciente a ter uma vida de maneira mais ativa possível até o momento de sua morte.
6. Oferecer um sistema de apoio para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e no período de luto.

7. Utilizar abordagem multiprofissional para lidar com as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo o acompanhamento no luto.
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente no curso da doença.
9. Iniciar o cuidado paliativo o mais cedo possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como quimioterapia e radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para compreender e controlar melhor as situações clínicas estressantes.

O objetivo do cuidar não é a cura, mas a qualidade de vida durante o processo saúde-doença, por meio do conforto, do alívio e do controle dos sintomas, do suporte espiritual e psicossocial e do apoio no processo de luto (Silva e Sudigursky, 2008). É a defesa do ser humano; a transferência de esforços do cuidador ao doente que, transformado pela doença e com toda carga emocional relacionada, procura meios de enfrentar e compreender as peculiaridades da finitude próxima. O conhecimento técnico-científico continua a ser fundamental, mas a essência do tratamento passa a ser a relação de empatia no cuidar, na promoção e na proteção da dignidade humana.

Nota-se a importância de fatores como autonomia, família, multidisciplinaridade e espiritualidade no processo do cuidar, pois eles são ressignificados diante da impossibilidade de cura e da proximidade da morte.

A autonomia consiste na capacidade do indivíduo em governar a si mesmo e é considerada um dos princípios fundamentais da bioética, devendo reger qualquer ação relacionada com a vida, do nascimento à terminalidade. Cada paciente deve ter sua própria história respeitada e sua individualidade protegida, pois é único, com laços e cultura próprios (Rodrigues *et al.*, 2015). Contudo, conforme exposto por Abreu e Fortes (2014), na prática os pacientes são pouco encorajados a participar das decisões, e suas opções não são discutidas adequadamente, seja em razão do modo como são apresentadas, da tentativa de manter as expectativas do paciente e de seus familiares ou da tendência à procrastinação. Essa dificuldade pode estar relacionada com a formação profissional ou com a dificuldade de comunicação, compreensão e discussão entre as partes envolvidas no processo terapêutico.

Nesse contexto, há a necessidade de formação profissional humanizada, capaz de entender o ser humano em sua finitude. De acordo com Rego e Palácios (2006), o processo de formação deve contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades específicas relacionadas com o cuidado em fim de vida. É necessário compreender a morte como parte do processo da vida. Os autores lembram que os profissionais sempre tiveram uma tendência de restringir sua discussão aos aspectos técnicos do cuidado, considerando a morte como algo que deve ser absolutamente afastado. Contudo, é urgente haver uma mudança desse paradigma na área da saúde.

A abordagem da família é uma importante parcela do cuidado com o paciente quando se trata de cuidados paliativos. Se ela não for levada em consideração, não será possível ajudá-lo, pois o grupo familiar é um todo organizado. Quando um componente adoece, outros adoecerão também. Há uma desestruturação do núcleo familiar e os papéis de cada indivíduo dessa família precisarão ser reorganizados, adaptando-se à nova realidade, sendo fundamental o suporte da equipe no diagnóstico até o período de luto. Todavia, para alcançar a excelência nesses cuidados, deverá existir uma equipe de âmbito interdisciplinar e interprofissional, cujas dedicações se quantificarão em razão das necessidades concretas de atenção (Mendes *et al.*, 2009; Silveira *et al.*, 2014).

A espiritualidade emerge como meio de entendimento do processo de doença e enfrentamento da nova realidade e ao futuro desconhecido, sendo parte essencial dos cuidados paliativos. Caracteriza-se como uma tentativa de encontrar significado para a vida por meio de conceitos transcendentais e abstratos, um sentido de conexão com algo maior que si próprio. Espiritualidade é aquilo que dá sentido à vida, é um sentimento pessoal que estimula um interesse pelos outros e por si, uma explicação, um sentido para a vida capaz de fazer suportar sentimentos debilitantes de culpa, raiva e ansiedade (Saad *et al.*, 2001).

Como evidenciado por Balboni *et al.* (2011), o cuidado espiritual está associado não somente à melhor qualidade de vida do paciente em configuração de doença avançada, como também influencia os cuidados do final de vida, sendo sua ausência relacionada a tratamentos médicos mais agressivos e desnecessários, associados a uma maior carga de sintomas e angústia dos pacientes, maior número de falecimento entre familiares e altos custos médicos, principalmente entre as minorias e os pacientes de alto enfrentamento religioso.

Características gerais

O desenvolvimento científico e tecnológico garantiu que, nas últimas décadas, a expectativa de vida da população melhorasse significativamente. No entanto, o envelhecimento populacional acarreta uma série de doenças crônicas e suas consequências no cuidar.

O envelhecimento da população ocorre em todas as regiões do mundo, progredindo mais rapidamente nos países em desenvolvimento, inclusive naqueles que também apresentam uma grande população jovem. Em 1950, havia 205 milhões de pessoas no mundo com 60 anos ou mais. Em 2012, o número de idosos passou para quase 810 milhões. Projeta-se que esse número chegue a 1 bilhão em menos de 10 anos e que duplique até 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas (ONU, 2012). Nesse contexto, o suporte em cuidados paliativos tende a ser um serviço de saúde cada dia mais necessário.

Segundo dados da Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA, 2014), em 2011, mais de 29 milhões de pessoas morreram de doenças exigindo cuidados paliativos. O número estimado de indivíduos que precisam de cuidados paliativos no final da vida é de 20,4 milhões. A maior proporção, 94%, corresponde a adultos, dos quais 69% são maiores de 60 anos e 25% têm 15 a 59 anos de idade. Esse documento relata que menos de 8% das pessoas que precisam desse tipo de assistência têm seu acesso garantido (WPCA, 2014).

O atendimento ao paciente em cuidados paliativos pode ser realizado de diversas formas e modalidades: domiciliar, hospitalar ou ambulatorial.

A assistência domiciliar, como modalidade de atendimento, apresenta total relevância dentro da filosofia paliativista aplicada ao paciente terminal, devolvendo-lhe a possibilidade de elaborar esse processo com seus familiares (Melo *et al.*, 2013). Já no ambiente hospitalar, o psicólogo não precisa de um espaço determinado e separado para trabalhar, até mesmo porque se trata de um meio que dificilmente favorece a atividade psicoterapêutica, em termos de espaço físico. Nesse espaço, por vezes, haverá necessidade de atender um paciente em horários tumultuados, por isso, o ideal é que o psicólogo opte por atendimentos ao final da tarde (Domingues *et al.*, 2013).

No caso de cuidados paliativos a pacientes terminais, a decisão sobre o local da morte, em hospital ou em domicílio, deve ser feita em conjunto com a família, previamente discutida com a equipe e de acordo com as condições e os recursos de apoio, como estrutura domiciliar, familiar e do cuidador (Melo *et al.*, 2013).

É importante considerar que cada paciente encara a morte de maneira diferente, atribuindo-lhe um sentido de acordo com sua história ao longo da vida, com suas vivências, experiências e aprendizados, bem como a sociedade e cultura no qual está inserido. Borges *et al.* (2006) preconizam que, em qualquer fase do desenvolvimento humano, a concepção da morte está presente e tem uma configuração particular, conduzindo um entrelaçamento entre todos os aspectos existentes no processo de vida.

A experiência da família com o processo de enfrentamento da morte de um de seus membros surge carregada de possibilidades para a construção de significados, levando em conta as vivências e dinâmicas familiares. Nesse sentido, Neimeyer (2001) aponta uma forte tendência de se buscar uma postura de reaprender o mundo, por meio da produção e do encontro de significados para o luto, um processo que possibilita revisões na identidade, nas relações sociais, nas relações com o membro que se foi e no sistema de crenças.

Cabe ressaltar, ainda, que a morte deve ser vista não apenas como uma experiência inerente à condição humana, mas como um processo que requer uma elaboração psicológica tanto do paciente quanto da família. O suporte psicológico de um profissional capacitado e de uma equipe multiprofissional é essencial para esse enfrentamento, haja vista a necessidade de auxílio para um ajustamento emocional de ambas as partes diante da dificuldade em lidar com a separação e o luto.

Sistematização do serviço

Cuidado com o paciente

Do ponto de vista da teoria psicanalítica, a doença e todo o contexto que a envolve serão inevitavelmente interpretados pelo doente à luz de seu discurso, isto é, de seu sistema de afetos e crenças (conscientes e inconscientes). Considerando isso, uma das atuações possíveis do psicólogo é a escuta clínica ao paciente, a fim de ajudá-lo a reconhecer e transformar o modo de “olhar” que causa prejuízo e sofrimento. Para tanto, o ideal é que o acompanhamento psicológico inicie o mais precocemente possível – algo que se ajusta aos princípios preconizados para o bom tratamento paliativo (ANCP, 2009).

É importante que o psicólogo que integra uma equipe de Cuidados Paliativos disponha de formação profissional na área, preferencialmente em Psicologia Hospitalar, no sentido de buscar estratégias para ajudar o paciente no enfrentamento e elaboração das experiências emocionais intensas vivenciadas na fase de terminalidade da vida. Deve ter o cuidado de não ser um elemento invasivo no processo de tratamento, mas um facilitador no método de integração do paciente, da família e da equipe multiprofissional, mantendo o foco no doente (não na doença) e na melhora da sua qualidade de vida (não o prolongamento infrutífero de seu sofrimento; Ferreira *et al.*, 2011).

A ideia de morte e sua relação com o indivíduo dependem da cultura no qual este está inserido, mas, no geral, é drástica.

Como referido por Mendes *et al.* (2009), quanto maior o perigo de desorganização individual ou coletiva a morte representar em uma cultura, mais esforços egoicos serão tentados, a fim de afastar o impacto da morte sobre a estrutura fragilizada na qual ela incide. Assim, diferentes mecanismos de defesa do ego podem ser utilizados para neutralizar, ou ao menos minimizar, ansiedades e angústias que coloquem em perigo a homeostase interna do coletivo ou do indivíduo.

As dificuldades que os profissionais encontram na hora de informar o diagnóstico da doença ao paciente e à família são muitas. O médico, muitas vezes, não sabe como proceder, fica preocupado e inseguro. Certamente, a pessoa encarregada de dar a notícia deve ter cautela, pois, dependendo do modo como ela chegará ao paciente, pode ter grandes alterações no tratamento (Domingues *et al.*, 2013). Apesar das dificuldades inerentes ao ato de comunicar um diagnóstico trágico de impossibilidade de cura, essa informação é essencial para o estabelecimento de um vínculo saudável entre o médico e o paciente.

No que se refere à comunicação e ao anúncio, alguns dos problemas que a incomunicabilidade pode acarretar são, normalmente, o mal-estar físico, as dificuldades com a medicação e os tratamentos demorados. São consequências da falta de informação acerca da doença e da forma como a medicação e o tratamento intervêm (Oliveira *et al.*, 2004).

Mais importante para relação médico-paciente, portanto, informar constitui uma obrigação legal: “é vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal” (CFM, 2010).

Se a equipe, em conjunto com a família, decidir contar ao paciente as condições de seu estado de saúde, é importante ressaltar que nem tudo está perdido; ele não está nem será abandonado por causa de um diagnóstico; na verdade, trata-se de uma batalha que todos têm de travar juntos – paciente, família e médico – independentemente do resultado final. Dessa maneira, o paciente não temerá isolamento, abandono ou rejeição, e continuará confiando na honestidade do médico, certo de que, se houver algo a ser feito, eles farão juntos. Essa aproximação é reconfortante, inclusive para a família, que geralmente se julga impotente diante dessas situações. Todos dependem do conforto verbal do médico, pois se sentem encorajados ao saber que será feito todo o possível, se não para prolongar a vida, ao menos para aliviar o sofrimento (Mendes *et al.*, 2009). Contudo, ressalta-se que, se o paciente, de algum modo, demonstrar não querer saber a verdade naquele momento, o médico deverá respeitar, aguardando uma ocasião mais oportuna, quando o paciente se mostrar mais forte e com coragem para enfrentar a realidade. É importante identificar o quanto ele está preparado para receber a notícia. Como exposto no Manual de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), pode-se transmitir ao paciente as informações de acordo com suas condições emocionais, gradualmente e de maneira suportável. Assim, é essencial uma percepção adequada dos sinais que o paciente transmite, os quais possibilitarão a identificação de seu estado emocional e mostrarão ao profissional até onde ir naquele momento.

É necessário o estímulo para resolução de assuntos inacabados e término de conflitos. A intervenção deve ser guiada pelo princípio de encorajar o processo de sofrimentos antecipatório e implementar respostas que possam diminuí-lo. Os familiares que não conseguem encarar a dor de confrontação e o potencial sofrimento evitarão completar assuntos com o paciente, bem como estar com ele. Esses indivíduos devem ser respeitados e auxiliados pessoalmente, se for da vontade da família, por um terapeuta (Oliveira *et al.*, 2004).

Outro ponto da abordagem ao paciente é exposto por Mendes *et al.* (2009), que consideram função do psicólogo coadjuvar para que o paciente conduza à consciência as suas responsabilidades, não delegando apenas aos outros profissionais, ou parentes, a incumbência de cuidar dele.

Oliveira *et al.* (2004) destacam as terapias de intervenção clínica e de educação clínica e de apoio como uma das áreas de intervenção antes da morte do paciente terminal. Na intervenção clínica, o terapeuta, muito mais que dar indicações, deve ouvir o que os indivíduos imaginam, sentem, pensam e temem. Os pacientes devem se sentir compreendidos. Já a intervenção de educação clínica e de apoio destina-se a providenciar informações que possam ajudar os indivíduos ao *coping*, além de fornecer alternativas e suporte de habilidades para fraquezas e habilidades incompletas.

O conceito de *coping* é descrito como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas ou estressantes (Antoniuzzi *et al.*, 1998). Lazarus e Folkman (1984, *apud* Antoniuzzi *et al.*, 1998) propõem o *coping* como um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, pelos indivíduos com o intuito de se defrontar com demandas específicas, internas ou externas, que se manifestam em situações de estresse qualificadas como sobrecarga ou excesso para os recursos pessoais. Assim, as estratégias de *coping* podem ser percebidas como uma maneira de administrar as demandas internas e externas que surgem na interação do indivíduo com o ambiente. O desenvolvimento de estudos sobre *coping* vem evoluindo consideravelmente e pode contribuir para o desenvolvimento e criação de novos processos de intervenção no âmbito psicológico.

Oliveira *et al.* (2004) sugerem que, para sua operacionalidade e desenvolvimento, o *coping* deve considerar:

1. Ensinar a família acerca da doença e do tratamento, indicando instituições às quais possam recorrer.
2. Ajudar a família a encontrar reservas que possam ser úteis em questões futuras.
3. Ajudar a família a identificar, localizar e utilizar material, e gerir economias e apoio social.
4. Assistir a família sobre o modo como explicará a doença e suas implicações para outros. Se necessário, praticar com os familiares. Educar também como farão a comunicação às crianças.
5. Explicar à família o que pode ser esperado no momento e depois da morte. É importante despistar expectativas irreais.
6. Discutir opiniões com a família, encorajar a discussão e desencorajar a tomada de decisão unilateral.
7. Sugerir aos familiares que apresentam respostas patológicas à doença que procurem recursos de apoio mental.
8. Reconhecer que, ao lidar com os familiares e com o paciente, causará confrontação com suas próprias experiências e com sua própria mortalidade. Algumas situações podem altear situações não resolvidas.

Outro fator a ser considerado refere-se às questões operacionais do atendimento. O Manual de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009) ressalta que nem sempre existem condições para que se realize o atendimento clínico psicológico, seja pela existência de restrições físicas muito graves, falta de demanda por esse tipo de intervenção, seja qualquer outra contingência. Sugere, como outra opção de abordagem, o registro de narrativas ligadas à história de vida. Trata-se de um espaço de interlocução e confiança entre o paciente e o psicólogo, que pode proporcionar o reconhecimento de um papel social a desempenhar. A narrativa de episódios afetivamente relevantes para o paciente pode ajudar na reorganização de uma autoimagem vilipendiada pela doença, pela internação hospitalar e pela proximidade da morte, constituindo-se em um modo indireto de elaboração da experiência do morrer.

Nota-se que a abordagem ao paciente e à família pode ser organizada em etapas: antes, durante e após a morte. Em todas elas, a qualidade de vida do paciente e de seus familiares está no centro de todo o trabalho, visando ao máximo o bem-estar de todos. O psicólogo poderá atuar sob a abordagem dos cuidados paliativos, aprimorando a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras de vida. A preocupação maior desse profissional é facilitar a comunicação tanto do paciente consigo mesmo quanto com sua família e equipe médica, fazendo-o sentir-se acompanhado durante esse período existencial solitário e, muitas vezes, temido. Facilitar a compreensão de seus próprios sentimentos diante da morte e aproximar as relações com as quais o paciente deseja se acerrar são tarefas totalmente favoráveis para a qualidade da morte em caso terminal (Mendes *et al.*, 2009).

Em todas as fases do tratamento, o paciente e seus familiares devem ser ouvidos e informados sobre os planos, estimulados a resolver suas questões, expressar seus sentimentos e desenvolver sua autonomia, lembrando que a vida da família, após o falecimento do doente, exige organização e condutas práticas, já que todos terão de passar por uma adaptação à nova realidade, assumindo novos papéis ou transformando os antigos.

Cuidado com a família

A família é o núcleo social em que o paciente está inserido desde o diagnóstico até o óbito. Ela, assim como o próprio paciente, sofre e passa por um processo de transformação em sua estrutura para adaptar-se à realidade do membro doente. Por esse motivo, deve ser parte da atuação da equipe multiprofissional. De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), a qualidade da relação entre o paciente e seus cuidadores pode ser benéfica ou não nos processos de adoecimento, morte e luto, exigindo do psicólogo a capacidade de manejar situações grupais durante o apoio à família.

Os familiares passam por alta frequência de estresse, distúrbios do humor e ansiedade, e têm necessidades específicas, como sentir-se útil para o paciente, ter ciência das modificações do quadro clínico, compreender o que e por que está sendo feito no cuidado, ter garantias do controle do sofrimento e da dor, estar seguro de que a decisão quanto à limitação do tratamento curativo foi apropriada, poder expressar seus sentimentos e angústias, ser confortado e consolado e encontrar um significado para a morte do paciente. Essas necessidades são responsabilidade de toda a equipe (Soares, 2007).

Para Hermes e Lamarca (2013), o psicólogo pode ajudar os familiares e os pacientes a quebrar o silêncio e falar sobre a doença fornecendo-lhes informações necessárias ao tratamento. Muitas vezes, essas informações são negadas pela própria família, que prefere manter o paciente desinformado sobre o tratamento, um posicionamento chamado de *conspiração do silêncio*. O psicólogo, portanto, deve contribuir para que o paciente e seus familiares falem entre si sobre o problema, favorecendo a elaboração de um processo de trabalho que ajudará o paciente a enfrentar a doença, construindo experiências de adoecimento, processo de morte e luto.

No entanto, de acordo com o Manual de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), a expressão “conspiração do silêncio” vem sendo revista em razão da forte carga de culpa que pode trazer para a família, uma vez que, se, por um lado, oferecer

informações ao paciente é importante, por outro, levar em conta os temores da família de que essa comunicação seja feita é igualmente relevante.

Para Mendes *et al.* (2009), a atuação do psicólogo deve ocorrer ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação desses familiares ao enfrentamento da crise. Assim, estabelecem como objetivos do trabalho do psicólogo com os familiares:

- Auxiliar na reorganização egoica diante do sofrimento
- Facilitar e trabalhar medos, fantasias, angústias, ansiedades; enfrentamento da dor, sofrimento e medo da morte do paciente
- Detectar e trabalhar focos de ansiedade e dúvidas
- Facilitar e incentivar vínculo com a equipe de saúde
- Detectar e reforçar defesas egoicas adaptativas etc.
- Facilitar a comunicação da família com o próprio paciente, para poder, muitas vezes, auxiliar na solução de situações emocionais geralmente difíceis durante a convivência anterior ao aparecimento da doença terminal.

Mendes *et al.* (2009) relatam o cuidado que se deve ter ao exigir a presença de familiares. Assim como qualquer pessoa tem necessidade de espairer, os familiares também precisam, em algum momento, sair do quarto, da “vida” do enfermo e ter uma vida normal. Não se pode ser eficiente com a constante presença da doença (Mendes *et al.*, 2009). É essencial garantir o devido descanso aos familiares, momentos de descontração, férias e programas recreativos como formas de enfrentar as situações de estresse. Ter a oportunidade de vivenciar momentos sem a carga emocional constante à qual estão submetidos e possibilitar que recuperem forças físicas já esgotadas.

Domingues *et al.* (2013) entendem que, no momento e após a morte, o profissional da Psicologia deverá orientar sobre a importância da presença dos familiares e de seu papel em corresponder aos desejos e expectativas do paciente. Segundo os autores, na intervenção no momento da morte, é necessário considerar que o contexto de um paciente com doença terminal causa, a certa altura, cansaço e desgaste muito acentuados, tanto para os familiares quanto para o próprio paciente. A proximidade da morte é um momento que envolve muito receio de ambas as partes. Nessa hora, o terapeuta terá de trabalhar em prol da família, promovendo discussões sobre os desejos do paciente para depois de sua morte.

O paciente também pode ajudar seus familiares de várias maneiras. Uma delas é partilhando naturalmente seus pensamentos e sentimentos aos membros da família, incentivando-os a proceder do mesmo modo (Mendes *et al.*, 2009).

Nota-se, pois, que a abordagem da família é mais que um complemento da abordagem direcionada ao paciente. É a prática de uma concepção ampla do ser humano enquanto ser biológico e social, que tem suas raízes na análise das relações familiares, evitando o adoecimento de toda a família. Como relatado por Inocenti *et al.* (2009), a família desempenha papel ambivalente, às vezes como protetora do enfermo, às vezes como “o próprio doente”.

Cuidado com a equipe

De acordo com Porto e Lustosa (2010), a Psicologia também se propõe a atuar com a equipe multiprofissional, pois necessita manter a integridade nas suas relações e encontrar vias de comunicação que possibilitem a troca e o conhecimento com base em diferentes saberes.

O psicólogo identificará as demandas da equipe, atuando como facilitador do trabalho multiprofissional, tornando possível o melhor atendimento ao paciente e à família e evitando transtornos inerentes ao trabalho. Em uma equipe multiprofissional, o psicólogo poderá atuar como mediador tanto nas relações entre os profissionais da equipe quanto nas relações da equipe com os pacientes –relações que nem sempre são harmoniosas em um primeiro momento, em decorrência de toda a carga emocional presente na revelação de um diagnóstico trágico. A presença desse profissional poderá ser decisiva na resolução de conflitos existenciais que, possivelmente, surgirão nessa situação de terminalidade imposta pela doença (Domingues *et al.*, 2013).

A dificuldade de estabelecer um diálogo da equipe com o paciente sem perspectivas de cura inicia na própria comunicação do diagnóstico. Nesse momento delicado, é comum a ocultação de informações mais precisas, geralmente sustentada pelo argumento de que essa notícia poderia levar o paciente à depressão, causando, muitas vezes, um agravamento da doença. No entanto, sob esse manto de proteção podem estar encobertas dificuldades do profissional da saúde, como o receio de que a comunicação de um diagnóstico desfavorável possa diminuir a admiração que recebe do enfermo e, principalmente, leve-o a se envolver no sofrimento que essas situações inexoravelmente apresentam (Mendes *et al.*, 2009).

Cardoso *et al.* (2013) evidenciaram que os profissionais que lidam com pacientes paliativos se sentem frustrados e impotentes com relação à morte quando iniciam sua trajetória profissional. Contudo, com o passar do tempo, a rotina e a experiência conquistada exigem reflexão quanto a suas práticas e concepções e, com isso, ressignifiquem o cuidado prestado.

Passam a entender a morte como evento natural da vida, bem como compreender a importância da equipe multiprofissional para garantir qualidade de vida e conforto ao paciente e sua família. Esse fato está atrelado à construção de vínculos entre os profissionais e o paciente, de modo que eles compartilhem momentos de dificuldade e angústias, o que causa sofrimento na equipe, mas, sobretudo, proporciona satisfação e realização profissional, promovendo um cuidado humanizado indispensável à atenção paliativa.

Essa observação também foi feita por Kappaun (2013), que relata a ocorrência de vínculos e a identificação com o paciente e com a família, o compartilhamento do sofrimento e, também, o conflito entre culturas, opiniões e decisões. Essas relações influenciam o processo de trabalho: são fontes de desgaste e cobranças, mas também de reconhecimento e satisfação.

Caso clínico

Para melhor capacitação e como estratégia para diminuir a ansiedade da equipe, Mendes *et al.* (2009) recomendam a formação de grupos de discussão de casos para obter um melhor entendimento das questões emocionais que os médicos encontram em sua prática diária. Para os autores, o objetivo dessa metodologia é oferecer ao profissional espaços para que a angústia e a dor, diante da situação de terminalidade de pacientes, sejam elaboradas e, assim, construir estratégias defensivas.

A seguir, ilustra-se a conduta do atendimento psicológico de uma paciente com diagnóstico de leucemia linfocítica aguda (Exemplo 5.1).

Exemplo 5.1

Leucemia linfocítica aguda.

Paciente, sexo feminino, 50 anos, casada, com um filho adulto jovem, profissão camareira, foi internada na unidade de Transplante de Medula Óssea (TMO), em novembro de 2016, com a suspeita de uma leucemia linfocítica aguda, confirmada após resultado de exame citogenético.

A paciente foi abordada pelo médico responsável, que explicou a confirmação do diagnóstico e a proposta terapêutica para aquele momento. Iniciou-se, então, a etapa de indução com quimioterápico prescrito. Nesse momento, a paciente passou a ser acompanhada também por toda a equipe multiprofissional da unidade de TMO, composta por assistente social, dentista, fisioterapeuta, nutricionista, terapeuta ocupacional e psicóloga.

O primeiro contato com o serviço de Psicologia ocorreu pela visita da profissional ao leito da paciente, que se manifestou comunicativa e receptiva, verbalizou sobre a trajetória percorrida até o diagnóstico e algumas informações recebidas pelo médico e pela enfermagem. Nesse primeiro contato, a psicóloga priorizou o acolhimento e o estabelecimento do vínculo paciente/terapeuta e, de modo claro, a paciente expressou o desejo de manter o atendimento psicológico ao longo da internação.

Após 3 dias, a psicóloga retornou à beira do leito para a realização de novo atendimento. Encontrou o filho da paciente sentado a seu lado, com a cabeça e braços apoiados sobre o abdome dela, em posição de abraço. Foi a oportunidade de a psicóloga se apresentar para o familiar, que naquele momento não cruzou o olhar e permaneceu em posição de esquivo. A paciente, como no primeiro atendimento, foi receptiva, relatou estar motivada e verbalizou boa aceitação ao diagnóstico e disposição para enfrentamento do tratamento, acreditando na cura.

Após alguns dias, um novo atendimento psicológico foi realizado. A paciente se expressou mais assustada e ansiosa pelos procedimentos médicos e de enfermagem realizados até aquele momento. Manifestou choro, raiva, tristeza, questionando e buscando justificativas para o aparecimento da doença, como o excesso de trabalho e estresse emocional.

Proporcionado um ambiente de escuta, quando questionada sobre o que poderia justificar o estresse emocional ao qual se referia, a paciente relatou a história seu único filho, que permaneceu aprisionado por 4 anos e 6 meses pelo crime de tráfico de drogas. Relatou, de modo doloroso, que esteve ao seu lado em todos os momentos possíveis, realizando fielmente as visitas semanais permitidas na instituição carcerária e proporcionando os mantimentos necessários para seu maior conforto. Durante essa mesma sessão, resgatou momentos de extrema tensão com a sua segurança e a do filho e o esgotamento emocional vivenciado durante o período em que ele esteve encarcerado. A paciente, então, mencionou que tinha planos para o filho.

Sua maior preocupação era o encaminhamento de vida dele e a necessidade da cura para ajudá-lo nesse processo, uma vez que ela representava a figura principal de cuidado e força para a família, incluindo, além desse filho, o esposo, uma irmã e sobrinhos.

Os atendimentos com a psicóloga passaram a ser semanais e a paciente evoluiu no processo de aceitação do adoecimento, do tratamento e fortalecendo os mecanismos psicológicos de enfrentamento e ajustamento ao momento vivenciado.

Depois de 43 dias de internação, a paciente recebeu a licença de alta hospitalar, para passar o Natal em casa com a família, desejo expresso durante os atendimentos psicológicos, retornando no dia seguinte para continuidade do tratamento. Continuaram, então, os protocolos para neutropenia febril e foi realizado novo exame de mielograma, que constatou a progressão da doença.

A equipe discutiu o caso em reunião multiprofissional e optou por uma segunda linha de tratamento, com outros tipos de quimioterápicos. Nesse dia, o médico conversou com a paciente, colocou todas as questões discutidas, a nova proposta de tratamento com outras drogas e a possibilidade de realização de um transplante de células-tronco hematopoéticas (TCTH) alogênico, uma vez que surgiu, nesse mesmo período, um doador não aparentado. O objetivo era proporcionar a remissão completa da doença para que a paciente pudesse ser encaminhada para um centro de transplante alogênico.

Nos atendimentos psicológicos seguintes, a paciente compreendeu, de maneira clara, a nova proposta de tratamento e demonstrou boa capacidade de reflexão e resignificação. No entanto, manteve preocupação excessiva com o filho e a condução da vida dele. No período longo de internamento, a família apresentou-se bastante apoiadora e afetuosa. O filho, o esposo e a irmã se dividiram como acompanhantes durante a permanência no hospital.

Após 32 dias de internação, a paciente mais uma vez não respondeu ao tratamento quimioterápico, a doença progrediu e a sintomatologia do quadro estava mais evidente e intensa. Novamente, discutiu-se o caso em reunião multiprofissional e decidiu-se pela proposta de tratamento paliativo, tendo em vista não ser possível oferecer um tratamento curativo.

Foi proposta uma reunião familiar com esposo, filho e irmã, a fim de informar e explicar sobre o quadro clínico atual e prognóstico reservado da paciente. A psicóloga participou da reunião com o médico-assistente e, depois de encerrada, ofereceu suporte psicológico para os familiares. Esposo e irmã se mostraram abertos para o atendimento e expressaram suas emoções e entendimento sobre o processo de adoecimento da paciente. Entretanto, o filho não permitiu e rejeitou a intervenção da psicóloga, cujo objetivo, naquele momento, era a percepção da compreensão dele diante das informações fornecidas pelo médico e suporte psicológico.

A próxima etapa consistiu em conversar com a paciente sobre a nova proposta de cuidado. Em todos os momentos, desde o diagnóstico, ela expressou o desejo de estar informada sobre o tratamento e condutas durante o processo. Assim, o médico conversou sobre a possibilidade de encaminhamento para a equipe de cuidados paliativos do Centro Oncológico. Nessa fase, o sofrimento emocional da paciente se intensificou. Por vezes, ela negou o prognóstico ou expressou momentos de raiva. Em outras ocasiões, havia a tentativa de negociação com a equipe e aceitação do quadro.

A evolução da paciente pode ser analisada sob os conceitos elaborados por Kübler-Ross (1977) sobre os aspectos psicológicos dos mecanismos de ajustamento do paciente terminal:

1. Negação: surge logo após a comunicação do diagnóstico. Muitos buscam por outra opinião médica ou repetir os exames na esperança de que a primeira conclusão esteja errada. É a consciência da doença fatal iminente. É considerada uma forma saudável de lidar com a situação desagradável com a qual os doentes terão de conviver durante o restante do tempo. Funciona como uma defesa depois das notícias inesperadas e chocantes, deixando que o paciente se recupere para outras medidas radicais.
2. Raiva: normalmente atenua-se o sentimento de negação, surgindo a raiva, a revolta, a inveja e o ressentimento. Esses sentimentos são direcionados para todos os lados (à equipe de cuidados, aos

familiares e a Deus), sem uma razão plausível.

3. Barganha: é um estágio curto, mas igualmente útil. O paciente acredita na realização de acordos consigo mesmo ou com Deus, como uma maneira de adiar a morte como um evento inevitável.
4. Depressão: no quarto estágio, o paciente experimenta um período de silêncio interior. A aflição e a culpa podem estar presentes, causando-lhe sofrimento intenso. Nessa fase, a família mostra-se também aflita com o sofrimento psíquico do paciente.
5. Aceitação: no último estágio, o paciente mostra consciência plena de seu estado de saúde, com capacidade de compreender a doença e as suas consequências, mas isso não significa uma atitude passiva perante a morte.

Esses estágios, no entanto, não são vivenciados por todos os pacientes na mesma ordem e nem todos completam o processo, haja vista que o modo como “morrer” é vivenciado de maneira singular por cada ser humano, considerando suas crenças e experiências sociais.

Conduta

Iniciou-se outra conduta psicológica: o processo psicológico de preparação para a vicissitude do fim de vida, visto que a equipe médica repassa para os outros profissionais da assistência a informação de um possível óbito da paciente nas próximas semanas.

Decidiu-se, novamente em reunião multiprofissional, pela permanência da paciente na unidade, recebendo os cuidados da mesma equipe pelo vínculo estabelecido e pela dificuldade e sofrimento psíquico apresentado quando se propôs sua transferência para outro setor.

Os atendimentos psicológicos foram intensificados, direcionados e com foco no suporte e fortalecimento dos recursos de enfrentamento da paciente. Assuntos como desejos, preocupações e trâmites práticos foram abordados e aos poucos organizados com a paciente. Foi feito todo o possível de ser realizado.

A paciente permaneceu em um leito de isolamento na unidade de TMO, por apresentar uma bactéria multirresistente. Assim, os atendimentos psicológicos foram realizados somente no local. Por muitas vezes, o filho permaneceu durante o atendimento quando a paciente assim solicitava e, aos poucos, ele vivenciou junto com a mãe todo o processo.

A psicóloga tentou realizar atendimentos individuais com o filho, porém, ele continuou negando e manteve a posição inicial de esquiva do primeiro momento. O suporte psicológico era realizado, então, com a paciente, com o esposo e com a irmã, que apresentavam bom entendimento do processo de finitude da paciente. Após alguns atendimentos, a paciente verbalizou o desejo de conversar individualmente sobre o “morrer” (*sic*), sempre expressando preocupação intensa com o filho, pois tinha receio de que ele voltasse a cometer atos ilícitos, nutrindo a ideia de que ele deveria se casar e construir uma família, como ideal de felicidade, assim que ela não estivesse mais presente fisicamente na vida dele. A concepção era de que outra figura feminina fizesse o papel que, até então, ela realizou durante toda a vida.

Questões como funções e papéis foram trabalhadas durante a sessão, assim como a dificuldade de comunicação entre os familiares. Assuntos como desejos pós-morte não eram possíveis de serem abordados entre ela, o esposo e o filho, porque esses desejos permaneciam na imaginação, causando mais ansiedade e temor da morte que se aproximava.

Em um processo gradual, a paciente foi entendendo a necessidade de expressar seus desejos de fim de vida a seus familiares. A partir do fortalecimento dos mecanismos de enfrentamento e aceitação do processo da doença, a paciente verbalizou ao esposo o desejo de que ele cuidasse do seu filho, dando suporte e o acompanhando ao longo da vida. O esposo aceitou e acolheu o desejo dela. A paciente permaneceu os últimos dias de vida sob os cuidados da equipe, que a acolheu no primeiro momento, e seu processo final de morte aconteceu na presença do esposo.

Em concordância com a literatura, no caso do Exemplo 5.1, percebe-se claramente a importância do cuidado da equipe multiprofissional no processo de evolução da doença, considerando-se que proporcionou à paciente um sistema de apoio e cuidado nos âmbitos físico, social e psicológico.

Questões como a comunicação e o respeito à autonomia da paciente foram uma constante, o que garantiu o vínculo estabelecido entre a paciente e os profissionais, essencial no que se refere aos cuidados paliativos.

O ato de comunicar o diagnóstico e informar, após as tentativas de tratamento, sobre a impossibilidade de cura foi essencial para o estabelecimento de um vínculo saudável, proporcionando o suporte necessário para a paciente durante todo o processo de tratamento até a morte.

O cuidado com a família também foi importante para que todos os membros pudessem compreender, cada qual à sua maneira, a finitude da vida e, assim, vivenciassem, com apoio e suporte, o processo de preparação para o período de luto que estava por vir. Apesar do comportamento de esquiva do filho, em todos os momentos houve a preocupação de deixá-lo informado sobre tudo que estava sendo feito em relação ao cuidado da paciente. A equipe se apresentou sempre disponível para esclarecimentos e acolhimento, se assim fosse desejado. Durante o atendimento psicológico, a paciente naturalmente pôde partilhar seus sentimentos e pensamentos com o filho.

O grande desafio estava em oferecer um ambiente de cuidado que proporcionasse, após a impossibilidade de um tratamento curativo e a decisão de cuidados de suporte oncológico exclusivo, o reconhecimento dos sentimentos e desejos da paciente, para propiciar, no inevitável processo de fim de vida, uma morte com dignidade. Em todos os procedimentos de cuidado com a paciente, nunca houve espaço para a neutralidade e impessoalidade, sempre permaneceu o desejo do cuidar, a empatia e a compaixão da equipe.

O exercício da autonomia foi incentivado à paciente até o final da vida, assim como a preocupação na escuta dos sentimentos, desejos e emoções. Partiu-se sempre da premissa de que o direito à qualidade da morte é o mesmo que o direito à qualidade de vida, e de que a possibilidade de uma morte digna, sem dor e sofrimento era parte essencial durante o processo vivenciado pela paciente.

Assim, o caso clínico leva à reflexão quanto à relevância e à necessidade de uma equipe multiprofissional capacitada no cuidado direto com o paciente. Apresenta uma postura compatível com a visão integrada do paciente, de seus diferentes componentes orgânicos, afetivo-emocionais, intelectuais e espirituais, de acordo com a visão ampliada do ser humano: um ser biopsicossocial/espiritual.

Referências bibliográficas

- Abreu, C. B. B.; Fortes, P. A. C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. *Revista Bioética*, v. 22, n. 2, p. 299-308, 2014.
- ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.
- Antoniazzi, A. S.; Bandeira, D. R. O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v. 3, n. 2, p. 273-94, 1998.
- Balboni, T.; Balboni, M.; Paulk, M. E. *et al.* Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*, v. 117, n. 23, p. 5383-91, 2011.
- Borges, A. D. V. S.; Silva, E. F. D.; Toniollo, P. B. *et al.* Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicol Estud*, v. 11, n. 2, p. 361-69, 2006.
- Cardoso, D. H.; Muniz, R. M.; Schwartz, E.; Arrieira, I. C. O. Cuidados paliativos na assistência hospitalar: a vivência de uma equipe multiprofissional. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 4, p.1134-41, 2013.
- CFM. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº 1931, de 17 de setembro de 2009. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 2010.
- Domingues, G. R.; Alves, K. D. O.; Carmo, P. H. S. D. *et al.* A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. *Psicologia Hospitalar*, v. 11, n. 1, p. 2-24, 2013.
- Ferreira, A. P. D. Q.; Lopes, L. Q. F.; Melo, M. C. B. D. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos junto ao paciente com câncer. *Revista da SBPH*, v. 14, n. 2, p. 85-98, 2011.
- Hermes, H. R.; Lamarca, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2577-88, 2013.
- Inocenti, A.; Rodrigues, I. G.; Miasso, A. I. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 11, n. 4, p. 858-65, 2009.
- Kappaun, N. R. C. Assistência em cuidados paliativos: o trabalho em saúde no lidar com o processo de morrer. Tese de Doutorado-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Bonsucesso, 2013.

- Kübler-Ross, E. Sobre a morte e o morrer. Tradução de Kipnis, T. L.. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- Lazarus, R. S.; Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
- Manchola, C.; Brazão, E.; Pulschen, A.; Santos, M. Cuidados paliativos, espiritualidade e bioética narrativa em unidade de saúde especializada. *Revista Bioética*, v. 24, n. 1, 2016.
- Melo, A. C. D.; Valero, F. F.; Menezes, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 14, n. 3, p. 452-69, 2013.
- Mendes, J. A.; Lustosa, M. A.; Andrade, M. C. M. Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Revista da SBPH*, v. 12, n. 1, p. 151-73, 2009.
- Neimeyer, R. A. (Ed.). *Meaning reconstruction & the experience of loss*. Washington: American Psychological Association, 2001.
- Oliveira, M. F.; Luginger, S.; Bernardo, A.; Brito, M. Morte: intervenção psicológica junto da família do paciente terminal. Monografia. Universidade Lusíada, Lisboa, 2004.
- ONU. Organização das Nações Unidas. *Envelhecimento no século 21: celebração e desafio*. Nova York: Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), 2012.
- Porto, G.; Lustosa, M. A. Psicologia hospitalar e cuidados paliativos. *Revista da SBPH*, v. 13, n. 1, p. 76-93, 2010.
- Rego, S.; Palácios, M. A finitude humana e a saúde pública. *Human finitude and public health*. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 8, p. 1755-60, 2006.
- Rodrigues, L. A.; Cazeta, F. L.; Ligeiro, F. Autonomia do paciente em cuidados paliativos e a intervenção do psicólogo: um olhar bioético. *Cuid Arte, Enferm*, v. 9, n. 2, p. 131-41, 2015.
- Saad, M.; Masiero, D.; Battistella, L. R. Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, v. 8, n. 3, p. 107-12, 2001.
- Silva, E. P.; Sudigursky, D. Concepções sobre cuidados paliativos: revisão bibliográfica. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 21, n. 3, p. 504-8, 2008.
- Silveira, M. H.; Ciampone, M. H. T.; Gutierrez, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 17, v. 1, p. 7-16, 2014.
- Soares, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 19, n. 4, p. 481-4, 2007.
- WHO. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva: WHO, 2002.
- WPCA. Worldwide Palliative Care Alliance; WHO. World Health Organization. *Global atlas of palliative care at the end of life*. London: WPCA, 2014.

Bibliografia

- Nunes, L. O papel do psicólogo na equipe de cuidados paliativos. In: *Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos*. São Paulo: ANCP, 2009. p. 218-20.
- Silva, M. J. P.; Araújo, M. M. T. Comunicação em cuidados paliativos. In: *Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Manual de Cuidados Paliativos*, São Paulo: ANCP, 2009. p. 49-57.

6

Neuropsicologia

Marina Stahl Merlin • Silvia Stahl Merlin

Introdução

A Neuropsicologia é um campo de conhecimento interdisciplinar que abrange diferentes áreas das neurociências. É uma ciência aplicada cujo foco de interesse é a expressão comportamental das funções neurológicas, seja em condições normais ou patológicas (Lezak *et al.*, 2004). Interessada no comportamento humano, apoia-se em conhecimentos da Neurologia Clínica, Psicologia Cognitiva-Comportamental e Psiquiatria Biológica, requerendo autoridade sobre o sistema nervoso central (SNC) e periférico; sobre o desenvolvimento neurológico e psicológico; sobre neuroquímica e processos neurobiológicos dos estados emocionais e comportamentais.

A avaliação neuropsicológica deve ser realizada por psicólogos, pois envolve a aplicação de testes cognitivos e psicológicos e a análise do comportamento humano, habilidades desenvolvidas exclusivamente na formação em Psicologia. No entanto, o neuropsicólogo deve ser um especialista, capaz de estudar o comportamento humano de maneira mais específica, considerando os achados neurológicos.

Atualmente, as informações neuropsicológicas auxiliam profissionais de diversas áreas da Neurociência, como neurologistas, psiquiatras, pedagogos, terapeutas ocupacionais, geriatras, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, sendo útil na compreensão do funcionamento cerebral e subsidiando planos terapêuticos adequados.

As indicações para o exame neuropsicológico têm sido ampliadas ao longo dos anos, deixando para trás a identificação de centros cerebrais lesionados, passando atualmente a abranger grande diversidade de demandas, como (Malloy-Diniz *et al.*, 2016):

- Caracterização geral de um paciente e monitoramento ao longo dos anos ou durante um tratamento que sabidamente altere as funções cognitivas transitórias ou cronicamente, como o uso de medicações psicotrópicas/neurotrópicas, quimioterapia etc.
- Identificação de transtorno de desenvolvimento em crianças
- Avaliação pré-cirúrgica cerebral de epilepsia refratária ou quadros psiquiátricos graves
- Avaliar o impacto da dor
- Avaliar o impacto da apneia do sono
- Elucidação diagnóstica de quadros neurológicos e/ou psiquiátricos.

A avaliação neuropsicológica tem aplicação que não se restringe a doenças crônicas, mas se aplica também àquelas transitórias: não apenas aos quadros clínicos relacionados diretamente às estruturas ou à química neurológica, mas também àqueles relacionados a distúrbios emocionais, endocrinológicos, cardíacos e outros eventos ambientais potencialmente adversos para o comportamento e funcionamento cerebral.

Historicamente, os relatos de casos e as teorias explicativas para o comportamento humano datam de antes de Cristo. Na Antiguidade, o dilema referente ao fato do controle dos processos mentais ser designado ao coração ou ao cérebro rendeu inúmeras discussões filosóficas e científicas. No entanto, quando o cérebro foi reconhecido como o órgão responsável pelos comportamentos, muitas hipóteses foram surgindo como tentativa de compreender essa relação (Rufo-Campos, 2006; Miotto,

2007; Cosenza *et al.*, 2008).

A hipótese ventricular afirmava que fluidos ventriculares modulavam as sensações, o pensamento racional e a memória. Posteriormente, no final do século 18, a importância das estruturas cerebrais e das funções teciduais do cérebro foi evidenciada, para, finalmente, o dilema se concentrar na compreensão do cérebro como um órgão de funcionamento globalista/unitarista ou localizacionista. Os unitaristas ou, ainda, holistas, afirmavam que as funções psíquicas eram o resultado de uma sinergia de partes do cérebro. Assim, não aceitavam a existência de “centros” para determinadas funções, e o controle do comportamento ocorria pela atuação do cérebro como um todo. Já os localizacionistas acreditavam que o cérebro apresentava regiões especializadas com diferentes funções e que, portanto, cada comportamento era controlado por regiões específicas, havendo um centro da linguagem, outro da audição etc. (Cosenza *et al.*, 2008).

Nessa ocasião, muitos estudos de casos enfatizavam a atuação fragmentada do cérebro. Um dos casos mais importantes para a ciência neuropsicológica, que ilustra a visão localizacionista do cérebro, foi descrito por John Harlow, em 1849. O caso de Phineas Gage ilustrou a drástica alteração de seu comportamento social após um acidente que provocou lesão no seu lobo frontal. Outros casos foram descritos, como o de Panizza (1855), que relacionou a cegueira com o lobo occipital; o caso de Paul Broca (1861) sobre a afasia motora relacionada com o lobo frontal do hemisfério esquerdo; os casos de Carl Wernicke (1874) sobre a afasia sensorial, cujo comprometimento localizava-se no lobo temporal do hemisfério esquerdo, e a afasia de condução, cuja lesão acometia as fibras que conectam o giro temporal ao giro frontal esquerdo (Damásio, 1996; Miotto, 2007; Cosenza *et al.*, 2008).

Sem dúvida, o maior conceito sobre o funcionamento cerebral foi postulado pelo neuropsicólogo soviético Alexander Romanovich Luria (1902-1977), com base em uma proposta indicada pelo russo Vygotsky (1896-1934), que defendia a associação entre o globalismo e o localizacionismo, atribuindo ao cérebro uma característica modificável e dinâmica (Miotto, 2007). Partindo dessa escola, Luria enfatizou os sistemas funcionais do cérebro, referindo que, apesar de funções elementares poderem ser localizadas, as funções complexas, denominadas por ele como “funções corticais superiores”, requereriam a integração de diferentes zonas cerebrais que atuavam em conjunto. Até hoje, a teoria associacionista (duplas-dissociações) permanece como referência para a identificação da relação entre comportamento e circuitos cerebrais envolvidos (Malloy-Diniz *et al.*, 2016).

Luria, na tentativa de compreender o funcionamento cerebral, examinou pacientes com lesões após a Segunda Guerra Mundial e publicou, em 1966, um livro com o resumo de 20 anos de pesquisa. Neste íterim, Luria distinguiu no cérebro três unidades funcionais:

- Primeira: reguladora da vigília e do tônus muscular, localizada na formação reticular e no sistema límbico
- Segunda: responsável pelo recebimento, processamento e armazenamento de informações, localizada nos lobos occipital, parietal e temporal (regiões posteriores ao sulco central)
- Terceira: responsável pelo monitoramento dos comportamentos e da atividade mental, localizada no lobo frontal, como mostra a Figura 6.1 (Luria, 1992; Machado, 1993; Camargo *et al.*, 2008).

No Brasil, a Neuropsicologia teve início na década de 1950 pelo médico pediatra e psicólogo Antonio Frederico Branco Lefèvre (1916-1981), que escreveu o primeiro livro brasileiro sobre Neurologia Infantil e aprofundou seus estudos no *Exame Neurológico Evolutivo* (ENE), publicado em 1972, propondo maneiras de avaliar aspectos neurológicos da criança e incentivando o estudo das funções cognitivas de seus pacientes. Sua esposa, a neuropsicóloga Beatriz Lefèvre, publicou nos anos de 1980 o livro *Neuropsicologia Infantil* (Lefèvre, 1989), fortalecendo ainda mais a atuação neuropsicológica em São Paulo, que já era crescente na Divisão de Neurocirurgia Funcional do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP).



Figura 6.1 Lobos cerebrais. As unidades propostas por Luria abrangem áreas incluídas na divisão dos lobos cerebrais: primeira unidade – formação reticular; segunda unidade – lobos occipital, parietal e temporal; terceira unidade – lobo frontal

Objetivos da avaliação neuropsicológica

Avaliar neuropsicologicamente uma pessoa significa mapear suas habilidades cognitivas para identificar suas facilidades e dificuldades no desempenho cotidiano, considerando possíveis quadros neurológicos, psiquiátricos ou apenas sua condição de desenvolvimento normal.

Inicialmente, a Neuropsicologia era uma ferramenta que visava ao conhecimento da localização das diferentes funções cognitivas no cérebro. No entanto, a partir do século 20, com o avanço das técnicas de neuroimagem estrutural e funcional, as localizações dos comportamentos e habilidades cerebrais passaram a ser obtidas com maior fidedignidade, e o propósito da Neuropsicologia migrou da busca da correspondência cérebro-comportamento para a compreensão de casos clínicos, auxílio da escolha de tratamentos, elucidação prognóstica, além de contribuir com os achados científicos por meio de pesquisas. Lezak *et al.* (2004) ressaltam que os objetivos gerais da Neuropsicologia requerem curiosidade, flexibilidade e empatia do avaliador, e inclui seis propósitos:

1. Elucidar o diagnóstico.
2. Identificar as características cognitivas, comportamentais e emocionais do paciente.
3. Planejar o tratamento e/ou remediação, considerando os déficits e as potencialidades neuropsicológicas para conhecer o potencial de reabilitação do paciente.
4. Avaliar as melhoras e pioras ocasionadas pelo tratamento.
5. Contribuir para a pesquisa, especialmente para desenvolvimento, padronização e validação de testes.
6. Auxiliar na área forense, tanto no diagnóstico quanto na identificação de necessidades especiais.

Já os novos objetivos da Neuropsicologia são apresentados na Tabela 6.1 (Laatsch, 2002).

Lezak *et al.* (2004) definiram o comportamento humano em três sistemas funcionais, que delimitam, de certa maneira, objetos de estudo específicos da avaliação neuropsicológica:

1. Cognição: que seria responsável pela manipulação de informações sobre o comportamento, sendo esta subdividida em funções receptivas (sensação e percepção), memória, pensamento, funções expressivas (praxias, fala, escrita, desenho, expressões faciais) e variáveis de atividade mental (nível de consciência, atenção e velocidade).
2. Emoções/personalidade: incluindo motivações e sentimentos.
3. Funções executivas: que controlariam a expressão do comportamento.

Apesar de as técnicas de neuroimagem serem um avanço no estudo do cérebro, elas não são sensíveis a ponto de detectar alterações comportamentais. As manifestações comportamentais dependem de inúmeros aspectos da lesão, como sua natureza, extensão, duração, localização, além de características pessoais como idade, sexo, escolaridade, condições de saúde e características cerebrais individuais. Nesse sentido, raramente são encontrados padrões neuropsicológicos semelhantes mesmo em danos neurológicos iguais. Nesse contexto, pensa-se sobre a validade “ecológica” da avaliação neuropsicológica. A validade ecológica refere-se ao quão bem os dados neuropsicológicos predizem comportamentos futuros ou em um contexto de vida real. Pesquisas vêm sendo realizadas na tentativa de relacionar resultados neuropsicológicos com dados de imagens, empregabilidade dos participantes de pesquisa avaliados etc. Com base nisso, têm se encontrado padrões neuropsicológicos que sugerem melhor ou pior prognóstico, como a relação descrita por Deloche *et al.* (1996 *apud* Lezak *et al.*, 2004) entre escores no teste Aritmética e Autonomia nas Atividades de Vida Diária (Camargo *et al.*, 2008; Lezak *et al.*, 2004).

Tabela 6.1 Objetivos da avaliação neuropsicológica.

Objetivo	Habilidades requeridas
Diagnóstico: auxiliar no diagnóstico diferencial entre quadros com manifestações semelhantes	<ol style="list-style-type: none">1. Conhecer quadros clínicos neurológicos, psiquiátricos e emocionais (p. ex., diferenciação entre demência e envelhecimento normal)2. Conhecer o perfil neuropsicológico de determinados quadros clínicos3. Conhecer efeitos de medicamentos

	4. Ter afinidade com ampla quantidade de testes neuropsicológicos para escolher a bateria
Prognóstico: prever o impacto de determinado evento nas habilidades cognitivas em curto e/ou longo prazo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depende do quadro clínico e requer conhecimento sobre estes. Está ligado à etiologia 2. Pode auxiliar exames de neuroimagem, para ilustrar melhor o desempenho cognitivo após um evento (doença, medicação etc.) 3. Deve-se considerar o local, a extensão, o hemisfério e o tempo da lesão/alteração, assim como os recursos do paciente (idade, sexo, suporte familiar, recursos físicos) 4. São geralmente utilizadas em avaliações pré-operatórias de epilepsia, pois os resultados podem predizer as limitações pós-cirúrgicas
Definição de tratamento: verificar qual tipo de tratamento será mais adequado de acordo com as habilidades neuropsicológicas do paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer bem as funções corticais superiores e saber classificá-las de acordo com o nível de desenvolvimento padronizado, para distinguir as facilidades das dificuldades 2. Conhecer os tratamentos possíveis 3. Saber transpor os dados objetivos para situações cotidianas, auxiliando o paciente na adequação profissional, acadêmicas e nos relacionamentos
Eficácia: verificar e/ou comparar resultados de intervenções medicamentosas, psicológicas etc.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer ampla gama de testes neuropsicológicos e saber avaliar seus valores psicométricos, como a validade de constructo 2. Conhecer funções corticais e quando estas são requeridas nos testes neuropsicológicos 3. Identificar se o teste apresenta efeito de aprendizagem, ou seja, apresenta itens facilmente memorizáveis que interferem no desempenho da segunda aplicação
Pesquisa: elucidar achados que se repetem ou não em determinadas condições, com o intuito de compreender melhor o perfil neuropsicológico de determinados quadros	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saber utilizar metodologia de pesquisa 2. Conhecer resultados publicados sobre o tema estudado

Procedimento da avaliação neuropsicológica

O primeiro procedimento realizado na avaliação neuropsicológica é a delimitação do objetivo da avaliação. Após essa etapa, é necessário que o psicólogo selecione o(s) teste(s) utilizado(s). Essa é uma tarefa que envolve conhecimentos diversos, desde a noção de psicomетria até o domínio sobre as funções corticais superiores e as maneiras como estas podem ser avaliadas objetivamente.

Um teste psicológico é uma ferramenta por meio da qual, a partir de um procedimento sistemático, se obtém informações sobre o comportamento humano. Os comportamentos medidos pelos testes psicológicos podem ser aspectos da cognição, do conhecimento, da habilidade, do humor ou, ainda, de atitudes.

Algumas dicas contribuem para a boa escolha de um teste neuropsicológico. Primeiramente, é essencial que o neuropsicólogo saiba as condições mínimas do paciente, assim como as habilidades que requerem uma avaliação específica. Por exemplo, um paciente que sofreu uma lesão cerebral há 20 dias não deve ser avaliado até 3 meses após o evento traumático, pois, nesse período, as habilidades apresentam alterações constantes. Outra situação seria a avaliação de uma criança com dificuldades de atenção na escola; nesse caso, os testes devem contemplar as capacidades de atenção da faixa etária da criança.

Mais uma condição a ser considerada é o tempo da avaliação. É interessante conhecer a tolerância do paciente diante de tarefas avaliativas, assim como procurar saber a urgência dos resultados, se será possível realizar a avaliação em mais de um encontro, se o paciente será avaliado em uma enfermaria ou em um ambulatório e orientá-lo sobre possíveis fatores que podem ocasionar o cancelamento de uma sessão de avaliação. Nesse contexto, pode ocorrer adiamento da avaliação em razão de ansiedade do paciente, privação de sono, fome, dores apresentadas, assim como a percepção pelo neuropsicólogo de outros eventos que podem interferir nos resultados finais da testagem.

Características psicométricas dos testes devem ser levadas em conta, principalmente observando se há similaridade entre a amostra utilizada para a padronização do teste e as características sociodemográficas de quem será avaliado. Alguns testes apresentam adaptabilidade às condições especiais, como problemas motores, de linguagem ou sensoriais. Nesses casos, verificar se o teste é adaptável é imprescindível. Além dessas providências, é sempre importante certificar a validade e a aceitação do teste pelos órgãos de Psicologia.

É importante que os testes psicológicos escolhidos tenham sido validados e padronizados para a população à qual se destinam, pois os resultados obtidos de seu uso só poderão ser representados de modo quantitativo com base na comparação com os escores padrões, fornecidos pelos manuais dos testes. Esses escores padronizados são obtidos por meio de um árduo processo metodológico e estatístico, no qual são estudados os resultados de uma amostra representativa de uma realidade. Assim, os resultados das testagens são sempre comparados com uma parte representativa do todo (Urbina, 2004).

Nesse ponto, uma questão conflituosa surge e vem desapontando muitos profissionais da área. No Brasil, poucos instrumentos neuropsicológicos encontram-se disponíveis. Em sua maioria, são apenas adaptados à cultura brasileira, mas não foram padronizados nem validados. Esse fato é o maior motivo de avaliações inadequadas, pois, no caso da utilização de testes adaptados, é requerido que o neuropsicólogo faça um exercício de raciocínio clínico com base em uma formação muito capacitada. Nesse contexto, infelizmente, existem muitos resultados insuficientes, pois comparar resultados de brasileiros com os de norte-americanos aumenta a chance de erros (Alchieri, 2004).

Situações nas quais um paciente não fala o idioma do neuropsicólogo devem ser remediadas com o intermédio de um tradutor e/ou com a versão do teste no idioma do paciente (Goldstein e McNeil, 2004).

Caso o paciente já tenha sido submetido ao teste selecionado pelo neuropsicólogo, sugere-se uma análise sobre o quanto as perguntas e respostas podem ser influenciadas pela aprendizagem anterior. Testes que requerem resolução de problemas são contraindicados nessas condições; já aqueles cuja memória requerida é imediata, como no caso do subteste dígitos do WISC e WAIS, a repetição não atrapalha no desempenho. Recomenda-se um período mínimo de 6 meses para a reaplicação do mesmo teste psicológico, caso a escolha por outro teste, cujo intuito seja medir o mesmo constructo, seja descartada (Goldstein e McNeil, 2004; Strauss *et al.*, 2006b).

Considerando-se que o conhecimento acerca do teste escolhido é fundamental no processo de avaliação, faz-se relevante a diferenciação entre escalas, testes psicológicos e testes neuropsicológicos.

Instrumentos nos quais as respostas não são avaliadas, como o tipo certo ou errado, podem ser chamados de escalas, inventários, questionários e *checklists*, e geralmente são utilizados para obter dados sobre aspectos motivacionais, atitudes, interesses e formas de reação. Por outro lado, instrumentos que medem o conhecimento ou aspectos de personalidade são denominados testes de personalidade e os que apresentam possibilidade de avaliação quantitativa, ou seja, que não são projetivos, podem ser chamados de testes psicológicos (Urbina, 2004). Já os testes neuropsicológicos são aqueles que se propõem medir habilidades cerebrais específicas, como inteligência, memória, velocidade de processamento de informação, linguagem, aprendizagem, praxias, funções executivas, percepção, atenção e funções visuoespaciais. Eles são, assim como os testes psicológicos, padronizados e possibilitam a comparação dos resultados dos pacientes com os da amostra representativa da população normal (Alchieri, 2004; Miotto, 2007).

O processo de avaliação de um paciente abrange mais do que a utilização de testes padronizados. É essencial que sejam coletadas informações sobre sua história de vida e, obviamente, os dados mais relevantes vão diferir de acordo com a faixa etária dos indivíduos em investigação. Os itens a seguir sugerem questões que devem ser investigadas e podem auxiliar no processo de avaliação do paciente (Goldstein e McNeil, 2004; Strauss *et al.*, 2006a; Malloy-Diniz *et al.*, 2016):

1. Caracterização sociodemográfica do paciente (idade, sexo, escolaridade e habilidades especiais)
2. Motivo do encaminhamento e objetivo do exame, elucidando como era o funcionamento cognitivo antes da queixa e quais as consequências do aparecimento dos sintomas (repercussões na vida acadêmica, atividades na vida diária e no contexto profissional)
3. Presença de queixas neuropsicológicas percebidas pelo paciente, seus familiares e pessoas do convívio escolar ou

profissional (alterações sensoriais, motoras, de linguagem, raciocínio matemático, habilidades não verbais, concentração, atenção, memória, humor ou comportamento)

4. Dados sobre profissionais pelos quais já foi avaliado (questionar as hipóteses diagnósticas anteriores)
5. Realização de exames neurológicos ou neuropsicológicos anteriores
6. Presença de intercorrências na gestação ou no nascimento (uso de medicação pela mãe gestante, tipo de parto, falta de oxigênio ao nascer, entre outros)
7. Dados sobre o desenvolvimento neuropsicomotor (peso, altura, escala de Apgar, quando falou, andou, controlou os esfíncteres vesical e anal etc.)
8. Antecedentes mórbidos pessoais passados e presentes (investigar a presença de problemas de saúde atual e no passado, se foram ou estão sendo tratados, o tempo de duração, a evolução, se faz uso de medicações, uso de drogas ilícitas etc.)
9. Antecedentes mórbidos familiares (dados sobre a herança genética de morbidade e sobre o ambiente familiar em que o paciente está inserido)
10. Vida acadêmica e/ou profissional (quando iniciou, se houve repetências, quais as facilidades e dificuldades escolares, mudanças de emprego, dificuldades no emprego)
11. Informações sobre a sociabilidade e o aspecto afetivo do paciente (problemas de relacionamento, dificuldade em se expressar, intensidade da vida social ao longo da vida)
12. Verificar se há sintomas neurológicos frequentes, como dor de cabeça, vertigem, náuseas ou vômitos, fadiga excessiva, incontinência urinária, problemas motores, “apagões” durante a escrita, desmaios, desequilíbrio do corpo, tremores, tiques ou movimentos involuntários
13. Qualidade e quantidade (horas necessárias) do sono (verificar se apresenta distúrbios do sono, como sonambulismo, apneia do sono, terror noturno)
14. Problemas com alimentação (tipo e quantidade de alimentos desde o nascimento, amamentação, problemas com mastigação e deglutição)
15. Compreender como é a rotina de atividades do paciente
16. Avaliar a motivação do paciente para a avaliação.

Ainda nessa linha de pensamento, é necessário diferenciar o que é a realização de uma testagem neuropsicológica (aplicação de um ou mais testes específicos) e a avaliação neuropsicológica. A avaliação é um processo no qual o psicólogo precisa saber quais informações são relevantes e, a partir daí, tecer uma compreensão linear sobre os eventos e as características da pessoa avaliada. Portanto, a diferença central está na capacidade de o profissional adquirir informações e saber como utilizá-las. Por isso, cada vez mais, a avaliação neuropsicológica está incluindo, além dos testes específicos das habilidades cognitivas, instrumentos como escalas, questionários para pais e professores e até simulações de situações cotidianas para observar como o paciente se comporta.

Interpretação dos resultados neuropsicológicos

As respostas obtidas do paciente serão transformadas em escores de acordo com as normas propostas nos manuais dos testes. Posteriormente, o trabalho do neuropsicólogo será compreender os dados objetivos e relacioná-los com o que foi observado, coletado por meio de entrevistas e de outros testes. Essa é a parte mais trabalhosa desse processo e envolve uma postura ética e responsável do neuropsicólogo.

Não se pode confiar apenas nos escores de um resultado neuropsicológico para identificar se um paciente apresenta ou não prejuízo cerebral, tampouco um diagnóstico pode ser feito com base apenas em resultados de testes neuropsicológicos. O que se pode concluir em uma avaliação neuropsicológica é que o paciente apresenta características neuropsicológicas semelhantes às de determinado quadro clínico. Portanto, avaliação neuropsicológica não resulta em um diagnóstico, mas auxilia na sua compreensão quando somada à avaliação clínica (Goldstein e McNeil, 2004; Lezak *et al.*, 2004).

A relação de causa e efeito é uma busca incessante dos cientistas, apesar de essa relação dificilmente ser bem delineada. Muitas variáveis interferem em um comportamento, inclusive variáveis não observáveis, e esse é outro cuidado que deve ser tomado na interpretação dos resultados de uma avaliação neuropsicológica. Uma avaliação longitudinal poderia facilitar o acesso às diferentes variáveis que possam ocasionar os comportamentos em estudo, mas a falta de controle sobre os eventos da vida do paciente continua existindo em situações não experimentais. Assim, o entrelaçamento dos dados objetivos com os relatos de parentes, professores e pessoas que convivem com o paciente pode elucidar algumas hipóteses diagnósticas e/ou causais. Contudo, notadamente, há a impossibilidade de obter esses dados de maneira fidedigna. Para lidar com essa incerteza, o

neuropsicólogo pode *sugerir hipóteses diagnósticas* após um estudo mais refinado de seu paciente.

Outro motivo para que os resultados neuropsicológicos não sejam taxativos é o fato de os testes nem sempre serem ecológicos. Testes ecológicos são aqueles que simulam situações cotidianas nas quais determinadas habilidades cognitivas são requisitadas. Esse tipo de teste se aproxima mais da realidade do paciente, mas não resolve o fato de que, em determinados ambientes, uma habilidade funciona adequadamente e em outros, não funciona. Assim, é inviável afirmar a disfunção completa de uma habilidade, já que ela pode funcionar perfeitamente em outras situações (Goldestein e McNeil, 2004).

A ausência de consistência nos achados neuropsicológicos frustra a comunidade científica, que busca normas explicativas sobre o funcionamento cerebral e a causalidade do comportamento. Fica cada vez mais evidente que a história de vida de cada indivíduo altera significativamente os seus desempenhos neuropsicológicos, impossibilitando a obtenção de resultados idênticos entre pessoas diferentes. As características minuciosas do cérebro, desde o nível molecular até as bases estruturais, são responsáveis pelas diferentes repercussões de lesões semelhantes no comportamento (Tyerman e King, 2004).

Caso clínico

A seguir, será descrito um caso clínico (Exemplo 6.1) para ilustrar a atuação neuropsicológica em um ambulatório especializado em Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em adultos, pertencente à Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que trabalha com três unidades de atendimento: Unidade Alameda, Unidade Sede-Botucatu e Unidade Borges Lagoa. Na Unidade Borges Lagoa, funcionava o ambulatório de TDAH-adulto, com três salas de atendimento, uma sala de espera, dois banheiros e uma sala para os profissionais aguardarem os pacientes. A equipe responsável pelos atendimentos de TDAH-adulto era composta por uma psicóloga comportamental e uma neuropsicóloga, além de dois médicos psiquiatras. Atualmente, este ambulatório está desativado.

Em razão do crescente desenvolvimento de sua autonomia, desde 1994, os atendimentos passaram a ser realizados em um prédio particular. Anteriormente gratuitos, os atendimentos passaram a ser cobrados por valores inferiores ao mercado de São Paulo. Assim, a população atendida ali era, em sua maioria, da cidade de São Paulo, com uma média de idade de 35 anos, bom nível socioeconômico e cultural, que procurava o serviço por suspeita diagnóstica de TDAH.

O ambulatório funcionava da seguinte maneira: inicialmente, o paciente era atendido individualmente, por um dos psiquiatras, para a realização da triagem inicial (padronizada). Após esse atendimento, o caso era discutido com a equipe para decidir sobre a necessidade do encaminhamento para uma avaliação neuropsicológica e/ou terapia comportamental focada no trabalho de *coaching*. Durante o acompanhamento médico, o paciente era informado sobre seu diagnóstico e, caso fosse confirmado o quadro de TDAH, seria feito um trabalho educativo, tanto nas consultas médicas como nas consultas psicológicas. Os pacientes que não preenchessem critérios diagnósticos para TDAH eram encaminhados para outros serviços.

Exemplo 6.1

Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

Apresentação e dados do paciente

Paciente V. P. T., sexo masculino, 53 anos, apresenta dificuldade em controlar seu comportamento, principalmente seu humor (sempre está mal-humorado), e perde a atenção em alguns momentos, prejudicando sua linha de raciocínio. É agitado, inquieto e, ao mesmo, tempo sente-se sem energia. Tem dificuldades visuoespaciais acentuadas, que atrapalham atividades cotidianas (dirigir, planejar um caminho, estimar o tempo que levará para realizar uma atividade).

Dados sobre sua história de vida (anamnese)

- **Desenvolvimento neuropsicomotor:** nasceu de parto normal e desconhece intercorrências gestacionais. Relata que sempre foi muito agitado, machucava-se com frequência, mas nunca quebrou nenhum osso, nem teve quedas graves. Seu desenvolvimento neuropsicomotor foi precoce, andando, falando e treinando o esfíncter antes dos marcos biológicos esperados
- **Antecedentes mórbidos pessoais:** aos 12 anos, o paciente apresentou crises epiléticas do tipo tônico-clônica (convulsões) com foco inicialmente no lobo temporal e irradiação para todo o córtex cerebral. Fez tratamento com neurologista e medicação antiepilética (difenil-hidantoína, fenitoína, diazepam, entre outros medicamentos) por 10 anos. Atualmente, esse quadro está remitido. Transtorno afetivo bipolar, em tratamento há 3 meses. Segundo seu relato, é nervoso, estressado e ansioso (tem sintomas físicos, tensão

muscular, sudorese), sente-se constantemente sobrecarregado, pois é muito perfeccionista. Costuma criar expectativas altas e acaba se frustrando. O paciente afirma que se exaltava com facilidade (em casa, no trabalho e no trânsito) e percebeu melhora nesse aspecto após o início do tratamento medicamentoso para a bipolaridade (irritabilidade sempre foi presente em sua vida – *sic*). Sua impulsividade se manifesta em situações de discussões (chega a ser repetitivo) e com comida. Declara que sempre foi “mal-humorado” e “buscador de emoção”. Relata que sua libido é inferior quando comparada à de outras pessoas, evitando atividades sexuais em consequência de situações aversivas anteriores (ejaculação precoce). Primeiro episódio depressivo em 1996, em razão de problemas de relacionamento com a família. O paciente cita que houve distanciamento entre eles a partir de 1991, quando foi trabalhar em São Paulo e passou a ficar menos tempo com os parentes. Nessa época, começou a beber e se esquivar de voltar para casa. Houve piora nos sintomas de ansiedade e depressão em 1998. Em relação ao sono, desde os 12 anos, apresenta problemas para dormir. Refere que dorme mal, sente-se cansado ao despertar e que não percebe diferença entre dormir pouco ou bastante, pois nunca tem um sono repousante. O paciente teve indicação para a realização de uma polissonografia, mas ainda não a fez. Usa indutor de sono (flunitrazepam) diariamente, há anos. Apresenta comorbidades clínicas: hipertensão arterial, nível de colesterol alto, diabetes melito tipo II, todos em tratamento. Atribui esses problemas ao estilo de vida (alimentação e sedentarismo)

- **Utilização de medicações:** atualmente – e, portanto, durante a avaliação –, o paciente faz uso de aripiprazol (10 mg) e lamotrigina (150 mg). Ambas as medicações não provocam alterações na capacidade atencional do paciente
- **Antecedentes mórbidos familiares:** segundo o relato do paciente, sua irmã é ansiosa/deprimida/nervosa e a mãe é excessivamente preocupada (ansiosa). Não há outros casos de epilepsia e problemas de aprendizagem na família
- **Histórico educacional e profissional:** o paciente relata que sempre teve dificuldades escolares, tanto no desempenho quanto no comportamento. Segundo seu relato, não conseguia prestar atenção nas aulas, pois perdia o assunto (não conseguia acompanhar) e deixava de prestar atenção. Isso ocorre até hoje. Ficava frequentemente de recuperação e teve repetências (1ª e 5ª séries do Fundamental, 1ª e 3ª do Ensino Médio, e ficou 3 anos tentando passar no vestibular). Na graduação, fez Matemática (6 meses), Educação Artística (1 mês) e, finalmente, cursou Administração em 7 anos (repetiu o 3º ano), fazendo dependência de Matemática e Educação Artística. Queria ter feito Análise de Sistemas, mas não passou no vestibular. Refere que sempre teve dificuldade em Geometria. Ainda em relação à capacidade visuoespacial, o paciente referiu que, no trânsito, comete erros, raladas pequenas com o veículo. Apesar de sua coordenação motora ser adequada, nunca se destacou em nenhum esporte, mesmo gostando de jogar futebol
- **Habilidades sociais:** sempre teve muitos amigos, mas era tímido com relação ao sexo oposto. Sentia-se muito desvalorizado com a condição econômica da família. Seus relacionamentos geralmente iniciavam porque as meninas o paqueravam.

Objetivo da avaliação: verificar se há comprometimento nas funções executivas, como capacidade de planejamento e organização, memória de trabalho, capacidade de inibição, flexibilidade mental, atenção e concentração para auxiliar no diagnóstico diferencial entre transtorno afetivo bipolar (TAB) e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e otimizar o plano terapêutico do paciente.

Instrumentos utilizados

- Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS; Nascimento, 2004), sendo aplicados 14 subtestes que avaliam:
 - Dígitos: funções executivas, memória auditiva imediata e amplitude da atenção
 - Vocabulário: linguagem
 - Cubos: percepção espaço-temporal

- Procurar símbolos: atenção dividida, flexibilidade de pensamento
- Sequência número-letra: atenção dividida
- Códigos: velocidade visomotora
- Aritmética: memória de trabalho e flexibilidade mental
- Completar figuras: discriminação de aspectos essenciais e não essenciais
- Raciocínio matricial: raciocínio lógico não verbal
- Informação: capacidade de aquisição de informações do meio
- Compreensão: habilidades sociais, compreensão de regras
- Semelhança: capacidade de raciocínio abstrato
- Armar objetos: capacidade de análise e síntese
- Arranjo de figuras: raciocínio sequencial
- Stroop Color-Word Test (Golden e Freshwater, 2002), utilizando os escores sugeridos pelo estudo de Chudler (1996-2006). Foram aplicadas três condições do teste para avaliar a capacidade de inibição de comportamento e a atenção seletiva
- Trail Making-Parte B, utilizado para verificar a flexibilidade de pensamento e atenção dividida. O tempo foi avaliado de acordo com os escores sugeridos por Tombaugh (2004)
- Figuras Complexas de Rey, cujo resultado foi avaliado de acordo com as propostas descritas por Oliveira *et al.* (2004). Esse teste foi utilizado para obter informações sobre a capacidade de planejamento e organização espacial, sem a comparação com valores quantitativos devido à ausência de padronização brasileira
- Testes de Atenção Dividida e Sustentada (Sisto *et al.*, 2006), que medem, respectivamente, a *concentração* (quanto uma pessoa consegue atender a uma solicitação corretamente) e *velocidade com qualidade* (quantos estímulos a pessoa consegue analisar para atender a uma solicitação corretamente) em duas situações: mais de um estímulo é requerido para a execução da tarefa, e a amplitude da atenção também é requerida
- ASRS versão 1.1 (Mattos *et al.*, 2006), uma escala de rastreamento que contempla os sintomas do critério A do DSM-IV para TDAH, modificados para o contexto da vida adulta.

Resultados e conclusões

Os resultados da avaliação proposta pela utilização da WAIS são obtidos a partir da soma dos acertos apresentados pelo paciente, denominada resultado bruto. A cada resultado bruto, há correspondentes valores de resultado ponderado, de acordo com achados baseados na normatização brasileira do instrumento. O quociente de inteligência (QI) é dividido em QI verbal, QI execução e QI total. Além desses indicadores, o WAIS fornece alguns índices fatoriais que representam as capacidades de Compreensão Verbal (ICV), Organização Perceptual (IOP), Memória Operacional (IMO) e Velocidade de Processamento (IVP).

Os resultados obtidos da WAIS (Tabela 6.2) demonstraram que o paciente apresenta um QI na média superior, com resultados melhores em habilidades verbais. Um desempenho médio superior foi encontrado na IMO, indicando boa função cerebral executiva. Evidenciou-se facilidade na flexibilidade de pensamento, na compreensão e no repertório social do paciente. Suas maiores dificuldades estão relacionadas com o pensamento abstrato, principalmente quando aplicado às relações espaciais, percepção e raciocínio lógico não verbal.

Os resultados referentes ao Stroop Color-Word Test indicaram dificuldades na capacidade inibitória, pois, apesar de não ter errado nenhum item, quando considerado seu tempo de execução, o paciente apresentou desempenho inferior ao esperado para sua faixa etária.

Na avaliação com o Trail Making-Parte B, em relação ao tempo de resposta, o desempenho do paciente correspondeu à média esperada para sua faixa etária. No entanto, foi observado um erro, ele esqueceu-se de incluir uma letra na tarefa, indicando que a desatenção pode interferir negativamente em sua IMO.

Na testagem específica para atenção, o paciente apresentou boa capacidade para sustentar sua atenção,

boa capacidade de concentração (percentil 70), executando a tarefa em velocidade adequada para sua faixa etária (percentil 97). No que diz respeito à atenção dividida, manteve um desempenho superior, apresentando poucos erros, o que indica boa habilidade para dividir a atenção com mais de um estímulo.

Em relação à capacidade de planejamento e organização espacial, avaliada pelas Figuras Complexas de Rey, o paciente desenhou a figura com cuidado, usou borracha algumas vezes e fez inversões (corrigidas posteriormente), levando 2 min e 48 s para a cópia. Durante a avaliação da memória imediata (quando é pedido que o paciente desenhe a figura sem o estímulo), ocorreram sete omissões (esquecimentos) e uma adição (acrescentou traços inexistentes na figura original), indicando boa capacidade de planejamento e memória visual imediata. Em relação à sua capacidade de organização espacial, pode-se dizer que o paciente apresenta maior dificuldade nessa habilidade, pois alguns erros foram cometidos nesse sentido.

Na escala de rastreamento que contempla os sintomas de TDAH, modificados para o contexto da vida adulta, o paciente apresentou apenas um sintoma de desatenção frequentemente e quatro sintomas de desatenção algumas vezes. Em relação aos sintomas de hiperatividade e impulsividade, cinco sinais foram detectados com frequência alta e quatro com frequência moderada, indicando que sua agitação e inquietude são mais frequentes que as dificuldades de atenção.

Observações do comportamento durante a testagem

O paciente mostrou-se tranquilo durante as provas, sem demonstrar interesse sobre seu desempenho após cada atividade. Ao longo dos quatro encontros de 1 h cada, necessários para a finalização da avaliação, o paciente mostrou-se motivado.

Tabela 6.2 Resultados brutos e ponderados dos testes do paciente.

Subteste	Resultados brutos	Resultados ponderados	Classificação
Compreensão	32	18	Acima da média
Aritmética	20	15	Acima da média
Sequência número-letras	12	12	Média superior
Vocabulário	51	11	Média
Dígitos*	17	10	Média
Procurar símbolos	28	10	Média
Armar objetos	28	10	Média
Informação	21	9	Média
Semelhanças	20	8	Média inferior
Código	60	8	Média inferior
Completar figuras	18	8	Média inferior
Arranjo de figuras	8	7	Limítrofe
Cubos	20	6	Extremamente baixo
Raciocínio matricial	5	5	Extremamente baixo
QI ou índices fatoriais	Resultados ponderados	Valores	Classificação

Quociente de Inteligência Verbal	83	122	Superior
Quociente de Inteligência Total	137	115	Média superior
Índice de Memória Operacional	37	113	Média superior
Quociente de Inteligência de Execução	54	105	Média
Índice de Compreensão Verbal	28	96	Média
Índice de Velocidade de Processamento	18	95	Média
Índice de Organização Perceptual	19	79	Limítrofe

*Em ordem direta e ordem inversa.

Conclusões

O paciente apresentou resultados adequados em relação ao QI, e suas habilidades verbais são mais desenvolvidas do que as executivas. Sua memória operacional apresentou desempenho acima da média esperada, e a flexibilidade de pensamento parece ser sua capacidade mais desenvolvida. As atenções sustentada e dividida também apresentaram bons resultados, mostrando-se intactas, assim como sua capacidade de concentração. A habilidade de planejamento do paciente parece estar preservada; no entanto, sua organização espacial demonstrou-se truncada e as habilidades utilizadas na organização perceptual (na WAIS) apresentaram desempenho abaixo do esperado para sua faixa etária, especialmente a percepção espaçotemporal e o raciocínio lógico não verbal. Sua capacidade de inibição também se encontra em um nível de desenvolvimento inferior ao esperado para sua faixa etária.

Os dados elucidados nessa avaliação sugerem que o paciente não apresenta dificuldades em relação às funções executivas envolvendo a atenção e concentração. No entanto, há dificuldades relacionadas com o controle inibitório de seu comportamento (possivelmente relativo ao quadro clínico de bipolaridade) e a organização espaçotemporal.

Acerca da elucidação diagnóstica, as alterações de atenção não se mostraram suficientemente acentuadas para considerar um tratamento medicamentoso para TDAH. O fato de a atenção se mostrar prejudicada em momentos ocasionais parece estar mais relacionado ao quadro de bipolaridade, em que o paciente se distrai mais facilmente quando está em hipomania, do que ao TDAH, no qual a desatenção é mais constante, apesar de também apresentar oscilação. Nesse sentido, sugere-se o tratamento medicamentoso e comportamental para a bipolaridade (TAB), acreditando-se que, com essa intervenção e estabilização do humor do paciente, sua capacidade de atenção será aprimorada.

Seria interessante realizar exames de imagem para elucidar possíveis alterações estruturais decorrentes das crises epiléticas relatadas pelo paciente, cujo tratamento foi realizado por 10 anos. Sugere-se, portanto, que, possivelmente, as dificuldades visuoespaciais do paciente possam estar relacionadas tanto com a presença anterior de crises epiléticas quanto com o uso prolongado de fenitoína (medicação utilizada), pois essas dificuldades, coincidentemente, acentuaram-se após o início das crises. Existem dados na literatura que reafirmam essa relação entre a presença de crises epiléticas com o tratamento prolongado com fenitoína e atrofia cerebelar (região envolvida com o equilíbrio que interfere na capacidade visuoespacial) ou em outras regiões cerebrais (Negro *et al.*, 2000). Para tanto, sugere-se que seja feita uma investigação.

Considerações finais

A Neuropsicologia é uma ciência abrangente que requer habilidades diversas dos profissionais que atuam na área. Manusear testes psicológicos envolve muito mais do que apenas a leitura dos manuais de aplicação, pois exige o conhecimento e o

entendimento do processo de preparação dos instrumentos, para que a escolha seja adequada e pertinente ao objetivo da avaliação.

Os resultados neuropsicológicos são funcionais e utilizáveis somente se forem tecidas relações entre os dados encontrados objetivamente e o desempenho do paciente em sua vida diária ao longo dos anos, ou seja, sua história de vida. Nesse sentido, a interpretação dos dados encontrados requer habilidades clínicas que garantam o conhecimento de quadros clínicos neurológicos, psiquiátricos e psicológicos.

O relatório neuropsicológico, por sua vez, deve conter dados objetivos que respondam ao propósito da avaliação. Deve também ser claro, visando a compartilhar as informações coletadas com profissionais de áreas afins, familiares e outros interessados, sempre considerando as questões éticas da profissão psicológica.

No Brasil, muitas limitações são ainda encontradas, principalmente em virtude dos poucos estudos de validação e padronização de instrumentos, ocasionando um ambiente de escassez de materiais utilizáveis nesse processo de avaliação neuropsicológica.

Referências bibliográficas

- Alchiere, J. C. Aspectos instrumentais e metodológicos da avaliação psicológica. In: Andrade V. M.; Santos F. H.; Bueno O. F. A. Neuropsicologia hoje. São Paulo: Artes Médicas, 2004.
- Camargo, C. H. P.; Bolognani, S. A. P.; Zuccolo, P. F. O exame neuropsicológico e os diferentes contextos de aplicação. In: Fuentes D.; Malloy-Diniz L. F.; Camargo C. H. P. *et al.* Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 103-18.
- Cosenza, R. M.; Fuentes, D.; Malloy-Diniz, L. F. A evolução das ideias sobre a relação entre cérebro, comportamento e cognição. In: Fuentes D.; Malloy-Diniz L. F.; Camargo C. H. P. *et al.* Neuropsicologia: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 15-19.
- Damásio, A. R. O erro de Descartes – emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- Golden, C. J.; Freshwater, S. M. Stroop color and word Test: revised examiner's manual. Wood Dale: Stoelting, 2002.
- Goldstein, L. H.; McNeil, J. E. General introduction: what is relevance of neuropsychology on clinical psychology practice? In: Goldsteins L. H.; McNeil J. E. Clinical Neuropsychology – a practical guide to assessment and management to clinicians. Chichester: John Wiley & Sons, 2004. p. 3-20.
- Laatsch, L. Neuropsychological assessment. Encyclopedia of Psychotherapy, v. 2, p. 223-8, 2002.
- Lefèvre, B. Neuropsicologia Infantil. Rio de Janeiro: Sarvier, 1989.
- Lezak, M. D.; Howieson, D. B.; Loring, D. W. Neuropsychological Assessment. New York: Oxford University Press, 2004.
- Luria, A. R. A construção da mente. Tradução de Cipolla, M. B. São Paulo: Ícone, 1992.
- Machado, A. Neuroanatomia funcional. São Paulo: Atheneu, 1993.
- Malloy-Diniz, L. F.; Mattos, P.; Abreu, N.; Fuentes, D. O exame neuropsicológico: o que é e para que serve? In: Malloy-Diniz, L. F. *et al.* (Eds.). Neuropsicologia: aplicações clínicas. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 21-33.
- Mattos, P.; Segenreich, D.; Saboya, S.; Louzã, M. *et al.* Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. Rev. Psiq. Clin., v. 33, n. 4, p. 188-194, 2006.
- Miotto, E. C. Neuropsicologia: conceitos fundamentais. In: Miotto, R. C.; Lucia, M. C. S.; Scaff, M. (Orgs.). Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p. 136-42.
- Nascimento, E. WAIS-III – Escala de Inteligência Wechsler para adultos: Manual/David Wechsler: adaptação e padronização de uma amostra brasileira. Tradução de Silva, M. C. V. M. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- Negro, A. D.; Dantas, C. R.; Zanard, V. *et al.* Relação dose-dependente do uso crônico de fenitoína e atrofia cerebelar em pacientes com epilepsia. Arq. Neuropsiquiatr., v. 58, n. 2-A, p. 276-81, 2000.
- Oliveira, M.; Rigoni, M.; Andretta, I. *et al.* Validação do teste Figuras Complexas de Rey na população brasileira. Avaliação Psicológica, v. 3, n. 1, p. 33-8, 2004.
- Rufo-Campos, M. La neuropsicologia: historia, conceptos básicos y aplicaciones. Revista de Neurologia, v. 43, (supl. 1), S57-S58, 2006.
- Sisto, F. F.; Noronha, A. P. P.; Lamounier, R. *et al.* Testes de Atenção Dividida e Sustentada. São Paulo: Vetor, 2006.
- Strauss, E.; Sherman, S. E. M.; Spreen, O. History taking. In: Strauss E.; Sherman S. E. M.; Spreen O. A compendium of neuropsychological tests – administration, norms, and commentary. New York: Oxford University Press, 2006a. p. 55-74.
- Strauss, E.; Sherman, S. E. M.; Spreen, O. Psychometrics in neuropsychological assessment. In: Strauss E.; Sherman S. E. M.; Spreen O. A compendium of neuropsychological tests – administration, norms, and commentary. New York: Oxford

University Press, 2006b. p. 3-42.

Tombaugh, T. N. Trail making test A and B: normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, v. 19, p. 203-14, 2004.

Tyerman, A.; King, N. S. Interventions for psychological problems after brain injury. In: Goldstein L. H.; McNeil J. E. *Clinical neuropsychology – a practical guide to assessment and management to clinicians*. Chichester: John Wiley & Sons, 2004. p. 385-404.

Urbina, S. *Essentials of psychological testing – Essentials of behavioral science series*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2004. p. 1-33.

Bibliografia

Kolb, B.; Wishaw, Q. *Fundamentals of human neuropsychology*. 5. ed. London: Worth Publisher, 2003. p. 1-26.

7

Hospitalização de Idosos em Atenção Interdisciplinar

Adriana Said Daher Baptista • Silvia Stahl Merlin

Introdução

É um desafio escrever sobre a hospitalização de idosos em atenção interdisciplinar, no sentido de condensar todas as informações importantes que o tema revela. No entanto, tomou-se como objetivo explicar o assunto de maneira geral, a fim de conhecer alguns pontos relevantes a serem estudados e aprofundados ao longo do atendimento a idosos hospitalizados.

É essencial, ao atender um caso, não ficar no superficial, interessar-se pelo paciente, sua condição de saúde e sua vida, porém, no atendimento hospitalar é necessário ter objetivos claros e pontuais, já que o paciente tem um tempo determinado para se manter na instituição hospitalar. É claro que o atendimento psicológico não precisa se reduzir a esse espaço de tempo, uma vez que existem outros recursos para ser realizado, quando necessário, os encaminhamentos de modo adequado, como será visto ao longo deste capítulo.

Panorama atual dos idosos no Brasil

Envelhecer é um fato inevitável, o corpo (orgânico) se desgasta com o passar do tempo. Manter-se autônomo e independente durante esse processo trata-se de um desafio tanto para a pessoa em si e as que convivem com ela, como para os governantes, uma vez que o envelhecimento apresenta consequências importantes para o desenvolvimento de um país.

O Brasil, como os diversos países em desenvolvimento, mostra que o segmento populacional que mais aumenta são os idosos. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2015 (Boerges *et al.*, 2015), a população ≥ 60 anos passou de 14,2 milhões, em 2000, para 19,6 milhões, em 2010. Esse processo deverá alcançar a marca de 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões, em 2060 (Figura 7.1). A taxa de crescimento dessa faixa etária no período de 2012 a 2020 é estimada em mais de 4% ao ano. Outro fenômeno demográfico observado em idosos no estudo de Oliveira (2016) é a concentração de mulheres: existem aproximadamente 80 homens para cada 100 mulheres idosas.

Com essa mudança epidemiológica, uma das principais preocupações está na associação entre envelhecimento, incapacidades e dependência, pois esses fatores são determinantes no aumento das despesas com tratamentos médicos e hospitalares, visto que os idosos dependentes consomem mais serviços de saúde e internações hospitalares com tempo maior de ocupação de leitos (Alves, 2015; Veras, 2009; Saintrain e Vieira, 2008). Isso pode ser corroborado com os dados da pesquisa apresentada por Silveira *et al.* (2013), que analisaram os serviços de saúde utilizados por idosos em um período de 10 anos (2002 a 2011), a partir dos dados disponíveis na base eletrônica do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e apontaram que os idosos representavam 16,11% dos usuários, com 27,85% das internações e, conseqüentemente, um gasto de 36,47%.

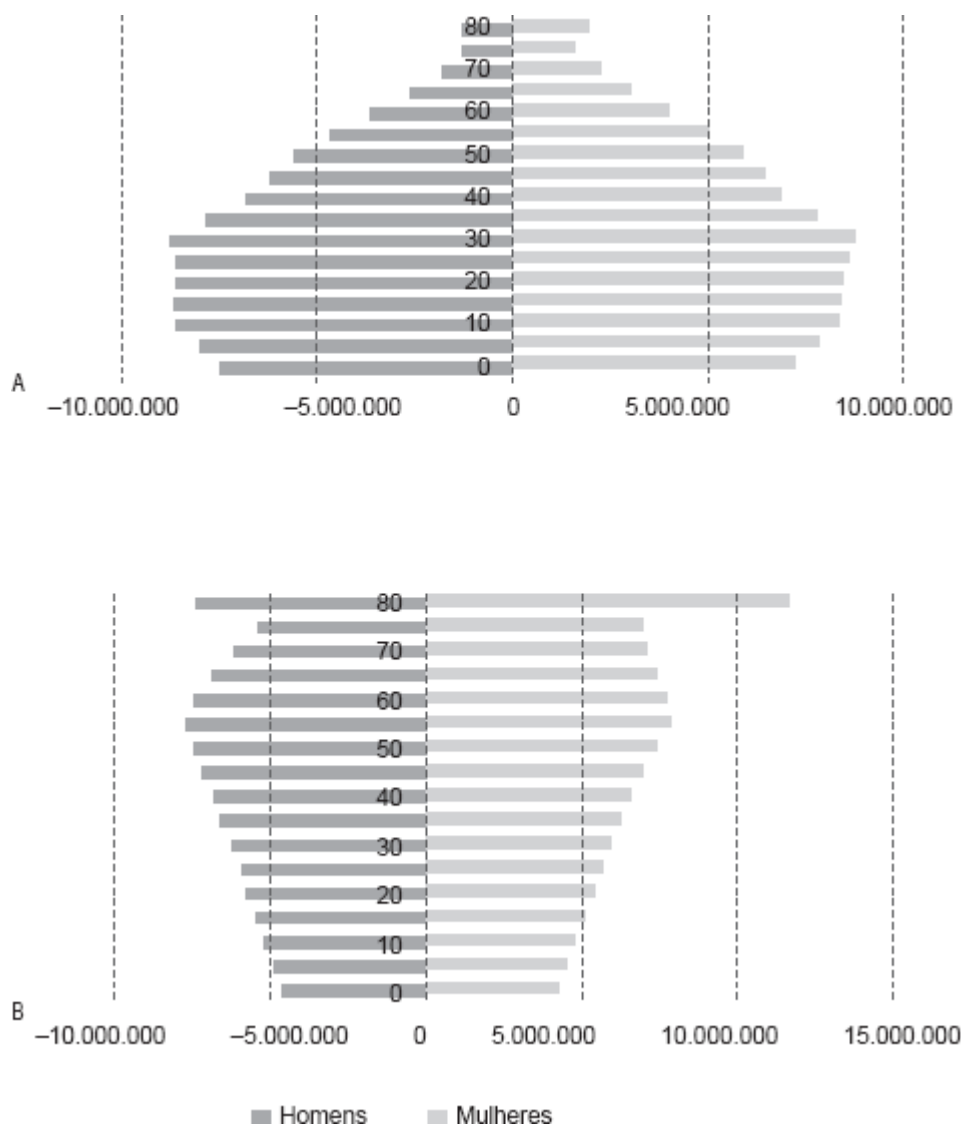


Figura 7.1 Pirâmides etárias no Brasil. **A.** Dados referentes ao ano de 2015. **B.** Projeção para o ano de 2060. Adaptada de Boerges *et al.* (2015).

Sabe-se que as mulheres utilizam o serviço de saúde mais que os homens, porém, os gastos entre os homens é maior, o que pode ser explicado pela baixa frequência da procura rotineira de cuidados com a saúde e possíveis agravamentos. Outro fator interessante é que as hospitalizações de homens idosos são mais expressivas quando comparadas com as das mulheres (Silveira *et al.*, 2013).

Ainda, segundo os autores,

A razão entre a porcentagem dos valores pagos para as internações hospitalares e a porcentagem da população aumenta gradualmente com a idade, em homens e mulheres. Essa razão foi igual a 3,55 para homens idosos, 1,57 para mulheres idosas e 2,26 para idosos de ambos os gêneros. Quando esses dados são divididos pela faixa etária, verifica-se que a razão custo/habitante aumenta de forma acentuada com a idade: 0,76 na faixa de 20 a 59 anos; 1,85 na de 60 a 69 anos; 2,65 na de 70 a 79 anos; e 3,05 na faixa ≥ 80 anos (Silveira *et al.*, 2013).

Em razão dessa realidade, tem-se discutido muito sobre as maneiras de lidar com esse novo evento, com esses dados. A Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com o envelhecimento saudável, lançou, em 2015, o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, que propõe a ideia de reformulação das políticas em saúde, assim como a visão de que o idoso é debilitado e doente, a qual não deve existir mais, devendo-se levar em conta sua funcionalidade. Assim, é importante que todos os profissionais da saúde estejam atentos a essa realidade, uma vez que pode haver um crescente número de idosos precisando de assistência na saúde e de cuidados especializados nesse perfil.

Essas ações não devem ser restritas às atividades de diagnóstico, mas voltadas a atividades de promoção e prevenção de doenças e agravos. Desse modo, em qualquer programa de saúde, os profissionais que desenvolvem suas atividades deveriam ter como frente o trabalho interdisciplinar, considerando as demandas das fragilidades dos idosos atendidos naquele contexto. Fragilidades que podem ser compreendidas biológica, psicológica e socialmente. Se o trabalho é em equipe e a visão

interdisciplinar, esse idoso pode ser acompanhado de modo integral, levando-se em conta a recuperação, a reabilitação de suas funções e a melhora de sua qualidade de vida.

Muitos são os motivos que levam o idoso a necessitar do serviço de saúde. Muitos também são os problemas de saúde que se agravam e precisam de tecnologias mais complexas, exigindo serviços mais especializados, como a hospitalização.

Doenças relacionadas com o envelhecimento

O Estatuto do Idoso, em seu Capítulo IV – Do Direito à Saúde do Idoso, registra que:

Art. 15. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (Brasil, 2013).

[...] Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação (Brasil, 2013).

Assim, pelo Estatuto do Idoso, estaria garantido o cuidado à saúde dos idosos de modo integral, como já citado anteriormente, incluindo desde ações de promoção até o processo de tratamento. Fato que requer atenção multiprofissional almejando ações interdisciplinares, isto é, com um eixo em comum no acompanhamento da equipe de saúde. Essas ações também devem promover qualidade de vida e bem-estar.

Para se pensar nesses dois aspectos importantes na vida, o Ministério da Saúde (Brasil, 2011b) alerta que os profissionais da saúde devem estar atentos ao aumento da carga de doenças, em especial as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). No Brasil, não diferente de outros países, as DCNT se estabelecem como o problema de saúde de grande magnitude, uma vez que

[...] são responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (Brasil, 2011b).

Santos *et al.* (2015), ao analisarem os dados de seu estudo, que visava a verificar as tendências da morbidade hospitalar por DCNT no Brasil entre 2002 e 2012, indicam que houve um acréscimo nas taxas de internação por doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, neoplasias e diabetes conforme o aumento da idade. Portanto, faz-se importante conhecer esses dados e entender o alerta, bem como se preparar para essa demanda.

Essa preparação tem dois sentidos: um que envolve a atenção imediata e a curto prazo, a fim de instrumentalizar para as atividades voltadas ao atendimento dos idosos acometidos com esses problemas de saúde, para auxiliar no processo de compreensão, conhecimento e enfrentamento das consequências do adoecimento; o segundo refere-se às ações de prevenção à população que irá envelhecer, sabendo-se que, das fragilidades apresentadas por esses idosos, pode-se imprimir mudanças no perfil epidemiológico dos futuros idosos, visando, especialmente, às DCNT, que são mais comuns nas faixas etárias mais avançadas.

Nunes *et al.* (2017), em um estudo referente à hospitalização em idosos que avaliou a associação da multimorbidade (múltiplas doenças em um mesmo indivíduo) na atenção básica e nos planos de saúde, observaram que a multimorbidade possibilita o aumento da ocorrência de internações hospitalares não associadas a internações cirúrgicas. O mais interessante é que os idosos com plano de saúde e moradores de regiões acompanhadas pelas Estratégias Saúde da Família (ESF) do governo internaram-se mais, mas nem sempre foram internações relacionadas com as múltiplas doenças.

Ainda nesse sentido, são interessantes os achados de Sousa-Muñoz *et al.* (2013), que complementam a ideia dos pesquisadores mencionados anteriormente, isto é, a gravidade das comorbidades em idosos está associada a maior risco de morte pós-hospitalização. Isso evidencia a ideia de que trabalhar com os idosos não é simplesmente atendê-los. Pensar em todo esse contexto exige conhecimento das comorbidades para poder avaliar quais informações devem ser orientadas para os cuidados dessa clientela.

Não se pode também restringir a saúde do idoso apenas aos aspectos biológicos/físicos, tem-se que pensar em todos os outros aspectos que envolvem sua vida; a saúde é um todo, cabe sempre lembrar. Por isso, o trabalho interdisciplinar impulsiona o cuidado com o idoso de forma multifatorial e contextualizada.

A saúde do idoso está intimamente relacionada com sua funcionalidade global, definida como a capacidade de gerir e cuidar de si mesmo. A capacidade de funcionar sozinho pode ser avaliada por meio das atividades de vida diária (AVD), ou seja, as

tarefas do cotidiano, separadas em atividades básicas de vida diária (ABVDS): banhar-se e vestir-se, e realizar higiene, transferência, continência e alimentação; e complementadas pelas atividades instrumentais de vida diária (AIVDS): cozinhar, arrumar a casa, telefonar, lavar roupa, ir às compras, cuidar das finanças domésticas e tomar remédios. Para avaliação da funcionalidade, utiliza-se o questionário funcional de Pfeffer (1982) e o questionário de vida diária de Katz (Lino *et al.*, 2016).

No entanto, mesmo recebendo tratamento adequado para as doenças, muitos idosos continuam incapazes de executar as atividades diárias, o que implica comprometimento da qualidade de vida (Rossi *et al.*, 2014).

É importante ressaltar que existem dois conceitos bastante importantes a serem discutidos, visto que, ao lidar com idosos, os profissionais da saúde precisam saber identificá-los, pois ajudam muito no oferecimento de informação e orientação, no planejamento de estratégias de enfrentamento da condição de saúde e também no processo de recuperação ou compensação do problema a ser enfrentado. São eles: a independência, que se refere à capacidade de realizar algo com seus próprios meios e depende da preservação da mobilidade e da comunicação (audição, visão e fala), com alguma ou nenhuma ajuda de outros; e a autonomia, que depende diretamente da cognição, ou seja, é a capacidade individual de decidir e ter o comando seguindo as próprias regras e preferências. Tanto a independência quanto a autonomia são conceitos base, pois ambos oferecem referenciais da condição do paciente e favorecem no planejamento das intervenções, sejam elas nas atividades cotidianas, e/ou nas atividades de recuperação e reabilitação da saúde física, psicológica e cognitiva do paciente, favorecendo sua funcionalidade (Moraes *et al.*, 2010).

O comprometimento dos principais sistemas funcionais nos idosos provoca incapacidades que resultam em síndromes geriátricas, também conhecidas como os cinco “Is” da Geriatria: iatrogenia; instabilidade postural e queda; imobilidade; insuficiência cerebral; e incontinência urinária e fecal (Inouye *et al.*, 2007):

- Iatrogenia é caracterizada pelo desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento e pode ocasionar intervenções capazes de piorar a saúde do idoso. São exemplos de iatrogenia condutas baseadas em preconceitos, como incapacidade dos idosos de decidirem sozinhos realizar ou não os tratamentos e a necessidade do uso de diversas medicações para terapêutica dos idosos
- Instabilidade postural leva a quedas, que representam a sexta causa de morte em idosos e 40% das internações nessa população. Está relacionada com escoriações, fraturas, contusões cerebrais e, mais frequentemente, medo de cair novamente, o que impede o idoso de deambular normalmente
- Imobilidade indica a incapacidade de se deslocar sem o auxílio de outra pessoa e pode deixar o paciente restrito a uma poltrona ou ao leito, levando-o à depressão, confusão mental, constipação intestinal, úlcera de pressão (escaras) e atrofia muscular (sarcopenia)
- Incontinência urinária e fecal causa institucionalização, isolamento social por vergonha e ansiedade, além de infecções urinárias recorrentes
- Insuficiência cerebral ocorre durante o envelhecimento em razão de mudanças estruturais do cérebro. As alterações no funcionamento cognitivo variam entre a normalidade e a doença e são manifestadas por quadros de demências, síndrome confusional aguda (*delirium*) e depressão na terceira idade. São secundárias à diminuição de peso e volume cerebral, perda seletiva de neurônios, diminuição no número de sinapses e decréscimo na plasticidade neuronal.

Portanto, fica claro que, independentemente da formação do profissional da saúde, é necessário dominar também o conceito de independência funcional, pois os idosos sofrem alterações durante o processo de hospitalização, por se tratar de um evento complexo e peculiar em um momento de fragilidade e desequilíbrio.

Diversos trabalhos comprovam que o declínio funcional acomete de 34 a 50% dos idosos durante o período de hospitalização. Contudo, ainda não se sabe ao certo até onde esse comprometimento é secundário apenas ao processo de hospitalização, uma vez que vários fatores podem influenciar esse resultado, como gravidade da doença, estado nutricional e terapêutica empregada. Assim, os profissionais devem estar atentos a essa condição a fim de oferecer informações e orientações de como lidar com esse estado e não naturalizá-lo, entendendo-o como parte do processo do adoecimento (Kawasaki e Diogo, 2005).

É muito comum, de modo geral, escutar os familiares repetirem expressões que indicam que a condição cognitiva apresentada pelo paciente faz parte do estado do envelhecimento, mostrando certa conformação com o declínio apresentado. Para tanto, é preciso ter conhecimento básico do que pode sinalizar a necessidade de cuidado mais de perto, já que as alterações cognitivas, por mais inocentes que sejam, podem estar ligadas à demência, afetando e diminuindo a capacidade, como a perda da autonomia e da independência, o que dificulta ao idoso participar do seu curso de vida na resolução de seus problemas.

A seguir, são apresentados alguns detalhes importantes sobre demências.

Síndromes demenciais

Quando se pensa em idosos, vários são os tipos de demências que podem afetar essa parcela da população. Brum *et al.* (2013) comentam na introdução teórica de sua pesquisa a existência de diversos tipos e motivos que podem levar à demência. Alguns são classificados como reversíveis, isto é, a partir da intervenção, a condição cognitiva retorna ao estado anterior, como toxicidade química, depressão, tumores cerebrais primários, infecção do sistema nervoso, hematomas subdurais, hidrocefalia de pressão normal, disfunção da tireoide e paratireoide e deficiências nutricionais de vitamina B₁₂, B₆, tiamina e ácido fólico. Outros são considerados irreversíveis, precisando de cuidados permanentes, como a demência vascular, a com corpos de Lewy, as frontotemporais e a doença de Alzheimer.

A demência é caracterizada como uma síndrome clínica de natureza crônica e progressiva decorrente de múltiplos déficits cognitivos (Canineu e Bastos, 2002). Esses déficits cognitivos levam a alterações na qualidade de vida e no bem-estar do indivíduo e, conseqüentemente, à irreversibilidade da incapacidade funcional. Assim, é indispensável definir se as alterações apresentadas pelos idosos são normais e esperadas para a faixa etária ou se estão associadas a alguma causa.

São critérios clínicos essenciais para o diagnóstico de demência (de qualquer etiologia) as seguintes características (Frota *et al.*, 2011):

- Demência é diagnosticada quando há sintomas cognitivos ou comportamentais (neuropsiquiátricos) que:
 - Interferem com a habilidade no trabalho ou em atividades usuais
 - Representam declínio em relação a níveis prévios de funcionamento e desempenho
 - Não são explicáveis por *delirium* (estado confusional agudo) ou doença psiquiátrica maior
- O comprometimento cognitivo é detectado e diagnosticado mediante combinação de
 - Anamnese com paciente e informante que tenha conhecimento da história
 - Avaliação cognitiva objetiva, mediante exame breve do estado mental ou avaliação neuropsicológica. A avaliação neuropsicológica deve ser realizada quando a anamnese e o exame cognitivo breve realizado pelo médico não forem suficientes para possibilitar diagnóstico confiável
- Os comprometimentos cognitivos ou comportamentais afetam no mínimo dois dos seguintes domínios:
 - Memória
 - Funções executivas
 - Habilidades visuoespaciais
 - Linguagem
 - Personalidade ou comportamento.

Quando se refere a um exame breve para avaliar o estado mental, é importante salientar a existência do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), validado no Brasil por Brucki *et al.* (2003), que representa o principal teste de triagem das funções cognitivas. No entanto, essa escala limita-se ao rastreio cognitivo e não substitui uma avaliação mais detalhada. O MEEM avalia orientação espacial, temporal, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Vale lembrar que todos os testes de triagem cognitiva são influenciados pela escolaridade dos pacientes, sendo este um fator crucial para o critério de análise dos resultados. No MEEM, utiliza-se como ponto de corte o escore 18 para indivíduos analfabetos e 26 para aqueles com escolaridade superior a 8 anos (Bertolucci *et al.*, 2001). Ressalta-se que o instrumento pode ser utilizado por todos os profissionais da saúde, desde que treinados, na avaliação.

Na 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5; APA, 2014), os quadros de demências são chamados de transtornos neurocognitivos maiores, por meio dos seguintes critérios:

A – Evidência de declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção complexa, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social) com base em:

1. preocupação do indivíduo, de um informante com conhecimento ou do clínico de que há declínio significativo na função cognitiva; e
2. prejuízo substancial no desempenho cognitivo, de preferência documentado por teste neuropsicológico padronizado ou, em sua falta, por investigação clínica qualificada.

B – Os déficits cognitivos interferem na independência em atividades da vida diária (i. e., no mínimo necessita de assistência em atividades instrumentais complexas da vida diária, tais como pagamento de contas e controle de

medicamentos).

C – Os déficits cognitivos não ocorrem exclusivamente no contexto de *delirium*.

D – Os déficits cognitivos não são mais bem explicados por outros transtornos mentais (p. ex., transtorno depressivo maior, esquizofrenia).

Delirium

Segundo Fabbri (2002), essa manifestação é muito comum em idosos hospitalizados. O *delirium*, também chamado de síndrome mental orgânica ou estado confusional, é uma síndrome neuropsiquiátrica com oscilação da consciência caracterizada por déficit global da atenção, início abrupto, curso flutuante e alterações do ciclo sono-vigília. Esse distúrbio da consciência resulta em comprometimento agudo das funções cognitivas superiores e também em distúrbios do comportamento. A perda neuronal e a menor concentração de neurotransmissores cerebrais (principalmente acetilcolina e dopamina), resultantes das alterações fisiológicas do envelhecimento, explicam por que os idosos são mais suscetíveis ao *delirium*. Essas alterações resultam em menor reserva fisiológica durante alterações metabólicas ou infecciosas (Inouye *et al.*, 2007).

Os critérios diagnósticos da síndrome confusional aguda/*delirium*, segundo o DSM-5 (APA, 2014), são:

1. Perturbação da atenção (capacidade reduzida para direcionar, focalizar, sustentar e mudar a atenção) e da consciência (menor orientação para o ambiente).
2. A perturbação se desenvolve em um período breve de tempo (horas a dias), representa uma mudança da atenção e da consciência basais e tende a oscilar quanto à gravidade ao longo de um dia.
3. Perturbação adicional na cognição (déficit de memória, desorientação, linguagem, capacidade visuoespacial ou percepção).
4. As perturbações dos critérios A e C não são mais bem explicadas por outro transtorno neurocognitivo preexistente e não ocorrem no contexto de um nível gravemente diminuído de estimulação, como no coma.
5. Há evidências (históricas, do exame físico ou de achados laboratoriais) de que a perturbação é uma consequência fisiológica direta de outra condição médica, intoxicação ou abstinência de substância, de exposição a uma toxina, ou ainda de que ela se deva a múltiplas etiologias. Deve-se especificar:
 - Agudo: duração de poucas horas a dias
 - Persistente: duração de semanas ou meses
 - Hiperativo: o indivíduo tem um nível acentuado de atividade psicomotora que pode ser acompanhado de oscilação de humor, agitação e/ou recusa a cooperar com os cuidados
 - Hipoativo: o indivíduo tem um rebaixamento da atividade psicomotora que pode estar acompanhado de lentidão e letargia que se aproxima do estupor
 - Misto: o indivíduo tem um nível normal de atividade psicomotora mesmo com perturbação da atenção e da percepção. Inclui indivíduos cujo nível de atividade oscila rapidamente.

O diagnóstico de *delirium* é clínico e o exame MEEM pode ser usado para determinar o estado cognitivo do paciente, mas não distingue *delirium* de demência. A flutuação da atenção pode ser avaliada com *digit span*, que define atenção normal quando o paciente é capaz de repetir ao menos uma sequência de cinco números de uma lista, sem erros (Fong *et al.*, 2015).

Assistência psicológica ao paciente idoso hospitalizado

Como apresentado anteriormente, os profissionais da saúde estão se adaptando, ajustando e ganhando experiências quanto ao atendimento dos idosos, assim como os psicólogos hospitalares. Mesmo havendo uma demanda heterogênea na utilização dos serviços hospitalares e de saúde, sabe-se atualmente que o principal grupo etário são os idosos.

Na grade curricular de formação dos psicólogos, consta a disciplina de Psicologia do Desenvolvimento, na qual se estudam as etapas do desenvolvimento humano, o que favorece entender o processo de envelhecimento e suas consequências. Ter conhecimento teórico facilita muito no processo de investigação, contudo o traquejo no atendimento depende da experiência. Ressalta-se, então, a necessidade constante de atualização do profissional, buscando pesquisas e cursos de formação, pois somente assim ele poderá interagir melhor em relação à teoria e à prática.

É importante lembrar que os hospitais gerais não apresentam um único setor que concentre os idosos, eles podem encontrar-se em diversos setores de um hospital. Os atendimentos psicológicos hospitalares, portanto, podem ocorrer em qualquer enfermaria e unidades de terapia intensiva (UTI), pois são diversos os motivos que levam o idoso a necessitar da hospitalização. Essa diversidade de motivos por si já faz o psicólogo procurar conhecimento além de sua formação em Psicologia, como os

relacionados a patologias, fisiologia, farmacologia, entre outros. Esse fato é importante, pois facilita a comunicação entre os membros da equipe, além de ajudar na avaliação da compreensão do paciente e familiares sobre o processo de diagnóstico, tratamento, hospitalização e prognóstico.

Na avaliação de idosos, ao analisar as queixas psicológicas e comportamentais, deve-se ter um cuidado peculiar: o psicólogo tem que realizar uma avaliação com base no diagnóstico diferencial, já que muitos sintomas/queixas são coincidentes aos vários problemas de saúde mental – lembrando que podem ser problemas de multimorbidade (físicas e psicológicas) e, nesse momento, é importante diferenciá-los. O psicólogo deve criar uma hipótese com base nos dados coletados, tendo como referência a sintomatologia (sinais e sintomas) apresentada pelo paciente, além de considerar as informações obtidas pela equipe de saúde e pelos familiares/acompanhantes. A partir daí, realiza-se a formulação de um “possível” diagnóstico em relação a todas as possibilidades que compõem um problema de saúde, em razão de suas semelhanças com o quadro clínico. Com base no diagnóstico diferencial, o psicólogo, junto com a equipe de saúde, pode selecionar instrumentos mais específicos para a avaliação, chegar a uma conclusão e traçar uma ação terapêutica multiprofissional.

Esse conhecimento também favorece a troca de informações entre os membros da equipe, e a orientação ao paciente e familiares (acompanhantes), auxiliando na compreensão do problema de saúde.

Como mencionado anteriormente, as DCNT são as doenças que mais internam, com os diagnósticos de problemas no sistema circulatório, como doenças cardiovasculares, isquêmicas do coração e cerebrovasculares (Marques e Confortin, 2015), ficando o paciente internado em média 7 dias (Silveira *et al.*, 2013), assim como os idosos com diagnóstico de câncer. Já os idosos com diabetes ficam hospitalizados cerca de 6 dias (Silveira *et al.*, 2013) e aqueles com doença respiratória crônica, como infecções pelo vírus da *influenza* e suas complicações, e pneumonias (Francisco *et al.*, 2004; Diogo *et al.*, 2015) permanecem no hospital por 11 dias (Silveira *et al.*, 2013).

O Ministério da Saúde tem apresentado, por meio de diretrizes, propostas de ações voltadas para essa população. É claro que os programas têm visado a ações de promoção e prevenção de agravos, como campanhas sobre o envelhecimento saudável. No entanto, os resultados não se traduzem ainda na população idosa atual, visto que as políticas públicas anteriores não buscaram essa meta, além da cultura, ainda muito presente, de se procurar cuidados de saúde somente quando surgem os sintomas da doença, e não como uma ação e prevenção para um envelhecer saudável.

Esse é um dos grandes desafios no atendimento psicológico. Durante a hospitalização, o objetivo não é refletir sobre o modo de vida ou valores do paciente, mas sim lidar com as questões presentes: compreensão dos problemas de saúde, recuperação e promoção de autoconsciência e autocuidado para o tratamento. Encontra-se aí muita dificuldade, até mesmo porque a própria equipe tem a expectativa de que a Psicologia possa manobrar as situações de modo que tudo ocorra conforme o ideal, ou seja, sem resistência do paciente e dos familiares quanto às condutas tomadas.

Desse modo, a Psicologia Hospitalar precisa dispor de estratégias específicas para o manejo de pacientes, familiares e equipe, sempre lembrando que o beneficiário dessa relação é o paciente e tendo em mente a possibilidade de lidar com incapacidades cognitivas, físicas e sociais.

O Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015) reconhece o aumento das incapacidades dos idosos com o avanço da idade e afirma que esse fator, sozinho, não significa risco de incapacidade, é preciso outros fatores para determinar essa condição. Assim, os profissionais devem estar atentos às condições físicas, cognitivas, psicológicas e socioeconômicas para realizar atendimentos preventivos visando ao bem-estar dos idosos.

[...] Política Nacional do Idoso no âmbito do SUS. Para facilitar a operacionalização foram publicadas portarias que regulamentam o funcionamento das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, pautadas principalmente nos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (Portarias GM/MS n. 702/2002 e SAS/MS n. 249/2002, respectivamente). A composição das redes específicas para a população idosa estava centrada em Hospitais Gerais e Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, adequados a oferecer diversas modalidades assistenciais, como: internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital dia e assistência domiciliar, focado em algumas localidades, na assistência ao portador de doença de Alzheimer (Brasil, 2014).

Como é possível observar, a Política Nacional do Idoso (Brasil, 2014) mostra-se bastante abrangente, no sentido de a assistência ser global e atender as várias complexidades que envolvem o idoso. Fica como desafio o atendimento em rede para contemplar a necessidade identificada.

Existem diversas diretrizes que deveriam dar suporte para o atendimento adequado dessa parcela da população. No entanto, nem sempre é possível trabalhar em rede, pois os equipamentos, muitas vezes, estão sobrecarregados em decorrência da demanda. Assim, de acordo com a Lei n. 10.741 (Brasil, 2003a),

Art. 16. Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico.

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

Esses dados são importantíssimos, uma vez que também atendem a Política Nacional de Humanização – Atenção hospitalar (Brasil, 2011a), segundo a qual os idosos têm prioridade no atendimento, assim como acompanhamento 24 h de um familiar ou cuidador.

Na maioria dos casos de atendimentos de idosos hospitalizados, geralmente apenas uma pessoa acaba se responsabilizando pelos cuidados, sendo reconhecido como *cuidador de referência* (Paula *et al.*, 2008), ou seja, aquele que assume o cargo integral para cuidar diretamente da pessoa idosa, supervisionando-a, orientando-a e acompanhando-a. Esse cuidador pode ser tanto formal, com formação profissional e remunerado para a atividade, quanto informal, isto é, sem formação nem recebimento de remuneração – o mais comum na maioria dos casos. Esta última é uma demanda importante para o psicólogo hospitalar, pois o cuidador informal nem sempre está preparado para lidar com a nova condição do idoso, visto que, além das alterações físicas, o envelhecimento causa ao ser humano uma série de mudanças psicológicas, que pode resultar em dificuldade de se adaptar a novos papéis, falta de motivação, dificuldade de planejar o futuro, necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais. No caminho inverso, muitas características positivas também são encontradas no processo de envelhecimento, como a sabedoria, a maturação emocional e a capacidade de desenvolver estratégias de adaptação eficazes (Harris *et al.*, 2006; Lima e Delgado, 2010). Esses fatos traduzem a dualidade dos sentimentos dos cuidadores, afinal há um confronto entre a realidade do racional e a vivência do presente e do passado.

Assim, além da compreensão da fisiopatologia das doenças que acometem os pacientes longevos e das perspectivas de tratamentos disponíveis para eles, o psicólogo hospitalar durante o atendimento a idosos tem como objetivo também a percepção da dinâmica familiar e o apoio e orientação aos familiares cuidadores dos idosos.

Caso clínico

Em primeiro lugar, deve-se salientar que, em todos os casos de atendimento em um hospital-escola, o paciente ou o familiar deve assinar um documento de consentimento, livre e esclarecido, com o intuito de autorizar que os profissionais e estudantes envolvidos nos atendimentos possam apresentar, em atividades acadêmicas e científicas, parte ou integralmente os serviços oferecidos. Desse modo, fica resguardada a parte ética devida. Contudo, os dados de identificação do paciente assistido e dos envolvidos são alterados para que não haja qualquer tipo de exposição indevida. A seguir, é apresentado um estudo de caso de um paciente com fratura no fêmur e traumatismo craniano (Exemplo 7.1).

No caso do Exemplo 7.1, como o psicólogo fazia parte da equipe da Ortopedia, a Figura 7.2 apresenta o fluxograma do atendimento psicológico. Todos os pacientes internados na enfermaria passavam por triagem psicológica com o objetivo de identificar desconfortos psicológicos relacionados ao diagnóstico, ao tratamento e ao prognóstico associados à hospitalização.

Exemplo 7.1

Apresentação do atendimento de paciente com fratura no fêmur e traumatismo craniano.

Apresentação

Paciente A., 82 anos, morador de uma cidade do interior de São Paulo (nas palavras do paciente, “morador da roça”). Nasceu e foi criado em ambiente rural, não frequentou a escola, é casado (esposa tem 78 anos) e tem quatro filhos – todos casados. Os filhos mudaram-se para a “cidade grande”, longe da roça, e periodicamente visitavam os pais, pois ambos tinham independência – lembrando teoricamente, “refere à capacidade de

realizar algo com seus próprios meios e depende da preservação da mobilidade e da comunicação”.

Hábitos relevantes

O paciente fumava em média 1 maço de cigarros por dia, já chegou a fumar dois, fumava desde seus 11 anos, quando aprendeu com seu avô fazer cigarros de “picadão”, nunca se preocupou com isso. O consumo de bebidas alcoólicas era possível apenas durante os fins de semana, para relaxar, já que trabalhava todos os dias na roça e não podia dirigir o trator alcoolizado. Sempre comeu bem, gostava de comidas com gordura de porco e com o sal sempre realçado, e poucos doces. Pela sua estatura, peso e altura, constatou-se sobrepeso.

Histórico do trauma

O paciente, apesar de não ter escolaridade e de não ter habilitação para dirigir, sempre dirigiu o trator na propriedade familiar. Estava ele, em uma sexta-feira, arando o terreno para o plantio quando, longe de sua casa, foi encontrado perto do trator caído desacordado. Sua esposa imagina que ele levou horas para ser encontrado, pois a área que havia arado era muito pouca perto do que sempre fez.

O paciente se lembra apenas que saiu para arar a terra e, por algum motivo, desceu do trator. Ainda refere que, quando acordou, não tinha força para sair dali e que olhava para seu funcionário, que o encontrou, e sabia que o conhecia, mas não se lembrava de detalhes. Tinha batido a cabeça e sentia-se tonto.

Assim, foi resgatado e levado para o hospital da sua cidade acompanhado pela esposa. Como o hospital local não atendia a complexidade desse caso, fratura no fêmur e traumatismo craniano, foi encaminhado para o hospital de referência. O paciente passou por exames iniciais e foi encaminhado para a enfermaria de Ortopedia em razão do diagnóstico: fratura proximal do fêmur direito. É necessário ressaltar também que, pelo fato de o paciente ter sido internado em uma sexta-feira à noite, parte da equipe não estava presente no hospital nesse horário e no final de semana, já que nem todos os profissionais trabalham em turnos de plantão.

É fundamental informar que o paciente nunca foi ao serviço de saúde da cidade, não tinha exames clínicos e laboratoriais prévios; tomava medicamento por conta própria quando tinha algum sintoma. Nunca tinha entrado em um hospital e nem mesmo dormido fora de casa.

Em razão dessa condição do paciente, a equipe de saúde da Ortopedia solicitou a outros profissionais que acompanhassem o caso. O tratamento ortopédico indicado para essa fratura foi cirúrgico. No entanto, foi preciso a avaliação das equipes da Clínica Médica e da Neurologia, acrescidas na equipe da Ortopedia (ortopedista, psicólogo, fisioterapeuta e assistente social).

Quando paciente, familiares e equipe de saúde não apresentam queixas psicológicas, o atendimento é finalizado no mesmo momento, o que não significa que o paciente, durante a internação, não será mais avaliado pela Psicologia, pois a internação é muito dinâmica e queixas podem aparecer a qualquer momento. Se a queixa psicológica apresentada, por outro lado, não se referir à condição de saúde atual, é importante que ela não seja ignorada, mesmo não sendo possível dar assistência a essa condição, pois o atendimento de nível terciário não comporta esse tipo de solicitação. Contudo, é fundamental que a pessoa não saia desamparada, e sim com o encaminhamento do atendimento psicológico.

Quando a referência é o atendimento psicológico com queixa associada ao problema de saúde, em primeiro lugar, deve-se lembrar que, ao realizar o diagnóstico psicológico, é necessário ter em mente que a principal alteração encontrada no paciente internado se refere à reação aguda ao estresse:

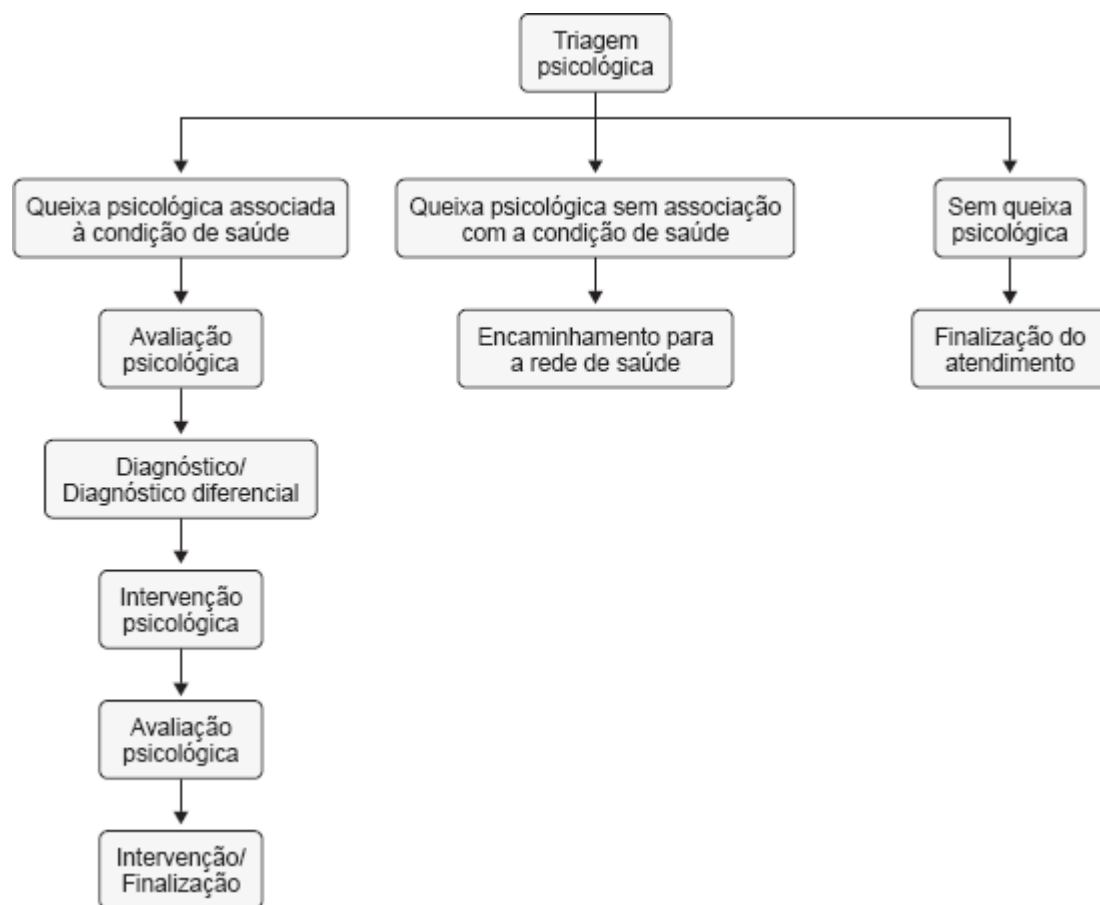


Figura 7.2 Fluxograma do atendimento psicológico.

Transtorno transitório que ocorre em indivíduo que não apresenta nenhum outro transtorno mental manifesto, em seguida a um “*stress*” físico e/ou psíquico excepcional, e que desaparece habitualmente em algumas horas ou em alguns dias. A ocorrência e a gravidade de uma reação aguda ao “*stress*” são influenciadas por fatores de vulnerabilidade individuais e pela capacidade do sujeito de fazer face ao traumatismo.

A sintomatologia é tipicamente mista e variável e comporta de início um estado de aturdimento caracterizado por um certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, e uma desorientação. Este estado pode ser seguido por um distanciamento do ambiente ou de uma agitação com hiperatividade (reação de fuga). O transtorno se acompanha frequentemente de sintomas neurovegetativos de uma ansiedade de pânico (taquicardia, transpiração, ondas de calor).

Os sintomas se manifestam habitualmente nos minutos que seguem a ocorrência do estímulo ou do acontecimento estressante e desaparecem no espaço de 2 a 3 dias (frequentemente em algumas horas). Pode haver uma amnésia parcial ou completa do episódio.

Quando os sintomas persistem, convém considerar uma alteração do diagnóstico (e do tratamento) (OMS, 1993).

É importante considerar a reação aguda ao estresse, mas nunca deixar de intervir em razão dela, pois, como a internação de idosos ocorre, em média, por poucos dias, o fato de o paciente não ter tido assistência psicológica adequada pode acarretar dificuldades posteriores na autoconsciência, o que pode prejudicar o tratamento fora da instituição hospitalar. No Exemplo 7.2, apresenta-se a avaliação psicológica do paciente.

Exemplo 7.2

Avaliação psicológica de paciente com fratura no fêmur e traumatismo craniano.

Avaliação psicológica

A partir da queixa psicológica do paciente, fez-se a avaliação psicológica, com o objetivo de identificar os incômodos envolvidos na condição de saúde. O paciente estava restrito ao leito, com a colocação de uma tração (com objetivo de manter o osso do fêmur quebrado alinhado) mantendo o comprimento da perna e aliviando a dor, pois era preciso realizar vários exames, já que o paciente nunca tinha feito nenhum.

Necessitou-se de exames pré-operatórios solicitados pela Clínica Médica, que consistiram em exames

laboratoriais, exames cardiológicos e teste pulmonar, o que levaria alguns dias para conclusão. A equipe de Neurologia solicitou realização de exame de imagem cerebral para descartar eventos vasculares cerebrais que justificassem a perda de consciência do paciente, pois eventos cerebrovasculares são muito prevalentes nos idosos.

A assistente social iniciou a avaliação da família e comunicou-se com os filhos, marcando uma reunião para informar as condições de saúde do pai. A esposa foi assistida por toda a equipe, pois todos estavam preocupados com a quantidade de informações que ela deveria assimilar. Ela acompanhou todo o processo de hospitalização, já que era a única pessoa disponível (em relação a tempo) para permanecer ali. Afastou-se do marido por 3 dias após a hospitalização, pois teve que voltar para casa para organizar, delegar as atividades aos funcionários do sítio e buscar roupas. Apesar de ter vários filhos, ninguém podia sair da rotina para acompanhar o paciente – lembrando que é de direito do idoso ter acompanhamento durante a hospitalização.

Na triagem psicológica, não foi apresentada queixa psicológica, apenas a ressalva quanto à sua história de não frequentar ambientes de saúde. Paciente e familiares não se queixavam de alterações da esfera cognitiva, esses questionamentos são importantes de serem investigados, pois quando presentes facilitam aparecimento de quadros confusionais mesmo nas internações hospitalares curtas.

Durante a avaliação psicológica, o paciente estava sem acompanhante e a equipe estava preocupada, pois ele havia defecado na cama e dizia: “Quero morrer, nunca pensei que poderia passar por essa situação, estou humilhado”. Apresentava apetite diminuído (rejeitou todo e qualquer alimento), dificuldade para dormir, pensamentos negativos (p. ex., culpa, inutilidade, desesperança) e momentos de desorientação, além de queixas físicas (fadiga, dores nas costas ou na cabeça). Apesar de todos esses sintomas sugerirem sintomas depressivos, como mencionado anteriormente, é preciso fazer um diagnóstico diferencial, até mesmo pelo tempo da duração do quadro (5 dias).

Apetite diminuído

- O paciente não estava habituado com o paladar da comida com pouco tempero e sem o uso de banha de porco
- Dificuldade para dormir: nunca tinha dormido fora de casa, lembrando que o barulho da roça é muito diferente do barulho e da iluminação do hospital
- Pensamentos negativos: para uma pessoa ativa no cuidado da terra e que nunca passou por uma situação de cuidado da saúde, tudo é muito novo
- Queixas físicas de fadiga, dores nas costas e cabeça relacionadas com a imobilidade imposta pela fratura, tensão muscular por receio de sentir dor e uso de medicações intravenosas sugerem que o paciente apresenta dificuldades de adaptação às regras impostas pela patologia física e pela internação hospitalar.

Existe outro conceito bastante interessante e que nem sempre é percebido: a desmoralização, introduzida nos anos 1970 por Jerome Frank:

[...] o estado de desmoralização diz respeito a sentimentos de impotência, falta de esperança, isolamento e desespero; o doente considera-se indefeso e para além de qualquer ajuda (Frank, 1974, *apud* Barbosa *et al.*, 2011).

A autoestima encontra-se afetada, o significado e a importância da vida são perdidos e o paciente sente-se rejeitado pelos outros devido à incapacidade de cumprir o que dele esperam (Barbosa *et al.*, 2011).

Esse diagnóstico diferencial faz a conduta da equipe ser diferente, não baseada no uso de medicamentos psicotrópicos nem em diagnósticos psiquiátricos, mas sim no estabelecimento da autoestima e da tomada de controle da situação, demonstrando saídas menos desagradáveis aos incômodos e à aceitação dos limites do corpo.

Assim, o Exemplo 7.3 mostra o planejamento da equipe multiprofissional.

Planejamento da equipe multiprofissional

Diante da condição de desmoralização do paciente, o planejamento da equipe foi:

- Aguardar os resultados dos exames solicitados
- Aguardar a vinda família para orientações
- Aguardar vaga no centro cirúrgico.

O mal-estar que o paciente estava apresentando, ao revelar: “Quero morrer, nunca pensei que poderia passar por essa situação, estou humilhado”, foi avaliado pela Psicologia. Deve-se levar em conta sua história de não experiência com cuidados com sua saúde, não apresentando repertório para essa situação, acrescido pelo modo de vida que levava, pois não tinha conhecimento da dinâmica hospitalar, dos procedimentos invasivos e de ficar longe de casa, muito distintos dos seus afazeres e de pessoas de seu convívio. Estava em um mundo muito diferente, passando de uma condição ativa para restrição ao leito e sem possibilidades, até mesmo, de autonomia do controle corporal para evacuar ou urinar no vaso sanitário.

Em razão da tração na perna, o paciente deveria evacuar na cama, já que não poderia se levantar do leito, tendo sido informado sobre isso pela enfermeira, a qual ainda solicitou que ele a chamasse quando tivesse terminado, a fim de fazer a higiene.

No entanto, a situação não foi tão simples assim para o paciente. Outros valores estavam associados a essa situação, como “Quem faz xixi e cocô na cama é criança”, além de “Como eu, um velho... Agora estou na cama e não consigo fazer nada sozinho: comer na cama, tomar banho na cama, fazer minhas necessidades e outra pessoa limpar... o cheiro é horrível”, após questionamentos ele ainda referiu: “Como não posso ficar triste com essa situação, para tudo o que eu quero tenho que pedir para estranhos, devem estar pensando que sou um velho folgado!”.

Com base nessas informações, foi necessária uma avaliação rápida e pontual, lembrando que em instituições hospitalares o tempo tem que ser aproveitado ao máximo, e o nível de complexidade dos casos requer atenção imediata, não sendo possível prorrogar as avaliações e intervenções. Então, foi decidido em equipe a necessidade da triagem neurocognitiva (Mini Mental) e a aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (GDS), que visa ao rastreamento de sintomas depressivos em idosos (Paradela *et al.*, 2005), realizada pela neurologista e discutida com a psicóloga. O paciente não apresentou alterações cognitivas, e os sintomas contemplavam mais a desmoralização do que a depressão.

Na avaliação psicológica, chegou-se à conclusão de que ele se sentiria melhor se a esposa fizesse essas atividades junto com ele, sentindo-se mais seguro e menos envergonhado, sem precisar de estranhos. A esposa foi considerada um ponto forte para o enfrentamento dessas adversidades, já que era de confiança afetiva e se mostrou disposta. Ficou acordado que um profissional da Enfermagem ficaria junto com a esposa com o objetivo de treiná-la para conduzir da melhor maneira, até mesmo porque ela ficaria responsável pelos seus cuidados em casa. O paciente aceitou e, após 2 dias, não se queixou mais de envergonhamento e nem de tristeza profunda.

Em relação à família, um dos filhos compareceu à reunião marcada representando os outros irmãos, justificando a dificuldade de se ausentarem do trabalho. A assistente social junto com a psicóloga recepcionou o filho e a esposa. O filho comenta que não vão com frequência na casa dos pais e que a vida é muito corrida, os adultos todos trabalham e os netos estudam. A nora que morava mais perto se propôs a pedir férias para cuidar do paciente se necessário, e foi orientada a proceder com essa ideia apenas a partir da alta hospitalar, pois, no hospital, o paciente já recebia os cuidados necessários e, em casa, sua esposa precisaria de auxílio. Assim, a esposa permaneceria acompanhando o paciente durante a hospitalização. O filho foi orientado a entrar em contato com a mãe todos os dias, para que pudessem acompanhar o processo de hospitalização e, quando possível, visitar o pai no hospital e, conseqüentemente, a mãe, pela importância da referência familiar.

Os exames complementares ficaram prontos, porém, a pressão arterial subia cada vez que o paciente pensava que poderiam cortar sua perna, e por causa do uso da anestesia. Para isso, foi discutida a importância de verificar os valores envolvidos em cada conceito, trabalhando as autorregras concebidas: anestesia, cirurgia e cortar a perna. Assim, foram oferecidas informações técnicas com linguagem que pudessem, o paciente e esposa, compreender e, posteriormente, foi verificado o quanto assimilaram sobre as informações. Após a compreensão do processo, o paciente referiu que estava entendendo a importância da cirurgia e aceitou o “cortar a perna” e tomar a anestesia.

Posteriormente, vieram as orientações quanto à preparação para a cirurgia: entrar em jejum. Também foi um momento bastante interessante para que o paciente compreendesse a importância de não se alimentar, uma vez que passar fome era algo bastante penoso para ele, assim, houve necessidade de explicações técnicas com avaliação de seu entendimento. Depois das informações, aceitou a condição.

A esposa não verbalizava, mas por meio de observações ela se mostrava preocupada com a situação, dado que sinalizava a importância de atentar-se aos comportamentos expressos por ela e não somente ao verbal, após as intervenções de informação, ela revelou que agora também estava aceitando melhor o processo da cirurgia. A equipe passou a ficar mais atenta quanto à compreensão do processo de hospitalização, sempre perguntando o quanto eles estavam compreendendo as informações oferecidas.

As informações sobre o quanto os filhos estavam acompanhando o processo eram checadas por meio de perguntas à esposa, pois eles se revezavam nas visitas nos fins de semana, sem contato direto com a equipe central que estava responsável pelo paciente.

A neuroimagem apresentou sinais de pequenos eventos vasculares cerebrais, provavelmente secundários à hipertensão arterial não tratada e nem mesmo diagnosticada previamente. No entanto, esses achados não justificaram a queda com fratura de fêmur do paciente. O exame neurológico cognitivo, como descrito anteriormente, não apresentou alterações relevantes.

O processo até a cirurgia levou 3 semanas, tempo para que os exames ficassem prontos e para que houvesse compensação clínica e vaga para o centro cirúrgico. Havia uma preocupação importante de que o paciente não se deprimisse nesse período, pois se sentia desmoralizado em vários momentos, até mesmo por não ter tido experiência em cuidado com a saúde até então e por experenciar uma situação tão invasiva. Por mais que a equipe oferecesse informações para que ele pudesse ter controle do contexto, sempre havia uma variável interveniente que não era possível controlar.

A pressão do paciente não se manteve estável, sendo necessário o uso de medicação anti-hipertensiva. Assim que a pressão se controlou, a equipe optou por priorizar a realização do procedimento cirúrgico, pois o tempo de hospitalização preocupava a equipe. Após a fixação da fratura, o paciente não precisava mais ficar com a tração na perna, mas ainda permaneceu 3 dias internado e ansioso pela alta hospitalar.

Ao receber alta, o paciente foi orientado a realizar reabilitação fisioterápica, para voltar a deambular com firmeza; a fazer uso contínuo da medicação anti-hipertensiva; e a ter seguimento médico clínico para controle da hipertensão arterial.

A família também foi orientada a procurar seguimento psicoterápico ambulatorial na cidade de origem, pois, agora, conviveriam por meses com outras dificuldades adaptativas, como deambulação penosa e necessidade de uso contínuo de medicação regular, e isso iria ajustá-la à nova condição do paciente. Um fato relevante é que o paciente retornaria para casa e teria dificuldades adaptativas, inclusive em relação ao trabalho que ele tanto valorizava, e o acompanhamento psicoterápico iria ajudá-lo nesse enfrentamento.

Considerações finais

Ressalta-se que, ao avaliar e intervir em idosos, deve-se sempre pensar e considerar que essa pessoa tem uma história que influencia seus valores e fornece bases para o enfrentamento da situação-problema. Além disso, a família deve estar preparada a dar o suporte necessário para lidar com a situação.

A equipe de saúde também deve estar preparada, pois cada um tem seus valores que não devem influenciar no momento da tomada de decisões. Deve-se priorizar a condição de saúde e as condições emocionais do paciente e da sua família, sempre levando em conta a análise contextual, que guia a assistência psicológica. Enfim, as características do problema, da realidade da família e as condições institucionais devem fazer parte do planejamento das intervenções.

O trabalho interdisciplinar é de suma importância, e não se deve esquecer da presença da família no processo. A família e a equipe de saúde envolvidas nessa interação devem manter uma boa comunicação, viabilizando o bem-estar do paciente.

Referências bibliográficas

- Alves, J. E. D. O fim do bônus demográfico e o processo de envelhecimento no Brasil. *Revista Portal de Divulgação*, n. 45, ano V, p. 6-17, jun.-jul.-ago. 2015.
- APA. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V). 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Barbosa, M.; Moutinho, S.; Gonçalves E. Desmoralização, revisão do conceito. *Acta Med Port.*, v. 24, S4, p. 779-82, 2011.
- Bertolucci, P. H.; Okamoto, I. H.; Brucki, S. M. *et al.* Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. *Arq Neuropsiquiatr.*, v. 59, n. 3-A, p. 532-36, 2001.
- Boerges, G. M.; Campos, M. B.; Castro, S. L. G. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.
- Brasil. Lei n. 10.741, de 1ª de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2003a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica – n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 192 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 268 p. il. (Série B. Textos Básicos de Saúde – Cadernos HumanizaSUS; v. 3).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 148 p. il. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso. Ministério da Saúde, 3. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática/DAET. Coordenação Saúde da Pessoa Idosa/COSAPI, 2014. 41 p.
- Brucki, S.; Nitrini, R.; Caramelli, P.; Bertolucci, P. H. F.; Okamoto, I. H. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, v. 61, n. 3B, p. 777-81, 2003.
- Brum, A. K. R.; Camacho, A. C. L. F.; Valente, G. S. C.; Sá, S. P. C.; Lindolpho, M. C.; Louredo, D. S. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, n. 4, p. 619-24, 2013.
- Canineu, P. R.; Bastos, A. Transtorno cognitivo leve. In: Freitas, E. V.; Py, L.; Neri, A. L. *et al.* (Ed.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 128-32.
- Diogo, L. P.; Bahlis, L. F.; Wajner, A. *et al.* Redução de mortalidade em pacientes internados por doenças respiratórias após a implementação de unidade de cuidados intensivos em hospital secundário do interior do Brasil. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 27, n. 3, 235-39, 2015.
- Fabri, R. M. A. Delirium. In: Freitas, E.; V-Py L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. p. 168-75.
- Fong, T. G.; Davis, D.; Growdon, M. E. *et al.* The interface of delirium and dementia in older persons. *Lancet Neurol.*, v. 14, n. 8, p. 823-32, 2015.
- Francisco, P. M. S. B.; Donalisio, M. R.; Lattorre, M. R. D. O. Internações por doenças respiratórias em idosos e a intervenção vacinal contra influenza no Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 7, n. 2, p. 220-27, 2004.
- Frota, N. A. F.; Nitrini, R.; Damasceno, B. P. *et al.* Doença de Alzheimer: critérios diagnósticos. *Dement Neuropsychol.*, v. 5, Suppl 1, p. 5-10, 2011.
- Harris T.; Cook, D. G.; Victor, C. *et al.* Onset and persistence of depression in older people results from a 2-year community follow-up study. *Age and Ageing*, v. 35, p. 25-32, 2006.
- Inouye, S. K.; Studenski, S.; Tinetti, M. E. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc.*, v. 55, n. 5, p. 780-91, 2007.

- Kawasaki, K.; Diogo, M. J. D. E. Impacto da hospitalização na independência funcional do idoso em tratamento clínico. *Acta Fisiatr.*, v. 12, n. 2, p. 55-60, 2005.
- Lima, A. P.; Delgado, E. I. A melhor idade do Brasil: aspectos biopsicossociais decorrentes do processo de envelhecimento. *Revista de Educação Física Ulbra e Movimento (REFUM)*, v. 1, n. 2, p. 76-91, 2010.
- Lino, V. T. S.; Portela, M. C.; Camacho, L. A. B. *et al.* Rastreamento de problemas de idosos na atenção primária e proposta de roteiro de triagem com uma abordagem multidimensional. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 32, n. 7, 2016.
- Marques, L. P.; Confortin, S. C. Doenças do aparelho circulatório: principal causa de internações de idosos no Brasil entre 2003 e 2012. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 19, n. 2, p. 83-90, 2015.
- Moraes, E. N.; Marino, M. C. A.; Santos, R. R. Main geriatric syndromes. *Rev. Med. Minas Gerais.*, v. 20, n. 1, p. 54-66, 2010.
- Nunes, B. P.; Soares, M. U.; Wachs, L. S. *et al.* Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 51, p. 43, 2017.
- Oliveira, A. T. R. Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. *Espaço e Economia*, ano IV, n. 8, 2016. Disponível em: <http://espacoeconomia.revues.org/2140>.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial de envelhecimento e saúde, 2015. Disponível em: <http://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
- Paula, J. A.; Roque, F. P.; Araujo, F. S. Qualidade de vida em cuidadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 57, n. 4, p. 283-87, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000400011&lng=pt&nrm=iso.
- Rossi, B.; Marques, A. J. *et al.* Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 8, p. 3.317-25, 2014.
- Saintrain, M. V. L.; Vieira, L. J. E. S. Saúde bucal do idoso: abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1127-32, 2008.
- Santos, M. A. S.; Oliveira, M. M.; Andrade, S. S. C. A. *et al.* Tendências da morbidade hospitalar por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2002 a 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 24, n. 3, p. 389-98, 2015.
- Silveira, R. E.; Santos, A. S.; Sousa, M. C.; Monteiro T. S. Gastos relacionados a hospitalizações de idosos no Brasil: perspectivas de uma década. *Einstein*, v. 11, n. 4, p. 514-20, 2013.
- Sousa-Muñoz, R. L.; Ronconi, D. E.; Dantas, G. C. *et al.* Impacto de multimorbidade sobre mortalidade em idosos: estudo de coorte pós-hospitalização. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 16, n. 3, p. 579-89, 2013.
- Veras, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

Bibliografia

- Inouye, S. K.; Westendorp, R. G. J.; Saczynski, S. J. Delirium in elderly people. *Lancet.*, v. 383, n. 9.920, p. 911-22, 2014.

8

Atendimento ao Paciente Renal Crônico em Tratamento de Hemodiálise

Gabriela da Silva Cremasco • Tânia Rudnicki

Introdução

Doença crônica é definida como aquela de longa duração ou permanente, além de provocar incapacitação em decorrência de alterações patológicas ocasionadas. Necessita de longos períodos com reabilitação, controle e cuidados. Nos últimos anos, as doenças crônicas têm sido objeto de constantes pesquisas e intervenções dos profissionais de saúde.

O processo de envelhecimento da população, somado à diminuição da taxa de mortalidade a partir dos avanços da Medicina e à melhora das condições de saneamento, vem modificando a perspectiva da disseminação de doenças no mundo, figurando a doença crônica como a principal causa de morbidade e mortalidade do homem moderno. Assim, a preocupação ante a cronicidade das doenças deve-se à sua significativa incidência e prevalência. As mudanças de comportamento e hábitos das pessoas também são importantes variáveis para esse novo quadro (Almeida Filho e Rouquayrol, 2003).

Uma enfermidade de evolução crônica é sempre acompanhada de variados sentimentos, envolvendo diversos fatores multicausais, e o indivíduo, em um primeiro momento e, na maioria das vezes, não está preparado para lidar com essa nova condição. Dificuldades associadas a processo de comunicação e falta de informações, além do desconhecimento do que envolve o tratamento, são pontos importantes na adaptação e recuperação, em meio às adversidades impostas pela doença e por seu tratamento (Rudnicki, 2014).

A doença renal crônica (DRC) enquadra-se perfeitamente entre as patologias que podem apresentar diversas complicações de ordem fisiológica, impondo ao indivíduo limitações e afetando também aspectos psicológicos e sociais (Rudnicki, 2014). Ao tomar ciência de seu diagnóstico e necessidade de tratamento dialítico, o paciente renal experimenta uma ruptura em seu estilo de vida, passando a adaptar-se à sua nova condição de vida, que, por vezes, o impede de realizar atividades até então cotidianas.

A DRC é progressiva e irreversível, causando desordens bioquímicas, metabólicas e clínicas, sendo responsável por altas taxas de morbidade e mortalidade. Além do diagnóstico e do tratamento, ocasiona perdas em termos profissionais, psicológicos, sexuais e sociais, com impactos na qualidade de vida da pessoa acometida. O enfrentamento da doença varia de acordo com as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes, e conforme a estrutura de personalidade, fatores socioculturais e nível cognitivo, podendo haver, por exemplo, comportamentos agressivos, ansiedade e depressão, pois a nova condição exige adaptação e adesão ao tratamento (Oliveira *et al.*, 2016).

Dado o impacto causado pela doença, estudos têm sido realizados visando a verificar a associação da doença renal com diversos constructos, como a depressão (Nifa e Rudnicki, 2010; Santos *et al.*, 2011; Schuster *et al.*, 2015); a depressão e a ansiedade (Dias *et al.*, 2015; Stasiak *et al.*, 2014); a depressão e o suporte familiar (Bastos *et al.*, 2016); a depressão e a qualidade de vida (Santos, 2011); a depressão, a ansiedade e a ideação suicida (Macaron *et al.*, 2014). Nesse sentido, observa-se que a depressão, especificamente, tem sido foco de boa parte dos estudos, sendo altamente relacionada com a doença renal, com prevalência estimada de 20% nessa população. No entanto, essa prevalência tende a variar conforme os critérios de avaliação

empregados, sendo verificados índices entre 20 e 50% na literatura (Finger *et al.*, 2011).

Ainda quanto à depressão, sua propensão em pacientes com doenças crônicas está relacionada com diversos fatores, como perda da qualidade de vida, duração das sessões de diálise, dietas, exames e consultas médicas, expectativas em relação a um possível transplante etc. Além disso, a depressão em pacientes renais crônicos tende a afetar a adesão do paciente ao tratamento. Apesar da alta prevalência da sintomatologia depressiva, muitos pacientes com DRC não são diagnosticados ou não recebem o diagnóstico corretamente, principalmente em decorrência da sobreposição de sintomas comuns tanto à depressão quanto à DRC, como fadiga, distúrbios do sono e do apetite (Coutinho e Costa, 2015).

A doença renal tem um curso prolongado e tende a ser assintomática na maior parte dos casos, ou seja, as pessoas a desconhecem até a realização de um diagnóstico, que geralmente ocorre quando a doença já está em um estágio mais avançado. Nesse sentido, identificar pessoas em risco, além dos fatores associados a um pior prognóstico, pode auxiliar no diagnóstico precoce. Entre os principais grupos de risco, têm-se diabéticos, hipertensos, idosos, obesos, pessoas com histórico de doenças circulatórias, histórico de DRC na família, tabagismo etc. Quando existe a confirmação do diagnóstico, é necessário que o paciente seja submetido a algum tratamento que substitua a função renal (Brasil, 2014).

Como relatado por Freitas e Cosmo (2010), a hemodiálise é um dos tratamentos mais comuns para pacientes renais. Tem como objetivo realizar a limpeza e a filtragem do sangue, o controle da pressão arterial, bem como ajudar a manter o equilíbrio de sódio, potássio e cloretos, por meio de um procedimento extracorpóreo. Ocorre geralmente em três sessões semanais, cada uma com duração de 3 a 4 h. Para além da doença, a diálise causa impactos sociais, econômicos, familiares e emocionais. A resposta diante do tratamento é variável, ou seja, alguns pacientes apresentam uma atitude mais positiva, outros podem se tornar mais dependentes e outros, ainda, se revoltar contra a doença.

Sesso *et al.* (2016) observaram o levantamento realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) acerca do número de pacientes com DRC em diálise no mês de julho de 2014: uma quantidade estimada de 112 mil pessoas em tratamento, indicando um aumento de aproximadamente 20 mil pacientes em relação ao inquérito realizado no ano de 2010. Do total de pacientes, 58% eram do sexo masculino e 91,4% realizavam tratamento de hemodiálise, enquanto os 8,6% restantes faziam diálise peritoneal; além disso, 32.499 (29%) estavam na fila de espera para transplante. Pacientes ≤ 12 anos correspondiam a 0,3%; entre 13 e 18, a 0,7%; de 19 a 64 anos a 66,4%; de 65 a 80 anos a 27,9%; e aqueles ≥ 80 anos constituíram 4,6% do total de pessoas em diálise. A etiologia mais frequente foi a hipertensão arterial (35%), além do diabetes (29%), da glomerulonefrite crônica (11%) e dos rins policísticos (4%). Em 2014, o número de óbitos estimado foi de 21.281 pacientes, o que configura uma taxa de mortalidade de 19% no ano.

Paciente renal em hemodiálise

A DRC vem crescendo significativamente em todo o mundo e tem como responsáveis o aumento da incidência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes, neoplasias de próstata e colo de útero. Muitas pessoas desenvolvem a DRC em decorrência da falta de acompanhamento adequado, impossibilitando sua detecção precoce (Daugirdas, Blake e Ing, 2003).

A Psicologia, quando aplicada ao paciente renal crônico, pode ser inserida na área de atuação da Psicologia da Saúde. A Nefrologia é uma especialidade que atua em doenças do sistema urinário, especialmente aquelas relacionadas com o rim. Assim, a Psicologia aplicada à Nefrologia é uma área de estudo e trabalho com pacientes que se encontram com a função renal comprometida, em relação às suas reações emocionais diante da doença, suas dificuldades, limitações e características peculiares.

Geralmente, a doença renal surge de modo abrupto, obrigando a pessoa a se adaptar a um novo modelo de vida, tanto na rotina de seu dia a dia quanto nos hábitos de autocuidado e dieta alimentar e hídrica. Tudo isso pode ocasionar certa fragilidade emocional, que pode ser bastante significativa na vida do paciente, bem como na de seus familiares. Essas reações emocionais tendem a interferir diretamente na adesão e adaptação do paciente ao tratamento como também em seus relacionamentos sociais, familiares e profissionais.

Estar em tratamento hemodialítico 3 vezes/semana causa repercussões nos contextos físico, emocional e social do paciente, influenciando sobremaneira sua qualidade de vida. A sintomatologia depressiva, complicação do humor mais comum entre esses pacientes, em geral significa uma resposta à sua perda real, configurando humor depressivo e persistente, perda do prazer por atividades (anedonia), autoimagem prejudicada e sentimentos pessimistas; além de queixas fisiológicas, como distúrbio de sono, alterações de apetite e peso, diminuição de interesse sexual, entre outros (Ferreira e Silva Filho, 2011; Rudnicki, 2007).

Para sobreviver, o enfermo renal precisa realizar algum tipo de terapia substitutiva. Os pacientes, então, são submetidos à diálise, sendo a hemodiálise o tratamento mais comum. Essa alternativa serve para manter suas funções vitais. É contínua,

ocorrendo em todo o curso da doença, enquanto o paciente aguarda por um desejado transplante renal. Trata-se de um tratamento substitutivo da função renal, utilizado para remover líquidos e produtos do metabolismo do corpo quando os rins já não são mais capazes de fazê-lo.

A hemodiálise é realizada a partir de um acesso vascular (fístula arteriovenosa ou cateter ligado a um vaso venoso). Assim, com um fluxo sanguíneo elevado, o sangue é transportado até um filtro capilar por meio de um circuito de circulação extracorpóreo, onde é purificado, retornando do acesso vascular para o corpo. Em geral, a prescrição do procedimento é feita por nefrologista e é administrado por enfermeiro ou técnico em clínica de pacientes ambulatoriais, centros de diálise ou unidades hospitalares.

Os benefícios são rápidos a partir da melhora do edema generalizado, do bem-estar físico e controle de outros sintomas. Muitos riscos e efeitos adversos associados à diálise são resultados combinados do tratamento e da condição física deficitária do paciente, como anemia, câibras, náuseas, vômitos, dores de cabeça, hipotensão e risco de contágio de doenças infecciosas (Rudnicki, 2007).

O surgimento do tratamento de diálise esteve mais relacionado com a preocupação de prolongar a sobrevivência do enfermo renal crônico. Atualmente, a atenção está voltada para a qualidade de vida desses pacientes. A partir do início da hemodiálise, os pacientes passam a vivenciar sua experiência de diferentes modos. Cada um carrega consigo sua história de vida, seu jeito de agir e reagir diante de sua condição crônica de saúde e a necessidade do tratamento. A doença e o tratamento hemodialítico repercutem na condição física e psicológica do paciente, além de suscitar questões de ordem social e econômica, tendo em vista a doença em si.

O paciente, ao ser submetido a um tratamento hemodialítico, torna-se, de certo modo, dependente da tecnologia, dos profissionais treinados para a manutenção da máquina e da atenção. Para ele, a máquina de hemodiálise representa o amparo de uma homeostase fisiológica – a manutenção de sua vida (Rudnicki, 2007).

Mesmo com os avanços tecnológicos no tratamento da DRC e o aumento da sobrevivência desses pacientes, é comum a presença de dificuldades em lidar com a cronicidade da doença e com as limitações impostas pelo tratamento. Dessa maneira, é importante e necessário, para os pacientes em terapias substitutivas, oferecer suporte emocional em virtude do impacto psicológico que sobrecarrega o doente e seus familiares. O tratamento hemodialítico, em particular, é responsável por inúmeras restrições, impondo limitações que afetam os aspectos biológicos, psicológicos e sociais de sua vida. Ocasionalmente causa uma quebra em seu estilo de vida, provocando a necessidade de adaptação para essa nova condição (Campos e Turato, 2010).

Atendimentos psicológicos voltados a enfermos renais crônicos visam a proporcionar melhores respostas de enfrentamento do processo de adoecer, proporcionando adesão e adaptação ao tratamento. Além disso, buscam favorecer uma melhor relação paciente-família e paciente-equipe de saúde, promovendo melhora na qualidade de vida do enfermo. A situação requer readaptação individual e familiar, sendo importante ressaltar, porém, que as estruturas familiares nem sempre dão conta, sozinhas, de serem baluartes dessas situações. Assim, precisarão do apoio dos profissionais de saúde, bem como de suporte e colaboração de outras pessoas de sua comunidade (Rudnicki, 2014).

O atendimento psicológico torna-se fundamental à medida que oferece oportunidade ao paciente para expressar pensamentos e sentimentos relacionados com sua vida, buscando promover reflexões sobre suas crenças e valores ligados à doença e ao tratamento, propiciando, assim, atenção integral e humanizada (Meyreles *et al.*, 2004). O psicólogo que trabalha com doentes crônicos realiza atendimentos psicoterapêuticos individuais e familiares, grupos de intervenção psicoeducativa e terapêutica relacionada com a doença e o tratamento clínico.

Diante da situação, os interesses do paciente passam a ser controlados e decididos de acordo com diversas limitações, refletindo, muitas vezes, na perda de sua independência. Isso se agrava conforme o papel que exerce no meio familiar, por exemplo, quando é o provedor do grupo. Além das alterações fisiológicas, como as relacionadas com o desempenho sexual, há restrições alimentares e, principalmente, hídricas. Essas limitações, associadas aos sintomas decorrentes da doença e do tratamento, passam a ser percebidas como ameaça e tendem a produzir insegurança, medo e ansiedade (Rudnicki, 2014).

Um aspecto importante para o enfermo crônico é o suporte social percebido, que parece influenciar no prognóstico e na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. Trata-se de um conceito definido como a qualidade do suporte disponível a partir das relações estabelecidas na rede social do paciente (Rudnicki, 2007). A presença desse suporte vem sendo associada a melhores condições de saúde física e mental em indivíduos saudáveis ou portadores de doenças.

A partir dos primeiros sintomas até a descoberta da doença, a família vivencia momentos de insegurança, ansiedade e medo. O apoio social tem sido relatado como um fator que facilita o enfrentamento da doença e a recuperação do paciente renal. Esse apoio pode contribuir para a detecção de indivíduos que terão maiores dificuldades para se reabilitar, pois poderão receber pouca ou nenhuma ajuda, precisando, desse modo, refletir sobre e enfrentar seus sentimentos de incapacidade para mudar e

manter comportamentos favoráveis à saúde (Rudnicki, 2007; Seidl e Tróccoli, 2006).

Na literatura especializada, têm prevalecido duas categorias de suporte social: instrumental e emocional. O primeiro se refere à disponibilização da ajuda de outro no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do dia a dia, como apoio material, financeiro, e de diversas atividades diárias. Já o suporte emocional diz respeito a comportamentos como escutar, dar atenção ou fazer companhia, contribuindo para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada (Seidl e Tróccoli, 2006). A rede de apoio social representa a teia de relacionamentos sociais que cada indivíduo mantém, incluindo os mais próximos, como familiares e amigos íntimos.

O tratamento de hemodiálise requer muitos cuidados e representa, para a maioria das pessoas, a continuidade da vida, porém, com impacto significativo em sua qualidade. O diagnóstico precoce, o encaminhamento imediato para tratamento médico e a execução de medidas para preservar a função renal são fundamentais para melhorar o desenlace de quem sofre de DRC. É essencial que todos os profissionais da área da saúde, que atuam com esses pacientes, tenham muito conhecimento acerca da doença, a fim de melhorar o tratamento e a qualidade de vida de seus portadores.

Abordagem cognitivo-comportamental

No que se refere a modalidades de tratamento para doentes renais em hemodiálise, utilizam-se técnicas da terapia cognitivo-comportamental (TCC). Nas últimas décadas, houve um avanço considerável da TCC nas escolas de Psicoterapia. A eficácia dessa abordagem para portadores de doenças e tratamento crônicos, como o hemodialítico, tem se mostrado imprescindível, em razão da fundamentação teórica e de técnicas consistentes (Silva e Serra, 2004).

A TCC é uma terapia que se caracteriza como uma abordagem estruturada, na qual terapeuta e paciente têm papéis ativos. É voltada para o presente e utiliza técnicas específicas, cognitivas e/ou comportamentais, que visam a modificar padrões de pensamentos e crenças que causam sofrimento e/ou distúrbios psicológicos (Arch e Ayers, 2013).

Para Beck (2013), o principal papel do terapeuta é buscar, de diversas maneiras, uma mudança cognitiva em seus pacientes, seja em terapia individual ou grupal, a fim de tornar os indivíduos diferentes emocional e comportamentalmente, transformando suas crenças e pensamentos disfuncionais e, por fim, obtendo mudanças de atitude e comportamento. Alguns autores, como Arch e Ayers (2013), enfatizam que trabalhar junto com o paciente e suas dificuldades leva a novos conhecimentos sobre sua problemática e demanda, e, com isso, acaba por estimular diretamente o vínculo entre terapeuta e paciente, fundamental na TCC.

O formato da TCC focaliza a atenção sobre o que é mais importante de ser abordado e estrutura o uso do tempo da terapia (Beck, 2013). Esse é um dado importante para o trabalho com pacientes renais crônicos em tratamento dialítico. Uma das técnicas mais utilizadas no atendimento ao doente crônico é a psicoeducação, que consiste na transmissão de informações acerca do problema do indivíduo, elucidando-o sobre aspectos da doença (Farina *et al.*, 2013; Figueiredo *et al.*, 2009).

A psicoeducação é uma intervenção caracterizada por informar ao paciente dados sobre o seu diagnóstico, etiologia, funcionamento e tratamento mais indicado e o prognóstico de sua doença. Também cabe à aplicação dessa técnica esclarecer informações insuficientes ou distorcidas, tendo em vista a importância de um conhecimento amplo do paciente sobre seu problema (Menezes e Mello e Souza, 2012).

Nos atendimentos, utilizam-se várias formas de psicoeducar o paciente, por meio do uso de revistas, livros e alguns sites confiáveis que tratam da enfermidade renal e da hemodiálise, entre outras. A psicoeducação, além de aumentar a motivação para a mudança, estimula a participação proativa do paciente na recuperação, possibilita novos conhecimentos sobre as demandas e também ajuda diretamente no vínculo entre terapeuta e paciente, facilitando o entendimento da doença e seu tratamento. Ao esclarecer dúvidas, mostra que os pacientes são ativos na terapia; por isso, é uma intervenção valiosa, que pode ser aplicada no tratamento de diferentes problemáticas. Apesar de se tratar de uma técnica característica da TCC, a psicoeducação é independente dessa abordagem, podendo ser utilizada como intervenção cognitiva isolada (Colom e Vieta, 2004; Knapp, 2004).

No processo de adoecer, algumas pessoas manifestam ser mais confortável e menos comprometedor atribuir a outras pessoas a capacidade de lhes promover a saúde e, entre os renais crônicos, essa dinâmica é bastante comum (Exemplos 8.1 e 8.2). A maior parte considera o diagnóstico um sinônimo de incapacidade, interrompendo seus trabalhos ou mesmo a busca para melhorar sua condição de vida (Rudnicki, 2014).

Entre as fontes mais frequentes de suporte social, instrumental ou emocional, encontram-se os parceiros, como cônjuge ou companheiro, amigos e família, sendo a mãe a figura central; também os filhos, os irmãos (mesmo morando ou não com o paciente), além, certamente, dos profissionais de saúde e das instituições religiosas (Silva *et al.*, 2016).

Exemplo 8.1**Dificuldades pós-diagnóstico.**

Ao acompanhar a paciente Anita, 51 anos, em tratamento há 4 anos, observa-se a dificuldade da família para enfrentar a situação de enfermidade.

— No início, alguns médicos nos diziam que aquilo tudo que eu tinha era por causa da anemia. Outros já diziam coisas diferentes. Nós precisamos correr atrás para saber realmente o que era. Eu estava começando a ficar com medo, porque quando tem pessoas para animar é bom, mas quando tem pessoas para desanimar, aí você já vai ficando meio confusa [...] e eu me sentia muito desanimada e ninguém me ajudava.

Exemplo 8.2**Relato de paciente com rejeição do enxerto e familiares distantes.**

A paciente Berte, 52 anos, há 7 anos em tratamento hemodialítico, tem toda a sua família vivendo em outra cidade. Ficou doente e acabou permanecendo para tratamento. Realizou um transplante, sendo doador o marido, porém houve rejeição do enxerto, com parada do funcionamento renal.

— Para mim, é horrível quando volto da hemodiálise. Me sinto com mal-estar, tontura e dor de cabeça. Ninguém sabe o que fazer para me ajudar, ficam todos perdidos. Sabe, eu adoro água bem gelada, tu vai ver muito isso nos pacientes da “hemo”. Eu evito comer sal, embora não controle muito... Faço as medicações direitinho. Estou com cateter na perna, porque ficou mais fácil para equipe... E também porque estou com uma endocardite e, para evitar infecções, acharam melhor fazer na perna, o acesso. Aí, eu preciso ficar quieta e cuidar para não escapar. Por isso dependo totalmente de todos os meus familiares e amigos, que aqui já são poucos!

A DRC é bastante complexa e exige múltiplas abordagens em seu tratamento. A implementação da Medicina baseada em evidências para a prática clínica resultou em avanços importantes no tratamento renal. Apontou a necessidade de uma melhor preparação do paciente para a terapia renal substitutiva (TRS), bem como para a redução das taxas de mortalidade e hospitalização. O modelo de atendimento interdisciplinar, ao proporcionar os cuidados necessários, de modo abrangente e organizado, parece ser a melhor maneira de tratar a DRC.

A maneira como cada paciente vive e se relaciona com a doença e o tratamento crônico é única e pessoal. O paciente é dependente de vários fatores, como suas características emocionais, as condições ambientais e sociais e o apoio familiar. O enfrentamento da doença é influenciado pela percepção de que cada indivíduo tem de sua qualidade de vida (Exemplos 8.3 e 8.4); as positivas são mais relacionadas com as estratégias racionais, como traçar uma meta ou conhecer mais sobre a doença, e as negativas relacionadas com a negação da enfermidade, agindo como se ela não existisse.

Exemplo 8.3**Acompanhamento psicológico de paciente com depressão.**

Maria, 61 anos, agricultora, viúva, natural de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, portadora de DRC em tratamento dialítico há 9 anos, sua doença de base foi diagnosticada por rins policísticos. Foi internada por apresentar pielonefrite e infecção de cisto. Durante o período de internação, realizou-se o acompanhamento psicológico da paciente, que se encontrava muitas vezes eufórica, porém, lúcida e comunicativa. Apresentava sintomatologia depressiva, fazendo uso de medicação fluoxetina.

Além da problemática orgânica, apresentava intensa dificuldade em admitir suas fragilidades em nível emocional. Desse modo, foi necessário trabalhar a flexibilidade e a aceitação da forma como a paciente recebeu, agiu e reagiu ao atendimento.

Aceitar e interagir com as adversidades provenientes da paciente, além de investigar e criar novos recursos e estratégias, facilitou o manejo mais adequado às condições da paciente. Trabalhou-se em termos de resoluções de problemas, sendo o maior de todos a doença e o tratamento.

— Fiquei muito triste, sem esperança nenhuma, não tinha alegria, não tinha nada, só queria morrer. O

início desse tratamento é de muito sofrimento. Me sentia muito mal, fiquei muito triste, muito triste... Sofri muito. Lembro quando me fizeram a fístula, eu sofri um pouco, mas é que eu não aceitava, né? Agora eu entendo que tudo aquilo foi necessário para me manter viva.

Exemplo 8.4

Adesão ao tratamento.

José, 42 anos, realiza hemodiálise desde seus 13 anos. Foi transplantado duas vezes. Na primeira, o doador foi o pai e, na segunda, um doador cadáver. Realiza hemodiálise no Serviço há 1 ano, e relata que:

— Tenho dor, me incomoda a fístula do braço esquerdo. Estava tomando mais medicações e passando por novas adaptações, pois acabei contraindo hepatite C do último transplante. A adesão ao tratamento é necessária, senão você não aguenta. As dificuldades são várias, mas consigo me organizar. Agora preciso me restabelecer, a doutora falou, para depois entrar na fila novamente.

O diagnóstico de uma DRC revela-se como sinônimo de incapacidade, interrompendo trabalhos e/ou a busca para melhorar as condições de vida. Viabilizar a inserção de recursos técnicos mais adequados, que favoreçam especificamente o atendimento a pacientes crônicos, é fator preponderante.

No que se refere aos pacientes que realizam hemodiálise, o modo como a doença se manifesta, sua condição crônica, as mudanças na rotina, tanto do paciente quanto de sua família, e o prolongado e difícil tratamento hemodialítico causam uma série de consequências que por si só já influenciam em seu funcionamento, tornando-a mais suscetível a conflitos e instabilidades. Entre os comprometimentos emocionais do paciente renal crônico, a doença pode atingir a qualidade de vida, a autoestima, as perspectivas de vida e a sobrevida, a sexualidade, a qualidade das relações pessoais e as atividades ocupacionais e/ou profissionais.

A condição crônica de uma doença potencializa riscos em razão da impossibilidade de cura. O profissional deve estar alerta para possíveis consequências e conflitos emocionais que essas doenças provocam (Martins de Barros, 1997), pois, geralmente, predominam sintomas depressivos decorrentes das experiências de perda reais, ideias de morte associadas às dificuldades inerentes à patologia e ao complexo tratamento e estratégias disfuncionais, que podem provocar dependência, passividade, anedonia e, em alguns casos, temores pelas alterações da imagem corporal.

Considerações finais

A DRC tem aumentado significativamente em todo o mundo, causando impactos diretos na rotina do paciente acometido, além de influenciar diretamente sua qualidade de vida, dadas as mudanças inerentes pós-diagnóstico e com o tratamento propriamente dito. De modo geral, os pacientes renais crônicos têm dificuldades em lidar com todas as mudanças ocasionadas pela doença, o que tende a afetar diretamente sua adesão ao tratamento. Assim, torna-se essencial o acompanhamento desses pacientes por um psicólogo, de modo a proporcionar um ambiente acolhedor, bem como mediar a relação entre equipe médica-paciente-família.

Para o alcance dos objetivos, devem ser utilizados como recursos: a técnica de psicoeducação, sobre a doença renal e o tratamento hemodialítico, tanto para o paciente quanto para a família; os exercícios de relaxamento; e a resolução de problemas. Com essas técnicas, os pacientes mostram melhora em sua qualidade de vida, maior independência, melhora na sintomatologia depressiva e no relacionamento com a família e a equipe de tratamento (p. ex., no sentido de conversarem mais durante a sessão de diálise), sem relutar tanto nos casos de troca de profissional para realizar a punção da fístula. Assim, é possível observar a importância da intervenção psicoterapêutica na prevenção e na promoção das alterações emocionais e funcionais decorrentes dos efeitos do tratamento da DRC.

Referências bibliográficas

- Almeida Filho, N.; Rouquayrol, M. Z. Elementos de metodologia epidemiológica. In: Rouquayrol, M. Z.; Almeida Filho, N. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: Medsi; Guanabara Koogan, 2003. p. 149-77.
- Arch, J. J.; Ayers, C. R. Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy *versus* adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. Behaviour Research and Therapy, v. 51, n. 8, p. 434-42, 2013.

- Bastos, D. S.; Scortegagna, S. A.; Baptista, M. N. *et al.* Sintomas depressivos e suporte familiar em indivíduos em hemodiálise. *Revista Teoria e Prática*, v. 18, n. 2, p. 103-116, 2016.
- Beck, J. *Terapia cognitivo comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes clínicas para o cuidado ao paciente com doença renal crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- Campos, C. J. G.; Turato, E. R. Tratamento hemodialítico sob a ótica do doente renal: estudo clínico qualitativo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 5, p. 799-805, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/17.pdf>.
- Colom, F.; Vieta, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26 (supl. 3), p. 47-50, 2004.
- Coutinho, M. P. L.; Costa, F. G. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. *Psicologia & Sociedade*, v. 27, n. 2, p. 449-59, 2015.
- Daugirdas, J. T.; Blake, P. G.; Ing, T. S. *Manual de diálise*. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.
- Dias, D. R.; Shiozawa, P.; Miorim, L. A.; *et al.* Prevalência de sintomas depressivos e ansiosos em pacientes com doença renal crônica em programa de hemodiálise: um estudo transversal. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, v. 60, n. 2, p. 65-71, 2015. Disponível em: http://www.fcmscsp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2015/04-AO83.pdf.
- Farina, M.; Terroso, L. B.; Lopes, R. M. L. *et al.* Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência. *Aletheia*, v. 42, p. 175-85, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n42/n42a15.pdf>.
- Ferreira, R. C.; Silva Filho, C. R. A qualidade de vida de pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 33, n. 2, p. 129-35, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v33n2/a03v33n2.pdf>.
- Figueiredo, A.; Souza, L.; Dell'Áglio, J. C. *et al.* O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 11, n. 1, p. 15-24, 2009.
- Finger, G.; Pasqualotto, F. F.; Marcon, G. *et al.* Sintomas depressivos e suas características em pacientes submetidos a hemodiálise. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, v. 55, n. 4, p. 333-8, 2011.
- Freitas, P. P. W.; Cosmo, M. Atuação do psicólogo em hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 13, n. 1, p. 19-32, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a03.pdf>.
- Knapp, P. *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.
- Macaron, G.; Fahed, M.; Matar, D. *et al.* Anxiety, depression and suicidal ideation in Lebanese patients undergoing hemodialysis. *Community Mental Health Journal*, v. 50, n. 2, p. 235-8, 2014.
- Martins de Barros, T. Psicoterapia de grupo com pacientes em hemodiálise. *Aletheia*, v. 5, p. 60-4, 1997. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-1561>.
- Meireles, V. C.; Goes, H. L. F.; Dias, T. A. Vivência do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico: subsídio para o profissional enfermeiro. *Revista Ciência Cuidado Saúde*, v. 3, n. 2, p. 169-78, 2004.
- Menezes, S. L.; Mello e Souza, M. C. B. Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, v. 46, n. 1, p. 124-31, 2012. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38418>.
- Nifa, S.; Rudnicki, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 13, n. 1, p. 64-75, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a06.pdf>.
- Oliveira, A. P. B.; Schmidt, D. B.; Amatneeks, T. M. *et al.* Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 38, n. 4, p. 411-20, 2016.
- Rudnicki, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. *Contextos Clínicos*, v. 7, n. 1, p. 105-16, 2014.
- Rudnicki, T. Preditores de qualidade de vida em pacientes renais crônicos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, v. 24, n. 3, p. 343-51, 2007.
- Santos, M. S.; Wolfart, A.; Jornada, L. Prevalência de transtornos depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica participantes de programa de hemodiálise em uma clínica do sul de Santa Catarina. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, v. 40, n. 2, p. 84-88, 2011. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/868.pdf>.
- Santos, P. R. Depression and quality of life of hemodialysis patients living in a poor region of Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 33, n. 4, p. 332-7, 2011.
- Schuster, J. T.; Feldens, V. P.; Iser, B. P. M. *et al.* Avaliação de sintomas depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em Tubarão – Santa Catarina – Brasil. *Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul*, v. 59, n. 1, p. 15-9, 2015. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/59-01/03_1457_Revista%20AMRIGS.pdf.

- Seidl, E. M. F.; Tróccoli, B. T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 22, n. 3, p. 317-26, 2006.
- Sesso, R. C.; Lopes, A. A.; Thomé, F. S. et al. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2014. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.
- Silva, C. J.; Serra, A. M. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26 (Supl. I), p. 33-39, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a09v26s1.pdf>.
- Silva, S. M.; Braidó, N. F.; Ottaviani, A. C. et al. Social support of adults and elderly with chronic kidney disease on dialysis. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 24 (e2752), p. 1-7, 2016.
- Stasiak, C. E. S.; Bazan, K. S.; Kuss, R. S. et al. Prevalence of anxiety and depression and its comorbidities in patients with chronic kidney disease on hemodialysis and peritoneal dialysis. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, v. 36, n. 3, p. 325-31, 2014.

9

Enfermaria de Obstetrícia

Valéria Batista Menezes Agostinho dos Santos •
Luana Maria de Oliveira

Introdução

Para iniciar a exposição sobre a atuação da Psicologia em uma enfermaria de obstetrícia vale pontuar o caminho dessa profissão na área da saúde. A Psicologia da Saúde pode ser definida como

[...] um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais, específicas da Psicologia à promoção e à manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento das doenças, à identificação da etiologia e ao diagnóstico relacionado à saúde, à doença e às disfunções relacionadas, e a análise do desenvolvimento do sistema de atenção à saúde e formação de políticas de saúde (Matarazzo, 1980).

Essa especialidade, que trabalha com as influências psicológicas no processo de saúde/doença, passou a ser estudada de maneira mais estruturada a partir da década de 1940, com a Medicina Psicossomática, considerando a multifatorialidade do adoecimento. Já na década de 1970, com as reformulações do modelo biomédico e a visão biopsicossocial do paciente, a Psicologia da Saúde ganhou maior visibilidade. Têm-se como marcos o grupo de trabalho na área da saúde criado pela American Psychological Association (APA), em 1970, e a Divisão de Psicologia da Saúde criada pela APA em 1978 – divisão 38 (Almeida e Malagris, 2011).

Uma das áreas de atuação da Psicologia da Saúde é a Psicologia Hospitalar, estando o profissional presente na atenção secundária e terciária de saúde. O início da atuação do psicólogo em âmbito hospitalar no Brasil, segundo a literatura especializada, deu-se na década de 1950 com Matilde Neder. A partir da lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1980, além do olhar para a integralidade, trabalho multidisciplinar, humanização e visão biopsicossocial do indivíduo, houve também maior inserção dos psicólogos na área da saúde. Entretanto, a Psicologia Hospitalar foi instituída como especialidade para o Conselho Federal de Psicologia somente no ano 2000 (Melo, 2015).

As tarefas básicas do psicólogo que trabalha em um hospital podem ser:

- Coordenar atividades com funcionários do hospital
- Ajudar na adaptação e recuperação do paciente internado
- Atuar com interconsulta, auxiliando os demais profissionais ao discutir os casos
- Função de enlace, no trabalho com outros profissionais, para modificar comportamentos inadequados ou acrescentar comportamentos adequados com os pacientes
- Atuar diretamente com o paciente, a família e os profissionais da instituição (Rodriguez-Marín, 2003, *apud* Castro e Bornholdt, 2004).

Em todas as especialidades da área da saúde, tem sido cada vez mais aceita e requisitada a equipe multiprofissional com uma atuação ampliada e em rede (Reis e Faro, 2016). Na Enfermaria de Obstetrícia, por exemplo, são vários os profissionais que contribuem para um atendimento à mulher em seu período de gestação, parto e puerpério: obstetras, pediatras, psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos. Portanto, além de conhecimentos aprofundados em sua especialidade, todos os profissionais que atuam no sistema de saúde devem aprender a trabalhar em equipe multiprofissional, reconhecendo o papel dos demais profissionais.

Tendo em vista a relevância do atendimento integral, é essencial cuidar da mulher como um todo, não apenas de suas queixas físicas ou emocionais, pois todos os aspectos do ciclo gravídico-puerperal e da vida da paciente estarão presentes no momento da internação para resolução do parto (Sarmiento e Setúbal, 2003).

Se o psicólogo, por exemplo, compreender e explicar todos os sintomas aparentes de uma gestante ou puérpera somente pelo olhar psicológico, estará cometendo um grande erro, já que a grávida apresenta outras alterações importantes, como hormonais, físicas e também sociais e profissionais. Assim, podem existir outras variáveis interferindo nesses períodos que não sejam apenas psicológicas (Sarmiento e Setúbal, 2003).

É sabido que os aspectos emocionais são alterados em decorrência das mudanças hormonais e, consequentemente, influenciam na adaptação da mulher nesse período, modificando sua relação com o meio. O psicólogo pode atuar prevenindo alterações psiquiátricas e auxiliando na percepção e aceitação das mudanças físicas e de papéis sociais no puerpério, além de intervir com toda a equipe depositando um olhar integral à mulher, não somente em seu papel como mãe (Almeida e Malagris, 2011).

O psicólogo que atua em Obstetrícia precisa ter conhecimentos sobre as patologias obstétricas, possíveis intercorrências, e noções de fisiologia e medicina fetal. Além disso, precisa estar capacitado quanto aos conhecimentos sobre o ciclo gravídico puerperal, psicodinâmica desse período e psicopatologias características da fase. Com esses conhecimentos, o psicólogo atua de maneira interdisciplinar (Bortoletti e Silva, 2007).

A seguir, serão expostos os períodos do ciclo gravídico-puerperal, destacando-se as atuações possíveis do profissional da Psicologia. Os casos e atuações expostos estão relacionados com a atuação do profissional em equipe multiprofissional, durante especialização em um programa de residência multiprofissional em saúde da mulher, em um hospital-escola do interior do estado de São Paulo.

Gravidez

Antes de se discutir gravidez, é relevante discorrer sobre planejamento familiar, já que esta deveria ser uma etapa anterior à gravidez. Planejamento familiar nada mais é do que um processo de discussão saudável entre o casal, realizando uma programação da quantidade de filhos que desejam ter e o momento apropriado, levando em conta as condições sociais, econômicas e psicológicas. Sabendo dos impactos psicossociais e econômicos de uma gestação, o planejamento familiar é um dos principais focos de atenção dos Programas de Saúde da Família (PSF) na rede pública (Pierre e Clapis, 2010).

O planejamento familiar é importante tanto para os casais que desejam ter filhos como para aqueles que não desejam e para os que apresentam dificuldades de engravidar, pois poderão realizar acompanhamentos adequados às suas dificuldades. É um direito de todos, regulamentados pela Lei n. 9.263 de 1996 sobre planejamento familiar, que prevê como dever do estado ofertar profissionais capacitados para atuação com as famílias; oferta de programas de educação em saúde para conscientização; e promoção de autonomia para que homens e mulheres decidam pelos métodos contraceptivos e tenham acesso a informações sobre saúde sexual e controle de fecundidade (Pierre e Clapis, 2010).

A gravidez é um período de alterações físicas e psicológicas comum às mulheres, porém é vivenciado de maneira particular, de acordo com inúmeras variáveis, como a relação com o parceiro, o planejamento ou falta dele para engravidar, o momento de vida em que se engravidou (carreira, estudos), o contexto familiar que se vive e o apoio recebido (Bortoletti, 2007).

Segundo Bortoletti (2007), a gestação é um período de ambivalências afetivas, pois ganha-se e perde-se ao mesmo tempo e, com isso, a incerteza pode permear a vida da mulher. Incertezas abrangem o sexo do bebê, como ela própria ficará fisicamente durante a gestação, como o bebê se desenvolverá em seu útero; incerteza sobre o momento do parto, sobre como será no papel de mãe, entre outras.

Maldonado (1986) define a gravidez como um dos pontos críticos para o desenvolvimento da personalidade da mulher, assim como a adolescência e o climatério, podendo ser compreendida como uma situação de crise, a qual requer reorganização psíquica e social. Entre as reorganizações necessárias, podem-se destacar:

- A definição de um novo papel, quando primípara, pois deixa de ser só mulher e filha para assumir também um papel de mãe; e, quando múltípara, de assumir mais de um filho
- A adequação de fatores socioeconômicos, já que a mulher é tão responsável pelo orçamento familiar quanto o marido
- No casamento, podendo levar a níveis de integração ou rompimento de relacionamentos frágeis
- O amadurecimento pessoal, estabelecendo uma relação saudável com seu bebê, percebendo-o como um indivíduo separado e não como a solução de suas dificuldades.

Historicamente, a mulher conquistou prestígio social e papel relevante nas famílias ao alcançar a maternidade. A gestação

passou a ser entendida como um momento natural da vida da mulher e diretamente associada à sua feminilidade, além disso, ser mãe era visto como o ponto máximo de plenitude e realização feminina (Leite e Frota, 2014).

Com o desenvolvimento tecnológico e as mudanças na sociedade, as mulheres começaram a ocupar o mercado de trabalho, assumir novos desafios e se destacar em outras áreas, porém, ainda assim ser mãe representa um aspecto do feminino, pois a mulher é a única capaz de gerar, e a gravidez continua sendo muito idealizada pela sociedade (Leite e Frota, 2014).

Nesse sentido, a maternidade, antes tida como um momento natural e esperado na vida da mulher, passa a ser vista de maneira mais complexa. A mulher tem buscado, primeiro, sua realização profissional, depois, um companheiro adequado, bem como uma liberdade pessoal para pensar sobre querer ou não ser mãe e na possibilidade de adiar a maternidade. A escolha por não ser mãe ainda tem provocado um olhar negativo da sociedade para a mulher, que a julga como inferior por não ter filho, sem mencionar as cobranças vindas da própria família (Barbosa e Rocha-Coutinho, 2007).

Em relação ao contexto biológico, o início da gravidez é contado, por tradição, a partir da última menstruação, por não se saber exatamente o dia da fecundação (Maldonado, 1986). A duração da gravidez pode ser expressa em aproximadamente 9 meses, 266 dias ou até 40 semanas. O recém-nascido (RN) com idade gestacional de 22 a 37 semanas é considerado pré-termo; de 38 a 40 semanas, termo; e após 41 semanas, pós-termo. A fase gestacional passa por três períodos distintos, como apontado por Cernach (2007):

- Pré-embriônico: três primeiras semanas do desenvolvimento. Período em que ocorrem as divisões celulares, transporte do conceito das tubas para a cavidade uterina. Na 3ª semana, inicia-se o processo de formação do tubo neural (início do sistema nervoso central, medula espinal e encéfalo)
- Embrionário: da 3ª até a 8ª semana ocorre o desenvolvimento dos órgãos principais e sistemas corporais, respiratório, alimentar e nervoso, além da formação dos olhos, orelhas, delimitação dos dedos e início da diferenciação dos genitais. É um período crítico, em que o embrião é muito vulnerável às influências do ambiente pré-natal; portanto, como está em desenvolvimento, tem uma maior probabilidade de ser afetado por agentes teratogênicos, podendo refletir em perdas gestacionais, malformações e alterações funcionais. Embriões com deformidades geralmente não se mantêm além do 1º trimestre, quando ocorrem os abortos espontâneos, tendo 50 a 70% deles relação com anomalias cromossômicas
- Fetal: da 9ª semana ao nascimento. Nesse período, ocorre apenas o crescimento, e não mais a formação de novos órgãos, que se tornam mais complexos. Os meninos desenvolvem-se mais lentamente do que as meninas, e têm maior vulnerabilidade para sobreviver, apresentando maior probabilidade de abortos e partos de natimortos; essa vulnerabilidade continua também após o nascimento.

Para o psicólogo, é importante conhecer esses estágios a fim de intervir e orientar adequadamente a gestante em cada fase, já que cada período tem características diferentes e riscos específicos. Além do desenvolvimento do conceito, a mulher também passa por alterações físicas, hormonais e emocionais relevantes. A mulher se preocupa com o próprio corpo durante todo o período gestacional, sobretudo em relação à sexualidade, pois o corpo se modifica constantemente e ela tem medo de as mudanças serem irreversíveis (Maldonado, 1986).

Segundo Maldonado (1986), é possível caracterizar os aspectos psicológicos em cada trimestre da gravidez, porém essa divisão tem como objetivo uma apresentação simplesmente sistemática e didática. Mesmo que cada mulher vivencie a gestação de maneira única e singular, dependendo do contexto em que ocorre a gestação, muitos aspectos são comumente notados entre as gestantes. Basicamente, de acordo com Maldonado, tem-se:

- 1º trimestre: ocorrem náuseas matinais, vômitos; retenção de líquido com possibilidade de inchaços e edemas; aumento da barriga e das mamas; aumento de sono; variação de humor; aumento do apetite; desejo de comer algo diferente (por crendices, como uma forma de receber atenção especial e/ou deficiência nutritiva); possibilidade de aborto espontâneo; maior labilidade emotiva (o que é muitas vezes reforçado socialmente), irritabilidade. Do ponto de vista psicológico, a relação mãe-bebê e os sentimentos de ambivalência iniciam-se a partir da percepção de estar grávida. Com as alterações corporais iniciais, a ambivalência se caracteriza pela dúvida de estar ou não grávida, mesmo após confirmação por meio de exames. Os sentimentos mais frequentes são de alegria, apreensão, rejeição e fantasias de aborto
- 2º trimestre: é o período mais estável emocionalmente; ocorre o aumento visível do ventre; diminuição do mal-estar e das náuseas; aumento do volume circundante, possibilitando o aparecimento de estrias, manchas no rosto e mamas, além de linha escura no ventre; percepção dos primeiros movimentos fetais (realidade concreta e interpretação dos movimentos), assegurando à mãe que tudo está indo bem; participação do genitor, podendo sentir a criança ao colocar a mão na barriga da gestante; aumento exagerado do apetite; aumento mais rápido de peso; micção mais frequente; diminuição do desejo e desempenho sexual (sente-se feia e sem atrativos sexuais, ou tem sentimentos de ciúmes e medo de ser traída)

- 3º trimestre: o nível de ansiedade tende a aumentar em razão da proximidade do parto; aumento da atividade contrátil do útero; ocorrência de problemas odontológicos (em decorrência da necessidade de cálcio pelo feto); eventual vazamento de colostro; dificuldades digestivas; sensação de pressão nos órgãos abdominais e de peso no baixo-ventre; alteração na postura e no andar, devido ao peso no baixo-ventre; dias mais cansativos e sentimentos ambíguos, por exemplo, vontade de ter o filho *versus* adiar as novas adaptações, medo de morrer no parto, de ter os órgãos genitais dilacerados, de ter um filho malformado, medo de ter pouco leite e da alteração da rotina.

Sabendo das alterações vivenciadas pelas mulheres durante o período gestacional, é importante que os profissionais fiquem atentos para as questões psiquiátricas presentes durante a gestação. Desde 2012, o manual do Ministério da Saúde apresenta prevalência de 29% de casos de transtornos psiquiátricos durante a gestação, dos quais somente 5 a 14% são notificados. Entre os quadros mais típicos estão: transtorno de humor, transtornos psicóticos, quadros de ansiedade, transtornos alimentares e uso abusivo de álcool e outras drogas (Brasil, 2012).

Como apontam Thiengo *et al.* (2012), no tocante ao estudo realizado quanto à avaliação da relação entre apoio social percebido e prevalência de depressão em gestantes, o predomínio de depressão foi de 18%. Variáveis como estar solteira e desempregada, ser tabagista e ter histórico de depressão anterior aumentaram as probabilidades desse quadro gestacional.

Kassada *et al.* (2015) discutem em seu trabalho, cujo objetivo era identificar a prevalência de transtornos mentais em gestantes e fatores associados, o fato de que 12,94% das gestantes entrevistadas apresentavam transtornos mentais durante a gestação, das quais a maioria referiu a depressão como diagnóstico. Os fatores sociodemográficos e de saúde associados foram: idade (prevalência nas pacientes de 19 a 30 anos); situação conjugal (pacientes sem companheiro apresentam maior índice de depressão); cor de pele (prevalência em pacientes da cor branca); estar no 1º e 2º trimestres de gestação; além de existência de doença crônica e internações durante a gestação. Referem, portanto, que as gestantes rastreadas e diagnosticadas com transtornos mentais, na atenção primária, precisam receber avaliação psiquiátrica, acompanhamento psicológico e assistência em pré-natal de alto risco para cuidado integral, além da prevenção de maiores danos físicos e emocionais para mãe e bebê.

Já o estudo de Moura *et al.* (2015), cujo objetivo foi verificar a existência de quadros depressivos em gestantes nas últimas semanas, apresentam como resultados que 17% das gestantes manifestavam sintomas indicativos de depressão e 7% de comportamentos indicativos de disforia. Os fatores de risco encontrados para os sintomas depressivos foram: idade acima que 35 anos, não ter um companheiro, renda familiar baixa, ser negra e estar empregada.

Assim, de acordo com os apontamentos anteriores, mostra-se necessário estar atento às possibilidades e variáveis das manifestações de quadros psiquiátricos ao longo da gestação e avaliar se o autocuidado e o cuidado com a gestação são prejudicados por esses quadros. Os principais sintomas depressivos encontrados em gestantes não diferem dos sintomas encontrados em mulheres não grávidas, sendo eles: anedonia, alterações no sono (insônia ou hipersonia), alterações no apetite, diminuição da libido, irritabilidade, alentecimento psicomotor, ideias de culpa até ideações suicidas. Diante de uma gestação, é importante ressaltar a necessidade de uma avaliação para discriminação entre sintomas depressivos e típicos do período gestacional, como alteração do sono, do apetite e da libido e cansaço excessivo (Brasil, 2012).

A avaliação psicológica durante o pré-natal pode auxiliar na detecção de depressão ao longo do período gestacional e na prevenção de depressão pós-parto. Durante o atendimento psicológico, é preciso investigar situações de risco e proteção para a depressão, com base em entrevistas que levantem dados como informações sociodemográficas, história da gestação, histórico de gestações anteriores, presença de rede de apoio. Além da avaliação utilizando a entrevista, pode ser aplicado um inventário, como o Inventário Beck de Depressão (BDI). As alternativas desse questionário avaliam como a paciente tem se sentido e mensuram a depressão nos níveis: mínimo, leve, moderado ou grave (Arrais *et al.*, 2014).

Para a avaliação da depressão em gestantes, não há um instrumento específico e validado, sendo utilizadas, na maioria das situações, escalas como a BDI e a Center for Epidemiologic Study Depression Scale. Por não serem escalas específicas para a depressão no período gestacional, algumas questões abordadas, como alteração do sono e apetite, podem ser confundidas com sintomas comuns na gestação (Correia, 2012). É importante salientar que, de acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o BDI-II é favorável para aplicação na população brasileira.

Portanto, é de grande importância durante o período gestacional a realização do pré-natal, pois trata-se de um modo de prevenção de problemas gestacionais e de controle para o desenvolvimento de problemas psicológicos, já que muitos fatores de risco para a mãe e para o conceito podem ser identificados e conduzidos positivamente por meio de intervenções eficazes.

Apesar da relevância dos aspectos psicológicos durante o período gestacional, no atendimento às mulheres em pré-natal, não é comum a presença do psicólogo, o que evidencia o modelo tradicional e biomédico da assistência. A partir da prática profissional em hospital geral, é possível observar que, em alguns serviços de saúde especializados em gestações de alto risco, o

atendimento às mulheres tem sido ampliado, contando com uma equipe multiprofissional (Arrais e Araujo, 2016).

Com esse propósito, estudos recentes, como os de Arrais e Araújo (2016) e de Arrais *et al.* (2014), expõem a prática do profissional em um programa de pré-natal psicológico (PNP) iniciado em Brasília, em 2006, que visa ao atendimento integral à gestante. No PNP, trabalham-se aspectos psicoeducativos e é oferecido suporte emocional para o momento da gestação, para o parto e o pós-parto. O objetivo do PNP é proporcionar conhecimento sobre os direitos e empoderamento das gestantes, além de facilitar a avaliação de sintomas de ansiedade e depressão durante o período gravídico-puerperal.

Gestação de alto risco

Alguns fatores podem contribuir para que uma gestação se torne de alto risco, associados a questões multifatoriais (orgânicas, psicológicas, sociais, culturais e econômicas), podendo ser controlados ou não por fatores externos, como será visto adiante. A gestação é considerada de alto risco quando há doença materna ou fator sociobiológico que possa prejudicar a evolução da gestação, causando risco para a mãe e/ou para o bebê. Alguns dos fatores que podem atribuir risco para a gestação estão ligados a características individuais, sociodemográficas, eventos reprodutivos anteriores, condições clínicas preexistentes, exposição a fatores teratogênicos e intercorrências clínicas. Por exemplo: idade materna acima de 35 anos ou inferior a 15 anos, conflitos familiares, baixa escolaridade, dependência de drogas lícitas e ilícitas, riscos ocupacionais, abortos de repetição, parto prematuro anterior, infertilidade, intervalo interpartal menor que 2 anos e maior que 5 anos, nuliparidade, grande multiparidade, síndrome hipertensiva, diabetes gestacional, cardiopatias, doenças infecciosas, doenças autoimunes, neoplasias, endocrinopatias, trabalho de parto prematuro, gravidez prolongada, entre outras (Brasil, 2012).

Estima-se que cerca de 15% das gestações no Brasil são de alto risco, ocasionadas principalmente pelo diagnóstico de hipertensão (doença crônica ou específica da gestação) e diabetes gestacional. Ao identificar-se uma gestante de alto risco, ela deve seguir acompanhamento especializado, recebendo apoio obstétrico, emocional e socioeconômico. O objetivo de um pré-natal de alto risco é reduzir as complicações das gestações, alterando seu curso quando necessário (Langaro e Santos, 2014).

As gestantes, na grande maioria, não têm conhecimento a respeito de suas doenças, sejam específicas da gestação ou intercorrências que as tornam gestantes de alto risco.

Segundo Zanoteli *et al.* (2013), as intercorrências da gestação incluem situações vivenciadas nesse período, como doenças infectocontagiosas ou doenças clínicas diagnosticadas na gestação (cardiopatias, endocrinopatias, entre outras). As intercorrências podem ser causas indiretas de morte ou de adoecimento materno, resultantes de doenças anteriores à gestação ou que se desenvolvem nesse período, agravadas pelas alterações fisiológicas vivenciadas na gestação.

As intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes são descritas a seguir.

Trabalho de parto prematuro (TPP). As pacientes começam a apresentar contrações uterinas antes do tempo. O TPP é responsável por 75% dos nascimentos pré-termo (antes da 37ª semana de gestação). A etiologia do TPP é multifatorial e, em alguns casos, desconhecida (Bittar e Zugaib 2009). Entretanto, alguns fatores são considerados predisponentes da prematuridade, como gemelidade, hidrâmnios (crescimento rápido e excessivo do líquido amniótico), infecção urinária, tumores uterinos, sangramento no 2º trimestre, insuficiência do istmocervical, idade materna e condições psicossociais (tabagismo, uso de drogas). Nesses casos, há a necessidade de internação para que sejam tomadas as medidas necessárias para a inibição do parto. A inibição geralmente adia o parto por poucos dias, pois se sabe que as causas do TPP persistem na maioria das vezes (Brasil, 2012).

Doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG). Caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão arterial, edema e proteinúria após a 20ª semana de gestação. Pode apresentar-se tanto de maneira leve quanto por quadros graves que podem levar a óbito. Atualmente, é a principal causa de morte materna. Quando a hipertensão arterial é detectada antes da 20ª semana de gestação, mantendo-se após 12ª semana do puerpério, é considerada como um diagnóstico de hipertensão crônica. As subclassificações da DHEG são: pré-eclâmpsia leve e grave, classificadas com base no valor da pressão arterial, associadas com sintomas clínicos como cefaleia e visão turva; eclâmpsia, quando as pacientes com pré-eclâmpsia apresentam convulsões, podendo ocorrer na gestação, durante o parto e nos primeiros 10 dias do puerpério; síndrome Hellp é a apresentação mais grave da doença e pode ocasionar disfunção na coagulação, insuficiência hepática e renal. Responsável por partos prematuros e mortalidade materna e fetal. Em alguns casos, é preciso estabilizar o quadro da paciente e realizar o parto prematuramente (Sass, 2007).

Diabetes melito gestacional (DMG). Desenvolve-se durante a gravidez, caracterizada pela descompensação dos níveis glicêmicos da gestante. Os sintomas da hiperglicemia são: perda de peso, infecções e disfunção de células dos vasos sanguíneos. As consequências para a mulher estão relacionadas com disfunção ou falência de órgãos e maior prevalência de pré-eclâmpsia.

Já para o feto está relacionado com restrição de crescimento ou macrosomia (bebês que nascem grandes para a idade gestacional), anomalias congênitas, principalmente problemas cardíacos, até abortamento. O pré-natal é crucial para a detecção e tratamento do DMG, evitando que as consequências futuras sejam tão negativas. Alguns dos principais fatores de risco para DMG são: obesidade, histórico de diabetes na família (1º grau), idade superior a 35 anos, hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia (Brasil, 2010).

Amniorrexe prematura (AP)/ruptura prematura de membranas ovulares (RPMO). É a ruptura da membrana amniótica, quando o colo ainda está imaturo, antes do início do trabalho de parto. É uma importante causa de partos prematuros e aumento do risco de infecções. A intercorrência é detectada pela grande perda de líquido. Nos casos de gestação pré-termo e termo, a conduta é a internação para acompanhamento médico. Não há uma causa específica para esse tipo de intercorrência (Brasil, 2010).

Óbito fetal (OF). A morte fetal pode ocorrer durante a gravidez, no momento do parto ou logo após o nascimento. Os fatores são inúmeros, e cada caso irá requerer conhecimentos específicos sobre as causas. É válido diferenciar o OF do aborto. O aborto é a interrupção da gravidez antes do período de viabilidade fetal, ou seja, feto com peso inferior a 500 g e idade gestacional inferior a 22 semanas (Correia, 1977).

O aborto é a intercorrência obstétrica mais comum, cerca de 15 a 20% das gestações evoluem para abortamento espontâneo, principalmente nos primeiros 3 meses. A maioria dos óbitos fetais ocorre antes da 28ª semana de gestação e as causas são variadas, como malformações, infecções congênitas, problemas placentários e doenças maternas (Carvalho e Meyer, 2007).

Quando é dado o diagnóstico de óbito fetal (após a 22ª semana da gestação), a gestante pode experimentar um misto de revolta, inconformismo e tristeza. Muitas são as fantasias que surgem nesse momento em relação ao bebê e a ela própria, enquanto mãe, principalmente com sentimento de culpa por acreditar que tenha feito algo que levou à complicação. Também podem surgir sentimentos de falha, por pensar que não consegue gerar bebês saudáveis (Correia, 1977).

Nesses casos, as atitudes terapêuticas aceitas por muitos profissionais da saúde são a abordagem empática durante a transmissão de informações sobre as possíveis causas e procedimentos realizados; esclarecer dúvidas, estimular a expressão de sentimentos (mesmo os negativos); incentivar o contato com a realidade e com o feto, se for vontade dos pais; facilitar a presença de uma pessoa significativa e da confiança da paciente durante o diagnóstico, parto e recuperação; durante o trabalho de parto, deve-se garantir também o conforto físico da paciente; e incentivar a participação nos rituais de despedida (Bartilotti, 2007).

Em razão de algumas das intercorrências do período gestacional, fica evidente a importância de uma equipe multiprofissional tanto no momento da internação (comum ante as intercorrências) quanto no pré-natal, trabalhando de maneira curativa e preventiva. A mulher precisa ser atendida em seus aspectos físicos, biológicos, emocionais e sociais.

Com relação aos transtornos depressivos em gestações de alto risco, o estudo de Baptista e Baptista (2005) avaliou gestantes de alto risco em momentos distintos evidenciando que 50% das gestantes que apresentaram depressão durante a gestação manifestaram os sintomas no puerpério. O estudo de revisão bibliográfica de Borges *et al.* (2011) aponta a gestação de alto risco como um fator de risco para a depressão na gestação.

Zeoti (2011) verificou as possíveis diferenças entre comportamentos de apego nas mulheres com gestação de alto e baixo risco. Os resultados mostraram que os riscos vivenciados não prejudicaram o apego entre mãe e bebê. O estudo conclui ainda que a gravidade da gestação elevou a ansiedade e a depressão, sem prejudicar o apego.

Enfim, o psicólogo que trabalha com gestante de alto risco deve manter-se atento às várias condições de risco associadas a essas mulheres, pois poderá atuar de maneira preventiva para diminuir os riscos gestacionais.

Parto

O momento do parto causa muita angústia, medo e ansiedade durante toda a gestação. O parto pode ser traumatizante para a mulher e para o bebê, tanto do ponto de vista clínico quanto do psicológico. Para evitar complicações nesse momento, é importante que o cuidado e a preparação da mulher sejam iniciados no pré-natal, trabalhando com educação em saúde (Silva, 2013).

Silva (2013) destaca o método psicoprofilático desenvolvido pelo Dr. Lamase, após a Segunda Guerra Mundial, que inclui:

- Informações cognitivas sobre as alterações corporais durante a gestação e o parto, com o objetivo de esclarecer dúvidas e tornar mais conhecidas as alterações que ocorrerão durante o nascimento, diminuindo, assim, a ansiedade
- Aprendizagem de exercícios físicos para melhora da postura da gestante e fortalecimento das musculaturas, que facilitam a saída do bebê no momento do parto

- Aprendizagem de exercícios de relaxamento, que atuam no relaxamento muscular e psicológico.

Percebe-se, então, que a psicoprofilaxia atua no controle da dor com base em informações e educação em saúde. Controlando em grande parte a dor, a mulher poderá vivenciar seu parto de modo mais ativo e favorável, podendo amenizar sentimentos e pensamentos próprios, que podem desencadear transtornos emocionais, dependendo da intensidade em que são sentidos e compreendidos, por exemplo, medo de sentir dor, medo de perder o controle, do temor da morte dela própria e/ou do bebê e do parto traumatizante (Soifer, 1992).

Maldonado (1986) descreve intervenções psicológicas eficazes para o controle da ansiedade no momento do parto, como a dessensibilização sistemática e a psicoterapia breve. A dessensibilização consiste em um método para reduzir o medo e a ansiedade. Eventos previamente “neutros” que ocorreram com eventos aversivos provocam emoções. Como consequência, no momento do parto, é possível dessensibilizar a associação entre contração uterina e dor, associando as contrações a relaxamento e respiração adequada. Já a psicoterapia breve, como técnica de atendimento psicológico, consiste em atendimentos breves com objetivos determinados. Durante o atendimento de preparação das gestantes para o momento do parto, é permitido que elas reconheçam suas emoções e aprendam técnicas para seu enfrentamento.

Ainda, como modo de auxiliar a mulher durante o parto, pode haver a presença de uma *doula*. Trata-se de uma acompanhante qualificada (com curso de formação para atuar com as mulheres durante o período gravídico-puerperal) que apoia a gestante durante e após o trabalho de parto, fazendo-a se sentir mais amparada no parto e nascimento da criança (Klaus e Kennell, 1993).

Para dar uma boa assistência psicológica às gestantes no momento mais próximo do parto, é importante ter conhecimento de alguns fatores biológicos para uma orientação adequada para discriminar o que são dados reais dos dados referentes às crenças e às experiências de outras pessoas.

Observa-se que há muitas dúvidas relacionadas com os sinais e sintomas que indicam o nascimento da criança. Para o parto normal, o trabalho é dividido em três períodos:

- Primeiro: caracteriza-se pelo início das contrações uterinas com intervalos de 10 a 30 min, evoluindo posteriormente de maneira mais frequente (2 a 3 min), além da dilatação do colo uterino em 3 a 4 cm e perda do tampão mucoso (Brasil, 2017)
- Segundo: apresenta a dilatação total do colo uterino com posterior coroamento do bebê, com contrações de expulsão do feto
- Terceiro: é o momento desde o nascimento do bebê até a expulsão da placenta e membranas (Brasil, 2017).

Diante da experiência com gestantes em trabalho de parto, vale ressaltar que a evolução é variável em tempo e intensidade para cada mulher.

Sarmiento e Setúbal (2003), considerando o impacto emocional do parto, a sensação de vulnerabilidade vivenciada pela mulher e os medos presentes no momento (morte, dilaceração, não conseguir dar à luz), abordam pontos importantes a serem trabalhados com as pacientes, como:

- História de vida da paciente e preparo recebido durante o pré-natal
- Orientação sobre técnicas de controle da dor
- Explicação sobre as possibilidades de analgesia
- Escuta de seus pensamentos sobre o parto e apontamento de quais são reais e quais são imaginários
- Descrição do ambiente físico do centro obstétrico
- Orientação e acolhimento do acompanhante que assistirá o parto.

Os autores ainda discutem não valorizar um único tipo de parto, pois a paciente pode se frustrar com a impossibilidade do parto idealizado por questões de riscos para mãe e bebê, avaliados pela equipe médica.

A seguir, são pontuados os tipos de partos mais comuns:

- Normal: ocorre por via vaginal, pela qual o bebê é expulso por movimentos ocasionados pelas contrações e força realizada pela mãe. Em alguns casos, é realizado um corte na região perineal (episiotomia), que facilita a saída do feto e evita a dilaceração na mulher. Nesse tipo de parto, a puérpera apresenta uma recuperação e retomada de suas atividades precocemente (Camano *et al.*, 2007)
- Fórceps: tem a finalidade de extrair o polo cefálico fetal com auxílio do fórceps, uma pinça; serve para o alívio materno-fetal e para abreviar o período expulsivo, ocorrendo via vaginal. A puérpera apresenta uma recuperação e retomada de suas atividades precocemente. O uso do fórceps é indicado nos casos de exaustão materna, resistência perineal, intercorrências clínicas, sofrimento fetal, entre outras (Camano *et al.*, 2007)

- Cesáreo: é uma opção cirúrgica em que o feto é retirado por meio de uma incisão nas paredes abdominais e uterina com a utilização de anestesia (Souza *et al.*, 2007).

Sabe-se que o Brasil é recordista em número de partos cesáreos, tendo 75% de incidência, e, embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomende que esse número não deva passar de 15%, as indicações do parto cesáreo vêm aumentando. Os principais motivos são a desproporção feto-pélvica, o sofrimento fetal, as síndromes hemorrágicas, a gemelaridade e as doenças maternas (Souza *et al.*, 2007).

Tendo em vista o grande número de partos cesáreos sem justificativas que apontem para a segurança e a saúde da mulher, discute-se muito a humanização do parto em concordância com a Política de Humanização do SUS. Atualmente, há predominância do modelo biomédico, em que o parto é tido como uma patologia e incentiva-se o uso de grandes quantidades de medicações e tecnologias durante o processo, em detrimento de uma maior participação da mãe e familiares nas decisões e no momento do parto. Com a visão de humanização na prática obstétrica, no entanto, discute-se a participação da mãe como agente principal das decisões, ou seja, seu protagonismo durante o parto e conhecimento quanto aos seus direitos nesse momento, quanto às formas não farmacológicas para alívio da dor, participação da equipe multiprofissional e contato imediato entre mãe e bebê após o nascimento (Andrade e Lima, 2014).

Assim, é importante compreender que cada tipo de parto tem sua finalidade e deve ser avaliado qual o ideal para cada situação, para maior benefício para mãe e bebê. É fundamental que durante o pré-natal sejam discutidos os tipos possíveis de parto para cada caso, e que sejam ouvidos os desejos e “imaginações” das gestantes, construindo a realidade do parto ideal possível no contexto de cada mulher. Independentemente do tipo de parto, este precisa ser humanizado, respeitando mãe e bebê durante todo o processo.

Puerpério

O período do puerpério tem duração de 6 a 8 semanas após o parto, com início a partir da retirada da placenta até o momento em que o organismo da mulher retorna às condições anteriores ao parto. Nesse período, são evidenciadas alterações internas e externas, mudanças biológicas e psíquicas. No puerpério, a mulher precisa continuar recebendo cuidados de maneira humanizada e integral (Brasil, 2006).

Como será apontado posteriormente, as mulheres no puerpério ficam internadas em uma enfermaria de alojamento conjunto. Após realização dos primeiros cuidados ao RN no centro obstétrico e a recuperação inicial da mãe, ambos são encaminhados para a enfermaria e continuam recebendo cuidados médicos: a mãe é assistida pela equipe da Obstetrícia e o bebê, pela equipe da Pediatria. Em situações de necessidade de internação do RN em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, mãe e bebê ficarão separados durante a internação.

Nota-se, assim, que o atendimento psicológico nesse período é importante para avaliar a rede de apoio social recebida pela paciente para sua reorganização psíquica diante do nascimento do filho, bem como avaliar a vinculação com o RN, acolher as demandas emocionais referentes aos anseios diante da maternidade e dificuldades de adaptação ao papel de mãe, além de questões relacionadas com amamentação e cuidados com a higiene do bebê. É importante também a avaliação no sentido de detecção de alterações psíquicas para intervenção breve e realização de encaminhamentos após a alta, a fim de prevenir complicações psicopatológicas para a puérpera.

Para Rosenberg (2007), quando se refere aos transtornos psiquiátricos no pós-parto, encontram-se na literatura três tipos mais frequentes: o *baby blues*, a depressão pós-parto e a psicose puerperal. As causas podem estar relacionadas com as alterações fisiológicas, psicológicas e socioculturais presentes no período gravídico-puerperal. Nesse sentido, é de grande relevância que o psicólogo que trabalha com essa população conheça bem esses transtornos para conduzir melhor as orientações, tendo em vista, sobretudo, que toda tristeza que a mulher sente no pós-parto é chamada, popularmente, de depressão. Como se vê, no entanto, existem critérios diferentes para classificar o tipo de transtorno puerperal.

Baby blues. Transtorno de labilidade emocional transitório, atinge cerca de 50 a 70% das pacientes. Ocorre geralmente nos 10 primeiros dias pós-parto com apresentação mais intensa entre o 4º e o 5º dia. Os sintomas mais comuns são: crise de choro, labilidade emocional, alterações do sono, irritabilidade, hostilidade com o companheiro e falta de afeto ao bebê. Nesse quadro, é importante o apoio dos familiares e de toda a equipe de saúde. O prognóstico para o *baby blues* é favorável, porém, casos em que os sintomas persistam por 2 semanas ou mais é preciso nova avaliação, pois o caso pode estar sinalizando evolução para um quadro mais grave, como a depressão pós-parto (Rosenberg, 2007). Segundo Szjer (1997, *apud* Sarmento e Setúbal, 2003), o *blues* está relacionado com as perdas sofridas pela mulher após o parto (perda do corpo gravídico, do não retorno ao corpo anterior, da idealização do bebê).

Depressão pós-parto. Lobato *et al.* (2011) apontam que a incidência de depressão pós-parto é muito variável, com ocorrência em média de 10 a 15%, podendo chegar a 40% nos países em desenvolvimento. E segundo Rosenberg (2007) a duração da depressão pós-parto pode ocorrer de 6 semanas a 1 ano pós-parto. Inicialmente, a mulher pode mostrar-se adaptada, com sintomas posteriores como alteração do sono, irritabilidade, labilidade emocional, anorexia, sentimentos de medo e culpa (relacionados com a maternidade), podendo chegar a ideações suicidas e rejeição ao bebê. Os fatores de risco associados são: primíparas, sentimentos ambivalentes pela gestação, falta de apoio social, conflitos familiares com o companheiro e família. O tratamento deve ser em equipe multiprofissional, atuando com a paciente e sua família, favorecendo o fortalecimento de vínculos, intervenção com o casal e inclusão de antidepressivos. Segundo Rosenberg (2007), o prognóstico positivo está relacionado com a detecção e intervenções precoces.

Psicose puerperal. Relata-se uma incidência de 0,1 a 0,2%, podendo ocorrer do 3º dia ao 1º mês pós-parto. A psicose puerperal manifesta-se de uma depressão psicótica a um quadro de mania esquizofreniforme. No primeiro caso, a apresentação é de choro, alentecimento psicomotor, sentimentos de culpa, alterações fisiológicas e delírios relacionados ao RN. Já na apresentação maníaca, a mulher fica hiperativa, agitada, irritada, e ocorrem delírios e alucinações relacionada com o RN e consigo mesma, alteração de pensamentos e da capacidade de julgamento. Nesses casos, o risco de suicídio e infanticídio é alto, podendo haver necessidade de hospitalização para auxiliar na proteção mãe-bebê (Rosenberg, 2007).

O psicólogo, portanto, deve estar atento a todos os fatores de risco que podem influenciar esses transtornos, modificando a saúde mental da tríade mãe-pai-bebê. Deve atuar sempre em equipe multiprofissional para focalizar ações preventivas e intervenções precoces.

Fluxo de atendimento psicológico e caracterização da enfermaria de Obstetrícia

Alguns hospitais, logo após o parto, têm esquemas de cuidados dos bebês, porque defendem que as puérperas necessitam de repouso. Já outros integram as mães com seus filhos em sistema de alojamento conjunto (AC), estimulando a relação mãe-filho e a aquisição de novos conhecimentos sobre a maternidade.

No serviço de atuação das autoras deste capítulo, o cuidado acontece em sistema de AC. Esse modelo, sem dúvida, favorece a relação e o fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, porém, não pode ser esquecido que o momento do parto exige um intenso investimento de esforço físico e emocional da mãe, independentemente do tipo de parto. Desse modo, quando mãe e o RN chegam ao AC é preciso que a equipe esteja atenta e sensibilizada para acolher o cansaço apresentado pela mãe, sua indisposição para os cuidados iniciais e suas inúmeras dúvidas quanto à “capacidade” de ser mãe. Esses comportamentos tendem a ser modificados durante a internação com o apoio e orientações dos profissionais.

O momento de internação para o nascimento de um filho pode ser interpretado de diversas maneiras, por isso, os psicólogos precisam avaliar essas mulheres de modo integral, não somente como mãe de um RN que deve demonstrar alegria pelo nascimento de um filho. Na hospitalização, é possível conhecer apenas um momento da vida da paciente e, para compreender sua demanda e oferecer o cuidado adequado, é necessário avaliar sua estrutura familiar, o histórico de sua gestação e de gestações anteriores, saber quem são as figuras de apoio e o significado que ela atribui à sua gestação e maternidade. Assim, é possível entender o funcionamento da paciente, oferecer o atendimento profissional de modo resolutivo e auxiliar o restante da equipe a trabalhar da melhor maneira com cada paciente.

Algumas mães conseguem estabelecer uma relação prazerosa com a coletividade do hospital, podendo trocar experiências e dúvidas com outras pacientes e com a equipe. Outras, ao contrário, rejeitam qualquer aproximação e desejam apenas ir para casa ficar com seus familiares, reassegurando seus próprios hábitos. Nesses casos, as principais justificativas são a preocupação com os outros filhos, muitas vezes, e demais familiares externos ao ambiente hospitalar.

Além desses comportamentos diante da hospitalização, soma-se toda a história de vida, expectativas e padrões de comportamento que a mulher carrega consigo e que poderão influenciar positiva ou negativamente na condição de ser mãe. Lembrando que a hospitalização faz parte de um momento de sua vida, ou seja, as pacientes têm histórias de vida e experiências anteriores.

No entanto, essas influências podem ser temporárias ou permanentes, interferindo na adaptação da mulher a essa nova condição. Para tanto, há a necessidade de uma equipe multiprofissional para auxiliá-la, com o objetivo de discriminar tecnicamente os motivos que estão levando à inadaptação e, principalmente, orientar sem julgamentos ou juízos de valor.

Um dos objetivos do psicólogo na saúde é justamente favorecer o trabalho multidisciplinar, criando esse espaço de trocas, além de possibilitar relações humanas mais saudáveis entre os membros da equipe e da equipe com o paciente. Deve também atuar na escuta das dificuldades dos profissionais em atender pacientes com visões e comportamentos sobre e diante da

maternidade que contrariem de suas opiniões profissionais.

Por conta da complexidade da enfermaria de obstetrícia, o fluxo de atendimentos para a Psicologia tem como indicadores: gestantes de alto risco, casos sociais (demandas como vínculos familiares fragilizados, vulnerabilidade socioeconômica, uso de substâncias psicoativas), gestantes e puérperas adolescentes, pacientes que sofreram perdas gestacionais, além de demandas trazidas pela equipe multiprofissional, como dificuldade de adesão ao tratamento, dificuldade em compreender informações, resistência ao atendimento, entre outras.

Caracterização da população atendida e estrutura da enfermaria

Na experiência das autoras deste capítulo, os atendimentos são pagos por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo uma população com nível socioeconômico baixo (com renda familiar de 1 a 3 salários-mínimos). A maioria corresponde a mulheres jovens, na faixa etária de 14 a 35 anos, com gestações anteriores, ocupação do lar, amasiadas, com instrução básica do Ensino Fundamental (antigo primário).

Há um número considerável de pacientes solteiras que engravidam sem planejamento prévio e recebem apoio principalmente de sua família de origem (mãe, irmãs). Uma característica relevante observada nessas mulheres, no processo da maternidade, é a falta de conhecimento referente ao funcionamento e às mudanças de seu próprio corpo, do desenvolvimento fetal, das condições adequadas para um bom parto, e da importância da amamentação para a mãe e para o bebê. Essa falta de informação pode causar expectativas e crenças sobre sua nova condição, desencadeando sintomas de ansiedade e depressão.

Por se tratar de um hospital e maternidade de referência, são atendidas pacientes de alto risco (gestantes e puérperas), sendo as patologias mais prevalentes: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, diabetes gestacional, DST, cardiopatias maternas e casos sociais envolvendo uso de substâncias psicoativas, óbitos fetais e partos prematuros. Trabalha-se com protocolos e atendimentos multiprofissionais, com o cuidado profissional, atuação na prevenção de saúde e orientações em saúde.

A enfermaria em questão recebe apenas mulheres com diagnósticos de doenças ginecológicas, gestantes de risco e, em maior número, puérperas. Conta com 11 quartos, dois ou três leitos, e capacidade para 27 pacientes. Todos os quartos são equipados com camas hospitalares, berços, poltronas, banheiro e televisão. Na enfermaria, há também sala para procedimentos ao RN, sala de atendimento ginecológico, sala de reuniões, posto de enfermagem, conforto médico, copa para funcionários e, jardim aberto às pacientes. Localiza-se próximo à UTI neonatal, facilitando o acesso das mães que seguem internadas com seus filhos na UTI.

Conta com equipe de profissionais da área médica: ginecologistas, obstetras e pediatras; equipe de enfermagem, técnicos de enfermagem; equipe de residentes: nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos e terapeutas ocupacionais. O período de internação das pacientes é curto, variando de 2 a 4 dias, dependendo do tipo de parto realizado e intercorrências presentes.

Na sua especialidade, o psicólogo com um conhecimento abrangente das questões orgânicas e psicossociais pode contribuir com a equipe multiprofissional na melhor adaptação da mulher desde a gestação até a chegada do bebê.

A seguir, será visto como é possível estruturar uma rotina do psicólogo dentro de uma enfermaria de Obstetrícia.

Modelo de assistência psicológica da gestação ao puerpério

O psicólogo tem como objetivo propiciar um espaço facilitador para favorecer uma reorganização e adaptação da gestante à gravidez de alto risco, parto e puerpério, assim como o ajustamento à rotina e aos procedimentos hospitalares.

A partir do programa de residência multiprofissional em saúde da mulher, foi possível incluir o psicólogo no ambulatório de pré-natal de alto risco (PNAR). No ambulatório, são atendidas predominantemente gestantes com diagnósticos de DMG, DHEG, hipotireoidismo gestacional, pacientes psiquiátricas, obesas e usuárias de drogas. Nesse cenário, há possibilidade de conhecer as pacientes, realizar uma avaliação e formar um vínculo antes mesmo da internação hospitalar. No ambulatório, os atendimentos psicológicos acontecem após consulta médica, com frequência determinada pelos retornos médicos.

São realizados atendimentos às pacientes e familiares que acompanham as gestantes nas consultas. Trabalham-se questões emocionais da gestação, avaliação do conhecimento sobre seu diagnóstico e condutas médicas, mudanças de comportamentos a partir do risco de sua patologia para a gestação, avaliação do processo de adaptação das mulheres à gestação, ao papel da maternidade e mudanças de rotina. Quando chegam às enfermarias, as pacientes apresentam maior conhecimento a respeito das condutas que serão realizadas e demonstram mais confiança na equipe multiprofissional e vinculação com o psicólogo.

Na enfermaria, o atendimento psicológico pode ser oferecido de forma individual ou em grupo. Inicialmente, o psicólogo fará um levantamento das gestantes internadas naquele dia, visto que há uma grande rotatividade de pacientes. Ao identificar os casos novos e os indicadores (citados anteriormente), o psicólogo deverá realizar uma avaliação psicológica.

Essa avaliação inicia-se com a análise do prontuário, no qual são levantados dados como nome, idade, idade gestacional, história gestacional, motivo da internação atual, hipótese diagnóstica e conduta médica, além da evolução clínica diária da paciente.

O conhecimento desses dados fornece ao psicólogo algumas variáveis importantes quanto aos fatores de risco psicológico que a mulher poderá desenvolver durante sua hospitalização, pois o colocarão a par do diagnóstico e como a paciente está evoluindo, se ela apresenta dificuldades e quais procedimentos médicos estão sendo realizados. Com essas informações, o psicólogo poderá avaliar a compreensão que a paciente tem de sua internação e de seu diagnóstico.

Em seguida, o psicólogo obtém informações diretamente com a equipe de saúde, verificando se houve identificação de comportamentos inadequados da paciente.

A avaliação psicológica tem como objetivo verificar as situações conflituosas ante a gravidez, o parto e a maternidade em geral, bem como a relação gravidez e alto risco, juntamente com reações desadaptativas diante da hospitalização. Os atendimentos são guiados por uma ficha de avaliação psicológica e relatados em evoluções no prontuário da paciente, contendo as informações relevantes para os demais profissionais e realizados de maneira cuidadosa, seguindo as orientações éticas do Código de Ética Profissional da Psicologia. Atualmente, todos os profissionais do hospital avaliam as pacientes em prontuário eletrônico, assim, as informações ficam presentes em meio eletrônico e no prontuário físico.

A frequência dos atendimentos será determinada pelas demandas apresentadas na avaliação e tempo de internação da paciente. Cada atendimento é registrado em um prontuário para demonstrar o que foi trabalhado com a paciente e os aspectos de melhora e ou piora do ponto de vista psicológico.

Na ficha de avaliação, podem-se destacar os seguintes aspectos:

- Dados de identificação: nome, número do registro hospitalar, data de nascimento, estado civil, escolaridade, ocupação, procedência e data da internação atual
- Genetograma
- Dados clínicos: hipótese diagnóstica médica e procedimento médico
- Dados relacionados com a hospitalização: conhecimento da paciente sobre a doença, seu relacionamento com equipe de saúde, adaptação à rotina hospitalar e adesão ao tratamento atual e anteriores
- Queixas psicológicas, que podem ser apresentadas pela própria paciente e/ou pela equipe de saúde e familiares
- Comportamentos observados em vista da gestação, parto, puerpério e doença: relação com a maternagem, desejo pelo bebê, expectativas ante a gestação e a doença
- Dados da história de vida da paciente: relacionamentos afetivos e história gestacional
- Sintomas psicológicos apresentados
- Antecedentes psiquiátricos: realização de acompanhamento psicológico e psiquiátrico, uso de medicação psicotrópica, história de etilismo, tabagismo ou drogadição
- Relação do paciente com sua família e rede de apoio
- Conclusão da avaliação e conduta psicológica para as próximas intervenções.

Com relação aos atendimentos com as puérperas, além dos aspectos já apontados sobre o puerpério (*baby blues*, depressão pós-parto, rejeição ao bebê), o profissional atua fortemente na avaliação e no acolhimento de pacientes com dificuldade de adaptação durante a internação, dificuldade de amamentação ou desmotivação para amamentar, sofrendo preconceitos e pressões familiares e da equipe para que amamentem, apresentando mais comportamentos ansiosos diante da maternidade e hospitalização. O psicólogo atua para que se faça compreender a função e o significado do amamentar à paciente e auxilia na ressignificação deste ato e na adaptação ao amamentar ou não.

Outros fluxos de atendimento a puérperas se referem às adolescentes. As famílias também são chamadas para atendimento e avaliação, sobretudo dos frequentes casos sociais, como drogadição, abuso de álcool e tabaco. Muitas mães correm o risco de perder a guarda do filho, por isso, a atuação em conjunto da Psicologia e do Serviço Social enriquece o atendimento humanizado a essas pacientes, estimula o enfrentamento e auxilia na resolução e mediação de conflitos.

O período de internação hospitalar é curto e a atuação do psicólogo com as pacientes ocorre apenas durante a internação; por isso, é importante que o psicólogo hospitalar seja capaz de avaliar demandas emocionais que precisem de acompanhamento contínuo e realizar contatos com a rede de saúde, como Centros de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) etc. Serviços de saúde da rede, equipe hospitalar, paciente e família precisam discutir juntos sobre o apoio necessário para a proteção e cuidado das pacientes.

Nos últimos anos, os casos de óbito fetal (OF) têm aumentado e ganhado especial atenção da Psicologia na enfermaria de obstetrícia, visando ao acolhimento no período de luto, à organização psíquica e à reestruturação emocional, assim como à facilitação da comunicação com a equipe de saúde quanto à possibilidade de alta da paciente para participação em rituais de despedida, quando possível. Essas pacientes e seus familiares apresentam-se fragilizados e precisam de estímulos para exposição de sentimentos sobre o momento vivenciado. Muitas delas precisam aguardar a conduta médica mesmo já tendo recebido o diagnóstico de óbito fetal e passam pelas dores do parto. Geralmente, após avaliação, as pacientes deixam o hospital com encaminhamento para atendimento psicológico.

Como já visto anteriormente, o psicólogo não atua de maneira isolada, por isso, na enfermaria de obstetrícia existe um momento estruturado para a discussão dos casos, denominado de visita multiprofissional. Durante as discussões, são levantados os casos com necessidade de avaliação psicológica. Trata-se também um momento para o psicólogo compreender a atuação e demandas vindas de outras áreas profissionais, além de apresentar os aspectos emocionais e suas influências durante a internação das pacientes à própria equipe. A visita multiprofissional favorece troca de informações entre os profissionais, visão e cuidado integral à paciente. Após a visita, discute-se o plano de cuidado de cada profissional.

Além do PNAR e da enfermaria, o psicólogo pode ser chamado para atender dentro do centro obstétrico. Nesse cenário, a atuação é voltada ao período do pré-parto, para controle de ansiedade, apoio emocional diante das demandas de medo, oferta de técnicas de relaxamento e mediação da relação entre paciente e equipe. Após o parto, enquanto as pacientes ficam na sala de recuperação, o profissional pode ser chamado para avaliar pacientes com comportamentos que demonstrem dificuldade de vinculação, choro fácil, que manifestem não querer o filho e pacientes que passaram por perda fetal. Para atuação nesse local, mais restrito à atuação multiprofissional, é preciso que o psicólogo avalie a importância e eficácia de sua presença no cenário, apresente-se para a equipe, justifique o atendimento e relate-o em prontuário.

Com relação às intervenções do psicólogo, este pode contar com uma gama de técnicas para diminuir a ansiedade relacionada aos procedimentos médicos, à própria gestação de alto risco e puerpério, bem como tornar possível à mulher lidar adequadamente com esses procedimentos e refletir sobre a condição de ser mãe. Assim, estratégias cognitivo-comportamentais podem atuar tanto sobre os comportamentos que influenciam diretamente o evento ameaçador quanto sobre o modo como a paciente interpreta, avalia e integra o evento.

Dessensibilização sistemática. Intervenção terapêutica para eliminar o comportamento de medo e as síndromes de evitação. Implica uma exposição direta, graduada, aos objetos ou situações temidas e, também, ensinar à paciente uma resposta contrária à ansiedade. A técnica de dessensibilização sistemática é dividida em três etapas: treino de relaxamento, construção de hierarquia e dessensibilização de estímulos (Zamignani, 2004). Muitas vezes, utiliza-se essa técnica para lidar com questões relativas aos medos do parto, de anestesia e de exames mais invasivos.

Work of worrying. Consiste em sensibilizar a paciente até um nível moderado de medo e/ou preocupação, com o objetivo de engajá-la nos cuidados necessários (Araújo e Arrais, 2000). Algumas pacientes não têm noção do risco gestacional em que se encontram e acabam tendo comportamentos que colocam em perigo a evolução da gestação, como não repousar e não tomar remédios. Nesses casos, essa técnica sensibiliza a paciente, tornando-a mais ciente do quadro clínico e auxiliando-a no tratamento. Na enfermaria, muitas vezes essa técnica é utilizada com gestantes em trabalho de parto prematuro (que precisam ficar em repouso absoluto) ou com DMG e DHEG (que precisam aderir à mudança na alimentação e aceitação de medicações).

Apoio emocional e/ou expressivo. Proporciona um espaço de escuta para a paciente expor seus sentimentos e emoções diante das dificuldades enfrentadas no período gravídico-puerperal. Estimula o contato das pacientes com suas dificuldades, privilegia as emoções no processo de enfrentamento e aborda comportamentos de autoestima, autoconceito e manutenção da qualidade de vida (Arrais e Mourão, 2013).

Fornecimento de informações. Dar informações à paciente diminui a ansiedade na medida em que aumenta a previsibilidade dos eventos estressores (Araújo e Arrais, 2000). A informação pode ser oferecida de diversas maneiras, desde folhetos explicativos até palestras com recursos audiovisuais. Pode abranger conceitos básicos sobre a rotina hospitalar. Vale ressaltar que o psicólogo, diante das dúvidas relacionadas com procedimentos médicos e patologias, mediará a comunicação do paciente/família com a equipe médica, e não fornecerá informações que não sejam de sua área do conhecimento.

Técnicas de relaxamento. Objetivam dotar a paciente de habilidades para enfrentar situações cotidianas que estejam causando tensão e ansiedade. O relaxamento, por meio de elementos fundamentados na relação entre afetividade e tônus muscular, pode auxiliar a gestante a manter um controle cognitivo e comportamental, além de reduzir a dor (Araújo e Arrais, 2000). Em virtude das mudanças corporais, emocionais e sociais, vivenciadas durante a gestação, o relaxamento pode auxiliar no equilíbrio emocional, enfrentamento de tensões, além de transmitir ao bebê a sensação de tranquilidade. O relaxamento pode envolver movimentos de acariciar a barriga e evocação de imagens mentais do bebê (Torrezan, 1997). Essa técnica pode ser

realizada na enfermaria, no centro obstétrico, durante o pré ou pós-parto. É possível também ensinar as técnicas para as pacientes utilizarem de maneira autônoma durante intercorrências e situações de tensão no decorrer da internação.

Orientação psicológica. Pode proporcionar à paciente mudança e/ou controle de comportamento no sentido de auxiliar na sua adaptação ao período vivenciado. A orientação psicológica auxilia paciente e família a compreender e organizar a nova rotina e orientar comportamentos de enfrentamento (Arrais e Mourão, 2013).

Outro modo de atuação possível dentro de uma enfermaria é a realização de grupos direcionados às gestantes e puérperas. Na enfermaria, o projeto para o trabalho em grupo aconteceu de maneira inicial, como um projeto-piloto. Os grupos realizados foram conduzidos pela equipe multiprofissional com o objetivo de interação durante a internação, fortalecimento de vínculo entre paciente, familiares e equipe. Foram trabalhadas questões como autoestima, autocuidado, empoderamento da mulher, além de discutir o papel da mulher na sociedade atual. Os grupos aconteceram semanalmente e estavam abertos para todas as pacientes e seus familiares.

Assistência psicológica à família das gestantes e às puérperas

O atendimento psicológico também se estende à família da paciente, podendo acontecer em conjunto com a paciente ou de maneira individual. Na Enfermaria de Obstetrícia, os principais familiares avaliados e acompanhados pela equipe de Psicologia são as mães das pacientes e os companheiros (geralmente pais do RN).

Na prática clínica hospitalar, observa-se que a grande maioria das queixas psicossociais trazidas pelas gestantes estão associadas à falta da presença da família. Desse modo, muitas vezes, o psicólogo convoca as famílias com o objetivo de coletar dados para uma melhor avaliação psicológica da paciente; verificar a compreensão da família com relação ao diagnóstico (gestação de alto risco), à hospitalização, ao parto e ao puerpério; e orientar a família quanto à necessidade do apoio psicossocial. A atuação do psicólogo com familiares também está voltada para a orientação quanto ao papel da família durante o período de hospitalização e transmitir informações sobre as rotinas da unidade, favorecendo comportamentos de apoio e ajuda adequados durante a hospitalização.

Além desses objetivos, os profissionais que atuam com essas gestantes devem levar em conta o que afirmam Sousa e Daure (1999) quando enfatizam a importância do suporte familiar para a mulher como forma de prevenção de distúrbios psiquiátricos, efetivando a demonstração de união entre os membros do grupo familiar.

Durante o período de internação, a presença da família é fundamental para o elo da paciente com as situações externas que continuam funcionando, independentemente de seu distanciamento da rotina. Destaca-se ainda o papel de confiança que o familiar transmite durante intercorrências na internação, acolhimento dos medos frequentes na hora do parto, auxílio nos cuidados ao RN durante a recuperação da paciente no puerpério. Especificamente em casos de óbito fetal, os familiares ofertam apoio emocional à paciente e ao mesmo tempo sofrem com a perda, por isso, o atendimento e o apoio psicológico precisam estar voltados também para a família.

Assistência psicológica à equipe de saúde

Os objetivos do psicólogo no trabalho desenvolvido junto com a equipe de saúde envolvem:

- Orientação quanto aos fatores de riscos psicológicos presentes no contexto, facilitando as inter-relações
- Planejamento de estratégias terapêuticas conjuntas, para melhor alcançar os objetivos de assistência às pacientes
- A oferta de suporte psicológico aos membros da equipe quando estes necessitarem.

A melhor compreensão dos sentimentos e pensamentos da equipe pode influenciar positivamente na sua relação com as pacientes ou com outros membros do próprio grupo de trabalho.

O psicólogo, em alguns momentos, auxilia os demais profissionais a conduzirem alguns casos considerados complexos e que afetam as emoções e sentimentos da equipe (Xavier *et al.*, 2016). Por exemplo, em casos de óbito fetal, de abandono de RN, pacientes drogaditas, pacientes psiquiátricas e adolescentes grávidas, a equipe de saúde apresenta dificuldades pessoais para trabalhar as próprias limitações. Nesse caso, o psicólogo pode ofertar espaço de escuta aos profissionais para exposição dos sentimentos, angústias e dificuldades de aceitação da decisão da paciente.

O psicólogo favorece, assim, a construção de uma visão ampliada sobre as pacientes, a qual beneficia uma compreensão do sujeito, não apenas do caso. Por outro lado, o psicólogo precisa compreender e estar ciente das condutas médicas para poder avaliar a compreensão da paciente e trabalhar conflitos que possam existir diante do diagnóstico e internação (Xavier *et al.*, 2016).

Cada vez mais as equipes multiprofissionais estão presentes no hospital e enriquecem o atendimento aos pacientes. Para

trabalhar em equipe é preciso ter escuta, comunicação e decisões compartilhadas. O psicólogo, além de fazer parte dessa equipe, pode mediar as relações interpessoais entre os profissionais (Reis e Faro, 2016).

Casos clínicos

A seguir, são apresentados dois casos clínicos que ilustram a importância da relação do psicólogo com os demais profissionais da equipe para discutir sobre sua avaliação e propor uma visão dos aspectos psíquicos envolvidos no adoecimento (Exemplos 9.1 e 9.2). Além disso, é possível que sua atuação ocorra durante todo o processo de internação, bem como a realização de uma avaliação da necessidade de acompanhamento psicológico após a alta, agindo de maneira resolutiva, ofertando respaldo (encaminhamento) para seguir trabalhando suas demandas, visto que a atuação do psicólogo hospitalar é breve e depende do contexto da internação.

Exemplo 9.1

Caso de gestações seguidas de abortos.

Dados de identificação

- Paciente: K. C. F. P.
- Idade: 29 anos
- Estado civil: casada (segundo relacionamento)
- Ocupação: balconista.

Dados clínicos

- Idade gestacional: 22 semanas
- História gestacional: terceira gestação, terceiro aborto
- Hipótese diagnóstica médica: pré-eclâmpsia grave + óbito fetal
- Histórico: paciente realizava pré-natal em seu centro de saúde, com apresentação de picos hipertensivos, tendo sido encaminhada ao serviço para internação. Durante internação, houve dificuldade para controle de pressão arterial (PA) e evolução para óbito fetal
- Conduta médica: internação para controle da PA. Após óbito fetal, realizou-se indução do parto, curetagem, controle de PA e exames para investigação do motivo dos abortos de repetição (suspeita de trombofilia)
- Período de internação: 8 dias.

Queixa psicológica

Paciente foi avaliada após o recebimento do diagnóstico de óbito fetal, 5 dias após sua internação. Relatou sobre o diagnóstico recebido, demonstrou comportamentos de ansiedade por estar carregando o bebê sem vida. A paciente havia planejado a gestação e por causa dos outros dois abortos anteriores minimizava sua capacidade de ser mãe.

Queixou-se da distância da família (residentes em outro estado) e de seu sentimento de solidão. Relatou ter sido vítima de um assalto e justificava o aumento de sua pressão pelo ocorrido.

Os objetivos dos atendimentos com essa paciente foram: acolher demandas durante a situação de crise; avaliar recursos emocionais e apoio social para esse momento; estimular exposição de sentimentos, prevenindo o luto patológico; e, por fim, acompanhar a paciente após procedimento para nova avaliação diante da situação de vida e realizar orientações e encaminhamento psicológico.

Relato do atendimento psicológico

Após recebimento do diagnóstico, a equipe de saúde percebeu mudança no comportamento da paciente e solicitou avaliação e conduta da Psicologia.

No primeiro atendimento, a paciente estava deitada no leito, acompanhada de uma amiga, e apresentou-se chorosa e receptiva ao atendimento. A paciente relatou sobre a sensação de diminuição fetal, suspeita do óbito e confirmação comunicada pela equipe médica, durante a madrugada. Manifestou confiança na equipe médica e pediu insistentemente para resolução da gestação, pois estava confusa e desorganizando-se emocionalmente por saber que estava “carregando um bebê morto”.

Com a continuidade do atendimento, a paciente relatou sua preparação para a gestação e seu investimento psíquico, destacou as perdas sofridas anteriormente e seu sonho de ser mãe. Nesse primeiro momento, foi validado seu sofrimento, estimulada a exposição de sentimentos e de dúvidas quanto ao motivo da perda e reforçadas as falas sobre a filha perdida, além de legitimada sua gestação e seu papel como mãe.

A paciente apresentou comportamentos de ansiedade e antecipou algumas questões como realização de funeral para a filha. Diante dessa demanda, foi informado para a paciente que a equipe médica e o Serviço Social forneceriam informações sobre a viabilidade de rituais de despedida.

O atendimento foi encerrado e o serviço de Psicologia colocou-se à disposição.

Considerada a conduta médica de induzir o parto com medicação e aguardar as contrações da paciente para um parto normal, a paciente foi avaliada e acompanhada diversas vezes pelo período da manhã, a fim de avaliar alterações emocionais durante o período de espera para o parto.

Foi discutido o caso com a equipe médica, que explicou sobre a impossibilidade de enterro do feto devido à idade gestacional e peso. A psicóloga acompanhou a comunicação da equipe médica à paciente, esta compreendeu e não houve intercorrências.

O segundo atendimento aconteceu no dia posterior pela manhã, momento em que a paciente estava na sala de recuperação do centro cirúrgico, pois havia passado pelo procedimento de curetagem.

A paciente relatou estar sentindo-se grávida ainda, com sentimentos confusos em relação à perda gestacional. Para auxiliar em sua elaboração do luto e contato com a realidade vivida, foi pedido para que a paciente relatasse em detalhes sua experiência. A paciente conseguiu entrar em contato e relatar sua vivência. Chorou muito ao falar sobre as características físicas percebidas na filha e estava ciente sobre a investigação da causa do óbito.

Quanto à continuidade da internação, a paciente não apresentou queixas e avaliou ser mais benéfico iniciar sua elaboração do luto internada, e queria fortalecer-se para depois enfrentar o momento de voltar para casa, onde estava tudo arrumado para a chegada da filha.

Ao final do dia, ela estava na enfermaria, sem acompanhante. Houve o cuidado em deixá-la em um quarto sem puérperas. A paciente relatou que a imagem de sua filha estava presente o tempo todo em seu pensamento e falou novamente sobre o contato visual que teve com a filha. Com o tempo, a paciente foi apresentando algumas dúvidas, principalmente sobre a possibilidade de seu esposo ter acesso à filha.

A equipe médica informou sobre a impossibilidade e colocaram-se à disposição para conversar com o familiar.

Foi orientado para a paciente que relatasse ao esposo toda sua experiência e dividisse seus sofrimentos e sentimentos.

No terceiro atendimento, a paciente estava novamente sem acompanhante. Relatou sobre a visita de seu companheiro e apoio recebido. Demonstrou comportamentos de ansiedade ante o questionamento que realizava para si mesma sobre o que seria feito com o feto. A paciente apresentou demandas sobre o momento de voltar para casa, questionando-se o quealaria para as pessoas e imaginando a dor que sentiria ao reviver sua perda em todos os momentos. As demandas foram acolhidas e trabalhou-se modelagem de respostas verbais mais adequadas. Foi trabalhado também orientações quanto ao período de luto.

Na proximidade da alta, foi discutida em equipe a necessidade de encaminhamento psicológico. Não houve sucesso no contato com o centro de saúde da paciente e com outros serviços da rede, portanto, a psicóloga ofereceu atendimentos psicológicos ambulatoriais em momentos de necessidade. No momento da alta, a paciente recebeu orientações referentes a comportamentos de enfrentamento, organização de rotina e autocuidado.

A paciente buscou a profissional no ambulatório médico aproximadamente 1 mês após a internação. Apresentou queixas de ansiedade, dúvidas quanto ao motivo do óbito fetal e conflitos conjugais (julga que o marido não sofria como ela e não sentia a perda em ser pai, pois tinha filhos de outro relacionamento). Além disso, a paciente relatou sua ansiedade por querer engravidar novamente e seu medo por vivenciar mais uma

perda, apontava sentimento de ser uma mãe insuficiente. Foram trabalhados comportamentos de controle de ansiedade e comunicação com seu esposo para exposição de seus sentimentos. A demanda do desejo de uma nova gestação foi trabalhada em conjunto com equipe médica.

Diante da ambivalência de querer engravidar e, ao mesmo tempo, evitar uma gestação para não sofrer novamente, a paciente iniciou uma busca por todos os médicos que lhe atenderam e pelas informações que havia recebido deles. Um profissional auxiliou a paciente na organização de sua busca e na organização de sua rotina para retornos às consultas médicas e realização de exames. Foi orientada uma listagem de dúvidas para esclarecimento com equipe médica.

Após atendimento ambulatorial, a paciente foi encaminhada para a clínica escola de Psicologia que se localiza próximo ao hospital-escola, para continuar trabalhando suas demandas referentes à perda gestacional, ao desejo de engravidar e ao controle de sintomas de ansiedade.

Passado 1 mês do atendimento ambulatorial e do início de psicoterapia, a paciente foi acompanhada pela psicóloga responsável pelo caso em seu retorno com a equipe de Ginecologia. Ela foi atendida primeiramente pela psicóloga para levantamento de demandas e avaliação psicológica. Em seguida, o caso foi discutido com a equipe médica, sobre o acompanhamento que a paciente estava recebendo e suas demandas, destacando as questões emocionais envolvidas na gestação e após a perda.

Durante consulta médica, a paciente realizou os questionamentos de maneira adequada; ao final, recebeu os resultados dos exames realizados e a equipe médica destacou sua possibilidade de engravidar novamente. A paciente relatou satisfação e apontou que faria um planejamento para engravidar com segurança. Foi reforçada a importância de seguir com a psicoterapia para a preparação emocional de uma nova gestação.

Exemplo 9.2

Caso de óbito fetal.

Dados de identificação

- Paciente: P. S. P.
- Idade: 21 anos
- Estado civil: solteira
- Ocupação: do lar.

Dados clínicos

- Idade gestacional: 38 semanas
- História gestacional: paciente primigesta
- Hipótese diagnóstica médica: ausência de batimento cardíaco fetal (BCF) + óbito fetal (OF)
- Histórico: paciente veio encaminhada de seu centro de saúde após consulta de pré-natal com ausência de BCF
- Conduta médica: internação para realização de exames (ultrassonografia e laboratoriais). Detectado óbito fetal, foram realizadas as preparações para o parto
- Período de internação: 5 dias.

Queixa psicológica

A paciente recebeu o diagnóstico de OF no pronto-socorro da Ginecologia e posteriormente foi encaminhada à enfermaria, onde recebeu atendimento psicológico e de outros profissionais. Apresentou como demanda o desejo de resolução rápida da gestação. Apresentava autocontrole e busca de compreensão sobre a perda inesperada. Relatou ainda preocupação com as reações emocionais de sua mãe, sua irmã e do pai do bebê (mantinham uma relação amigável em virtude da gestação).

Relato do atendimento psicológico

A paciente apresentou fala organizada sobre sua vinda para o hospital e o recebimento do diagnóstico.

Apontou não ter entrado em contato com a morte, pois se via gestante e ainda sentia o bebê mexendo. Apresentou reações emocionais contextualizadas e não se apresentava chorosa. Quanto à parte burocrática (registro, declaração de óbito e funeral), os familiares estavam resolvendo. Após avaliação e atendimento psicológico à paciente, houve acolhimento à sua mãe. A familiar apresentava-se chorosa e relatava sua preocupação com a reação da filha após “cair a ficha” (*sic*) do que aconteceu. As demandas foram acolhidas e trabalharam-se questões presentes no período de luto, foi destacada a inexistência de um comportamento padrão diante uma situação de óbito.

Ao final do 1º dia de internação, já com a indução do parto sendo realizada, por meio de medicação, a paciente foi encaminhada ao centro obstétrico. Foi acompanhada pela psicóloga nesse contexto, no qual se apresentava organizada psiquicamente e relatava estar focada na resolução da gestação. Nesse contexto, falava mais sobre a perda gestacional. A paciente sentia dores intensas (de contração) e foram trabalhadas técnicas de relaxamento. No momento em que o atendimento foi encerrado, a paciente ainda não havia sido levada para a sala de parto.

No dia seguinte, a paciente foi acompanhada na enfermaria e relatou sobre as dores sentidas no parto e a dor emocional por não ter tido a presença viva da filha. Foi estimulado o relato detalhado de sua experiência. A paciente apresentou como demanda principal seu desejo em participar dos rituais de despedida, decisão apoiada por sua mãe e sua irmã.

Diante da solicitação e da avaliação de que sua participação seria importante do ponto de vista emocional para facilitar o processo de luto e encerrar o ciclo gravídico, a psicóloga discutiu com a equipe médica e de enfermagem a importância de a paciente deixar o hospital para participação nos rituais de despedida. Sem a liberação da equipe médica, foi trabalhada com profissionais da enfermagem e com o Serviço Social a mediação com a paciente e familiares para uma alta a pedido. Após recebimento das orientações para o cuidado que a paciente precisaria ter e mediação da equipe multiprofissional, a paciente deixou o hospital com sua família de maneira segura e retornou posteriormente ao sepultamento para finalização do recebimento de medicação e avaliação da incisão do parto.

No dia posterior, foi realizado o último atendimento psicológico. A paciente relatou sua satisfação por poder ter se despedido da filha e fechado um ciclo; relatou sua preocupação em apresentar comportamentos diferentes em casa, pois no hospital estava apresentando enfrentamento e adaptação. Foram trabalhados os aspectos do luto, as fases e as reações possíveis durante o processo. Foi realizado encaminhamento para a paciente e para o pai de sua filha, a pedido dela.

Com a exposição dos dois casos, ficam evidentes alguns pontos semelhantes dos sentimentos e desejos apresentados, porém, o que merece atenção é a singularidade com que cada paciente enfrenta e comporta-se diante da perda gestacional. Por isso, é essencial serem avaliadas a história de vida e o significado que cada paciente atribui à perda. Trabalha-se, assim, de modo singular com cada mulher e seus familiares.

O caso a seguir, de acordo com Baptista e Furquim (2010), refere-se à outra possibilidade de assistência nessa área da saúde (Exemplo 9.3).

Exemplo 9.3

Internação de gestante com diabetes.

Dados de identificação

- Paciente: E. M.
- Idade: 26 anos
- Estado civil: amigada (segundo relacionamento)
- Ocupação: do lar.

Dados clínicos

- Idade gestacional: 16 semanas

- História gestacional: G₃ A₀ PN₂ (terceira gestação, nenhum aborto e dois partos normais, sem intercorrências)
- Hipótese diagnóstica médica: diabetes melito
- Conduta médica: avaliação clínica em razão do quadro de descompensação da glicemia
- Encontra-se no seu 2º dia de internação.

Queixa psicológica

A paciente queixava-se de ansiedade diante da internação, pois dizia estar preocupada com seus dois filhos (8 e 6 anos) que ficaram em casa e estavam perdendo aula na escola.

A equipe de saúde observou que a paciente falava constantemente em querer voltar para casa de qualquer maneira, denotando falta de preocupação com seu próprio quadro clínico.

A partir do levantamento das queixas, objetivou-se avaliar quais eram as informações e expectativas que a paciente tinha sobre seu quadro, bem como reações emocionais decorrentes da gestação, da doença e da hospitalização para, posteriormente, planejar estratégias de intervenções psicológicas, se necessárias.

Relato do atendimento psicológico

1. Dados do prontuário da paciente

Inicialmente, foi feito um levantamento dos dados de identificação e da história clínica da paciente. Verificou-se que era sua primeira internação por descompensação do nível glicêmico. Fazia pré-natal normalmente no posto de saúde e foi encaminhada para o hospital, para ser acompanhada no pré-natal de alto risco, ao se observar os resultados dos exames alterados, necessitando, portanto, de atenção especializada.

2. Dados de informações com equipe de saúde

A equipe de residentes em Obstetrícia, ao ser abordada sobre a paciente, informou que ela estava bem, que o caso não era grave, mas que necessitou da internação apenas para melhor diagnóstico e controle do diabetes. Nesse momento, a equipe apresentou uma queixa, dizendo que a paciente estava ansiosa para ir embora, referindo saudades dos filhos. Sentiam que a paciente estava dando pouca importância aos exames e a seu quadro clínico, pois já haviam explicado a necessidade da internação e ela parecia não compreender. Esse tipo de comportamento estava causando insatisfação da equipe de residentes para com a paciente; sentiam que ela não valorizava o trabalho que estavam realizando, acreditando que não estimava sua própria vida nem a do bebê, valorizando muito mais os filhos que estavam em casa.

3. Primeiro atendimento com a paciente

A paciente estava em seu leito (2º dia de internação) e, no momento, era a única internada naquele quarto. Essa condição favoreceu a relação paciente-psicóloga, pois não houve interferências por parte de outras pacientes nem de outros profissionais. Primeiramente, foi feita a apresentação da psicóloga à paciente, com a informação de que o serviço dispõe de acompanhamento psicológico, e ela foi convidada para uma “conversa” (entrevista), que aceitou prontamente.

Quando foi abordada sobre o motivo da internação, a paciente começou a chorar quis ir embora, dizendo que seus filhos estavam sozinhos e precisavam dela, já que estão perdendo aula na escola. Ao ser questionada, observou-se que seus filhos estão sob os cuidados de sua irmã, que é casada, em quem ela confia muito, considerando-a uma pessoa responsável. A paciente é levada a confrontar sua fala com seus sentimentos, por meio do seguinte questionamento: “O que a está incomodando tanto, se seus filhos estão sob cuidados, fora de risco, com alguém de sua confiança?”. A paciente foi estimulada a refletir sobre outros medos que poderiam estar encobertos e que estariam deixando-a tão ansiosa. Medos como de morrer, de perder o bebê, da falta de controle da situação, não se sentir uma boa mãe etc. Nesse momento, a paciente começou a verbalizar que estava com muito medo de morrer por causa do diabetes, que queria estar em casa, fora do hospital, junto com aqueles que amava, para se sentir mais protegida.

Foram levantadas com a paciente suas expectativas e conhecimentos acerca do diabetes: sabia que era uma doença crônica, pois seu diagnóstico já era de 2 anos atrás, que necessitava de medicação (e já fazia

uso) e que poderia provocar sérias consequências quando não tratada, exemplificando com perda de visão, má cicatrização, complicações renais e neurológicas. Mas o que mais a angustiava era que, há 1 ano, recebeu uma orientação médica para não engravidar por causa do diabetes e que, se isso ocorresse, estaria passando por sério risco de saúde.

Essas informações, associadas a outras histórias de parentes e vizinhos diabéticos com prognósticos insatisfatórios, relatadas pela paciente, favoreceram um estado de ansiedade, com sentimento de culpa por contrariar uma ordem médica, com muito medo de morrer e perder o bebê e causar uma grande “desgraça” na família.

Nesse momento, a paciente foi acolhida, proporcionando uma relação de confiança e segurança, estabelecendo uma atitude de aceitação de seus sentimentos e ansiedades, incentivando cada vez mais sua expressão. Quando a paciente se sentiu menos ansiosa e se encontrava mais receptiva, foram fornecidas informações sobre o diabetes e os procedimentos médicos, levando-a a confrontar suas fantasias com a realidade. Houve uma clarificação de seu papel enquanto gestante e portadora de uma doença, enfatizando comportamentos que poderiam minimizar a gravidade do quadro, podendo ter uma gravidez sem sérios riscos, como ir a todas as consultas do pré-natal de alto risco, utilizar a medicação adequadamente, fazer a dieta alimentar segundo orientação da nutricionista, evitar situações que colocassem em risco seu equilíbrio emocional, como situações que avaliava serem estressantes e sem condições no momento de enfrentamento, fazer o controle glicêmico internada ou não etc.

Também foi estimulada a esclarecer todas as suas dúvidas com a equipe médica, elucidando a importância de ter as informações necessárias sobre sua evolução clínica, para que pudesse estar mais ativa no processo de promoção da saúde e prevenção de desajustes diante de novas crises do quadro diabético e possíveis novas hospitalizações.

4. Devolutiva com equipe de saúde

Após o primeiro contato com a paciente, foi dada uma devolutiva para a equipe de médicos obstetras sobre a avaliação psicológica da paciente. Essa troca de informações possibilitou que os médicos compreendessem melhor o comportamento dela, considerado como desadaptado por conta da hospitalização, de suas angústias, do medo da morte, do sentimento de culpa e da falta de esclarecimento sobre a doença e os procedimentos médicos. Evidenciou-se, assim, a necessidade de que a equipe médica teria de oferecer mais atenção à paciente, com maiores informações sobre sua doença, possibilitando uma melhor relação entre ambos, para que a paciente pudesse sentir-se mais acolhida e menos perseguida pelo obstetra, uma vez que se sentia culpada em contrariar uma ordem médica.

Outro ponto a ser considerado na devolutiva com a equipe foi o esclarecimento dos comportamentos da paciente, que já eram esperados, pois, para a maioria das mães, estar longe de seus filhos pode causar preocupação excessiva, além do fato de que os antecedentes de situações relacionadas com a saúde eram importantes para desencadear essas preocupações.

5. Segundo atendimento com a paciente

O segundo atendimento ocorreu no 3º dia de internação, e a paciente mostrava-se mais receptiva e sorridente. Logo que viu a psicóloga, disse que já estava de alta hospitalar, aguardando apenas o resultado de um exame, mas que estava tudo bem.

Relatou sua conversa com o médico no dia anterior, mostrando-se mais satisfeita com o tratamento. O médico, mais sensibilizado com as questões emocionais da paciente, criou um espaço para que ela pudesse ser mais assertiva, colocando suas dúvidas e medos. Nesse momento, a paciente foi levada a refletir sobre o quanto suas crenças e expectativas estavam impedindo-a de enfrentar a gestação de alto risco com menos ansiedade, levando-a a apresentar comportamentos de evitação. Recebeu orientações sobre sua participação ativa no pré-natal de alto risco e de que receberia acompanhamento psicológico em suas internações (já era sabido que teria várias internações durante a gestação para avaliação do diabetes), sendo a próxima marcada

para 2 semanas posteriores.

6. Terceiro atendimento com a paciente

Esse atendimento correu no 1º dia da sua segunda internação. A paciente estava mais ativa e esclarecida sobre os procedimentos. Referiu estar mais tranquila, pois estava seguindo as orientações médicas corretamente e seus exames realizados no posto de saúde estavam normais, assim, sabia que seus exames no hospital estariam normais também e que estava ciente da necessidade da internação. Demonstrou mais confiança, autocontrole e maior adaptação à situação de hospitalização. Apenas foram reforçados esses comportamentos adequados da paciente para que ela pudesse discriminar as diferentes reações emocionais diante dos dois momentos de internação e avaliar em qual ela se sentiu melhor. Com isso, percebeu-se que os objetivos da primeira intervenção psicológica foram alcançados: a paciente estava com melhor repertório de enfrentamento e mais ciente sobre a sua doença e o controle dela.

Considerações finais

Observa-se que, na prática, o psicólogo deve ter conhecimentos específicos e adaptados para a intervenção hospitalar, além da noção dos aspectos físicos e das doenças que envolvem as pacientes assistidas. Com isso, aumenta-se a eficácia de sua atuação, contribuindo para um melhor ajustamento da paciente à situação de doença e hospitalização.

No caso de gestantes e puérperas, no qual a incidência de sintomas depressivos e ansiosos é significativa, concomitante a fatores de risco que comprometam o curso da gravidez, existe a necessidade de um trabalho integrado da equipe de saúde para que se possa prevenir e amenizar os riscos maternos e/ou fetais. Para a atuação do psicólogo, vale também o estudo mais aprofundado em situações frequentes no hospital, como a gestação na adolescência e o uso de drogas durante a gestação.

Com relação à atuação do psicólogo, os programas de residência multiprofissional em saúde têm contribuído para a especialização desse profissional na área de saúde da mulher e também têm imergido o profissional no trabalho em equipe multiprofissional dentro dos hospitais.

Atuar em equipe é importante para que o psicólogo contribua para um olhar crítico e integral quanto à subjetividade e individualidade de cada mulher/paciente internada, buscando, assim, compreender o contexto em que vive e ofertar apoio humano e eficaz. É papel também do profissional de Psicologia, nesse contexto, sensibilizar, instrumentalizar a equipe de saúde em relação às ações necessárias junto com a paciente e seus familiares, no tocante ao apoio e intervenção psicológicos.

Referências bibliográficas

- Almeida, R. A.; Malagris, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. *Revista SBPH*, v. 14, n. 2, p. 183-202, 2011.
- Andrade, M. A. C.; Lima, J. B. M. C. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. *Caderno HumanizaSus*, v. 4, n. 1, p. 20-46, 2014.
- Araújo, T. C. C. F.; Arrais, E. L. M. Necessidades e expectativas de atuação do psicólogo em cirurgia e procedimentos invasivos. *Revista Estudos de Psicologia*, v. 17, n. 1, p. 64-73, 2000.
- Arrais, A. R.; Araujo, T. C. C. F. Pré-natal psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. *Revista SBPH*, v. 19, n. 1, p. 103-16, 2016.
- Arrais, A. R.; Mourão, M. A. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio. *Revista Psicologia e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 152-64, 2013.
- Arrais, A. R.; Mourão, M. A.; Fragalle, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 3, 251-64, 2014.
- Baptista, A. S. D.; Baptista, M. N. Avaliação de depressão em gestantes de alto risco em um grupo de acompanhamento. *Interação em Psicologia*, v. 9, n. 1, 155-63, 2005.
- Baptista, A. S. D.; Furquim, P. M. Enfermaria de obstetrícia. In: Baptista, M. N.; Dias, R. R. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.
- Barbosa, P. Z.; Rocha-Coutinho, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. *Psicologia clínica*, v. 19, n. 1, p. 163-85, 2007.
- Bartilotti, M. R. M. B. Intervenção psicológica em óbito fetal. In: Bortoletti, F. F.; Moron, A. F.; Filho, J. B. *et al.* *Psicologia na prática obstétrica. Abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007.
- Bittar, R. E.; Zugaib, M. Tratamento do trabalho de parto prematuro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 31, n. 8,

p. 415-22, 2009.

- Borges, D. A.; Ferreira, F. R.; Mariutti, M. G. *et al.* A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. *Revista de iniciação científica da Libertas*, v. 1, n. 1, p. 85-99, 2011.
- Bortoletti, F. F. Psicodinâmica do ciclo gravídico puerperal. In: Bortoletti, F. F.; Moron, A. F.; Filho, J. B. *et al.* *Psicologia na prática obstétrica. Abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007.
- Bortoletti, F. F.; Silva, M. S. C. Formação em Psicologia na prática obstétrica. In: Bortoletti, F. F.; Moron, A. F.; Filho, J. B. *et al.* *Psicologia na prática obstétrica. Abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. 2017. p. 51.
- Brasil. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. Manual técnico. 5. ed. 2012. p. 302.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. 3. ed. 2006. p. 161.
- Brasil. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP. Manual técnico. 2010. p. 234.
- Camano, L.; Guerzet, E. A.; Souza, E. Parto fórcepe. In: Bortoletti, F. F.; Moron, A. F.; Filho, J. B. *et al.* *Psicologia na prática obstétrica. Abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007.
- Carvalho, F. T. de.; Meyer, L. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim Psicologia*, v. 57, n. 126, p. 33-48, 2007.
- Castro, E. K.; Bornholdt, E. Psicologia da saúde × psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.
- Cernach, M. C. S. P. A trajetória da vida. In: Bortoletti, F. F.; Moron, A. F.; Filho, J. B. *et al.* *Psicologia na prática obstétrica. Abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007.
- Correia, A. R. P. Depressão na gestação. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, 2012.
- Correia, M. Noções básicas de obstetrícia. Belo Horizonte: Minas Gráfica Editora, 1977.
- Kassada, D. S.; Waidman, M. A. P.; Miasso, A. I. *et al.* Prevalência de transtornos mentais e fatores associados em gestantes. *ACTA Paulista de Enfermagem*, v. 28, n. 6, p. 495-502, 2015.
- Klaus, M. H.; Kennell, J. H. Pais-bebês: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Langaro, F.; Santos, A. H. Adesão ao tratamento em gestação de alto risco. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 34, n. 3, p. 625-42, 2014.
- Leite, R. R. Q.; Frota, A. M. M. C. O desejo de ser mãe e a barreira da infertilidade: uma compreensão fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 20, n. 2, p. 151-60, 2014.
- Lobato, G.; Moraes, C. L.; Reichenheim, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, v. 11, n. 4, p. 369-79, 2011.
- Maldonado, M. T. *Psicologia da gravidez*. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- Matarazzo, J. D. Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, v. 35, p. 807-17, 1980.
- Melo, C. B. História da psicologia e a inserção do psicólogo no hospital. In: Santos, L. C.; Miranda, E. M. F.; Nogueira, E. L. *Psicologia, saúde e hospital. Contribuições para a prática profissional*. São Paulo: Artesã, 2015.
- Moura, V. F. S.; Pedrão, L. J.; Souza, A. C. S. *et al.* A depressão em gestantes no final da gestação. *Revista eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, v. 11, n. 4, p. 234-42, 2015.
- Pierre, L. A. S.; Clapis, M. J. Planejamento familiar em unidade de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 6, p. 1-6, 2010.
- Reis, B. A. O.; Faro, A. A residência multiprofissional e a formação do psicólogo da saúde: um relato de experiência. *Revista Psicologia e saúde*, v. 8, n. 1, p. 62-70, 2016.
- Rosenberg, J. L. Transtornos psíquicos da puerperalidade. In: Bortoletti, F. F.; Moron, A. F.; Filho, J. B. *et al.* *Psicologia na prática obstétrica. Abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007.
- Sarmento, R.; Setúbal, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Ciências Médicas*, v. 12, n. 3, p. 261-68, 2003.
- Sass, N. Doença hipertensiva específica da gravidez. In: Bortoletti, F. F.; Moron, A. F.; Filho, J. B. *et al.* *Psicologia na prática obstétrica. Abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007.
- Silva, E. A. T. Gestação e preparo para o parto: programas de intervenção. *O Mundo da Saúde*, v. 37, n. 2, p. 208-15, 2013.
- Soifer, R. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- Sousa, I.; Daure, S. A importância da família na prevenção de depressão pós-parto. *Psicologia Clínica*, v. 11, p. 117-32, 1999.
- Souza, E.; Guerzet, E. A.; Camano, L. Parto cesáreo. In: Bortoletti, F. F.; Moron, A. F.; Filho, J. B. *et al.* *Psicologia na prática obstétrica. Abordagem interdisciplinar*. Barueri: Manole, 2007.
- Thiengo, D. L.; Santos, J. F. C.; Fonseca, D. L. *et al.* Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores

- de risco e de apoio social entre gestantes. *Cad. Saúde Coletiva*, v. 20, n. 4, p. 416-26, 2012.
- Torrezan, E. A. Relaxamento para gestantes. In: Lipp, M. N. *Relaxamento para todos – Controle o seu stress*. São Paulo: Papirus, 1997.
- Xavier, L. P.; Reis, P. P. F.; Frassão, M. C. G. O. O trabalho do psicólogo junto à equipe de saúde. *Ciências em Saúde*, v. 6, n. 1, p. 1-12, 2016.
- Zamignani, D. R. Dessensibilização sistemática ao vivo. In: Abreu, C. N.; Guilhardi, H. J. *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental – Práticas clínicas*. São Paulo: Roca, 2004.
- Zanoteli, S.; Zatti, C. A.; Ferraboli, S. F. Intercorrências clínicas da gestação. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, v. 4, n. 2, p. 5-10, 2013.
- Zeoti, F. S. Apego materno-fetal e indicadores emocionais em gestantes de baixo e alto risco: um estudo comparativo. Tese de Doutorado. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2011.

Atuação Psicológica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

Queila Pierre Fernandes •
Valéria Batista Menezes Agostinho dos Santos

Introdução

A atuação psicológica em uma unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal remete a um conjunto de discussões que vão desde a concepção do bebê e seu nascimento até a necessidade de internação em situação de urgência e emergência em uma unidade médica hospitalar e, portanto, de alta complexidade.

Entre as muitas discussões, está a busca pelos estudos da interação da díade mãe-bebê que, historicamente, foi sendo modificada com o passar dos anos. Pierre Budin, o primeiro neonatologista moderno, pautou a importância da manutenção da mãe junto ao recém-nascido (RN) quando, na ocasião, a situação não era a de permanência das mães nas instituições de saúde (Baptista *et al.*, 2010).

No início do século 20, em razão da elevada taxa de morbidade e mortalidade dos bebês por infecções, instituiu-se um sistema rigoroso de isolamento e a desestimulação do contato das mães e pais com seus filhos internados, o que, conseqüentemente, afetava diretamente a vinculação estabelecida na díade mãe-bebê (Klaus e Kennell, 1993). Contudo, Baptista *et al.* (2010) apontam para o fato histórico que, durante a Segunda Guerra Mundial, em razão da ausência de pessoas habilitadas para cuidar dos bebês internados, ocorreu uma estimulação para que as mães se aproximassem dos cuidados de seus filhos. Nesse contexto, foi observado um nítido decréscimo da mortalidade infantil, fazendo surgir, em 1940, por Edith Jackson e colaboradoras, a proposta de uma prática de alojamento conjunto, por meio do qual a presença da mãe nos cuidados do filho hospitalizado era entendida como favorável ao desenvolvimento do bebê.

Assim, os avanços dos processos diagnósticos e terapêuticos na área da Neonatologia e o posterior acompanhamento da evolução a longo prazo de bebês mostraram que a falta de interação mãe-bebê poderia causar desordens em seu relacionamento, além de prejuízos no processo de desenvolvimento da criança (Perrone e Oliveira, 2011). Essas constatações fortaleceram a estimulação da participação da família no cuidado dos RN nas unidades de internação de alojamentos conjuntos e/ou em UTI neonatais (Gaiva e Scochi, 2005).

A gravidez, mesmo quando planejada e/ou desejada, é também um período estressante na vida da mulher, de seu companheiro e dos demais membros da família, tanto do ponto de vista físico quanto psicológico (Carnielli, 2014; Hunfeld *et al.*, 1996). Durante os meses de gestação, os pais e as pessoas próximas dos genitores criam expectativas quanto ao nascimento de uma criança saudável que, ao nascer, ficará junto com a mãe, por quem deverá ser cuidada e amamentada (Baptista *et al.*, 2010). A gestante e as pessoas de seu círculo experimentam ansiedades acerca do desenvolvimento do feto/bebê e de que as condições do parto e puerpério sejam próximas das ideais (Carnielli, 2014).

Atualmente, com o avanço da ciência, os acompanhamentos pré-natais que monitoram a gestação, tanto do ponto de vista do desenvolvimento do feto e do bebê quanto da saúde da gestante, possibilitam a realização de inúmeros exames para avaliar possíveis intercorrências, intervindo de modo a proporcionar condições favoráveis. Contudo, a espera pelos resultados dos exames e especialmente a ambiguidade diante das imagens nem sempre nítidas, ao lado da medicalização da gravidez,

evidenciaram situações nem sempre favoráveis e, quando há a constatação de problemas, eles despertam reações e respostas emocionais semelhantes às observadas em situações de grande estresse (Roegiers, 1996).

Segundo Benzaquen (2002), não se pode esquecer que, durante a gestação e a realização do acompanhamento pré-natal, não se avaliam somente as condições de saúde e a normalidade do feto e da gestante, mas indiretamente também a capacidade dessa mulher (e/ou do casal) de gerar um filho saudável. Assim, ao constatar algum tipo de possibilidade de perda ou de malformação, seja durante a gestação ou no momento do parto, às dores e às incertezas acrescem-se os sentimentos de culpa, autodepreciação, fracasso e impotência (Carnielli, 2014).

No momento do parto, médicos especializados em RN (termo utilizado até as primeiras 4 semanas de vida do bebê), os chamados neonatologistas, avaliam os bebês em relação à sua idade gestacional (IG), seu peso e desenvolvimento intrauterino, atribuindo classificações que possibilitam prever morbidade (outras doenças associadas) e mortalidade (probabilidade de óbito; Baptista *et al.*, 2010). Desse modo, identificadas as condições gerais do RN, decide-se pela assistência que ele receberá. Quando o RN está em condições gerais adequadas, é encaminhado para o contato físico com a parturiente (genitora), a fim de que o contato físico entre eles estimule o RN em sua ambientação com o mundo externo ao útero. Contudo, quando o RN não está em condições adequadas, ele pode ser encaminhado para uma UTI neonatal. Esse encaminhamento pode ser determinado pela prematuridade, por meio da IG, pelo baixo peso em relação à IG e ainda por outras indicações, como asfixias, síndrome do desconforto respiratório, sepse, hemorragia intracraniana (Rades *et al.*, 2004), malformações congênitas e disfunções cardiovasculares, além de indicações para cirurgias.

Assim, no momento do parto, os RN são avaliados em relação ao seu peso e IG, de acordo com os critérios a seguir (Araújo, 2003; Avery e Taeusch, 2003; Behrman e Vaughan, 1983; Stoll, 2004).

Em relação ao peso, os RN são classificados como:

- Baixo peso (BP): ≤ 2.500 g
- Muito baixo peso (MBP): ≤ 1.500 g
- Não baixo peso (NBP): > 2.500 g.

Em relação à IG, os RN são classificados por meio de um cálculo obtido por dados obstétricos (data da última menstruação e/ou exames de ultrassonografia) e/ou pelo exame do RN ao nascer:

- Prematuridade extrema (RNNext): nascimento entre 24 e 30 semanas
- Recém-nascido pré-termo (RNPT) moderado: nascimento entre 31 e 36 semanas
- RNPT limite: nascimento com 37 semanas
- Recém-nascido a termo (RNT): nascimento no período de 38 a 41 semanas (entre 266 e 293 dias)
- Recém-nascido pós-termo (PT): nascimento após 42 semanas (≥ 294 dias).

Pode-se considerar, ainda, uma última classificação, na qual é levada em conta a distribuição do peso em relação à IG por meio de cálculos específicos:

- Pequeno para a IG (PIG)
- Adequado para a IG (AIG)
- Grande para a IG (GIG).

A etiologia do nascimento pré-termo é complexa, multifatorial e, em muitos casos, incompreendida (Stoll, 2004). No entanto, o parto pré-termo está associado a diferentes fatores gestacionais, como sofrimento fetal agudo (SFA), síndromes hipertensivas maternas e restrição do crescimento fetal (Baptista e Furquim, 2010; Rades *et al.*, 2004).

O quadro clínico dos RNPT, principalmente aqueles de menor peso e IG, é caracterizado por uma imaturidade física, identificada por diminuição na atividade muscular e reflexa, deficiência no controle da temperatura corporal, da sucção, da deglutição, da respiração, do aparelho circulatório, da concentração urinária e maior suscetibilidade a infecções (Araújo, 2003), motivos que justificam a internação em uma UTI neonatal.

Segundo Baptista *et al.* (2010), os diagnósticos médicos mais frequentes em uma UTI neonatal são: prematuridade, membrana hialina (DMH), síndrome de aspiração de mecônio, anoxia neonatal, hidrocefalia, mielomeningoceles, hipoglicemia, icterícia fisiológica e doença hemolítica do RN por incompatibilidade do sangue.

Contudo, é necessário salientar que os diagnósticos mais frequentes podem ser diferenciados de acordo com algumas variáveis e/ou características da instituição hospitalar, como população atendida, recursos técnicos e humanos disponíveis, localização geográfica e modelos de organização hospitalar (Laloni, 1997).

Alguns estudos estatísticos apontam que 20% dos nascimentos no Brasil ocorrem antes de completar 37 semanas de gestação, o que significa RN prematuros relacionados também com baixo peso, caracterizando fatores de risco biológico para o desenvolvimento típico infantil e aumentando a probabilidade de problemas em diversas áreas e fases evolutivas (Linhares, 2004).

Caracterização da UTI neonatal

A UTI neonatal não é um berçário comum, mas sim um local onde os RN são acomodados em incubadoras e, durante 24 h, recebem cuidados especializados no controle de seus sinais vitais e de seu quadro clínico. Entretanto, para isso, ficam ligados a sensores, monitores, tubos, respiradores, fios, aparelhos com luzes, ruídos e alarmes que tocam a cada intervalo de tempo determinado, sinalizando as condições físicas e fisiológicas de saúde, além de monitores cardiorrespiratórios, ventiladores mecânicos, oxímetros e fototerapia.

A hospitalização do RN em uma UTI neonatal é uma contingência aversiva, tensa (Costa *et al.*, 2012; Santos, 2016) e traumática (Fleck, 2011; Pinto e Baêta, 2014), que frustra as expectativas, dos genitores, de um filho saudável (Brazelton e Cramer, 1992). Consequentemente, essa condição tem sido apontada como estressora ao equilíbrio emocional da família e, sobretudo, da mãe (Garcias *et al.*, 1997; Fraga *et al.*, 2008; Nobre, 2005; Padovani *et al.*, 2004), favorecendo a elevada frequência da emissão de comportamentos emocionais, como apontado em muitos estudos que evidenciam a alta incidência de sintomas de depressão (Poehlmann e Fiese, 2001; Davis *et al.*, 2003) e ansiedade elevada (Feldman *et al.*, 1999; Padovani, 2005).

Segundo Santos (2016), há reações e maneiras de lidar com a notícia da internação de um RN em uma UTI neonatal, por ser uma má notícia e sempre vir acompanhada de uma ideia de dor e sofrimento. Quando os profissionais de saúde não levam isso em consideração, notificando o fato ao paciente e aos familiares de maneira pouco empática, a comunicação pode tornar-se um entrave e agravar ainda mais a situação emocional dos envolvidos.

Nesse momento, ao contrário, o profissional de saúde precisa estar junto com o RN e com a família, oferecendo apoio aos pais e compartilhando informações realísticas sobre o bebê, para que compreendam a situação clínica da criança e o porquê da existência de tantos equipamentos. O processo de internação do RN poderá ser vivenciado pelos pais com menos angústia e sofrimento se o profissional, além de apresentar domínio e competência técnica, estiver disponível para estabelecer interações efetivas, transformando-se, assim, em parceiro dos pais na experiência de vivenciar o nascimento do filho prematuro ou doente, e a internação da criança na UTI neonatal (Costa *et al.*, 2012).

Definição dos pacientes da UTI neonatal

Baptista *et al.* (2010) apontam que os pacientes do psicólogo, na UTI neonatal, são os RN. Portanto, o objetivo do trabalho do psicólogo, analista do comportamento, que integra uma equipe de assistência em UTI neonatal, deverá ser a intervenção na descrição e análise dos comportamentos manifestos durante a internação do RN, a fim de promover uma modificação das circunstâncias hospitalares em que os genitores do RN, e demais cuidadores do paciente da unidade, estejam respondendo desajustadamente às necessidades de cuidados e garantia da vida e saúde do RN. Isso se justifica porque os sintomas emocionais de depressão e ansiedade maternos têm sido apontados, por sua vez, como fatores de risco para o desenvolvimento da criança (Fernandes e Lalon, 2006).

Silva (2002), ao discutir os fatores influenciadores no desenvolvimento dos bebês, divide-os em dois grandes grupos: fatores biomédicos e fatores ambientais, que interagem e dependem de pessoas diferentes, dependendo do momento em que atuam sobre o desenvolvimento do bebê. Os fatores biomédicos incluem os intrínsecos/biológicos, os gestacionais e os perinatais/neonatais; e os ambientais, os socioeconômicos, os psicoafetivos, a estrutura familiar, a intervenção/estimulação precoce e a reabilitação.

Nesse sentido, a importância da família como um fator que pode influenciar positiva ou negativamente o desenvolvimento da criança, mediando os efeitos das complicações médicas ou potencializando seus riscos, é cada vez mais difundida.

Vale ressaltar que, durante o prolongamento da hospitalização, os familiares necessitam reorganizar a rotina diária para adaptar-se de modo a contemplar as necessidades de acompanhamento do paciente (Ramos, 2013). Assim, identificar variáveis da composição familiar, como a presença ou ausência de outro(s) filho(s) e sua rotina de cuidados e/ou os diversificados papéis desempenhados pelos genitores do bebê, por exemplo, por serem os mantenedores/provedores financeiros da família (Pinto e Baêta, 2014), possibilitará a análise das circunstâncias que deverão subsidiar os planos da equipe de saúde de promoção da interação do bebê com seus cuidadores. Para tanto, além dos problemas de saúde do RN, as questões psicológicas e sociais dos familiares precisam ser avaliadas e analisadas, para que a equipe de saúde possa intervir modificando quaisquer condições de

vulnerabilidade psicossocial do RN que possam afetar o curso do desenvolvimento saudável do bebê.

Portanto, é imprescindível considerar que, se, por um lado, a evolução tecnológica possibilitou o aumento da sobrevivência dos RN prematuros, reduzindo a morbidade dessa condição, por outro, o advento tecnológico cria o desafio de uma realidade de um número crescente de crianças sobreviventes das UTI neonatais com déficits motores, sensoriais e dificuldade de aprendizagem (Silva, 2002).

Interação mãe-bebê

Estudos indicam que qualquer pessoa que desempenha o cuidado ao bebê, ou à criança, se torna fundamental na determinação de como ele/ela se desenvolverá ao longo da vida. As teorias psicológicas com base na Psicanálise, bem como a Psicologia do desenvolvimento e comportamental, fundamentadas nos modelos de aprendizagem, apontam para a importância da relação mãe-bebê no processo de apego e/ou a aprendizagem das habilidades afetivas, emocionais, sociais, da linguagem e aspectos cognitivos (Baptista *et al.*, 2010).

Os estudos relativos ao período puerperal (pós-parto, nascimento do bebê) apontam, no geral, a interação mãe-bebê como fundamental ao desenvolvimento do RN, pois, de maneira usual, há a predominância do contato mais direto do bebê com a mãe e, a partir do crescimento e da independência da criança, há uma tendência de ela aumentar os vínculos sociais naturais com o pai e/ou outras pessoas significativas. Como afirma Dessen (1985), a interação com a mãe vai sofrendo um decréscimo no decorrer do tempo, já que outras pessoas começam a se tornar importantes na vida da criança.

Bee (1984) e Fleck (2011) observaram que diversos estudos indicaram que o RN de baixo peso demonstra uma relação mãe-bebê diferente da do RNT (nascido com 37 semanas ou mais de gestação), o qual não é separado da mãe ao nascer. Já Ajuriaguerra e Marcelli (1991) enfatizaram que os bebês prematuros são mais irritadiços, de difícil controle e não expressam suas necessidades por manifestações de apelo adequadamente, como os RNT. Essa relação pode ser agravada pelo trauma que os pais, mais fortemente a mãe, sofrem pelo nascimento prematuro do bebê, tornando-se menos gratificante, pois os pais não recebem (ou pouco recebem) respostas de suas estimulações (Brazelton e Cramer, 1992; Costa *et al.*, 2012).

Contudo, a avaliação da condição emocional dessa mãe, em período gestacional e/ou puerperal, possibilita prever o tipo de contato que a mãe estabelecerá com o bebê e os benefícios do estímulo oferecido pela sua presença à criança que se desenvolverá, conforme apontam Baptista *et al.* (2010) em um levantamento histórico de estudos nesse sentido. Atualmente, o apego, entendido como o engajamento das mulheres em comportamentos afiliativos e interativos com seus filhos, inicia-se ainda antes do nascimento (Cranley, 1981).

Costa *et al.* (2012) salientam que o desenvolvimento do RN e de seus pais é resultado da interação dinâmica entre eles e o ambiente, e cada um influencia e é influenciado pelas respostas do outro, resultando no sucesso ou no fracasso das relações. Nesse sentido, os profissionais da saúde devem atuar como mediadores nas relações entre mãe-pai/RN, porém, essa relação não pode ser mecânica e impessoal.

Assim, a estruturação de um programa de atuação psicológica em UTI neonatal deve ter por objetivo a avaliação da estabilidade emocional mãe-pai em situações de conflitos (internação de seu bebê em situação de risco biológico) e favorecer a ampliação das relações de cuidadores do RN a partir de um vínculo estruturado às condições de estimulação do desenvolvimento integral futuro dessas crianças.

Rotina do Programa de Assistência Psicológica na UTI neonatal de um hospital-escola

Diariamente, e em quaisquer períodos do dia em que se configure o expediente de trabalho do profissional na UTI do hospital-escola, o psicólogo clínico, ao chegar na unidade, visita as salas para verificar a presença dos RN internados, seguindo um “mapa do plantão” no qual consta o nome de identificação, data de nascimento e motivo da internação, podendo ainda apresentar a realização de um primeiro atendimento de avaliação psicológica da família em questão. Havendo esta avaliação prévia interventiva pela equipe de Psicologia, identifica-se o profissional responsável e entende-se que a família em questão está em acompanhamento. Após, realiza-se a busca dos prontuários dos pacientes novos, ainda não avaliados pela Psicologia, para determinar os dados de identificação sociodemográficos da família, bem como as condições gerais da gestação, do parto e do puerpério que determinaram a internação do RN, além da história clínica e gestacional anterior da mãe do RN.

Feita a triagem desses dados, segue-se para discussão dos novos casos com os profissionais da equipe de saúde (médicos neonatologistas, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros) com o objetivo de compreender as informações diagnósticas atuais e prognósticas, as condutas indicadas e a percepção dos diferentes profissionais em relação ao estado psicológico dos pais.

A hierarquização dos atendimentos psicológicos de seguimento dos casos já acompanhados e/ou avaliação de casos ainda

não avaliados acontece mediante dois fatores preponderantes e conciliáveis: a presença física do cuidador responsável pelo RN, na unidade naquele momento, e o diagnóstico de internação do RN. A presença física do cuidador responsável pelo RN inclui a identificação da genitora (mãe) em uma unidade de internação do hospital (pós-parto imediato) e/ou do genitor (pai), avós ou outro familiar responsável, no caso de genitora (mãe) adolescente ou pais adotivos na UTI neonatal. O diagnóstico de internação do RN considera uma avaliação médica padrão das variáveis IG, peso ao nascer e adequação do peso para a IG, que, se identificadas em aspectos extremos, como prematuridade extrema e baixo peso extremo, configuram índice de risco clínico para o bebê.

Além da análise dos fatores de risco biológico para o desenvolvimento, faz-se a análise das variáveis do ambiente familiar, porquanto considerando que o desenvolvimento da criança seja fruto da interação entre os fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Assim, o baixo nível socioeconômico é entendido com uma forte associação com o maior risco para problemas no desenvolvimento cognitivo nos primeiros 3 anos de vida da criança de muito baixo peso ao nascer (Liaw e Brooks-Gunn, 1993). E com menor responsividade das mães de crianças nascidas pré-termo (Wilfong *et al.*, 1991).

Quanto à relação entre o nível de escolaridade das mães e a interação com seus bebês, estudos mostram que a maior escolaridade das mães está associada a maior variedade de estimulação na interação com seus bebês prematuros aos 3 anos de idade (Cho *et al.*, 2004), bem como mais recursos potenciais maternos para desencadear episódios de interação e fornecer informações aos filhos ex-prematuros na fase escolar (Klein, 2005). Portanto, quanto maior o nível de escolaridade materno, melhor o desenvolvimento das crianças.

Sobre a ocupação das mães, alguns estudos encontraram relação entre a mãe estar no mercado de trabalho e oferecer um ambiente mais seguro e enriquecedor para a criança, além de percepções maternas mais positivas em relação a seus filhos (Youngblut *et al.*, 1998).

Outra variável do ambiente familiar que pode afetar o desenvolvimento da criança é a condição emocional da mãe, como a presença de sintomas de ansiedade e depressão. Considera-se que o nascimento do filho em condição adversa, com necessidade urgente e emergente de internação na UTI neonatal, é suficiente para as mães apresentarem sintomas de ansiedade. Por isso, avaliar os comportamentos de enfrentamento da mãe para contingências aversivas é o principal foco de atenção sobre a família, visto que essa ansiedade, por sua vez, tem sido associada a maior atividade e intrusividade das mães na interação com seus bebês (Wijnroks, 1999).

O contato de avaliação e/ou acompanhamento dos pais (ou responsáveis) do RN hospitalizado é feito por meio de entrevistas semiestruturadas, inicialmente com o objetivo de apresentação do psicólogo clínico e do serviço de Psicologia, enquanto equipe composta por diferentes profissionais e integrantes específicos das diversas unidades de internação.

Após a identificação da Psicologia, em diferenciação dos demais profissionais das diversas especialidades terapêuticas, realiza-se a coleta de dados complementares aos prontuários, informações da estrutura e funcionamento da família e história de vida dos pais, com objetivos de avaliação interventiva. Enquanto se avalia a compreensão do entrevistado em relação ao motivo de internação do RN (diagnósticos, procedimentos, prognósticos), rotinas da unidade e reações psicológicas, intervém-se também orientando cada um dos aspectos avaliados.

Se o atendimento ocorrer em situação de acompanhamento do RN, em leito, também se busca observar com fins de avaliação interventiva os comportamentos de estabelecimento e manutenção da interação e vinculação, como olhar, tocar, falar do RN e com o RN, realização da amamentação e/ou ordenha, regularidade das visitas, solicitação de informações e esclarecimentos sobre a evolução e os aparatos tecnológicos disponíveis, e possíveis relações com evolução do filho RN.

As intervenções variam de orientações a procedimentos de modelagem e modelação de repertórios específicos às práticas da internação hospitalar, bem como treino de comportamentos maternos/paternos adequados aos cuidados de um filho RN.

Após a realização de qualquer atendimento de avaliação interventivo, pressupõe-se a discussão do caso com outros profissionais membros da equipe de saúde a fim de instrumentalizar ações terapêuticas que apoiem o controle das contingências de estabelecimento dos comportamentos estimulados. Essa discussão ocorre em momentos informais e direcionados às diferentes especialidades, favorecendo modelos de interação técnica com o cuidador específico, e também em reuniões multidisciplinares regulares nas quais o parecer psicológico de cada família em questão é socializado.

Diante das situações psicossociais envolvidas nos fatores de risco psicológico, é inerente ao processo de avaliação e acompanhamento psicológico da família o levantamento das condições de agravos do problema socioeconômico, de escolarização e ocupacional, a fim de solicitar intervenção social específica em situações que envolvam, por exemplo, falta de recursos financeiros da família para transporte, impossibilitando visitas regulares ao RN; dificuldades de recursos básicos como

alimentação e moradia; dificuldades para manutenção de medicamentos específicos para o cuidado da saúde etc. Com isso, busca-se dispor de condições de proteção da criança em questão, na situação de alta hospitalar.

Assistência psicológica durante visita de irmãos em UTI neonatal

A participação do psicólogo no processo de avaliação e acompanhamento de irmão(s) do RN em uma visita à UTI neonatal tem sido também uma prática recorrente nos hospitais. Em geral, durante a gestação, irmão(s) e/ou irmã(s) crianças acompanha(m) o desenvolvimento do bebê, as consequentes alterações na rotina familiar e os preparativos para a chegada do RN. Contudo, o nascimento do RN, seguido de sua internação em uma UTI e todas as rotinas que se impõem para a família, provocam respostas emocionais aos pais do RN e afetam indiretamente o/a(s) irmão/irmã(s) do RN, que, por questões de protocolos de atenção ao RN, fica(m) inicialmente impossibilitado(s) de participar do processo.

É comum, diante da internação do RN e incentivo da participação da mãe na rotina hospitalar para acompanhamento do filho RN, a consequente ausência temporária da mãe no contexto familiar e, diante desse afastamento, que o(s) outro(s) filho(s) reajam à nova configuração. Assim como os pais podem reagir e lidar de diversas maneiras e formas à notícia da internação de um filho em uma UTI neonatal (Santos, 2016), a criança irmã do RN também pode reagir do mesmo modo, tão diversamente quanto, sobretudo mediadas pelo comportamento dos pais.

Contudo, organizar um protocolo de ações diante dessa demanda familiar faz-se necessário, pois beneficiará não somente as crianças envolvidas, mas também a mãe e o pai, que, por se preocuparem com o outro filho, irmão do RN, já têm seus níveis de ansiedade elevados e consequentes dificuldades para manejar as situações (Baltazar *et al.*, 2010; Braga e Morsch, 2003).

Morsch e Delamonica (2009) apontam fatores importantes na visita de irmão(s) nas unidades neonatais. A definição dos papéis e funções de cada um dos membros da família possibilitará a diminuição das fantasias envolvidas quanto às fragilidades da mãe e do pai acerca das emoções do(s) filho(s) mais velho(s) e deste(s) acerca do RN, facilitando a aproximação de todos e consequente comunicação, preparando-os para as novas exigências na história familiar.

Por envolver não somente a família do RN, mas também os profissionais de saúde do hospital e as consequentes rotinas da instituição, a responsabilidade da necessidade de controle sobre as respostas emocionais dos envolvidos, diante do trato com as crianças menores durante a possibilidade da visita hospitalar, tem sido atribuída ao profissional psicólogo, que poderá avaliar e intervir no sentido de promover comportamentos adaptativos à situação circunscrita. Como destacam ainda Morsch e Delamonica (2009), caberá também a esse profissional atender a necessidade de atividades próprias da infância, que envolvam brincar e desenhar, como meio de avaliar interventivamente os aspectos comportamentais e afetivos do visitante, e favorecer a comunicação entre eles e a equipe, bem como facilitar a compreensão do contexto da UTI neonatal pelo visitante.

Na maioria das vezes, a solicitação de visita do(s) irmão(s) é realizada pela mãe e/ou pai do RN, que frequentemente relatam queixas sobre o surgimento de dificuldades relacionadas com rotinas diárias, escola, distúrbios alimentares, de sono, entre outros, a partir da internação do RN. Têm-se, por prerrogativa como primeira conduta diante da solicitação, as intervenções de orientações aos pais a fim de estimular repertórios de manejos adaptativos à nova configuração familiar que está se constituindo, para que a ação impacte essa família no seu contexto privado.

Como já mencionado, uma vez que os pais das crianças da família são regularmente acompanhados pelos especialistas, dada sua frequência ao serviço, a equipe de Psicologia avalia os resultados dos manejos orientados, isto é, a rede de apoio familiar mútuo entre os membros. Também se intervém junto à família, com a mediação da Enfermagem da unidade, que fotografa o RN, com ferramentas trazidas pela família (máquina fotográfica ou celular, responsabilizando a família pela imagem), a fim de que a foto seja um primeiro recurso de aproximação do irmão em ambiente externo com o RN. Orienta-se os pais na apresentação da foto, com um diálogo instrutivo.

Outra conduta de intervenção realizada com os pais, que pode ser simultânea à apresentação da foto, é orientar a criança, ainda em ambiente externo, a realizar desenhos ou escrever uma carta para o RN, a ser colocados(as) na incubadora ou no berço no dia da visita à unidade.

Durante a apresentação e identificação das demandas descritas pela família, ao longo do processo de visita de irmãos, algumas variáveis devem ser consideradas no fluxo de liberação pela equipe multiprofissional, como estado clínico e gravidade do RN, maturidade emocional da criança, suporte familiar, compreensão acerca de todo o processo de internação e, evidentemente, a vontade da criança – variável na qual o contexto/desejo é da família, e não da criança (Borges *et al.*, 2010).

Nas entrevistas de acompanhamento com os pais, em avaliação das condutas orientadas, se houver menção de manifestações recorrentes pela criança de desejo em visitar o RN, propõe-se o agendamento da entrevista de avaliação interventiva com o(s) irmão(s), para a possível realização da visita ao RN. Contudo, como ação de orientação, os pais devem ser informados de que a visita poderá ou não acontecer, dependendo da avaliação do psicólogo. Confirmada a visita, deve-se ainda orientar os pais sobre

como instruir o(s) irmão(s) visitante(s) em sua ida ao hospital.

Nesse momento, costuma-se observar a manifestação de preocupações dos pais do RN sobre o impacto emocional no potencial visitante ao conhecer o RN em condições de saúde adversas. Esse aspecto deve ser tema de intervenção junto aos pais para que se possa avaliar se a demanda da necessidade de visita da criança é dos pais ou do(s) próprio(s) irmão(s). Nesse instante, também como conduta, disponibiliza-se todas as orientações e informações necessárias para que os pais possam decidir pelo agendamento da entrevista de avaliação para a visita, garantindo que não haja prejuízo na rotina escolar do menor visitante.

Uma vez agendada a entrevista de avaliação para a visita, o psicólogo discute o evento junto com a equipe multiprofissional para os manejos e ajustes necessários na rotina da unidade, garantindo o controle de estímulos aversivos na ocasião; além de instruir a equipe sobre as adaptações dos diálogos respeitando a idade das crianças, que geralmente exigem frases curtas e linguagem objetiva (Braga e Morsch, 2003).

Os irmãos visitantes com idade superior a 12 anos não participam desse protocolo, já que têm a possibilidade de visita ao RN no horário oferecido diariamente aos demais parentes e amigos da família, mediante agendamento prévio realizado pelos pais.

Estabelece-se ainda alguns limites para a autorização das visitas: idade inferior a 4 anos; diagnóstico de quadro clínico infectocontagioso; dificuldades em diferentes áreas do desenvolvimento, sugerindo déficit cognitivo; quadros psicóticos ou mesmo transtornos invasivos do desenvolvimento; ou demais comprometimentos identificados na situação de avaliação, mediante entrevista lúdica. Essas restrições existem em virtude de limitações de espaço físico e de pessoal para o acompanhamento individualizado.

A partir do consenso da equipe multiprofissional para a entrada da criança na unidade, a equipe de Psicologia atuante no serviço inicia o processo utilizando técnicas com o objetivo de aproximar o evento e diminuir respostas de medo, comportamentos evitativos, ansiedade, entre outros. Algumas técnicas são: dessensibilização sistemática, fornecimento de informações, técnicas de relaxamento e orientação psicológica.

O programa prevê visitas conforme a demanda e com duração variável de acordo com a faixa etária da criança, de modo que o tempo se torna maior à medida que aumenta a idade do visitante. Contudo, a duração é sempre estruturada em três momentos. O primeiro pode ocorrer na presença ou ausência dos pais, conforme o psicólogo avaliar pertinente, e se destina à recepção da criança, para avaliação interventiva do conhecimento e compreensão que ela tem do processo de internação do RN, e para esclarecimentos de dúvidas relativas à internação, por meio da realização de atividades lúdicas e desenhos. Havendo a identificação de repertórios adaptados ao contexto da UTI neonatal e condições psicológicas pela criança candidata à visita, configura-se o segundo momento, por meio do qual ocorre a visita. As crianças são orientadas quanto à assepsia, especialmente das mãos, e acompanhadas pela mãe e/ou pai, junto com o psicólogo, até a incubadora ou berço aquecido em que se encontra o irmão RN. Nesse momento, uma estratégia a ser adotada, quando necessário, é que os visitantes levem consigo os desenhos que fizeram durante a conversa do primeiro momento para presentear o bebê, servindo de elemento de mediação entre ambos. Durante a visita, a equipe de Psicologia busca facilitar a comunicação da criança visitante com a equipe médica e de Enfermagem, explicar como funciona a aparelhagem utilizada pelo bebê, responder às dúvidas mediante avaliação de sua compreensão cognitiva, avaliar necessidades de outras intervenções e permitir que a família interaja nesse novo momento. O terceiro momento se destina à discussão das experiências ocorridas durante a visita, esclarecimento de dúvidas relativas às vivências e impressões e reavaliação interventiva por meio de identificação de repertórios adaptados à nova configuração familiar.

Por fim, a equipe de Psicologia avalia os resultados da visita realizada, considerando o relato dos pais sobre os comportamentos da criança desde a visita, e orienta manejos, caso necessário, agendando novas entrevistas de avaliação interventiva com a criança e/ou realizando encaminhamentos para seguimentos psicológicos externos.

Casos clínicos em UTI neonatal

O caso clínico a seguir (Exemplo 10.1) refere-se aos escritos de Baptista *et al.* (2010).

Exemplo 10.1

RN prematuro em UTI neonatal.

Dados de identificação e dados clínicos

- Sexo: masculino
- Idade gestacional: 31 semanas

- Peso: 1.465 g
- Hipótese diagnóstica: prematuridade, desconforto respiratório e icterícia
- Conduta médica: internação em UTI neonatal para cuidados intensivos com a utilização de incubadora, respirador, sonda nasogástrica e fixação de cateter para medicação intravenosa.

História familiar

Pais casados há 5 anos, família é constituída pela mãe (26 anos), pelo pai (27 anos) e por duas filhas (4 e 2 anos). Nenhuma gravidez foi planejada. O pai tem emprego fixo e a mãe é dona de casa.

A relação do casal estava em crise antes de saber da gravidez. O pai demonstrava tristeza por esse fato; a mãe não comentou.

Acompanhamento psicológico

Todos os pais dos bebês internados são acompanhados pela Psicologia; entretanto, quando a psicóloga chegou ao serviço, foi advertida de que havia sido internado um bebê do sexo masculino, mas que a mãe recebeu a informação, durante uma ultrassonografia, de que era do sexo feminino. Os pais estavam na sala em que o bebê estava internado.

É importante salientar que, na avaliação inicial, foi descartado o diagnóstico de depressão nos pais, bem como qualquer outra psicopatologia, e os comportamentos da mãe estavam diretamente relacionados com o aspecto contextual.

1º atendimento psicológico

Objetivos:

- Estabelecer a interação psicólogo-pais
- Avaliar e estimular a interação pais-bebê.

Quando a psicóloga chegou à sala em que o bebê estava internado, os pais estavam presentes; assim, foram abordados pela psicóloga, que apresentou o serviço de Psicologia dentro da UTI neonatal aos pais.

A primeira questão enfatizada pela psicóloga aos pais objetivou verificar o entendimento de ambos sobre a internação do RN; nesse momento, somente o pai interagiu com a psicóloga, a mãe apresentava um olhar parado e não focado na incubadora, parecendo estar olhando para o nada. A mãe foi questionada se sentia-se bem e relatou que sim, exceto pelo incômodo da cesariana. Foi, então, providenciada uma cadeira para que ela pudesse se sentar ao lado da incubadora.

Como os pais já haviam realizado a assepsia das mãos, sugeriu-se que tocassem no RN. O pai imediatamente aceitou, a mãe se recusou e ficou com o olhar baixo; o pai se preocupou o tempo todo em perguntar se poderia tocar ou não nas partes do corpo da criança, explorando todo o bebê, iniciando pelas mãos e se aproximando do corpo e, posteriormente, da cabeça. A mãe começou a chorar e dizia que não queria tocar, que não queria ter tido o bebê e que o pai cuidaria do bebê.

A mãe foi estimulada a tocar na criança e, mesmo assim, resistiu. Foi convidada para acompanhar a psicóloga a uma sala para que pudessem conversar isoladamente. O pai foi orientado a ficar acariciando o bebê, enquanto o atendimento da mãe ocorria em outra sala.

Durante a coleta de dados, a mãe relatou que não entendia como havia engravidado, pois estava tomando pílula. Não desejava ter engravidado novamente, pois pretendia cuidar de si e arrumar um emprego. Referiu que ficou sabendo que estava grávida com 5 meses e ganhara o bebê com 7 meses, significando para ela “2 meses de gravidez”. Não havia comentado sobre a gravidez com os familiares, amigos e vizinhos, apenas ela e o marido sabiam. Comentou também que, ao fazer uma ultrassonografia, ficou sabendo que seria mais uma menina. Chorava e dizia que não conseguia gostar da criança.

Após essas informações, a psicóloga disse que não deveria se preocupar em gostar da criança, e sim em entender tudo o que estava acontecendo. Ao ser questionada sobre seus sentimentos, referiu que se sentia culpada, pois a criança poderia ter nascido antes do tempo por não ser desejada. Essa colocação foi escolhida pela psicóloga como a primeira referência psicológica a ser discutida, já que o vínculo psicóloga-

mãe estava sendo formado e a possibilidade de trabalhar as questões dessa “crença” (regra cognitiva) e de ter um resultado positivo era grande.

Foi informado à mãe que ela deveria entender o processo de hospitalização e que a forma mais viável de fazer isso seria conversando com a equipe médica. A mãe permitiu que um médico viesse conversar, objetivando o esclarecimento de suas dúvidas. Foi elaborada, junto com a mãe, uma relação de questionamentos que deveria fazer ao médico para favorecer sua compreensão.

Após as informações transmitidas pelo médico, a mãe parou de chorar e referiu que compreendeu que o desejo de não estar grávida não interferiu diretamente na prematuridade do parto. Imediatamente a essa fala da mãe, ela foi convidada para visitar o bebê novamente. O pai já havia se retirado, pois o horário de visita tinha terminado.

A mãe não quis tocar no bebê, mas foi estimulada a observá-lo e relatar em voz alta tudo o que estava olhando; exemplo da fala da mãe: “Ele tem mãozinhas pequenas, está com os olhinhos fechados, tem uma agulha colocada em sua cabeça”. O objetivo desta intervenção foi utilizar a aproximação sucessiva da mãe com o bebê e, em um primeiro momento, estimular o que fosse menos aversivo para se chegar ao comportamento-alvo, ou seja, pegar o bebê no colo e acariciá-lo. Esta técnica é conhecida como modelagem.

2º atendimento psicológico

Objetivos:

- Manutenção da relação pai-bebê
- Avaliação da relação mãe-bebê.

A mãe recebeu alta antes de a relação mãe-bebê ser avaliada novamente pela Psicologia, e a alta ocorreu em razão da necessidade de leitos na Obstetrícia. O pai compareceu à visita da tarde, mostrando-se afetivo, acariciando e falando com o bebê. Referiu que a mãe não havia conversado com ele sobre o parto, sobre o bebê e nem mesmo sobre a internação; parecia não dar importância ao nascimento da criança nem à escolha do nome.

Foi orientado a não insistir para que a mãe falasse da criança nesse primeiro momento, que deixasse as coisas acontecerem naturalmente, pois insistir em que ela falasse da criança poderia tornar-se aversivo e punitivo. Ele relatou que a mãe disse que faria somente suas obrigações, como ordenhar o leite para que ele trouxesse todos os dias, que não cuidaria do bebê nem o visitaria.

3º ao 7º atendimento psicológico

Objetivos:

- Manutenção da relação pai-bebê
- Avaliação do comportamento da mãe por meio do pai.

A mãe não estava comparecendo às visitas ao filho, pois a cesariana tinha infeccionado e ela não se sentia bem para ir até o hospital; no entanto, não deixava de ordenhar o leite para a criança, indicando que havia certa preocupação com a saúde do filho.

O pai mantinha um bom contato com o filho, sempre afetivo. Era orientado a dar informações para a mãe sobre as condições de saúde da criança, e também a provocar curiosidade para que ela se motivasse a vê-lo, comentando sobre a engorda da criança, que a criança estava abrindo os olhos, que estava sorrindo – deveria dizer sempre a verdade.

Comentou que a mãe, pela primeira vez, conversou com algumas vizinhas sobre o nascimento do filho, indicando um comportamento de enfrentamento social.

O pai referiu que não tinha preferência pelo nome da criança; então foi orientado para que estimulasse a mãe a escolher o nome do filho, favorecendo a vinculação mãe-bebê.

Foi solicitado ao pai que convidasse a mãe para comparecer ao hospital para que ela conversasse com a psicóloga, deixando claro que ela não seria obrigada a ter contato com o bebê. O objetivo do encontro era verificar com a mãe se ela estava precisando de algum tipo de auxílio.

8º atendimento psicológico

Objetivo: avaliação e estimulação da vinculação mãe-bebê.

A mãe compareceu à visita e justificou sua ausência pelas dores que estava sentindo e pelos cuidados que dava às filhas; disse não ter recebido o convite para uma conversa com a psicóloga, indicando que o comportamento de visita ao bebê foi espontâneo.

Nesta intervenção, a mãe verbalizou a diferença de sentimentos que teve com o nascimento de suas outras duas filhas, sendo estes mais positivos quando comparados ao parto atual. Demonstrou, pela primeira vez, interesse em saber do estado clínico do filho, perguntando quando falaria com os médicos e foi informada que logo eles iriam conversar com ela, já que a rotina da UTI neonatal define, em um primeiro momento, os pais poderem ficar com os bebês e, depois, a equipe passar em cada um para dar informações e tirar dúvidas.

Referiu que já havia escolhido o nome do bebê, e foi orientada a escrever o nome na papeleta que identifica o bebê para que todos pudessem chamá-lo pelo nome.

Em seguida, foi imediatamente estimulada a entrar em contato com o bebê; a psicóloga abriu a porta da incubadora e inicialmente foi dando instrução para a mãe, como “pode tocar em seus dedinhos; agora pegue em sua mãozinha”, e sempre que o bebê reagia, era verbalizado à mãe como sendo uma reação positiva ao toque que ela estava realizando, mesmo sendo uma reação esperada do bebê teria em relação ao toque de qualquer outra pessoa.

Durante esse processo, a mãe perguntava sobre a aparelhagem que o bebê estava utilizando e a psicóloga explicava a função de cada um; no entanto, deixava claro que o médico poderia dar mais explicações.

Ao final dessa intervenção, a mãe acariciou todo o bebê, iniciando pelas mãos e chegando a abaixar-se para fixar os olhos nos olhos do bebê. Foi orientada que, em todas as visitas, poderia tocar em seu filho.

Quando o médico chegou para dar informações, a mãe questionou também sobre a necessidade dos aparelhos, mostrando-se mais interessada.

O pai não compareceu à visita.

Ao se despedir da psicóloga, referiu que gostaria de conversar um pouco sobre a relação que tinha com o marido, já que o culpava pela gravidez, e disse também que não sentia o papel de mãe como sendo importante. Após escutá-la, a psicóloga solicitou que ambos viessem na próxima visita, para que pudessem conversar juntos em relação à queixa apresentada pela mãe.

9º ao 15º atendimento psicológico

Objetivo: aproximação sucessiva da mãe em relação à vinculação do bebê.

O bebê já tinha ganhado peso suficiente para que pudesse ser retirado da incubadora por algum tempo, o que favoreceu o processo de vinculação. A mãe mostrava-se preocupada quanto a gostar do filho. A psicóloga dizia para que não se preocupasse, pois o amor poderia ser construído.

Durante esse período, a mãe era estimulada inicialmente a tocar na criança somente com as mãos dentro da incubadora, posteriormente era sugerido que pegasse o bebê.

Em um primeiro momento, a mãe mostrou-se resistente, mas, ao ser estimulada, aceitou receber a criança em seu colo. Demonstrou muita dificuldade em manusear a criança, sem conseguir acomodá-la nos braços. Segurava a criança com distância. A psicóloga passou a orientar a mãe sobre como deveria acomodar a criança, como “levante mais a cabeça da criança, assim seu braço estará em uma posição mais confortável”.

Após algum tempo, a mãe mostrou-se mais adaptada. A cada conquista da mãe, ela era estimulada a dar mais um passo no cuidado da criança.

No final desse período, a mãe não precisava mais de estímulos para tocar no bebê. Assim que chegava à unidade, solicitava à equipe de Enfermagem que retirasse o bebê da incubadora para que pudesse pegar o filho, conversando timidamente com a criança. Não demonstrava intimidade com o bebê.

O pai manteve-se presente durante esse tempo, e relatava que a mãe se mostrava mais tranquila em relação ao bebê, pois estava falando dele para os familiares, amigos e vizinhos. Contudo, quando pensava em

alta hospitalar, dizia que não queria cuidar do bebê o tempo todo. O pai ofereceu à mãe uma babá para ajudá-la nos cuidados da criança. A mãe aceitou.

16º ao 28º atendimento psicológico

Objetivos:

- Estimular a mãe a amamentar a criança
- Ajudar a mãe a enfrentar críticas sociais.

Durante esse período, a mãe passou a se interessar gradualmente pela amamentação, questionando a equipe de Enfermagem sobre como poderia ser esse processo, já que o bebê nunca tinha mamado nela e estava ficando grande. Foi informada sobre o processo utilizado pela equipe de estimular a amamentação no peito, mesmo após o uso de mamadeira.

Ao preparar a mãe para amamentar no peito, foi combinado que, inicialmente, a mãe alimentaria o filho pela mamadeira (com o seu leite ordenhado).

Nesse período, a mãe estava com dificuldades em lidar com os “conhecidos”, pois diziam que ela não falava da criança com “amor de mãe”. Para a mãe enfrentar essa situação, foi lembrado todo o processo que tinha passado até então e frisada a evolução da relação-vinculação – a princípio, ela não queria olhar para criança e, hoje, está com a criança no colo.

A partir desse momento, foi realizado um contrato em que a mãe daria uma nota para a relação dela com a criança e referir se foi estabelecido um novo comportamento na relação, tanto da criança como da mãe.

A nota dada no 16º dia foi “5” (em uma escala de 0 a 10), e o comportamento novo da mãe foi o interesse pela amamentação da criança.

A cada visita a mãe mostrava-se mais animada na relação, assumindo o compromisso de dar mamadeira para o filho. A nota dada para a relação foi aumentando, e a listagem de comportamentos novos também. A mãe começou a avaliar a evolução da relação e a não levar mais em conta os comentários dos conhecidos.

29º atendimento psicológico

Objetivo: participar do Grupo de Pais.

Na UTI neonatal, todas as sextas-feiras há um grupo com a presença de todos os pais dos bebês internados na UTI neonatal. Esse grupo é interdisciplinar, constituído por médico, psicóloga, enfermeira e assistente social, tendo como objetivo dar assistência biopsicossocial aos pais.

Até então, os pais estavam recebendo atendimento em todos os níveis de forma individual, e não grupal, pois a equipe considerou que não seria interessante existir algum tipo de intercorrência que pudesse colocar a relação mãe-bebê em questionamento, o que pode ocorrer em grupo (p. ex., os pais relatarem que amam muito seus bebês).

No primeiro contato dos pais com o grupo, eles realizaram diversos questionamentos e, ao final, relataram que se sentiram bem, já que perceberam que os outros pais também estavam tendo dificuldades de enfrentar a situação.

Nesse dia, ocorreu um imprevisto durante a participação do grupo, pois o bebê apresentou uma parada cardíaca. O bebê foi reanimado, os pais foram informados e conduzidos até a incubadora. O bebê estava dormindo. A mãe chorou muito e relatava sentir-se punida, já que estava investindo tanto para amar o filho e corria o risco de perdê-lo.

Foi discutida com os pais a questão da vulnerabilidade, já que os bebês internados na unidade não apresentam uma condição de saúde perfeita. Ao final da discussão, a mãe parou de chorar e não quis tocar no filho, apenas vê-lo.

30º atendimento psicológico

Objetivo: atendimento ao pai.

O pai compareceu à visita e mostrou-se afetivo com o filho. Foi informado pela equipe da evolução positiva da criança, sem nenhuma intercorrência com ela durante aquele período.

A mãe não compareceu à visita; alegou ao pai que não suportaria notícias negativas.

O pai foi orientado a passar as informações à mãe, que as recebeu.

31º ao 38º atendimento psicológico

Objetivos:

- Avaliar a relação mãe-bebê
- Estimular a amamentação
- Participar do Grupo de Pais.

No 31º dia, quando a psicóloga chegou à UTI neonatal, a mãe já estava com o filho, fazendo carinho nele. Relatou que foi muito difícil enfrentar a parada cardíaca, já que tinha a ideia de que nada de ruim iria ocorrer. Mesmo assim foi dada uma nota para a situação (nota 7), já que tudo tinha sido superado e ela, pela primeira vez, teve medo de perder o filho, significando “gostar”.

Os pais foram informados de que o bebê apresentava um progresso importante, estava em condições de ser transferido para o berço. Assim, deu-se início ao processo de estimulação à amamentação no peito.

A mãe questionou a necessidade disso, pois não tinha certeza de que seria bom. Foi informada que seria interessante dar início ao processo e, caso não se sentisse bem, seria reavaliado.

Foi solicitado que a mãe passasse a manhã toda com o filho; esse contato seria supervisionado pela enfermeira e pela psicóloga.

A estratégia utilizada novamente foi a de aproximação sucessiva. Inicialmente, após a criança ser amamentada com a mamadeira, foi solicitado que a mãe retirasse a blusa e encostasse o rosto da criança próximo ao peito. A mãe franzia a testa e relatava que não estava gostando; era mais incômodo do que prazeroso. Colocou-se à disposição para tentar novamente, já que o incômodo inicial já havia passado, demonstrando um comportamento positivo.

No dia seguinte (com o acompanhamento da psicóloga), logo que chegou, pegou a criança e mostrou-se decidida a amamentar. Não quis dar mamadeira antes, colocou a criança no peito; a criança mostrou dificuldade para sugar e chorou, deixando a mãe bastante preocupada e achando-se incompetente; foi complementado com leite na mamadeira.

Após várias tentativas, a mãe relatava que se sentia cobrada por não conseguir amamentar. Em equipe, foi decidido que a mãe, em razão de sua história, não seria mais estimulada a amamentar, e sim a ter outros comportamentos de cuidado com a criança, por exemplo, estar presente nos banhos, trocar a criança, dar a mamadeira e, caso se mostrasse disposta a dar o peito, isso deveria ocorrer naturalmente.

A criança não foi mais amamentada no peito.

Na participação do grupo dos pais, a mãe levou a criança consigo e permaneceu com ela no colo por 1h30; fez questionamentos sobre os cuidados que deveria ter em casa com a criança, demonstrando a melhora na qualidade da relação.

39º ao 40º atendimento psicológico

Objetivos:

- Preparação para a alta do bebê
- Alta do bebê.

A mãe relatava que ainda não se sentia segura em cuidar do bebê sozinha, já que tinha duas meninas pequenas, porém o marido contrataria uma ajudante, como havia prometido. A ajudante seria a cunhada. Foi discutido com a mãe esse comportamento de esquiva nos cuidados do bebê. Ela relatava que preferia assim, pois a responsabilidade seria dividida e não se sentiria obrigada a fazer tudo sozinha.

Foi encaminhada para atendimento psicológico individual, o qual aceitou e deu início.

O pai foi orientado a procurar a psicóloga da UTI neonatal se aparecesse alguma dúvida de como lidar com a mãe.

No dia da alta da criança, os pais mostraram-se ansiosos, trouxeram roupas e comentaram a expectativa

dos parentes e amigos para a chegada do bebê.

Antes, participaram do Grupo de Pais, comentando sobre a passagem deles na UTI neonatal e a expectativa positiva que estavam apresentando.

O acompanhamento psicológico da relação mãe-bebê estava seguro, já que ambos seriam acompanhados posteriormente em um ambulatório de seguimento dos bebês que ficaram internados na UTI neonatal.

Acompanhamento psicológico no ambulatório de seguimento dos bebês de alto risco

Todos os bebês internados na UTI neonatal passam por avaliações constantes da equipe da UTI. No início, a avaliação ocorre semanalmente e, dependendo dos resultados da avaliação, passa-se para quinzenal, mensal, bimestral, trimestral, semestral e anual. Todas as crianças são também acompanhadas por seus pediatras de referência, em consultas de rotina.

Inicialmente, a mãe e o bebê vinham acompanhados pela babá, sendo a criança trazida no colo pela babá. Nas duas primeiras consultas, foi permitido que a babá entrasse com a criança, já que tinha informações que podiam contribuir para a avaliação; depois foi discutida pela equipe a importância de a mãe ter esse comportamento.

Durante a avaliação psicológica, a mãe foi encorajada a ter essa atitude e, a partir da 3ª consulta, assumiu a conduta. A babá acompanhou a mãe até o ambulatório mais 3 vezes e, a partir daí, a mãe começou a ir sozinha.

A cada consulta, a mãe era orientada pela psicóloga a observar a criança e trazer respostas: “Você sabe diferenciar o choro do bebê quando ele está com fome, sono, dor de barriga ou está molhado? Qual a temperatura da água do banho de que ele gosta mais? Ele acompanha um objeto com o olhar quando você move o objeto? Ele reconhece sua voz?”. A cada encontro se estabelecia um novo desafio.

A mãe dispensou a babá e assumiu completamente o cuidado do filho, relatando que estava sentindo amor pela criança, que não diferenciava mais os sentimentos em relação aos outros filhos.

Acompanhamento psicológico da mãe no ambulatório de Psicologia

A mãe ficou em Psicoterapia por 6 meses e, ao final, referiu modificação positiva no comportamento em relação ao marido, melhorando a comunicação e criando estratégias de lazer, o que não ocorria anteriormente.

Comentou a melhora na tolerância em relação “às artes” das filhas, compreendendo-os como comportamentos esperados para a idade. Contudo, o ganho maior foi o amor pelo filho, pois antes acreditava que nunca aceitaria a criança.

Conforme descrito, todos os pais dos bebês internados na unidade são avaliados e acompanhados pela equipe que compõe o Serviço de Psicologia, contudo, os RN classificados com índices de extremidade quanto ao critério de IG e peso são considerados prioridade, diante do fato de estarem em risco físico intenso, favorecendo condições de vulnerabilidade emocional da família.

O Exemplo 10.2 apresenta uma situação de atendimento psicológico familiar durante internação de RNPT.

Exemplo 10.2

Atendimento psicológico familiar durante internação de RNPT.

Dados de identificação e dados clínicos

- Sexo: masculino
- Nascido de parto cesáreo, por sofrimento fetal agudo (SFA) em virtude de RN pélvico com dificuldade de extração (gestante com placenta prévia + hematoma placentário)
- Idade gestacional: 27 semanas e 4 dias
- Peso: 695 g
- Hipótese diagnóstica médica: RNPT, pequeno para a IG, extremo BP e desconforto respiratório precoce

(doença de membrana hialina?)

- Conduta médica: internação na UTI neonatal, para cuidados intensivos com a utilização de incubadora, respirador, sonda nasogástrica e fixação de cateter para medicação intravenosa.

História familiar

Pais estão juntos há 14 anos, casados, ambos com famílias de origem no município de residência e no qual o RN nasceu.

A família é constituída pela mãe (35 anos, enfermeira), pelo pai (36 anos, engenheiro) e por uma outra filha do casal (4 anos, matriculada em escola de Educação Infantil em período integral).

Rede de apoio familiar presente, embora restrita (avós paternos já falecidos, e mãe filha única).

Rotina de triagem dos casos

Complementando essa indicação, a equipe solicitou atendimento para a mãe que, por ter formação em Enfermagem, estava compreendendo muito bem as condições clínicas do RN, desde a urgência no parto, e, portanto, manifestando comportamentos emocionais de ansiedade elevada, diante da possibilidade de perda de seu filho.

1º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Apresentação da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e/ou do Serviço de Psicologia e da integração entre ambos
- Estabelecer a interação psicólogo-pais
- Avaliar compreensão dos pais diante da situação de internação do RN
- Avaliar e estimular a interação pais-bebê.

É importante salientar que, no primeiro atendimento psicológico, tem-se por pressuposto que a condição pós-parto predispõe a puérpera a uma situação emocional de sensibilidade e alterações de comportamentos que não necessariamente configuram uma psicopatologia, mas estão diretamente relacionadas ao aspecto contextual.

Logo no primeiro contato com a puérpera, na unidade de maternidade, em condição de internação obstétrica pessoal, ela relatou os episódios de intercorrências obstétricas da última semana, situação na qual, em decorrência de perda de líquido, procurou um pronto-atendimento médico e foi identificado um descolamento de placenta (estava de férias com marido e filha em outra cidade e sob orientação de seu médico obstetra, por telefone, precisou voltar para o município de residência, às pressas, para atendimento especializado de seu problema gestacional). Ela identificou cada ocorrência em descrições detalhadamente técnicas, percebendo-se ampla compreensão sobre sua própria internação, bem como da internação do bebê. Durante a entrevista, ela manifestou comportamentos ansiosos, compatíveis com as situações. Manteve-se sentada em seu leito, com as mãos entrelaçadas, movimentando-as e gesticulando-as quando queria enfatizar algum assunto ou quando o assunto era a internação do RN.

Questionada sobre possíveis preocupações mais evidentes, a mãe mencionou ter outra filha, de 4 anos, sob os cuidados dos avós maternos, mas que, diante dos últimos acontecimentos de urgência e emergência, não havia conseguido estar com ela, em condições de orientá-la sobre as intercorrências com o irmão e temia tê-la que apresentar à situação seguida de uma possível perda. Mostrava-se com olhar parado e o derramar de algumas lágrimas. Chegou a questionar se a filha poderia conhecer o RN, demonstrando ansiedade em agendar uma visita. Neste momento, foram explicadas as normas e regras da unidade (UTI neonatal), assim como a necessidade de uma avaliação psicológica da criança de 4 anos, antes da visita, tendo em vista o momento adequado para isso.

Assim, identificada essa preocupação por parte da mãe, foram realizadas intervenções de estabelecimento da prioridade de informar a filha sobre o nascimento do RN, em condições desfavoráveis, mas, em situação de internação em UTI neonatal, para cuidados necessários. Essa intervenção ocorreu por meio de orientação

e treino de discurso adaptado à faixa etária da criança (4 anos), levando em consideração o amplo repertório verbal da criança, uma vez que a mãe trabalha como enfermeira de uma unidade maternoinfantil.

2º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Avaliar compreensão dos pais diante da situação de internação do RN
- Avaliar e estimular a interação pais-bebê
- Depois de 2 dias do 1º atendimento psicológico, acolhimento da mãe e pai, no ambiente da UTI neonatal, em situação de visita ao RN internado, estando a puérpera já de alta hospitalar.

Ambos demonstravam compreensão das situações de internação, mencionavam acompanhamento da evolução de RN e referiam repertórios de enfrentamentos das contingências de vida, conciliando atenção à filha com as regulares visitas ao hospital para contato com o filho, bem como receber boletim médico sobre o RN.

Durante o atendimento, os pais do RN permaneceram ao lado da incubadora do RN, acompanhando os procedimentos da equipe de Enfermagem, sempre atentos a qualquer movimento do filho e a tudo que a equipe fazia. Em alguns momentos foi possível perceber o aumento da ansiedade e preocupação da mãe, que chegou a perguntar sobre alguns procedimentos e medicamentos que o RN estava recebendo. Manteve-se perto do bebê o quanto pôde e, quando foi solicitado pela equipe para a deixar a sala, devido à realização de exames, acatou o pedido, porém permaneceu com os olhos fixos no RN, sempre observando os acontecimentos na sala em que ele estava.

A mãe relatou, ainda, conversa de orientações com a filha e manifestou êxito nesse sentido, já que percebia compreensão da filha acerca da internação do RN.

O pai confirmou o relato da mãe e apresentou menção de percepção semelhante à avaliação da mãe acerca da reação da filha, que estaria com a rotina escolar mantida, com exceções de alguns períodos nos quais ficaria sob cuidados e atenção afetiva dos avós maternos, com quem ela também ficaria diariamente, por aproximadamente 2 h, nos períodos noturnos, enquanto o casal visitava o RN.

Durante o atendimento, foi possível perceber dificuldades de formação de vínculo entre a mãe e a equipe de Enfermagem; embora a mãe se demonstrasse educada e cordial, manifestava padrões de retraimento, referidos pela equipe como “distante”. Questionando diferentes profissionais da equipe de saúde, foi consensual entre avaliação de médicos e enfermeiros que a mãe conversava pouco, restringindo-se a questionar em poucas palavras sobre o estado clínico do RN e esclarecer eventuais dúvidas. Ao perguntar sobre seu aparente distanciamento, a mãe referiu dificuldades em demonstrar seus sentimentos, sobretudo de dor e sofrimento, confirmando manter-se afastada de todos da equipe por meio de repertórios de fuga esquiva. Foi feita a intervenção, estimulando habilidades sociais e de busca de apoio junto com a equipe, bem como novas respostas de enfrentamento.

3º ao 7º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Manter a interação pais-bebê
- Avaliar e estimular a interação da mãe com a equipe de saúde (Enfermagem)
- Estimular repertórios sociais e autocuidado.

A mãe estava comparecendo regularmente/diariamente às visitas ao RN, divididos em dois momentos do dia, um pela manhã e o outro à noite, durante os quais realizava a ordenha, estabelecia e mantinha contato afetivo com o RN e buscava informações evolutivas com os profissionais médicos.

Ela relatou que o marido havia voltado às atividades de trabalho e, com isso, a filha também teria voltado a frequentar a instituição escolar de educação infantil, em período integral, ambos próximos de sua residência e distantes do hospital.

Com o passar dos dias, já com cerca de 1 mês de internação, o RN apresentou algumas intercorrências

clínicas que desencadearam um padrão de comportamento deprimido pela mãe que, embora mantivesse demonstração de manejos, manifestava comportamentos de choro frequentes, referências de tristeza e angústia sobre a constante possibilidade de perda do RN. Nesse período, a mãe voltou a apresentar dificuldade de vinculação com a equipe de Enfermagem, mantendo-se distante emocionalmente. Contudo, as intervenções objetivavam o fortalecimento das respostas adaptativas por parte da mãe.

Durante esse período, o 1º mês de vida do RN, segundo relato da mãe, a outra filha estava adaptada à nova configuração familiar e sem queixas psicológicas e/ou mudanças de comportamentos, mas a mãe demonstrava sinais de cansaço físico com as idas e vindas diárias e com as intervenções de estimulação de repertórios de autocuidado, por meio da elaboração de uma agenda de compromissos pessoais (como consultas médicas, odontológicas, compras do enxoval de RN), além das atividades com a filha (passeios a cinema e parques), a serem feitas em situação de dias alternados com as visitas ao RN, estabelecendo uma nova rotina na qual a mãe se ausentaria da UTI neonatal durante o dia (em dias alternados), visitando o RN apenas nos períodos noturnos, acompanhada do marido.

8º ao 12º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Manter a interação pais-bebê
- Manter a interação da mãe com a equipe de saúde (Enfermagem e médicos)
- Avaliar êxitos na aquisição de repertórios sociais e autocuidado
- Orientar manejos de comportamentos da filha de 4 anos diante do nascimento e internação do RN
- Avaliar a possibilidade de agendamento da visita de irmão de RN.

RN estava clinicamente estável, e com 40 dias de vida já manifestava um ganho de peso significativo, tendo atingido 1 kg. Embora ainda dependente de oxigênio, não apresentava intercorrências.

A mãe continuava a comparecer regularmente às visitas do filho, divididas em dois momentos, um pela manhã e o outro, à noite, durante os quais realizava a ordenha, estabelecia e mantinha contato afetivo com o RN e buscava informações evolutivas com os profissionais médicos e de Enfermagem, ausentando-se eventualmente para consultas médicas pessoais ou conciliação com atendimento a demandas da filha (acompanhá-la em consultas médicas, providenciar compras de algumas necessidades, passeios, entre outros).

Segundo a mãe, a filha passou a manifestar algumas alterações de comportamento. Queixou-se de que a filha estava apresentando enurese noturna e relatou que, antes do nascimento do irmão, há aproximadamente 6 meses, já havia conquistado autonomia no uso da toalete e retirado as fraldas. Também referiu que a filha apresentava fala manhosa, episódios frequentes de choro e muitas menções diárias sobre questionamentos da possibilidade “de existência do irmão”.

Durante um período de 15 dias, o serviço de Psicologia realizou atendimentos a cada 3 ou 4 dias, com objetivo de acompanhar a mãe por meio de entrevistas de avaliação interventiva, orientando estratégias de controle dos comportamentos apresentados pela filha e monitoramento das atitudes dos pais com relação à criação dos filhos, avaliando, a cada atendimento, a viabilidade em trazê-la à UTI neonatal para conhecer o RN, conforme mencionado e solicitado pela mãe na ocasião do 1º atendimento psicológico, aproximadamente 1 mês e meio antes. Contudo, a própria mãe mencionou insegurança na visita da filha ao RN, pois ela apresentava, nesse período, condição de saúde instável (gripe e otite).

13º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Manter a interação pais-bebê
- Manter a interação da mãe com a equipe de saúde (Enfermagem e médicos)
- Manter repertórios sociais e autocuidado
- Orientar manejos de comportamentos da filha de 4 anos, diante do nascimento e internação do RN

- Avaliar possibilidade do agendamento da visita de irmão ao RN.

Depois de 3 dias do último atendimento, o RN apresentou uma piora clínica significativa, necessitando de diversos procedimentos de investigação diagnóstica, e de intervenções de tratamentos específicos, entre os quais a indicação de um procedimento cirúrgico.

A mãe, ao ser abordada, mostrou-se visivelmente abatida, apresentando comportamentos ansiosos e deprimidos, compatíveis com a situação compreendida por ela. A mãe referiu ainda que a irmã de RN estava com intensificação em frequência e quantidade das manifestações de enurese noturna, além de apresentar alterações do padrão de sono e respostas emocionais, como birra e choro frequentes e de difícil controle. Desse modo, exigindo intervenções discriminativas acerca das contingências e padrões de respostas emitidos pela mãe, pelo pai e pelos avós que poderiam estar reforçando comportamentos da filha. Também se discutiu a viabilidade da visita da irmã ao RN antes da realização do procedimento cirúrgico, mas a mãe informou opção e decisão de manter sua rotina de escola-casa-casa dos avós, como forma de controle das variáveis influenciadoras sobre os padrões de comportamento da filha.

Questionada sobre as vivências externas ao ambiente do hospital, a mãe relatou agendamento da festa de aniversário da filha e, algumas semanas depois, o “chá de bebê” do RN. Contudo, referiu sentimento de culpa acerca do planejamento dessas festividades em detrimento da internação do RN, em condições instáveis e desfavoráveis, de modo a se realizar intervenções de discriminação das contingências de vida e análise das situações e demandas externas ao hospital, pois esses agendamentos teriam sido feitos nos últimos dias, em situação de estabilidade clínica do RN e de atenção e cuidados da filha, compondo seu repertório materno, assim como a ordenha e o contato físico e afetivo com RN, parte da cadeia de respostas integrantes de seu momento de vida.

14º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Manter a interação pais-bebê
- Manter a interação da mãe com a equipe de saúde (Enfermagem e médicos)
- Avaliar compreensão dos pais sobre atual situação clínica de RN.

Após 2 dias do 13º atendimento psicológico, RN em pós-operatório (há aproximadamente 3 h), realizou-se o acolhimento da mãe e pai de RN, no ambiente da UTI neonatal, em situação de visita ao filho internado, em condição estável, porém grave.

Ambos, mãe e pai, demonstravam compreensão das situações de internação, evolução de RN e mencionavam queixas de ansiedade diante das situações, o que estava compatível com o imediatismo da cirurgia à qual RN havia sido submetido. Os pais também referiram dificuldades de conciliar a atenção que gostariam de dar à filha com as regulares visitas ao hospital, intensificadas nos últimos dias, para acompanhamento do boletim médico sobre o RN. Assim, os pais foram acolhidos e a intervenção foi feita no sentido de reforçar as discriminações das atuais contingências de vida da família, lembrando-os de todo o processo passado nos últimos 70 dias (aproximadamente) de conciliação bem-sucedida no acompanhamento da internação de RN e das demandas da filha, em paralelo às questões pessoais de ambos (trabalho do pai e autocuidado da mãe) igualmente importantes. Ainda se realizou intervenção no sentido de estimular os possíveis manejos de delegarem algumas responsabilidades para pessoas próximas (como preparativos da festa de aniversário da filha), e fortalecimento de repertórios de enfrentamento das contingências por meio de estratégia de alternância dos momentos de presença e ausência na UTI neonatal e com a filha.

15º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Manter a interação pais-bebê
- Manter a interação da mãe com a equipe de saúde (Enfermagem e médicos)
- Avaliar compreensão dos pais sobre atual situação clínica de RN.

Passados 2 dias do 14º atendimento psicológico, o RN, em pós-operatório, apresentou piora clínica significativa, em condição instável e grave, necessitando de diversas condutas médicas de suporte terapêutico, realizando-se o acolhimento da mãe e pai no ambiente da UTI neonatal, em situação de visita.

O casal demonstrava manutenção da compreensão das situações de internação e evolução de RN, e manifestava reações emocionais intensas de tristeza e angústia. A mãe chorou intensamente e mencionou temores acerca de uma possível perda do RN, além de dificuldades nos manejos das respostas da filha diante dessa situação. Enquanto a mãe expressava os sentimentos de dor e sofrimento, o pai se manteve mais retraído verbalmente, mas apresentava postura de apoio à esposa, manifestando concordância e gentileza. Assim, os pais foram acolhidos e a intervenção foi realizada no sentido de prepará-los para uma possível perda de RN, evidenciada pelas condições de evolução de RN. Os pais também foram acompanhados nos procedimentos religiosos (batizado de RN), já solicitados à pastoral do hospital, conforme manifestação de desejo pelos pais, aproximadamente 1 h antes.

16º ao 20º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Manter a interação pais-bebê
- Manter a interação da mãe com a equipe de saúde (Enfermagem e médicos)
- Avaliar compreensão dos pais ante a situação de internação do RN
- Avaliar manejos de comportamentos disfuncionais manifestados pela filha diante do nascimento e internação do RN
- Avaliar a possibilidade de agendamento da visita de irmão de RN.

RN apresentou melhora clínica significativa e isenção da necessidade das diversas condutas médicas de suporte terapêutico, embora ainda dependente de oxigênio, não apresentava intercorrências, em condição estável e não grave.

A mãe continuava a comparecer regularmente, diariamente às visitas do RN, divididos em dois momentos do dia, um pela manhã e o outro à noite, como fazia anteriormente, e mantinha a realização da ordenha, bem como estabelecia e mantinha contato afetivo com o RN e buscava informações evolutivas com os profissionais médicos e de Enfermagem.

Ela apresentava diminuição das reações emocionais de tristeza e angústia diante da evolução favorável de RN; ao contrário, manifestava alegria e menção de esperança diante do início do canguru, em curtos períodos do dia nos quais pegava o RN no colo, além de participar efetivamente de alguns cuidados, como troca de fralda, auxílio na passagem do leite, entre outros.

Assim, nesse período, o Serviço de Psicologia procurou, a cada 3 ou 4 dias, acompanhar a mãe por meio de entrevistas de avaliação interventiva, nas quais foram fortalecidos os comportamentos maternos, bem como monitorada a situação familiar, a fim de avaliar as queixas acerca dos comportamentos disfuncionais da filha, irmã de RN, para orientações de manejos, e avaliação da viabilidade do agendamento da visita de irmãos.

Nesse período, que totalizou aproximadamente 15 dias, e em que foram realizados cinco atendimentos, a mãe relatou ter acontecido a festa de aniversário da filha, bem como o chá de bebê de RN, e referiu os eventos com êxito nas duas comemorações.

Contudo, mencionou manutenção da enurese noturna, alteração do padrão de sono e respostas emocionais da filha, mas não os referiu como queixas, ao contrário, os identificou relatando manejos efetivos.

Realizou-se a proposta do agendamento da visita de irmãos, por meio do qual a filha conheceria o RN, e a mãe manifestou interesse e aceite.

Com o RN em estado clínico estável e em evolução favorável, foi discutida com a equipe multiprofissional (médicos e enfermeiros) a possibilidade de uma visita monitorada da irmã do RN e, em consenso geral, informou-se os pais da possibilidade da visita e sobre o agendamento ser feito em um horário de menor

movimento da unidade, a fim de viabilizar o controle sobre as variáveis em cena.

Precedendo ao atendimento da visita de irmãos, a mãe foi orientada de que, primeiramente, a criança seria atendida em uma entrevista individual, com objetivo de uma avaliação psicológica, orientações e treinos comportamentais, visando a compreensão e o enfrentamento da criança diante da internação do RN, sendo definida, então, a possibilidade ou não de uma visita, dependendo da condição clínica geral da criança, agora com 5 anos, e de sua reação emocional.

21º atendimento de avaliação interventiva: visita de irmão(s)

Objetivos:

- Manter a interação pais-bebê
- Avaliar e estimular a interação irmã-bebê
- Fortalecer o vínculo afetivo familiar
- Favorecer os manejos, pelos pais, dos comportamentos disfuncionais manifestos pela filha de 5 anos diante do nascimento e internação do RN
- Avaliar a possibilidade de agendamento da visita de irmão de RN.

O primeiro momento com a criança ocorreu em uma sala de atendimentos, externa à UTI neonatal, ocasião na qual, por meio de uma entrevista semiestruturada, a criança, irmã do RN, mostrou-se comunicativa, questionadora e animada/motivada, solicitando espontaneamente informações sobre o RN e o local onde ele estava. Foram utilizadas estratégias lúdicas (desenho e massa de modelar) por meio das quais buscou a formação do vínculo com a criança, para que fossem realizadas as orientações em relação às regras e normas de comportamento dentro da unidade, em relação ao estado clínico do RN (como o irmão estaria e o que esperar encontrar visualmente/concreto) e a estrutura e funcionamento da UTI neonatal (pessoas/profissionais, equipamentos, barulhos e cheiros). Durante esse momento de avaliação interventiva, a criança demonstrou ampla compreensão da situação de internação, ambiente físico, situação de risco; manifestou repertórios de enfrentamento satisfatórios e verbalizou espontaneamente o desejo de conhecer o RN.

Assim, a equipe da unidade foi informada e a entrada da criança foi autorizada na presença da mãe e do pai, iniciando o segundo momento da visita, no qual acompanharam a filha durante no máximo 15 min. Durante o percurso na unidade, enquanto se fazia a lavagem das mãos, as intervenções psicológicas eram de reforço das regras e normas da UTI (como andar sem correr, e falar sem gritar) e ao adentrar a sala onde estava a incubadora de RN, imediatamente a mãe ofereceu o colo para a filha, a fim de que ela pudesse visualizar o RN, de modo que a menina o observou quieta e detalhadamente. Com a mediação da Psicologia, os pais e a equipe de Enfermagem emitiram alguns breves comentários sobre a composição familiar ao RN e a visita transcorreu sem intercorrências. A irmã manifestava olhar atento e fixo no RN, solicitou que fosse entregue ao RN o desenho por ela feito no primeiro momento da visita, o qual foi colocado na gaveta da incubadora, juntamente com pertences do bebê; e por vezes emitiu comentários sobre quão feliz e satisfeita estava em conhecer o irmão.

O terceiro momento com a criança ocorreu novamente na sala externa à unidade, ocasião na qual a irmã foi reavaliada, por meio de uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de identificar sua compreensão diante da situação experimentada. Novamente ela mostrou-se comunicativa, detalhista e animada/motivada, referindo espontaneamente informações observadas, que se concentraram na percepção do próprio RN. Foram utilizadas estratégias lúdicas (desenho e massa de modelar), por meio das quais buscou identificar aspectos observados pela criança, que demonstrou afeto pelo irmão verbalizando o desejo de reencontrá-lo e poder levá-lo para casa.

Também foram realizadas as orientações dos pais, reforçando quanto a possíveis manifestações de mudanças de comportamentos da filha, e os manejos imediatos anteriormente já instruídos.

22º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Manter a interação pais-bebê
- Avaliar a interação irmã-bebê
- Avaliar o vínculo afetivo familiar
- Avaliar os manejos, pelos pais, dos comportamentos disfuncionais manifestos pela filha de 5 anos diante do nascimento e internação do RN.

Após 2 dias do 21º atendimento psicológico, realizou-se o acolhimento da mãe e do pai, no ambiente da UTI neonatal, em situação de visita ao RN internado, que mantinha condição estável e não grave.

O casal relatou ampla satisfação familiar com a experiência da visita da irmã ao RN e identificou manejos efetivos sobre os comportamentos disfuncionais manifestos pela filha.

A mãe referiu que tinha expectativas diferentes para o encontro entre irmãos, mas ao descrever a situação, ela mesma identificou discriminação de que as reações da filha foram adequadas para uma criança na idade em questão, e que a filha tem feito menções de verbalizações frequentes sobre o desejo de rever o irmão e levá-lo para casa. Assim, foram feitas as intervenções de fortalecimento do vínculo afetivo familiar e a estimulação de estratégias comportamentais de monitoramento das atuais condições físicas e emocionais da filha.

23º ao 27º atendimento de avaliação interventiva**Objetivos:**

- Manter a interação pais-bebê
- Manter a interação irmã-bebê
- Manter o vínculo afetivo familiar
- Fortalecer os manejos, pelos pais, dos comportamentos disfuncionais manifestos pela filha de 5 anos diante do nascimento e internação do RN.

Depois de 3 dias do último atendimento, o RN apresentou uma piora clínica, necessitando de diversos procedimentos de investigação diagnóstica e intervenções de tratamentos medicamentosos.

Ao abordar a mãe, visivelmente cansada, esta relatou o contexto clínico envolvendo RN, referindo procedimentos de exames diagnósticos e indicações de tratamentos possíveis, demonstrando total compreensão dos fatos e manifestando comportamentos ansiosos compatíveis com as situações, apresentando êxito nos manejos e conciliação.

A mãe continuava a comparecer regularmente às visitas ao RN, divididas em dois momentos do dia (um pela manhã e o outro à noite), como fazia anteriormente e durante os quais realizava a ordenha, o canguru, além de participar efetivamente de alguns cuidados, como troca de fralda, auxílio na passagem do leite, entre outros, por meio dos quais estabelecia e mantinha contato afetivo com o RN, alternando dia em que se fazia presente na unidade e dia ausente para atendimento às demandas de atenção e cuidado da filha que, segundo a mãe, passou a manifestar diminuição da frequência das alterações de comportamento.

Assim, nesse período, o serviço de Psicologia procurou a cada 3 ou 4 dias acompanhar a mãe por meio de entrevistas de avaliação interventiva, nas quais foram fortalecidos os comportamentos maternos, bem como monitorada a situação familiar a fim de avaliar as queixas acerca dos comportamentos disfuncionais pela filha, para orientações de manejos. Nesse período, a mãe mencionou que a filha mantinha referências de afeto frequentes em relação ao irmão, passou a apresentar comportamentos de inclusão de RN na dinâmica da família, sempre recorrendo à fotografia do irmão.

Questionada sobre as vivências externas ao ambiente do hospital, a mãe relatou repertórios de autocuidado, mas referiu preocupação com a aproximação do término do período da licença-maternidade, de modo que as intervenções psicológicas foram de estimulação e fortalecimento de comportamentos de enfrentamento nesse sentido, e de orientação e encaminhamento para o parecer técnico pelo Serviço Social, acerca das legislações e procedimentos possíveis de serem adotados.

28º ao 32º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Manter a interação pais-bebê
- Manter o vínculo afetivo familiar
- Manter repertórios sociais e autocuidado
- Fortalecer os manejos, pelos pais, dos comportamentos disfuncionais manifestos pela filha, diante do nascimento e internação do RN
- Preparação para a alta da UTI neonatal.

Com o transcorrer dos dias, e já passados 4 meses de internação do RN, a licença-maternidade da mãe se encerrou, contudo, com o apoio psicológico, em parceria com o Serviço Social, a mãe foi orientada a negociar a retirada de um período de férias, a fim de estender em mais 1 mês o período de disponibilidade integral para treino de conciliação das demandas familiares, o que aconteceu com êxito entre a mãe e seu empregador.

Durante 20 dias, a mãe foi acompanhada pelos serviços, em uma regularidade a cada 4 dias, por meio de entrevistas com objetivos de intervenções de fortalecimento dos comportamentos de vinculação afetiva, bem como de repertórios sociais e autocuidado, e estimulação de identificação das contingências de vida envolvidas na alta do RN, como a providência de um cuidador ao RN na ocasião dos períodos em que estivesse trabalhando, bem como aspectos envolvendo acionamentos junto ao seu convênio de assistência em saúde para os atendimentos domiciliares necessários ao RN (instalação e monitoramento do concentrador de oxigênio na residência da família).

Nesse período, a evolução do RN apresentou avanços gradativos, e ele foi transferido para os cuidados semi-intensivos; já fora da incubadora, em berço comum, embora exigindo alguns cuidados, como a dependência do concentrador de oxigênio, para respirar. Durante as visitas diárias na unidade, a mãe realizava os cuidados do filho, como trocas de fraldas, banho, amamentação e o exercício da metodologia canguru, e mantinha adaptação às rotinas de vida, conciliando o acompanhamento do RN com situações nas quais com êxito conseguia dar atenção à filha que, segundo ela, extinguiu os comportamentos disfuncionais manifestos.

Assim, identificadas as situações de internação, foram realizadas intervenções de discussão e informe de parecer técnico para equipe, de prontidão das situações que envolvem dinâmica maternoinfantil, para a alta da unidade.

33º ao 35º atendimento de avaliação interventiva

Objetivos:

- Manter o vínculo afetivo familiar
- Manter repertórios sociais e autocuidado
- Preparação para a alta hospitalar

Por 9 dias consecutivos, em situação de internação em alojamento conjunto, a mãe foi acompanhada pelo serviço psicológico, em uma regularidade a cada 3 dias, por meio de entrevistas com o intuito de monitorar o processo adaptativo de RN ao ambiente externo da UTI neonatal, período no qual o RN, inicialmente nos primeiros 2 dias, perdeu peso, mas os recuperou nos 3 dias seguintes. Durante essa fase preparatória para a alta hospitalar, a mãe treinou com êxito a execução integral dos cuidados de RN, referiu cansaço físico, mas mencionou bem-estar emocional, manifestando manejos acerca das situações de vida. A irmã voltou a visitar RN, porém não mais em condição assistida, pela diferença de ambiente e a possibilidade de permanência em período prolongado, em situação de intimidade familiar.

Considerações finais

Diante das inúmeras situações de doenças e consequentes internações de urgência e emergência, como em uma UTI neonatal,

torna-se imenso o desafio do psicólogo clínico, hospitalar e da saúde, sobretudo na manutenção de uma prática técnica e orientada por princípios teóricos e éticos, sem perder de vista a promoção de uma perspectiva idiossincrática do paciente e de sua família, junto a todos os membros da equipe de saúde, o que garantirá a humanização em saúde.

Referências bibliográficas

- Ajuriaguerra, J.; Marcelli, D. Manual de psicopatologia infantil. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- Alfaya, C.; Schermann, L. Sensibilidade e aleitamento materno em díades com recém-nascidos de risco. Estudos de Psicologia, v. 10, n. 2, p. 279-85, 2005.
- Araújo, J. Prematuridade. In: Gonçalves, P. (Org.). Tudo sobre a criança: perguntas e respostas. São Paulo: IBRASA, 2003. p. 68-73.
- Avery, M. E.; Taeusch, H. W. Medicina materno-fetal. In: Doenças do recém-nascido. 7. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 1-28.
- Baptista, A. S. D.; Agostinho, V. B. M.; Baptista, M. N.; Dias, R. R. Atuação psicológica em unidade de terapia intensiva neonatal – UTI-Neo. In: Baptista, M. N.; Dias, R. R. (Orgs.). Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 35-52.
- Baptista, A. S. D.; Furquim, P. M. Enfermaria de obstetrícia. In: Baptista, M. N.; Dias, R. R. (Orgs.). Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 11-33.
- Baltazar, D. V. S.; Gomes, R. F. S.; Cardoso, T. B. D. Atuação do psicólogo em unidade neonatal: construindo rotinas e protocolos para uma prática humanizada. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, v. 13, n. 1, p. 3-17, 2010.
- Bee, H. A Criança em desenvolvimento. São Paulo: Ateneu, 1984.
- Behrman, R. E.; Koogan Vaughan, V. C. O feto e o recém-nascido. In: Behrman R. E.; Vaughan, V. C. Tratado de pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara, 1983.
- Benzaquen, G. Suporte psicológico a gestantes portadoras de fetos com diagnósticos de malformação. In: Guilhardi, H. J.; Madi, M. B. B. P. (Orgs.). Sobre comportamento e cognição, v. 10. Santo André: ESETEC, 2002. p. 113-24.
- Borges, K. M. K.; Genaro, L. T.; Monteiro, M. C. Visita de crianças em unidade de terapia intensiva. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 22, n. 3, p. 300-04, 2010.
- Braga, N.; Morsch, D. S. Os irmãos na UTI neonatal. In: Moreira, M. E.; Braga, N. A.; Morsch, D. S. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família a UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 97-106.
- Brazelton, T. B.; Cramer, B. G. As primeiras relações. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- Carnielli, F. I. A Capacidade de depressão normal entre mães de bebês em UTI neonatal: uma perspectiva winnicottiana. Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2014.
- Cho, J.; Holditch-Davis, D.; Belyea, M. Gender, ethnicity, and the interections of prematurely born children and their mothers. Journal of Pediatric Nursing, v. 19, n. 3, p. 163-75, 2004.
- Costa, R.; Klock, P.; Locks, M. O. H. Acolhimento na Unidade Neonatal: percepção da equipe de enfermagem. Revista de Enfermagem da UERJ, v. 20, n. 3, p. 349-60, 2012.
- Cranley, M. S. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nursing Research, v. 30, n. 5, p. 281-84, 1981.
- Davis, L.; Edwards, H.; Mohay, H. *et al.* The impact of very premature birth on the psychological health of mothers. Early Human Development, v. 73, p. 61-70, 2003.
- Dessen, M. A. S. C. Considerações sobre variáveis envolvidas na interação pais-criança. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 1, n. 3, p. 215-26, 1985.
- Feldman, R.; Weller, A.; Leckman, J. F. *et al.* The nature of the mother's tie to her infant: maternal bonding under conditions of proximity, separation, and potential loss. Journal Child Psychological Psychiatric, v. 40, n. 6, p. 929-39, 1999.
- Fernandes, Q. P.; Laloni, D. T. Urgência e emergência com crianças em UTI neonatal: contingências atuais e futuras. É possível uma intervenção? In: Guilhardi, H. J.; Aguirre, N. C. (Orgs.). Sobre comportamento e cognição, v. 18. Santo André: ESETEC, 2006. p. 352-58.
- Fleck, A. O bebê imaginário e o bebê real no contexto da prematuridade. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- Fraga, D. A.; Linhares, M. B. M.; Carvalho, A. E. V. *et al.* Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. Psicologia: Reflexão e Crítica. v. 21, n. 1, p. 33-41, 2008.
- Gaiva, M. A. M.; Scochi, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. Revista Brasileira de

- Enfermagem, v. 58, n. 4, p. 444-48, 2005.
- Garcias, G. L.; Garcias, C. M. M.; Roth, M. C. M. Pediatria e a família frente à situação de malformações congênita. *Pediatria Atual*, v. 10, n. 3, p. 18-22, 1997.
- Hunfeld, J. A. M.; Agterberg, G.; Wladimiroff, J. W. *et al.* Quality of life and anxiety in pregnancies after late pregnancy loss: a case – control study. *Prenatal Diagnosis*, v. 16, p. 783-90, 1996.
- Klaus M. H.; Kennell, J. H. Pais/Bebê: a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Klein, V. C. Interação entre mães e crianças pré-escolares nascidas pré-termo com baixo peso em situação lúdica e de ensino. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- Laloni, D. T. O papel do psicólogo na instituição hospitalar diante das políticas institucionais. In: Zamignani, D. R. Sobre comportamento e cognição, v. 3. Santo André: Arbytes, 1997. p. 5-11.
- Liaw, F. R.; Brooks-Gunn, J. Patterns of low-birth-weight children's cognitive development. *Developmental Psychology*, v. 29, n. 6, p. 1024-35, 1993.
- Linhares, M. B. M. Estresse, resiliência e cuidados no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: Mendes, E. G.; Almeida, M. A.; Williams L. C. A. (Orgs.). Temas em educação especial. São Carlos: EDUFScar, 2004. p. 315-24.
- Morsch, D. S.; Delamonica, J. Análise das repercussões do Programa de Acolhimento aos Irmãos de Bebês Internados em UTI neonatal: “Lembraram-se de mim!” *Revista de Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 677-87, 2009.
- Nobre, F. D. A. Indicadores do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida. Dissertação de Mestrado-Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- Padovani, F. H. P. Indicadores emocionais de ansiedade, disforia e depressão e verbalizações maternas acerca do bebê, da amamentação e da maternidade em mães de bebês nascidos pré-termo de muito baixo peso, durante a hospitalização do bebê e após a alta, comparadas a mães de bebês nascidos a termo. Tese de Doutorado-Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- Padovani, F. H. P.; Linhares, M. B. M.; Carvalho, A. E. V. *et al.* Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. 4, p. 251-54, 2004.
- Perrone, R. A. P.; Oliveira, V. B. Controle de ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico. *Estudos de Psicologia*, v. 28, n. 2, p. 269-77, 2011.
- Poehlmann, J.; Fiese, B. H. The interaction of maternal and infant vulnerabilities and developing attachment relationships. *Development and Psychopathology*, v. 13, n. 1, p. 1-11, 2001.
- Pinto, J. M.; Baêta, M. L. M. A “renegociação com a mãe” – um indicador para a clínica do pai na UTI neonatal. *Reverso*, v. 36, n. 67, p. 43-54, 2014.
- Rades, E.; Bittar, R. E.; Zugaib, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 26, n. 8, p. 655-62, 2004.
- Ramos, M. M. F. Longa permanência hospitalar: repercussões ao paciente, família e instituição. In: Ismael, S. M. C.; Santos, J. X. A. *Psicologia Hospitalar: sobre o adoecimento... articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Atheneu, 2013. p. 81-87.
- Roegiers, L. *Medicine Fetale: du monitoring a la relation*. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, v. 44, n. 12, p. 634-41, 1996.
- Santos, T. F. C. Comunicação de más notícias no contexto da UTI neonatal. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.
- Silva, O. P. V. A importância da Família no desenvolvimento do bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Prática*. v. 4, n. 2, p. 15-24, 2002.
- Stoll, B. Overview of Mortality and Morbidity. In: Kliegman, R. M.; Jenson, H. B.; Stanlon, B. F. *et al.* (Orgs.). *Nelson textbook of pediatrics*. Philadelphia: Saunder Elsevier, 2004. p. 671-75.
- Wijnroks, L. Maternal recollected anxiety and mother-infant interaction in preterm infants. *Infant Mental Health Journal*, v. 20, n. 4, p. 393-409, 1999.
- Wilfong, E. W.; Saylor, C.; Elksnin, N. Influences on responsiveness: interactions between Mothers and their Premature Infants. *Infant Mental Health Journal*, v. 12, n. 1, p. 31-40, 1991.
- Youngblut, J. M.; Singer, L. T.; Madigan, E. A. *et al.* Maternal employment and parent-child relationship in single-parent families of low-birth-weight preschoolers. *Nursing Research*, v. 47, n. 2, p. 114-21, 1998.

Bibliografia

Carvalho, A. E. V. Indicadores emocionais maternos e intervenção psicológica durante a internação do bebê pré-termo em UTI neonatal. Tese de Doutorado-Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Psicologia Clínica no Pronto-socorro Infantil

Diana Tosello Laloní

Introdução

O Ministério da Saúde (2002), por meio da Portaria n. 2.048, definiu a área de Urgência e Emergência dos serviços médicos considerando que o crescente aumento da violência urbana e de acidentes e a insuficiência das redes de serviços contribuíam para a sobrecarga desses serviços. Essa resolução transformou essas áreas em problemáticas para o sistema de saúde. A assistência às urgências ocorre, ainda hoje, predominantemente nos serviços que atuam exclusivamente para esse fim: os tradicionais prontos-socorros, abertos 24 h, que funcionam como porta de entrada do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, desgarrados da atenção primária e especializada, além das urgências sociais. Essas demandas misturam-se nas unidades de urgência, superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população.

A portaria estabeleceu normas e regulamentos, a serem implantados em até 2 anos da data de sua publicação, sobre o atendimento de urgências e emergências, determinando os serviços de suporte nas unidades. As Unidades de Referência de tipo I são aquelas instaladas em hospitais especializados e que contam com recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica, nas áreas de Pediatria, Traumato-Ortopedia ou Cardiologia. Para sua classificação e seu cadastramento, a unidade deve dispor de recursos humanos (profissionais) mínimos indispensáveis, presentes no hospital, capacitados para atendimento às urgências/emergências em suas áreas específicas de atuação profissional e serviço de suporte, acompanhamento clínico e reabilitação; também deve contar com os serviços e profissionais das seguintes áreas (dependendo do volume de atendimento, esses profissionais não precisam ser exclusivos da unidade): Psicologia Clínica, Nutrição, Assistência Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia e Hemoterapia.

Segundo Ferro (2009), o pronto-socorro é uma unidade hospitalar na qual são atendidos pacientes com problemas de saúde agudos, cuja intervenção deve ser imediata e especializada. Esses pacientes não podem esperar por uma consulta com horário marcado para atendimento médico. As situações de saúde presentes nessa unidade são classificadas como urgência ou emergência, definidas pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, em 1998, como:

- Urgência: ocorrência imprevista de agravos à saúde com ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata
- Emergência: constatação médica de condições que implicam risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

A diferença fundamental entre urgência e emergência é o risco iminente de morte. A urgência não tem risco iminente de morte, já a emergência, sim. O atendimento ao paciente deve ser realizado com rapidez e qualidade. A agilidade e a qualidade dos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional podem significar a vida do paciente. Por isso, é importante que a equipe de trabalho envolvida tenha boa sincronia no atendimento.

O pediatra Mário R. Hirschheimer (2014), enquanto presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo, em artigo sobre o atendimento emergencial nos prontos-socorros e as consultas de rotina no consultório dos pediatras, observou que, “no Brasil, o pronto-socorro, idealizado para casos de urgência e emergência, se tornou a primeira opção dos pais quando o assunto é a saúde de seus filhos, mesmo que para problemas corriqueiros”. A espera por consulta nos convênios, os horários de funcionamento

das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a necessidade dos pais de uma resposta imediata diante de uma febre, resfriado ou tosse são os motivos para a busca da consulta no pronto-socorro.

Segundo Crepaldi *et al.* (2006), a inserção do psicólogo nas unidades pediátricas da instituição hospitalar exige o planejamento de intervenção com conhecimento da realidade da unidade e da demanda a ser atendida. Para isso, é necessário que o psicólogo, na fase inicial, se familiarize com a unidade, caracterizando o espaço físico e os pacientes e reconhecendo as equipes, a fim de buscar a integração e identificar as demandas dos enfermos. Sassi e Oliveira (2014) afirmam que um dos locais de atuação do psicólogo no hospital é o pronto-socorro, considerado o lugar das imprevisibilidades. O pronto-socorro é a porta de entrada dos hospitais, tendo o objetivo de diagnosticar e tratar os usuários acometidos por acidentes ou outras formas de adoecimento imediato ou situações inesperadas.

Batistela *et al.* (2008), avaliando os motivos que levaram os pais ou responsáveis a procurar o pronto-socorro infantil (PSI) de um hospital universitário de Londrina, levantaram que 80% referiu que frequentava as UBS, mas também buscava diretamente o PSI (56%), justificando essa procura pela qualidade do atendimento. A queixa mais frequente foi febre (21,6%) e causas externas apenas 1,4%. Os dados indicaram a busca pelo PSI para questões de saúde que deveriam ser resolvidas no nível primário de atenção à saúde.

Ferreira *et al.* (2015) avaliaram 901 boletins de atendimento a crianças de 0 a 13 anos, durante 6 meses no ano de 2012, em um PSI de um hospital público. A principal queixa foi febre (25,3%), doenças do aparelho respiratório (51,6%) e doenças do aparelho gastrointestinal (13,9%), com prevalência do sexo masculino (51,6%), faixa etária até 1 ano (24,9%), e apenas 13,3% tendo sido encaminhados das UBS. As conclusões indicaram que as doenças respiratórias, em especial as infecções de vias respiratórias superiores, persistem como as principais causas do adoecimento em crianças.

Exemplo de atendimento psicológico em pronto-socorro infantil

O Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), um hospital-escola da Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Campinas, teve início em 1978, com 150 leitos e, atualmente, conta com 310 leitos, sendo 200 destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com média anual de 11 mil atendimentos em urgências e emergências. Além de integrar as 10 faculdades do Centro de Ciências da Vida (CCV) da PUC-Campinas, para a melhor formação do aluno, o hospital-escola é caracterizado como um grande polo de atendimento, sendo referência regional e nacional em diversas áreas (Hospital e Maternidade Celso Pierro, 2017).

O PSI do HMCP é composto por sala de espera, posto de enfermagem, consultórios médicos, sala de inalação, sala de reidratação, sala de isolamento, sala de medicação e retaguarda com leitos de internação. Além desse espaço, compõe também o PSI a emergência, com entrada independente, e a sala de sutura. As equipes que trabalham no PSI são médicos assistenciais, docentes e residentes, Enfermagem, equipe de apoio multiprofissional que atende ao PSI quando convocada pela equipe médica ou de Enfermagem. Junto com a sala de espera, há uma sala de triagem, onde fica uma enfermeira que atende a todos os pacientes que chegam para uma entrevista inicial de classificação de risco.

A Portaria n. 2.048 do Ministério da Saúde (2002) propõe a implantação do acolhimento e da triagem classificatória de risco nas unidades de atendimento de urgências e que esse processo “deve ser realizado por profissional de saúde, de nível superior, mediante treinamento específico e utilização de protocolos preestabelecidos e tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”.

A Atenção Psicológica Clínica no PSI do HMCP foi iniciada em 2004 como uma opção de estágio para o curso de graduação em Psicologia, oferecendo a oportunidade de conhecer o campo de trabalho, identificar as necessidades e propor um plano de ação para os psicólogos. O plano desenvolvido pelos estagiários pode conter ações clínicas, porém, no decorrer desses anos, a maior parte foi voltada para ações de saúde, ora intervenções clínicas, ora intervenções psicoeducacionais e/ou psicossociais.

Os projetos de intervenção no PSI do HMCP desenvolvidos pelos estagiários sob orientação e supervisão produziram muitas informações e propostas. O estágio é desenvolvido inicialmente com o contato no PSI. O reconhecimento do contexto inclui o espaço físico, a compreensão da classificação de risco, o contato com as equipes e a discriminação das competências; em seguida, há a caracterização da clientela.

A seguir, são apresentados os dados dos projetos de 2016, reunidos para subsidiar as informações deste capítulo. Para a caracterização da clientela, foram entrevistados os acompanhantes das crianças, sendo 75% composto por mães, 5% pelos pais e 20% por outras pessoas próximas (p. ex., avós, tios ou vizinhos). Os dados constavam de um protocolo de primeira entrevista.

A caracterização da clientela indicou que, em um período de 4 meses, 186 crianças foram atendidas pelos estagiários de

Psicologia, sendo 55% meninos e 45% meninas. A Tabela 11.1 indica algumas das características dessa população quanto à idade.

A identificação da demanda foi registrada pelo motivo que a criança deu entrada no PSI, coletado na entrevista inicial e complementado pelos dados do prontuário. Foram identificados 16 motivos nessa população: doenças respiratórias (resfriados, gripes, asma, bronquiolite, chiado e pneumonia), febre (sinal inespecífico), acidente (quedas, picadas, objetos no nariz, ouvido e estômago), dor (sinal inespecífico), diarreia, malformação (síndromes genéticas, cardiopatias), doença renal, infecção urinária, conjuntivite, encoprese, alergia, choro, tuberculose, convulsão, cirurgia e doença dermatológica. A Tabela 11.2 indica a demanda por idade.

Os dados levantados na caracterização demonstraram que, até os 6 anos, 72% das crianças no PSI apresentavam doenças respiratórias ou febre, o que indica que 39% da população atendida utiliza o pronto-socorro como porta de entrada para o sistema de saúde, confirmando o trabalho de Hirschheimer (2014).

Outro dado relevante foi o alto índice de acidentes (18,8%) em todas as idades, sendo até 6 anos um percentual de 14%, descritos na sua maioria como queda dos bebês do colo das mães, e acima de 2 anos acidentes com objetos introduzidos nas narinas, ouvido e engolidos. Na faixa etária acima de 6 anos, o índice sobe para 20% e indica quedas como causa principal.

As queixas de dor começam a aparecer acima dos 2 anos, inicialmente em 12% e aumentam gradativamente chegando a 40% entre 8 e 10 anos. A queixa de dor é sempre inespecífica, a criança em geral aponta o local com resposta genérica.

As outras queixas variam em um percentual entre 3 e 0,5%, com índices maiores para doença renal e infecção urinária, conjuntivite, encoprese e alergia, sendo os dados mais relevantes indicados na Tabela 11.3.

Tabela 11.1 Características da população quanto à idade.

	Faixa etária						
	Até 1 ano	2 a 3 anos	4 a 5 anos	6 a 7 anos	8 a 9 anos	10 a 11 anos	12 a 13 anos
No	50	34	35	35	18	7	7
Percentual (%)	26,9	18,4	18,8	18,8	9,7	3,7	3,7

Tabela 11.2 Motivos da demanda de atendimentos por idade.

Demanda	Faixa etária							Total	Percentual (%)
	0	2 anos	4 anos	6 anos	8 anos	10 anos	12 anos		
Doença respiratória	17	6	8	6	1	2	0	40	21,5
Febre	14	9	8	4	0	1	1	37	19,9
Acidente	7	4	5	7	8	0	4	35	18,8
Dor	0	4	8	7	3	4	1	27	14,5
Diarreia	5	3	1	3	0	0	0	12	6,4
Malformação	3	3	1	0	0	0	0	7	3,7
Doença renal	0	1	0	1	2	0	1	5	2,6
Infecção urinária	0	0	1	4	0	0	0	5	2,6
Conjuntivite	1	1	0	2	0	0	0	4	2,1
Encoprese	0	1	1	1	0	0	0	3	1,6
Alergia	0	0	1	0	2	0	0	3	1,6

Choro	2	1	0	0	0	0	0	3	1,6
Tuberculose	1	1	0	0	0	0	0	2	1
Convulsão	0	0	0	0	1	0	0	1	0,5
Cirurgia	0	0	0	0	1	0	0	1	0,5
Doença dermatológica	0	0	1	0	0	0	0	1	0,5
Total	50	34	35	35	18	7	7	186	

Tabela 11.3 Frequência das principais queixas dos atendimentos na faixa etária infantil.

Idade	Faixa etária						
	0	2 anos	4 anos	6 anos	8 anos	10 anos	12 anos
Doença respiratória	34%	17%	22%	14%	5%	28%	0
Febre	28%	26%	22%	11%	0	14%	14%
Acidente	14%	12%	14%	20%	44%	0	27%
Dor	0	12%	22%	22%	16%	57%	14%

É importante registrar que casos de emergência com necessidade de atendimento imediato e risco de morte entram no PSI por porta especial, são encaminhados diretamente à sala de emergência e não são atendidos, nesse momento, pela Psicologia. Outros casos considerados graves com risco de evolução para morte também não são entrevistados pela Psicologia nesse momento.

Sistematização e procedimentos

Com base na análise da demanda, identificou-se como maior dificuldade para o pronto-socorro o excesso de crianças com problemas respiratórios e febre, doenças que deveriam ser cuidadas nas UBS, nos ambulatórios de especialidades (AE) e, em alguns casos, nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Nas situações mais agudas, observou-se que esse volume de crianças traz prejuízo para o atendimento de casos mais complexos, além de manter crianças por longos períodos na sala de espera. Outro dado está relacionado com os altos índices de acidentes com características domésticas, cujos riscos são conhecidos, indicando falta de supervisão de responsáveis.

Essas evidências sugeriram o desenvolvimento de projetos de intervenção sobre doenças respiratórias infantis e informações básicas sobre prevenção de acidentes na infância. Segundo Xavier-Gomes *et al.* (2013), foi verificada a predominância de quedas, com 66 casos, representando 63,5% dos acidentes, seguidas dos escorregões (8,6%), das queimaduras (5,7%), dos choques elétricos (5,7%), dos cortes (4,8%), da obstrução de vias respiratórias (4,8%), das colisões (3,8%) e das intoxicações (2,9%), dados que corroboram as observações no PSI do HMCP.

Esses projetos tiveram como premissa inicial desenvolver repertórios comportamentais juntamente com os responsáveis para prevenir doenças respiratórias na infância e evitar os agravos da saúde. Quanto aos acidentes na infância, com base nos dados e na identificação de que se tratam de acidentes domésticos passíveis de prevenção, o projeto elaborado pretendeu alertar os acompanhantes sobre cuidados simples para supervisionar as crianças e, assim, desenvolver repertórios de cuidados e arranjos ambientais para prevenção de acidentes.

Brincar de médico com as crianças foi o projeto principal. Denominado “Estou doente! E agora?”, foi oferecido a todas as crianças que chegavam ao PSI, independentemente da demanda e da idade. O objetivo era colocá-las em contato com as contingências a que já estavam presentes ou em breve estariam, como gaze, esparadrapo, injeção, roupa de médico, termômetro e estetoscópio, oferecendo, desse modo, oportunidade de aprendizado de respostas adaptativas a essas contingências.

Esse projeto foi desenvolvido por estagiários e constava de uma cartilha com brincadeiras de colorir, identificar carinhas e palavras, e responder à questão “Por que estou aqui?”. Em um canto no chão da sala de espera montava-se um espaço para brincadeira, delimitado por um tapete colorido de EVA, e as crianças eram convidadas a participar de uma roda para brincar. As

crianças que se aproximavam desse espaço eram chamadas para se sentar e desenhar. Oferecia-se, então, materiais como lápis de cor, papel, cartilha, brinquedos de médico (maletas com objetos de exames). O objetivo era conversar com elas sobre o motivo de estarem esperando uma consulta médica, o que estavam sentindo e como descreviam esse sintoma. O comportamento de discriminar o sintoma e relatar verbalmente para o médico era estimulado e, algumas vezes, modelado. A cartilha era usada com as crianças como estímulo de apoio para a modelagem, as carinhas para indicar os sentimentos, os objetos médicos para aprender a nomear e compreender o uso de cada um, e o desenho colorido para apontar o lugar do sintoma, da doença.

Durante o desenvolvimento do projeto, a equipe médica relatou que as crianças que passaram pela brincadeira na sala de espera responderam melhor aos procedimentos e questionamentos da consulta e não apresentaram reações de medo ao serem examinadas. Contudo, na maioria das vezes, logo que as crianças se sentavam para brincar, não conseguiam responder à pergunta “Por que estou aqui?”.

Já o projeto “Cartilha sobre doenças respiratórias” foi apresentado e aprovado pelo Serviço de Psicologia do HMCP. A cartilha foi enviada ao Centro de Controle de Qualidade para aprovação. Com o consentimento das instâncias, fez-se várias cópias da cartilha e os estagiários envolvidos no projeto foram treinados para realizar a entrevista das crianças e dos acompanhantes na sala de espera ou na sala de inalação. O objetivo principal foi acolher essas crianças e suas famílias, apresentando as informações sobre fatores e prevenção das doenças respiratórias, como aleitamento materno, vacinação, lavagem das mãos, fumantes passivos, alergias, refluxo gastroesofágico e ambientes aversivos. Durante as primeiras entrevistas, observou-se também o desconhecimento pela maioria dos familiares do que seja febre, e de como ela deve ser medida e monitorada. Essa informação foi incluída depois nas orientações. No decorrer das ações, a cartilha adquiriu enorme importância para ajudar as equipes médicas e de Enfermagem nas orientações de precauções e cuidados. Todos os profissionais envolvidos com o cuidado das crianças solicitaram a cartilha, que posteriormente foi introduzida na enfermaria de Pediatria. Para as crianças acima de 2 anos, utilizou-se na capa da cartilha a imagem de um pulmão no peito de uma criança, para que, assim, tivessem contato e compreendessem desde o início a sua doença e como poderiam se cuidar. Já com os acompanhantes e familiares, a estratégia utilizada foi a apresentação e leitura conjunta da cartilha, bem como o esclarecimento de dúvidas e treinamento para medir a temperatura corporal.

Utilizando como fonte de informação um folheto explicativo sobre prevenção de acidentes na infância, o projeto “Prevenção de acidentes”, por sua vez, foi montado especialmente para esse fim, com base em informações obtidas da literatura especializada, como a ONG Criança Segura Brasil. Participaram desse projeto os mesmos estagiários que desenvolveram a cartilha e atenderam as crianças e os acompanhantes na sala de espera ou nos leitos de retaguarda. As crianças a partir de 2 anos foram convidadas a colorir cenas indicativas de riscos de quedas (subir em árvores, subir no muro, subir e pular na cama, correr na escada), fazer malabarismos, escorregar no molhado, cortar-se com instrumentos de corte (tesouras, facas), levar objetos à boca, ouvidos e nariz, e riscos de brincar com fogo. Os acompanhantes também receberam atenção para as mesmas situações de acidentes com foco na sua responsabilidade quanto à supervisão do brincar.

Todo o trabalho com as crianças foi público, realizado na sala de espera com a presença de acompanhantes e familiares. As equipes de profissionais também transitavam pelo espaço.

Não ocorreu nenhuma intercorrência durante os 4 meses das ações.

Casos clínicos

A seguir, são apresentados casos clínicos relacionados com o atendimento psicológico no PSI (Exemplos 11.1 e 11.2).

Exemplo 11.1

Caso de criança com dor abdominal.

E. R., menina, 10 anos, deu entrada no PSI no domingo à tarde com queixas de dores inespecíficas na barriga. Os exames solicitados foram endoscopia, urina tipo 1 e hemograma. A entrevista inicial com o estagiário de Psicologia foi efetuada na segunda-feira no período da manhã. A paciente estava no leito de retaguarda aguardando os resultados dos exames e a decisão médica. Durante a entrevista, demonstrou facilidade de contato e fluência verbal. A história relatada pela paciente foi que ela comeu uma salsicha na sexta-feira e começou a sentir dores na barriga durante a noite. Essas dores não eram constantes, ora apareciam e ora desapareciam, diante disso e da persistência dos sintomas a mãe trouxe a filha ao PSI. A entrevista psicológica estava em andamento quando os resultados dos exames foram comunicados à família. A endoscopia estava sem alterações, o exame de urina sugestivo de infecção leve e hemograma sem

alterações. Diante desses resultados, a estagiária iniciou a intervenção com o material lúdico de médico usando a contingência dor como estímulo para as respostas sobre doenças. A paciente respondeu que sua dor tinha hora, aparecia sempre no período da tarde e piorava quando estava no período de provas na escola, como ocorreu nesse fim de semana, pois na semana suas provas estavam iniciando.

Após essa identificação, outra estagiária que estava no PSI foi chamada para entrevistar a mãe sobre as dores da filha. A mãe relatou que ela reclamava de dores na barriga antes de ir à escola nos dias de prova, e que adorava ir à escola nos outros dias, era uma boa aluna, por essa razão, desta vez pensou que de fato a filha deveria estar com alguma doença. A mãe foi orientada a procurar a Clínica Escola de Psicologia para atendimento.

A equipe médica foi informada sobre as entrevistas e a decisão de dar alta médica para a criança foi tomada. Quanto à leve infecção urinária, a criança foi medicada, no entanto, essa contingência foi interpretada pelas equipes médica e psicológica como um sinal físico qualquer de desconforto como estímulo discriminativo para uma doença que, pareado com o estímulo discriminativo escola/prova, sinalizou a resposta de esquiva, aumentando o repertório verbal de dor até a vinda ao PSI.

Exemplo 11.2

Criança com púrpura apresentando agressividade.

N. S., menino, 2 anos, deu entrada no PSI no dia anterior, com pernas e pés inchados, manchas e pontos vermelhos no corpo, febre, inflamação nos testículos, reclamando de dor na barriga. Estava no leito de retaguarda em observação e aguardando resultados de exames. A estagiária de Psicologia, ao chegar no PSI, foi imediatamente solicitada pela equipe de Enfermagem para atender a criança e a mãe. Ao entrar no quarto, a estagiária observou uma criança desenhando com lápis e papel, e gritando para pedir outro papel e ameaçando a mãe de bater na sua boca se ela não arrumasse outro. A estagiária aproximou-se da criança e disse que poderiam brincar juntos com lápis e papel, pois ela tinha esse material. Imediatamente a criança sorriu, aceitou brincar e a estagiária permaneceu com ele para observar o que estava ocorrendo. Durante os desenhos diversos e alguns sobre a doença, foi observado que a criança respondia agressivamente à mãe para solicitar qualquer coisa e a ameaçava com hostilidade, como “Vou jogar água em você”. A criança desconhecia completamente o que estava acontecendo ali. A Enfermagem chegou com uma ampola contendo medicação oral e solicitou que a mãe a administrasse na criança. O paciente agrediu a mãe dizendo que cuspiria nela. Nesse momento, a estagiária solicitou que a mãe saísse um pouco para descansar e beber um café. Continuou a brincar de médico com a criança, usou a ampola de injeção para colocar água e demonstrar que se pode brincar com ela. A criança aprendeu a manipular a ampola e tomou água da ampola. Nesse momento, a mãe foi chamada de volta e presenciou a criança brincando com a ampola e bebendo água. A mãe foi orientada a pegar a outra ampola, trazida pela Enfermagem com um líquido rosa dentro e oferecer ao filho, a estagiária interveio dizendo que era uma ampola semelhante à que ele brincava e que o líquido rosa era um remedinho para a dor de barriga e tinha gosto de gelatina. A criança aceitou e ingeriu sem alterações a medicação. Em seguida à brincadeira de médico com a maleta, começou a preparação para a radiografia que iria fazer. A criança demonstrou muito interesse, estava participando da brincadeira quando a Enfermagem veio para levá-la. A mãe foi orientada a ficar, e a estagiária acompanhou a criança ao exame, pelo caminho foi dizendo que tiraria uma fotografia da barriga para ver o que tinha lá dentro, que o exame não doía e só precisava ficar quieto um pouco. O exame transcorreu sem alterações e a criança voltou ao leito de retaguarda. Antes da alta médica, o diagnóstico foi concluído: púrpura. A mãe foi orientada a fazer acompanhamento ambulatorial. Diante do diagnóstico médico, doença autoimune, considerando que fatores emocionais interferem nas doenças autoimunes e tendo observado as reações emocionais da criança de medo, a mãe foi orientada a buscar acompanhamento psicológico na Clínica Escola. As equipes médica e de Enfermagem agradeceram à estagiária pela intervenção.

Considerações finais

Os projetos foram implantados a partir dos dados observados e das necessidades encontradas no PSI, e demonstraram que foram úteis para a atenção médica, para a Enfermagem, para os acompanhantes e principalmente para as crianças. Diante dessas experiências, já há alguns anos desenvolvidas no PSI do HMCP, e do reconhecimento pelo serviço de Psicologia do HMCP, os programas de sobre doenças respiratórias na infância e brincar de médico foram instituídos e estão em contínuo desenvolvimento. A dificuldade que se impõe é que as ações são implantadas por estagiários que, portanto, têm limitações, como limite de horas de estágio e período letivo.

Referências bibliográficas

- Batistela, S.; Guerreiro, N. P.; Rossetto, E. G. Os motivos de procura pelo pronto-socorro pediátrico de um hospital universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 29, n. 2, p. 121-30, 2008.
- Crepaldi, M. A.; Linhares, M. B. M.; Perosa, G. B. (Eds.). *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
- Ferreira, N. M.; Torres, A. M.; Pereira, A. F. C. *et al.* Pronto-socorro infantil: perfil epidemiológico de um hospital público em Volta Redonda (RJ). *Revista de Pediatria SOPERJ*, v. 15 (Supl 2), p. 91, 2015.
- Ferro, M. Sistema Lean na reorganização de pronto-socorro hospitalar. 2009. Disponível em: <http://www.lean.org.br/artigos/119/sistema-lean-na-reorganizacao-de-pronto-socorro-hospitalar.aspx>.
- Hirschheimer, M. R. Atendimento pediátrico no Brasil: consultório ou pronto-socorro? 2014. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/Atendimento+pediatrico+no+Brasil+consultorio+ou+prontosocorro+13+21193.shtml>.
- Hospital e Maternidade Celso Pierro. História e Valores. 2017. Disponível em: <http://www.hospitaldapuc-campinas.com.br/historia-e-valores/>.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2048_05_11_2002.html.
- Sassi, A.; Oliveira, S. Os desafios do psicólogo no atendimento a pacientes internados no pronto-socorro. *Psic Rev São Paulo*, v. 23, n. 1, p. 97-107, 2014.
- Xavier-Gomes, L. M.; Rocha, R. M.; Andrade-Barbosa, T. L. *et al.* Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 394-400, 2013.

Psicologia Pediátrica | Avaliação e Intervenção

Marina Cruvinel Macedo • Rafael Andrade Ribeiro •
Rosana Righetto Dias

Introdução

Este capítulo tem como objetivo apresentar considerações e aspectos teórico-práticos sobre a Psicologia Hospitalar Pediátrica. É de fundamental importância a discussão da avaliação e da intervenção psicológica nesse contexto e dos procedimentos que identifiquem essa realidade, em razão dos possíveis comprometimentos emocionais/comportamentais consequentes da hospitalização para a criança e seus familiares.

Inicialmente, serão apresentadas discussões teóricas relevantes para a atuação na área, como desenvolvimento infantil, possíveis consequências da hospitalização e a importância da avaliação psicológica. Por fim, serão apresentados dois modelos assistenciais psicológicos com estudos de casos.

O primeiro modelo é de um trabalho em enfermaria de Pediatria de um hospital geral/hospital-escola. A metodologia do trabalho demonstrada descreve o procedimento/instrumento denominado visita psicológica (VP). Esse procedimento tem como intuito triar/avaliar os casos visando a priorizar os atendimentos e intervenções psicológicas.

O segundo modelo é do serviço de Psicologia de um hospital especializado na reabilitação de pacientes com deformidades craniofaciais. O serviço de Psicologia é de caráter ambulatorial e atende principalmente pacientes com doenças crônicas.

Os diferentes contextos dos modelos apresentados – enfermaria de hospital geral e ambulatório de hospital especializado – favorecem o contato com duas propostas de atuação psicológicas distintas dentro do campo da Psicologia Pediátrica.

Relação entre prática e teoria

Tem-se observado que crianças com doenças crônicas, infecciosas, neurológicas ou com sequelas decorrentes de acidentes que passam por períodos prolongados de hospitalização estão vulneráveis a desenvolver transtornos comportamentais e/ou psicológicos. De acordo com essa hipótese, é importante detectar, nesses casos, imediatamente após o início do tratamento, quais são as variáveis psicológicas da criança e da família que aumentam a probabilidade de a criança desenvolver, durante a hospitalização, transtornos que comprometam a adesão ao tratamento e a boa recuperação do quadro clínico.

As discussões teóricas e propostas de atuação psicológica descritas neste capítulo pretendem apresentar modelos de avaliação psicológica que possibilitam a identificação dessas variáveis, favorecendo intervenções que contribuam tanto para amenizar reações comportamentais e/ou psicológicas negativas quanto para ampliar estratégias de enfrentamento eficazes.

Desenvolvimento da criança

A ciência do desenvolvimento humano estuda as mudanças que ocorrem durante a vida de um indivíduo e também as características que podem permanecer estáveis ao longo de seu desenvolvimento. Os processos de desenvolvimento ocorrem ao longo de todos os períodos do ciclo da vida e em diferentes aspectos: físico, cognitivo e psicossocial (Papalia e Feldman, 2013; Newcombe, 1999).

A respeito de como as pessoas se comportam, estudiosos do desenvolvimento oferecem muitas explicações ou teorias sobre

esse fenômeno. Nenhuma teoria do desenvolvimento é totalmente aceita, ou aborda sozinha todas as nuances do desenvolvimento humano. É possível perceber na história da Psicologia alternância de teorias que enfatizam o ambiente como determinante do comportamento com teorias que focam na maturação biológica como questão central para a compreensão das mudanças desenvolvimentais do organismo (Papalia e Feldman, 2013; Sameroff, 2010).

Entre as perspectivas que enfatizam o ambiente, encontra-se a da aprendizagem, que busca compreender o comportamento humano por meio da interação do organismo com o ambiente. Dentro dessa perspectiva, Skinner propõe um modelo de seleção pelas consequências, em que o comportamento é selecionado pelas consequências produzidas no meio. As consequências aumentam ou diminuem a probabilidade de o mesmo comportamento ser emitido no futuro em situação semelhante. Compreender as contingências em que os comportamentos foram selecionados possibilita prevê-los e controlá-los (Skinner, 2007).

Entre as teorias que focam as características intrínsecas do indivíduo, encontra-se a da perspectiva cognitiva, caracterizada na obra de Jean Piaget (1896-1980). Segundo Rappaport (1981), Piaget colocou a fonte de desenvolvimento na mente da criança, pois acreditava que a criança é um agente ativo em seu desenvolvimento, construindo seus entendimentos e adaptando-se ao mundo. O autor estudou diversos processos psicológicos, como pensamento, percepção, imaginação, memória, imitação e ação, e observou que o desenvolvimento segue determinados estágios, que caracterizam as maneiras típicas de agir e pensar de cada faixa etária.

O desenvolvimento infantil, de acordo com os estágios cognitivos, também é considerado importante para Licamele e Goldberg (1987). Segundo os autores, os fatores associados à reação da criança em relação à doença e à hospitalização dependem do grau de compreensão que ela tem de sua realidade. Para tanto, deve-se levar em conta sua capacidade cognitiva de discriminar e compreender os eventos de hospitalização e doença, na expressão de diversos comportamentos. Essa abordagem propõe os seguintes períodos:

- < 3 anos: a maior preocupação refere-se à ansiedade de separação, já que crianças com poucos meses de vida exploram o ambiente por meio da visão, do som e do toque, mediante estimulação ambiental e maturação biológica, e é assim que estabelecem seu crescimento psicológico e cognitivo. Até os 6 meses de vida, a principal preocupação em relação à doença ou à hospitalização é a separação pais-bebê, que pode interferir no processo de estimulação. Dos 8 meses de vida até os 3 anos, as crianças passam a aprender a lidar com a ausência dos pais por períodos de tempo maiores. Entretanto, até os 3 anos de idade, os pais devem permanecer junto com as crianças para prevenir a ansiedade de separação
- 3 a 5 anos: nesse período, a criança já tem estabelecida a questão da exploração. A partir de então, passa a ter uma compreensão do mundo de modo concreto. Assim, desenvolve um senso de consciência, podendo atribuir significados ou sentimentos de culpa à doença ou à hospitalização (p. ex., a criança acredita estar doente em razão de um mau comportamento)
- 6 a 14 anos: o sentimento de culpa ainda predomina como reação à doença, mas, quanto mais velhas se tornam, mais informadas e conscientes sobre o processo da doença as crianças ficam. Isso se deve ao fato de que, aos poucos, tornam-se capazes de abstrair as informações. Os adolescentes tornam-se um grupo difícil para experimentar danos em seu corpo, uma vez que estão estruturando seu esquema de imagem corporal. Nesse período, é esperado que se sintam mais vulneráveis em relação a seu corpo do que em qualquer outra idade
- 15 a 18 anos: geralmente associam o adoecimento a algum conflito, especialmente familiar, para se defender da circunstância da doença e da hospitalização.

Deve-se, no entanto, estar atento às limitações da explicação de Licamele e Goldberg (1987), já que diferentes indivíduos, independentemente da maturação biológica e processual do pensamento, podem perceber o fenômeno doença/hospitalização de maneira idiossincrática. Além do modo com que cada indivíduo percebe as situações e eventos ao seu redor, é importante considerar o ambiente familiar, com as regras e normas de seu nicho social, bem como da instituição hospitalar em que se encontram. Essa visão está pautada, como referido anteriormente, na relevância dos processos cognitivos, bem como na influência da aprendizagem operante.

É importante ressaltar que se prioriza atualmente a tendência na direção de uma perspectiva interacionista do desenvolvimento humano, levando-se em conta os aspectos biológicos, em termos maturacionais; o mental, em termos de processos de pensamento; e o ambiental, quanto ao aumento ou déficit de repertório de comportamentos aprendidos. Segundo Sameroff (2010), a teoria unificada do desenvolvimento tem uma visão interacionista, propondo que o desenvolvimento é produto das interações dinâmicas e contínuas entre as características intrínsecas da criança e a experiência fornecida pela família e pelo contexto social. Segundo o autor, para a compreensão do desenvolvimento humano é necessária uma visão

abrangente que compreenda quatro modelos: o pessoal, o contextual, de regulação e o da representação.

Compreender o desenvolvimento infantil é essencial para o trabalho com Psicologia pediátrica no ambiente hospitalar. O conhecimento das diferentes etapas, suas demandas e seus fatores de risco e proteção deve guiar as atuações a fim de atenuar condições que possam levar a prejuízos decorrentes do processo de doença e hospitalização, assim como potencializar condições que favoreçam o desenvolvimento saudável da criança.

Doença e hospitalização infantil

Para Mondardo (1997), a internação hospitalar corresponde a uma vivência que não deixa de ser percebida pelo paciente, bem como pela sua família ou aqueles que o acompanham, sendo imprescindível considerar exaustivamente como esse processo, além da doença, pode afetar sua unidade corporal e cognitiva.

Observa-se que o ambiente médico, especialmente o hospitalar, é um contexto no qual se confrontam, de modo ambivalente e paradoxal, sentimentos como vida e morte, cura e sofrimento, qualidade de vida plena e limitada, alegria e tristeza, entre outros.

Estar doente significa estar em situação de fraqueza e dependência, e a doença quase sempre representa sofrimento orgânico e psicológico. Quando hospitalizado, o indivíduo passa a viver em um ambiente novo e estranho, cercado de pessoas desconhecidas, tendo de estabelecer novas relações com a equipe de saúde e o ambiente hospitalar, além de a doença também representar uma nova variável em sua vida. Durante a internação hospitalar, a criança, já física e emocionalmente debilitada pela doença, passa a ter de enfrentar seu afastamento do ambiente doméstico, onde vinha se desenvolvendo de acordo com o seu repertório motor, social, emocional e intelectual (Chiattoni, 1984; Golveia, 1994). Quando suas demandas psicológicas não são assistidas nesse contexto, o paciente pediátrico pode vivenciar consequências emocionais a curto prazo, além de possíveis problemas de desenvolvimento (Barros, 2014). Por isso, diversos estímulos que sinalizam o sofrimento da criança merecem atenção nesse ambiente. Por exemplo, distúrbios comportamentais e emocionais temporários podem ser expressos como comportamentos agressivos e de pouca colaboração com a equipe de saúde e com a família, como embotamento afetivo, desinteresse por atividades e assuntos previamente interessantes à internação, agitação psicomotora, além de outros comportamentos que não são habituais ao paciente. Essas expressões devem ser identificadas com base em outras variáveis que também podem afetá-las, como a idade da criança, experiências anteriores de separação relacionadas também às vivências de doença e internação precedentes, diagnóstico e prognóstico do quadro clínico e qualidade das relações familiares antes da internação.

Complementando essas observações, Bordin e Corrêa (1990), com base em revisão da literatura, apontam que o desconforto psicológico em crianças diante da hospitalização e da doença pode proceder de fatores como o contexto de vida, a não familiaridade com o ambiente hospitalar e internações prolongadas ou repetidas.

Nesse sentido, Nichols (1985) enfatiza que o papel do psicólogo em um hospital geral, na assistência a crianças, consiste em dois princípios: entender a rotina e as imposições relacionadas com a doença do paciente, que se mostram como um estressor em potencial, analisando esse aspecto sempre relacionado ao fator hospitalização; e considerar as rotinas hospitalares (horários, manipulações, procedimentos), a cultura médica e o regime da instituição hospitalar como um segundo agente estressor em potencial, além de outras características do diagnóstico institucional, que é o primeiro passo para a caracterização e compreensão do campo de trabalho pelo psicólogo hospitalar (Crepaldi *et al.*, 2006).

Segundo Romano (1999), o psicólogo no ambiente hospitalar deve ser um observador qualificado, além de se colocar como um intérprete flexível dos anseios do paciente e sua família e das normas da instituição, sendo encarado como um agente de transformação no processo de reabilitação. Ao tratar crianças hospitalizadas, é importante considerar as reações de cada uma decorrentes de processos familiares, características ambientais e também o período do desenvolvimento em que se encontra. Crepaldi (1999) também aponta a importância do olhar sobre o processo de escolarização e de todo o aspecto que envolve a inserção social da criança no momento de sua hospitalização. Desse modo, o trabalho com essa população torna-se importante para amenizar os elementos de estranheza (doença e hospitalização) e ameaça de dor/sofrimento diante dos procedimentos invasivos, inerentes ao contexto. É necessária, portanto, a presença de uma pessoa capaz de ser seu mediador e defensor, no sentido de saber compreender as necessidades e anseios daquele momento, para que a criança possa enfrentá-los (Lindquist, 1993). Verifica-se também a importância de os recursos técnicos e teóricos que norteiam essa assistência estarem de acordo com a demanda da instituição hospitalar, visto que o trabalho necessita de uma ação interdisciplinar.

Vários são os quadros clínicos e especialistas que compõem a diversidade do ambiente. As enfermidades na infância podem apresentar profundas repercussões na vida da criança. Tanto doenças agudas como crônicas podem modificar de maneira definitiva o desenvolvimento, a família e a resposta social da criança (Barros, 2014). Essas enfermidades constituem uma

situação de inusitado risco não somente do ponto de vista médico, mas especialmente relacionado com as dificuldades sociais, educacionais e psicológicas impostas para a criança e sua família.

Aspectos psicológicos

Quando se busca pela produção científica nacional sobre a atuação do psicólogo hospitalar entre a população pediátrica, é possível encontrar diversos subtemas dessa grande área. Contudo, dois grandes temas se destacam nacionalmente. Um refere-se à *preparação para procedimentos*, prática comum na área da Psicologia Pediátrica, na qual são feitas preparações psicológicas, principalmente com ensaios comportamentais, para crianças que irão se submeter a procedimentos invasivos, como cirurgias e exames (Broering e Crepaldi, 2008; 2011; Doca e Costa Junior, 2007; 2011; Lemos e Ferreira, 2010); e o outro aborda o *brincar* no contexto da hospitalização, principalmente como ferramenta para o enfrentamento dos estressores relacionados com o ambiente e a doença crônica (Campos *et al.*, 2010; Drummond *et al.*, 2008; Motta e Enumo, 2010; Souza e Mitre, 2009; Azevedo, 2011). Diferentes temas com menos publicações, mas de grande relevância para a área, também podem ser encontrados na literatura científica nacional, como adesão ao tratamento (Oliveira e Ferreira, 2010) e impacto do estresse no desenvolvimento (Linhares, 2016).

De acordo com Oliveira (1993), a hospitalização, os procedimentos médicos realizados e a própria doença podem surgir, na percepção da criança, como punição, castigo ou algo estreitamente relacionado com culpa. Em seu estudo, a autora mostra ainda outros fatores que podem contribuir para comportamentos desadaptativos da criança, como: sensação de estranhamento ao ambiente hospitalar (instalações, equipamentos, rotinas etc.); sensação de abandono, quando a função de cuidar não é desempenhada por quaisquer das pessoas que a cercam cotidianamente; e hospitalizações prolongadas, quando o hospital é visto pela criança como um local de proibições e, muitas vezes, um local que promove a infantilização, onde crianças grandes são colocadas em berços e alimentadas por mamadeiras.

Reações psicológicas, como a regressão e a passividade, estão presentes nos processos de doença e hospitalização, segundo Licamele e Goldberg (1987). As habilidades cognitivas afetam o modo de a criança perceber a doença e a hospitalização. Crianças de 3 a 7 anos, de acordo com sua capacidade cognitiva, pensam pré-operacionalmente, manifestando pensamentos mágicos e percebendo o mundo de acordo com suas crenças. De 7 a 12 anos, começam a pensar em termos concretos; nessa fase, passam a ser capazes de discriminar que uma coisa tem suas particularidades e podem compreender que estão doentes, mesmo quando não visualizam o “machucado”. Ainda para os autores, as características da má adaptação estão relacionadas aos padrões de comportamento das respostas emitidas diante da doença e hospitalização, que podem apresentar modelos de excessiva dependência, inibição, medo, inassertividade, resistência aos tratamentos e procedimentos. No caso de crianças que se mostram independentes, podem, ainda, apresentar comportamentos de risco em relação à doença e de não adesão às orientações recomendadas.

De acordo com a teoria motivacional do *coping* de Zimmer-Gembeck e Skinner (2016), o enfrentamento das situações estressoras (denominado *coping*), sob um aspecto desenvolvimentista, pode ser compreendido como *coping* adaptativo ou como *coping* mal-adaptativo dependendo das estratégias adotadas pelo indivíduo ao longo de sua trajetória diante de situações estressoras. Em longo prazo, comportamentos emitidos e compreendidos como pertencentes às estratégias de “resolução de problemas” ou “negociação”, por exemplo, sinalizam o *coping* adaptativo, enquanto estratégias como “fuga”, “isolamento” e “oposição” indicam *coping* mal-adaptativo. Entende-se, por exemplo, que resistência aos tratamentos e procedimentos, como citado anteriormente, seja sinal de uma estratégia de enfrentamento mal-adaptativa, assim como a não adesão às orientações recomendadas.

Um importante fator relacionado à má adaptação ao processo de doença e hospitalização corresponde à relação da criança com a equipe de saúde, resultante do estresse profissional da equipe. Bordin e Corrêa (1990) referem a associação da ansiedade da criança na relação médico-paciente distante (nas situações em que o médico tem uma visão parcial da realidade vivida pela criança). A ausência das mães e as necessidades motoras e lúdicas pouco atendidas na organização da Enfermaria também estão relacionadas com reações de ansiedade.

No que se refere a alterações comportamentais após a internação hospitalar, Soares *et al.* (2001), em um estudo sobre as repercussões das modificações no comportamento de crianças, verificaram as seguintes mudanças: alterações na dinâmica de apego aos pais (mais apegadas ou agressivas) e comportamentos regredidos (voltar a usar chupeta), no padrão de sono e na alimentação.

Os apontamentos anteriormente descritos ressaltam que as mudanças psicológico-comportamentais, além de se manifestarem no processo de hospitalização, podem ser apresentadas após a alta hospitalar, o que ressalta de maneira acentuada, em contextos médicos, a necessidade da prevenção desses distúrbios.

Em relação aos perfis de comportamento relacionados aos desvios do desenvolvimento infantil, Radovan (1989) já observava, ante as enfermidades agudas e crônicas, a possibilidade de comprometimentos nas seguintes situações: crescimento e desenvolvimento da criança, em relação às atividades da vida diária, comportamento cognitivo, habilidades motoras, modo de enfrentamento e desenvolvimento emocional; relações com os demais membros da família, como pais, irmãos; atividades fora de casa, diante do rendimento escolar, relacionamento com amigos e respostas diante da enfermidade, como o conhecimento da doença e a participação em seus cuidados, bem como na adesão aos tratamentos. Ainda segundo a autora, essas implicações dependerão também da idade da criança e das rotinas impostas (p. ex., hospitalizações), que podem provocar reações como ira, ressentimento, autodepreciação e tristeza.

Boyle *et al.* (1994) apontam que as pesquisas relacionadas à saúde devem focar em meios de reduzir esses aspectos na interferência da qualidade de vida. Entre os diversos comprometimentos citados está a doença crônica, que impõe às crianças muitas consultas médicas, internações hospitalares, inúmeras faltas com maior probabilidade de repetência escolar, além de problemas psicológicos e comportamentais. Assim, a própria doença crônica e seu tratamento sinalizam diversos estressores que devem ser considerados pelo psicólogo hospitalar (Compas e Boyer, 2001).

Doenças transitórias não parecem tão difíceis para o enfrentamento e graves em relação a algumas funções orgânicas para a vitalidade da criança, quando comparadas às doenças crônicas. As reações psicológicas diante da doença dependem da faixa etária da criança, de suas preocupações com sua integridade física, sensações de desconforto, sentimentos de abandono, punição e dificuldades no relacionamento social (Tetelbom *et al.*, 1993).

Crianças com problemas crônicos de saúde têm, de certo modo, alterações na capacidade do organismo para receber a estimulação ambiental, quando comparadas com as demais crianças que não apresentam esses problemas. A perspectiva da aprendizagem entende que o organismo de um paciente crônico pode ter dificuldades maiores de responder às estimulações e adaptar-se às limitações que lhe são impostas, além de depender de maneira específica da mediação dos familiares em ambientes médicos (Amaral, 1999).

Nesse contexto, é de extrema importância avaliar o significado que a doença tem para a criança e seus familiares. Crenças distorcidas podem comprometer a adesão ao tratamento, o enfrentamento da doença e os níveis de qualidade de vida. Esses apontamentos têm igual importância quando relacionados aos aspectos da hospitalização.

Outro fator a ser considerado refere-se à adaptação para o tratamento restritivo de algumas doenças crônicas, que podem provocar desconfortos psicológicos e orgânicos (ansiedade, angústia, náuseas, vômitos etc.). A família, em especial, enfrenta na maior parte das vezes situações similares no contexto médico. Faz-se, então, necessário aos pais conhecer as contingências do ambiente médico e do tratamento proposto, para que possam ser capazes de lidar com as condições da doença dentro e fora do hospital (Tamashiro *et al.*, 1996; Löhr, 2000).

Hartmann e Gazquez (1998) apontam para a importância da participação dos pais como um terceiro componente na relação entre o médico e o paciente. Esses autores propõem que, a partir do referencial do cuidador, é possível avaliar e identificar a repercussão da estrutura institucional nas modificações das relações interpessoais durante a hospitalização, além das consequências dessa estrutura para a adaptação da criança, sua família e a evolução do quadro clínico.

Parece, então, existir uma similaridade quanto aos fatores e intercorrências que a hospitalização e os ambientes médicos podem causar para a criança e seus familiares. Esses apontamentos devem ser considerados também em relação à doença crônica.

Guimarães (1999) refere que, na avaliação do portador de doença crônica, a criança não deve ser vista fora de seu contexto familiar. A família pode auxiliar na observação do paciente em diferentes situações e por muito mais tempo que o profissional que a acompanha. Torna-se a principal fonte de informações entre as diversas classes de comportamentos apresentados pelo paciente, que podem variar de uma baixa taxa a uma alta taxa de ocorrência. Transtornos da ansiedade, do humor, mentais e desadaptativos podem alterar a habilidade da criança para participar do controle do processo da sua doença.

A inserção da família no atendimento à criança hospitalizada tem raízes nos estudos sobre os efeitos dos cuidados de crianças em instituições. Desse modo, a família foi colocada no hospital sob uma perspectiva restrita quanto aos fatores adversos da separação mãe-criança. Essa nova visão contribuiu para a mudança do ambiente de cuidados da criança no hospital. Entretanto, deve-se voltar a atenção para novos programas que tenham como objetivo a integração da família no sistema de saúde e nos cuidados para com os transtornos originados dessa nova relação (Zannon, 1994).

A permanência da mãe ou de um familiar com a criança na hospitalização pode oferecer oportunidades únicas para educar a família no manejo dos pacientes, especialmente os portadores de doença crônica, a fim de diminuir os efeitos psicológicos adversos provocados pela separação do ambiente familiar e melhorar a atenção hospitalar das crianças enfermas. Contudo, a incorporação da mãe na atenção de seu filho hospitalizado depende de programas estruturados que trabalhem e auxiliem no

enfrentamento de suas reações ao caso (Barrera *et al.*, 2000).

Conforme trabalhos de estudos comparativos com grupos de mães e/ou acompanhantes em enfermaria pediátrica e UTI neonatal de hospitais-escola, vários temas são abordados para discussões em grupo, como (Hartmann e Gazquez, 1998; Baptista *et al.*, 2000):

- Dúvidas quanto aos aspectos legais e burocráticos da estrutura hospitalar (normas e rotinas, constituição da equipe, direitos e deveres), processo saúde-doença (adoecimento, diagnóstico, procedimentos, tratamento, prognóstico) e educação (hábitos alimentares, de higiene e incentivo à amamentação)
- Sentimentos de ansiedade, medo, tristeza, raiva, culpa e insegurança (diante da doença, hospitalização, equipe, procedimentos e tratamento)
- Relações interpessoais com médicos e internos, equipe multiprofissional, Enfermagem
- Atitudes quanto a críticas (positivas e negativas), esperança, solidariedade
- Limitações físicas ou pessoais (estresse, nervosismo, cansaço), sociais (família e emprego) e ambientais (adaptação ao contexto hospitalar).

Esses cuidados e observações são importantes, em virtude do grau de comprometimento emocional que pode ser causado à criança quando seus familiares, especialmente mães e/ou acompanhantes, mostram-se ansiosos ou desestruturados psicologicamente diante dos procedimentos, rotinas hospitalares e/ou diagnósticos e prognósticos de suas crianças.

Quanto a esse aspecto, nota-se que, para alguns autores (Oppenheimer e Meijer, 1995; Cameron *et al.*, 1996; Burke *et al.*, 1997; Scott, 1998; Griffin *et al.*, 1998), o estresse e a ansiedade sofridos por familiares e pacientes podem ser amenizados com informações claras sobre o quadro clínico e o bom relacionamento com a equipe médica. Desse modo, observa-se a necessidade da devolutiva da equipe de Psicologia à equipe médica, favorecendo instruções sobre o trabalho do psicólogo e promovendo uma boa comunicação, por meio de esclarecimentos na identificação das dificuldades psicológicas apresentadas pelas crianças hospitalizadas e seus familiares.

Torna-se um desafio para o psicólogo trabalhar nesses contextos e contingências na área de Pediatria, sendo de extrema importância que ele mantenha sua autonomia e poder de decisão ante os aspectos psicológicos e de saúde mental envolvidos em cada paciente. Para tanto, mostra-se fundamental que o psicólogo saiba prever (com base na literatura científica e dados coletados *in loco*) e avaliar comportamentos incompatíveis com a boa evolução do quadro clínico, além de propor instrumentos e procedimentos eficazes e capazes de identificá-los no ambiente hospitalar. Para isso, a parceria com a equipe multiprofissional é de extrema importância, pois o aspecto emocional supera e impede o aspecto físico (Brazelton, 1991).

Importância da avaliação psicológica

Para Piotrowski e Lubin (1990), a avaliação psicológica é o ponto crítico da Psicologia Clínica nos ambientes médicos. São contextos diferenciados, complexos, nos quais também é possível a aplicação de instrumentos e procedimentos da Psicologia Clínica convencional.

A avaliação psicológica bem conduzida, seguida de uma intervenção efetiva, pode reduzir o tempo de internação, o número de reinternações e o custo dos tratamentos médicos. Huszti e Walker (1996) referem, ainda, a importância da compreensão das questões psicológicas subentendidas na doença e na hospitalização por meio de entrevistas diagnósticas e testes psicométricos que se adaptem ao contexto.

Algumas pesquisas em contextos médicos sugerem que as entrevistas psicológicas para avaliação das crianças devem ser realizadas com os pais ou familiares. Na maioria das vezes, as crianças, em razão das situações em que se encontram ou pelo fator de idade, não são capazes de dar as informações necessárias a respeito dos problemas apresentados (Kazdin *et al.*, 1983). Quando se pensa em avaliação psicológica em ambientes médicos, Matarazzo (1990) refere que esta deva compreender mais do que o simples uso de testes psicológicos, devendo-se incluir entrevista clínica, observação de comportamento, histórias médicas e psicológicas anteriores e um estudo dos contextos familiar, social e cultural do paciente.

Segundo Rozensky *et al.* (1997), dentro desse contexto, a avaliação em pediatria pode utilizar, principalmente, coleta de dados por meio de entrevista clínica, observação de comportamento e instrumentos padronizados e validados (testes que se adaptem ao ambiente). Faz-se importante referir que a entrevista clínica é a principal ferramenta do psicólogo da área da saúde. Para Lalon (1997), o desenvolvimento e o uso de instrumentos diagnósticos científicos distinguem o psicólogo nos serviços de saúde. O trabalho do psicólogo não deve ser caritativo, e, sim, técnico, científico e seguro de seus objetivos.

O objetivo do trabalho do psicólogo na saúde deve ser focal e estar ligado diretamente às contingências que operam no ambiente institucional, pois o paciente hospitalizado preocupa-se prioritariamente com sua saúde física, gravidade, diagnóstico

e prognóstico (Amaral, 1999). Sob essa perspectiva, o modelo de práticas psicológicas na área da Psicologia Pediátrica deve compreender a criação de protocolos de atuação para identificar as variáveis relevantes para um correto diagnóstico psicológico. Essas variáveis devem ser contextualizadas durante a coleta de dados, considerando:

- A doença ou a condição que motivou a internação, relevando a sua gênese (condição adquirida ou congênita), se houve urgência ou programação para a hospitalização, além de outras especificidades, por exemplo, o número de internações anteriores
- O impacto dessa condição na rotina e sobre as condições emocionais do paciente e seus familiares
- As informações e crenças que a criança e a família têm acerca de diagnóstico, tratamento e prognóstico
- As informações relacionadas à adesão ao tratamento, tanto por parte da família quanto do paciente, podendo ser coletadas, também, por meio de relatos de outros profissionais que cuidam da criança, como enfermeiros, médicos e fisioterapeutas
- Os modelos de práticas educativas adotadas pelos principais cuidadores da criança, visando a compreender as contingências às quais o paciente mais se expõe e sua familiaridade em seguir regras, para que seja possível prever o padrão do paciente em lidar com as limitações impostas pela hospitalização.

A coleta das informações pode ocorrer durante diversos momentos da hospitalização: visitas interdisciplinares no leito; visitas psicológicas para triagem com o objetivo de realizar busca ativa das demandas; reuniões de equipe; entrevistas com cuidadores; atividades lúdicas com o paciente; pedidos de interconsultas de outros profissionais; entre outras possibilidades disponíveis, de acordo com as características do espaço físico e do fluxo de atenção à saúde adotado pela instituição.

O enfoque do psicólogo hospitalar com crianças em tratamento e que necessitam ser hospitalizadas precisa ser crítico e capaz de realizar uma avaliação minuciosa do grau de comprometimento emocional do paciente e do que a doença representa para ele e sua família, além das implicações da adaptação diante da rotina hospitalar.

A seguir, apresenta-se a primeira proposta de trabalho assistencial psicológico em uma enfermaria de Pediatria em hospital geral.

Proposta de atuação | Enfermaria de Pediatria em hospital geral

Discute-se aqui uma proposta de atuação que vem ocorrendo em uma enfermaria de Pediatria desde 1995. Portanto, torna-se importante citar algumas características desse setor para a descrição do serviço do psicólogo, mesmo porque o profissional sempre deve levar em consideração as contingências ambientais para o desenvolvimento de qualquer projeto, e um serviço específico de um hospital nem sempre pode servir de modelo para outra instituição de saúde, devendo ser realizado com as devidas adaptações.

Esse modelo, após vários anos de trabalho, sofreu mudanças e normatizações quanto ao atendimento psicológico dos pacientes, familiares e equipe de saúde, com a viabilização e clarificação do foco, objetivos e intervenções ao paciente hospitalizado e, atualmente, mantém as mesmas práticas psicológicas descritas por Laloní (1997).

O serviço de Psicologia do hospital em questão conta com 28 anos de atuação, tendo sido realizados trabalhos assistenciais, formação de alunos e profissionais, e pesquisas nas áreas de enfermarias e ambulatórios de especialidades médicas. Com o passar do tempo e com o objetivo de focar no paciente hospitalizado, sua doença, equipe de saúde e familiares, observou-se a necessidade do aprimoramento de procedimentos de avaliações e intervenções psicológicas.

O atendimento psicológico na Enfermaria de Pediatria teve seu início em 1987, com os pedidos de interconsultas da equipe médica para a equipe de Psicologia. Em 1988, além do serviço de interconsulta, passou-se a desenvolver o trabalho de preparação de crianças para cirurgia. Em 1989, foi realizado um trabalho pertinente ao alojamento conjunto de mães, e, no ano seguinte, ocorreram reuniões interdisciplinares, com a discussão de temas como relacionamento da equipe de Enfermagem, alojamento de mães e relacionamento entre profissionais e pacientes. Em 1991, esses trabalhos emergenciais, juntamente com os pedidos de interconsultas, cederam lugar à implantação do serviço de Psicologia na enfermaria de Pediatria e, a partir de então, uma psicóloga passou a fazer parte integrante da equipe de saúde. Finalmente, em 1995, iniciou-se um processo de normatização do atendimento psicológico na enfermaria de Pediatria.

Em virtude da diversidade de queixas e problemas, da pouca disponibilidade e do número de profissionais para realização dos atendimentos, além do grande número de pacientes existentes na enfermaria, tornou-se necessário o desenvolvimento de estratégias psicológicas específicas para atender a essa demanda.

Desse modo, com o passar do tempo buscaram-se maneiras de viabilizar o serviço para atender um maior número de crianças e seus familiares, bem como a adoção de um eixo central para a atuação psicológica que promovesse critérios de

escolha de quais crianças deveriam ser priorizadas quanto à avaliação e intervenção psicológicas. Objetivou-se, assim, alcançar maior eficácia do trabalho e, conseqüentemente, melhores resultados em relação aos procedimentos e técnicas psicológicas utilizadas.

É preciso salientar que as caracterizações, os objetivos e passos para assistência psicológica descritos a seguir dizem respeito à ocasião da atuação dos autores nesse local. Serão apresentados os objetivos psicológicos nos quais o atendimento está pautado para, posteriormente, serem expostos o procedimento de avaliação e o processo de intervenção psicológica. Inicialmente, será exibida a caracterização da Enfermaria de Pediatria e, após, a metodologia do atendimento.

Caracterização da enfermaria de Pediatria

Espaço físico

A Enfermaria de Pediatria é composta pelas seguintes estruturas/salas:

- 1 sala designada para reuniões de trabalho da equipe médica (corpo clínico)
- 1 sala pertencente à escriturária
- 1 sala lúdica
- 1 sala para procedimentos (p. ex., preparação de medicamentos)
- 1 sala para refeições das mães e/ou acompanhantes
- 1 sala para lavagem de mamadeiras
- 1 posto de Enfermagem
- 1 lactário
- 1 copa
- 1 banheiro para funcionários
- 7 quartos numerados e a quantidade de leitos dividida da seguinte maneira:
 - 4 leitos padrões
 - 2 leitos de isolamento
 - 10 leitos para bebês até 6 meses
 - 6 leitos para meninas de 3 a 12 anos
 - 6 leitos para meninos de 3 a 12 anos
 - 8 leitos para crianças de 6 meses a 3 anos.

Caracterização humana

A equipe de saúde da enfermaria é composta pelos seguintes profissionais:

- Equipe médica: dois médicos assistentes, três residentes, 10 graduandos do 6º ano de Medicina
- Equipe de Enfermagem: duas enfermeiras e 18 auxiliares de Enfermagem, que se revezam em turnos
- Assistência Social: uma assistente social
- Terapia Ocupacional: uma terapeuta ocupacional, quatro estagiárias (graduandas do 4º ano de Terapia Ocupacional) e uma aprimoranda
- Psicologia: uma psicóloga e duas estagiárias (graduandas do 5º ano do curso de Psicologia)
- Nutrição: uma nutricionista e três copeiras
- Fisioterapia: uma fisioterapeuta
- Auxiliares de limpeza.

Caracterização do contexto

A enfermaria é caracterizada pela idade, de acordo com as normas da instituição (faixa etária até os 12 anos), e não pela enfermidade tratada (diversos quadros clínicos e cirúrgicos são cuidados na Enfermaria). Outra característica peculiar da enfermaria de Pediatria refere-se ao alojamento conjunto de mães e/ou acompanhantes, mas somente do sexo feminino (regras da instituição). Por fim, a necessidade de se atentar às etapas de desenvolvimento e às capacidades de elaboração que cada criança possa apresentar no momento da hospitalização, segundo apontamentos já feitos na introdução teórica deste capítulo.

Características da atuação psicológica

A avaliação e o atendimento psicológicos devem favorecer condutas focal, imediata e resolutiva (características do atendimento

psicológico hospitalar), relacionadas com os seguintes critérios:

- Crianças hospitalizadas: implicações diante da adaptação à rotina hospitalar e à doença
- Mães/acompanhantes: atenção aos comportamentos inadequados apresentados diante das variáveis hospitalares, ausência na hospitalização, comprometimento das relações mãe-criança hospitalizada e no relacionamento mãe-equipe de saúde
- Equipe de saúde: discriminação dos critérios e características das reações psicológicas apresentadas pelos pacientes e familiares.

Objetivos do atendimento psicológico

A enfermaria conta com o serviço da Psicologia Clínica. Esse serviço oferece atendimento psicológico no sentido de promover o bem-estar biopsicossocial dos pacientes e seus familiares. Para tanto, procura-se trabalhar de modo integrado com os demais profissionais de saúde, objetivando uma visão global do paciente em um enfoque interdisciplinar, possibilitando também apoio e assistência técnica à equipe. Especificando essas propostas, a seguir estão expostos os objetivos da avaliação e da intervenção psicológica nesse contexto.

Junto aos pacientes

- Viabilizar a participação do paciente no seu processo de hospitalização e doença
- Oferecer elementos ou condições para que o paciente lide melhor, por meio do seu repertório de respostas adequadas ao enfrentamento de suas reações psicológicas
- Diminuir ou adequar ansiedades, medos, expectativas irreais, ideias irracionais, entre outros, em relação à doença e à internação hospitalar
- Encaminhar, quando necessário, para outros recursos da comunidade, como o ambulatório de Psicologia da própria instituição.

Junto aos familiares e acompanhantes

- Orientar os familiares durante a hospitalização do paciente, focalizando suas necessidades e reações emocionais ocasionadas pela hospitalização e doença
- Incentivar a família a ser participante do processo de hospitalização, permanecendo junto do paciente, quando possível, e realizando as estimulações necessárias que correspondam aos cuidados básicos dele ou dela durante o período
- Dar suporte para a família durante a internação, objetivando a doença, o tratamento, as necessidades de adaptação à rotina hospitalar e sentimentos relacionados com o processo
- Facilitar a interação entre família, paciente e equipe de saúde
- Encaminhar, quando necessário, para outros recursos da comunidade, entre eles o ambulatório de Psicologia da própria instituição.

Junto à equipe de saúde

- Orientar nas condutas mais adequadas, relativas aos aspectos psicológicos dos pacientes e seus familiares
- Auxiliar na identificação de sentimentos e comportamentos dos pacientes, visando a despertar na equipe a atenção aos conteúdos emocionais que o afetam e à sua família com informações compartilhadas após os atendimentos.

Práticas do atendimento psicológico

A metodologia do trabalho psicológico é caracterizada pelos objetivos anteriormente descritos e pelo processo de atendimento que envolve as etapas a seguir discriminadas.

Avaliação e intervenção psicológica

Devem envolver a identificação de:

- Alterações comportamentais diante da doença (p. ex., falta de compreensão do diagnóstico, prognóstico) e hospitalização (dificuldade de adaptação a rotina, procedimentos e manipulações)
- Padrões de comportamentos inadequados preexistentes (p. ex., não aceitação de medicamentos, falta de interação com a equipe, não cumprimento das rotinas da enfermaria e procedimentos)
- Modificação das contingências do ambiente hospitalar que favoreçam o aumento de comportamentos em relação à não adaptação da criança ao hospital e à sua doença, como a recusa em receber medicações.

Ações e rotinas de atividades

Os planos de atendimento expostos na sequência são realizados 3 vezes na semana pelo psicólogo responsável do serviço e dois estagiários.

Visitas psicológicas (VP) são realizadas rotineiramente a todos os pacientes da enfermaria no leito, com o objetivo de avaliar/triar se há algum transtorno mental de ajustamento ou de comportamento. Nessa etapa, tanto quanto na ampliação da avaliação psicológica (que será discutida em seguida), paciente e acompanhante, se necessário, recebem uma hipótese diagnóstica (HD) psicológica, de acordo com os critérios da Classificação Internacional das Doenças (CID-10; Caetano, 1993). Esse procedimento é realizado com enfoque nos seguintes critérios para o seguimento do plano de atendimento:

- Duração da internação hospitalar: quanto mais prolongada a internação, maior a possibilidade de prevalência de reações emocionais/comportamentais, tanto do paciente quanto de seu acompanhante
- Primeira internação hospitalar: a entrada em um ambiente estranho e desconhecido pelo paciente é fator desencadeante das mais variadas reações comportamentais que podem afetar sua adaptação
- Históricos de reinternações: se for o caso, para avaliar o repertório comportamental adquirido para enfrentamento dessas situações
- Gravidade da patologia: tanto em termos de prognóstico negativo quanto de falta de diagnóstico, ou ainda seu conhecimento de forma abrupta e repentina, todos igualmente desencadeantes de desestruturação emocional, tanto do paciente como de seus familiares. Pode ainda requerer novas adaptações (p. ex., doenças crônicas) e, dependendo do caso, assistência psicológica diante da possibilidade de morte
- Submissão à manipulação e às intervenções terapêuticas dolorosas
- Queixa do paciente e/ou do familiar diante de rotinas, procedimentos hospitalares e da doença, em relação à sua adaptação.

A avaliação psicológica caracteriza a etapa que amplia o processo da visita psicológica com os pacientes que apresentaram indicativos de alterações emocionais/comportamentais durante a entrevista de triagem. Tem como objetivo avaliar a(s) contingência(s) do problema apresentado, sua frequência e intensidade. Nessa avaliação, é necessário distinguir se o(s) comportamento(s) apresentado(s) é(são) originário(s) da doença ou corresponde(m) às consequências da hospitalização, para o estabelecimento de práticas de intervenção eficazes, ou, ainda, se o distúrbio já existia e se agravou com a internação.

A atenção psicológica focal é realizada após o comportamento do paciente e/ou seu cuidador ou familiar ser avaliado funcionalmente. Envolve a assistência sistemática, visitas regulares 3 vezes na semana, em que técnicas para o enfrentamento e a modificação da situação-problema são utilizadas, como o treinamento em habilidades sociais, modificação das suposições disfuncionais, relaxamento, modelagem de novas respostas (Caballo, 1996); treinamento de assertividade (Rimm e Masters, 1983), entre outras estratégias e técnicas necessárias para cada caso em particular. Pode ser ainda necessária a intervenção da Psiquiatria ou de outro profissional da saúde, sendo, então, solicitada uma interconsulta.

A seguir, será apresentado um estudo de caso clínico (Exemplo 12.1) para ilustração da sistemática de atendimento psicológico. Esse estudo foi apresentado como tema de mesa-redonda no IV Congresso Ibero-Americano de Psicologia Clínica e da Saúde (Faria *et al.*, 2001).

Caso clínico

Um exemplo da aplicação da sistemática de atendimento psicológico é o caso descrito a seguir (Exemplo 12.1).

Exemplo 12.1

Queimado em Enfermaria de Pediatria.

Identificação

G., menina, 3 anos, ao ser hospitalizada apresentava 42% do corpo com graves queimaduras, em razão de um incêndio ocorrido em sua casa. Estava apenas em companhia de um irmão de 5 anos no momento do acidente, o qual foi a óbito ao dar entrada no hospital. Sua família era composta de mais dois irmãos (5 e 7 anos, respectivamente), uma irmã (1 ano), mãe e avó materna.

Histórico

Permaneceu hospitalizada durante 3 meses, tempo atípico quando se refere a casos atendidos em hospital geral, que tem características assistenciais com caráter resolutivo e imediato.

Este atendimento caracterizou-se com a entrada da criança na enfermaria de Pediatria, pois até então ela

se encontrava há 1 mês em um quarto de isolamento na UTI pediátrica, sem a companhia de familiares (apenas compareciam às visitas). Ao ingressar na enfermaria, foi alocada em outro quarto de isolamento (para proteção da criança quanto a fatores externos de contaminação em razão de seus ferimentos), onde pôde permanecer em companhia de sua mãe.

Foram realizados 29 atendimentos durante o período de hospitalização na enfermaria de Pediatria (correspondente a 2 meses) entre a primeira visita de triagem psicológica, o aprofundamento da avaliação, as intervenções e as visitas de evolução psicológica da criança, sua mãe e a avó materna. É importante ressaltar que todos os encontros variaram entre 10 min e 1 h de atendimento, dependendo dos objetivos. Foram utilizados métodos de entrevistas semidirigidas e observações, além de técnicas específicas para intervenção.

Atendimentos iniciais

Na primeira visita psicológica, foram identificados os seguintes focos que mereceriam maior avaliação e possível atendimento psicológico:

- Quanto à doença – HD clínica: queimaduras graves em 42% do corpo, amputações do braço, dedos do pé e orelha, todos do lado direito
- Quanto à hospitalização: longo período de internação na UTI pediátrica em isolamento, sem a presença de familiares, dificuldade de vinculação com equipe de saúde e falta de cooperação quanto aos procedimentos médicos realizados
- Quanto à família: falta de informação da perda do irmão, dificuldade de contato físico nos cuidados mãe-filha.

Esses primeiros dados coletados foram discutidos com a equipe de saúde (médicos pediatras e de outras especialidades, Enfermagem etc.) e a equipe da UTI pediátrica (incluindo a psicóloga responsável pelo serviço) para trocas de informações. Esses contatos também objetivaram a sensibilização da equipe com o estado emocional da paciente (agressividade, recusa de contato etc.) e de seus familiares até o momento.

No aprofundamento da avaliação psicológica, foram analisados os antecedentes pessoais e familiares da paciente, os eventos estressantes relacionados com a doença/internação e as consequências da relação paciente-família.

Quanto aos antecedentes do momento do acidente/hospitalização, a criança comportava-se de modo ativo, interativo, e seus vínculos maiores eram respectivamente com a mãe, irmão (que faleceu) e avó materna. Em relação aos antecedentes familiares, constatou-se que seu pai estava ausente desde seu nascimento, sua mãe passava ultimamente grande parte do tempo fora de casa e a avó materna era alcoólatra.

Os eventos estressantes relacionados com a doença foram:

- Estado clínico: grave (queimaduras de 2º e 3º graus)
- Hospitalização: em razão dos procedimentos invasivos (amputações, enxertos, curativos); dificuldade de adaptação e vinculação à equipe de saúde e quanto às rotinas hospitalares (medicação, higiene, alimentação, visitas da equipe etc.)
- Família: pela falta de informação da paciente em relação à perda do irmão e comportamentos inadequados por parte da mãe que dificultavam o enfrentamento da paciente diante da doença e da hospitalização (p. ex., a mãe da paciente, no início, mostrava-se receosa em tocá-la e acolhê-la).

Na relação indivíduo-doença, observou-se que:

- A paciente temia efetuar contato com a equipe de saúde e/ou sofrer mais dor ou outra amputação (punições anteriores frequentes)
- A expectativa de ser abandonada pela mãe, que apresentava dificuldades em tocar a filha
- Necessidade de adaptação ao novo estilo de vida (perda de membros e cicatrizes por todo o corpo)
- Recusa em realizar contato, mostrando-se agressiva e apresentando intercorrências emocionais que dificultavam sua recuperação.

Serão descritas algumas intervenções com a criança ao longo do processo de atendimento de acordo com objetivos e respectivas estratégias. Outros objetivos e procedimentos foram utilizados, mas fogem ao escopo deste capítulo.

Junto à paciente

1. Objetivo: adaptação à hospitalização, ao seu estado clínico/cuidados necessários e perdas sofridas (partes do corpo, irmão).

Estratégia utilizada: para favorecer a adaptação da paciente em relação à rotina e aos procedimentos, utilizaram-se técnicas lúdicas com ensaio comportamental – dramatização de situações cotidianas no hospital com bonecos fantoches, nas quais a criança vivenciava papéis em histórias de hospitalização, ora como paciente de um hospital, ora como membro da equipe de saúde, que cuidava de um paciente infantil, bem como no papel de familiares.

2. Objetivo: estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde.

Estratégia utilizada: pelo processo lúdico e por meio de aproximações sucessivas, a psicóloga foi solicitando a presença de alguns profissionais nas brincadeiras, por exemplo, pedir a opinião da enfermeira no curso da história encenada. Essa estratégia tinha como objetivo principal aproximar a equipe da paciente, desassociando a figura dos profissionais de um estímulo aversivo. Assim, a criança começou a permitir maior contato da equipe no manejo dos curativos e interessou-se em participar de seus próprios cuidados (passou a questionar a possibilidade de colocar uma prótese em seu braço).

Junto à mãe

1. Objetivos: aproximar a mãe da filha e proporcionar modelos de interação, em razão do estado físico da paciente.

Estratégia utilizada: por meio de informações, orientações específicas e modelagem, a psicóloga visou à modificação continuada do comportamento da mãe. Por exemplo, a mãe não conseguia tocar na filha por diversos motivos (culpa pelo acidente, medo de machucar a criança). Por intermédio de observações da interação entre a terapeuta e a paciente (toque, manuseio, afagos), a mãe começou a aprender (modificando o comportamento pouco a pouco e sucessivamente) a aproximar-se da filha. A partir de então, a mãe passou a se comportar de maneira mais próxima e carinhosa, o que fez a criança se mostrar mais segura, menos chorosa e resistente ao contato com a equipe de saúde.

Junto à equipe de saúde

1. Objetivo: favorecer comunicação e entendimento mais adequados sobre os procedimentos médicos previstos, possível tempo de internação, prognóstico, além de orientações sobre o comportamento da paciente diante da equipe e as condutas mais adequadas da equipe para com a paciente, ante seu estado emocional.

Estratégia utilizada: diante de todas as avaliações e intervenções realizadas, a psicóloga informava periodicamente à equipe de saúde sobre o estado emocional da paciente e dos familiares, e também sugeria condutas mais adequadas, concernentes às questões psicológicas envolvidas. Por exemplo, na ocasião em que a paciente foi comunicada sobre a perda de seu irmão, pela sua mãe e pela terapeuta, a equipe de saúde recebeu informações sobre o motivo da labilidade de seu humor. Desse modo, a equipe se reuniu e foram discutidos quais os exames e os procedimentos invasivos poderiam ser dispensados até a assimilação da notícia.

Com base nessas intervenções, houve por parte da paciente maior adaptação com respostas de enfrentamento à internação, passando a estabelecer melhor contato tanto com a equipe de saúde quanto com as demais crianças internadas, após ser transferida para o alojamento conjunto (1 mês após a internação na enfermaria).

A paciente passou a realizar atividades lúdicas e a se alimentar melhor; sua mãe passou a interagir, auxiliando-a com maior frequência e estando presente durante a maior parte do tempo de sua hospitalização.

Portanto, a partir dos atendimentos psicológicos realizados, foi possível identificar as contingências ambientais e os estressores que contribuíram para a manifestação dos comportamentos desadaptativos e propor modificações visando a uma melhor adaptação aos períodos de internação e pós-internação.

Considerações sobre a enfermaria de Pediatria

É importante ressaltar que o trabalho em uma enfermaria de Pediatria deve priorizar a análise contextual (de contingências) que norteia a assistência psicológica. O processo (ou etapas) do período de desenvolvimento infantil, bem como a caracterização física, humana e normativa da instituição, são de fundamental importância para o planejamento e execução de qualquer atividade da Psicologia Hospitalar Infantil.

Do mesmo modo, este capítulo enfatizou a relevância do conhecimento de fatores de risco psicológicos (comportamentos desadaptativos) inerentes à hospitalização e ao processo de adoecimento, com o intuito de proporcionar estratégias preventivas no manejo desses riscos.

O trabalho interdisciplinar é necessário, pois a assistência psicológica deve contar com a interação entre o cuidador (que pode ser ou não um familiar), a família e a equipe de saúde envolvidos na interação da criança com seu processo de hospitalização e adoecimento. Da mesma maneira que o ser humano deve ser entendido em todas as suas dimensões (sociais, pessoais e biológicas), o hospital e suas especialidades devem trabalhar de modo que haja uma complementação de atuações, cada profissional com seu conhecimento específico, tendo como objetivo comum o bem-estar geral do paciente.

Proposta de atuação | Atendimento ambulatorial em hospital especializado

O segundo modelo de atuação ocorre em um hospital especializado na reabilitação de deformidades craniofaciais. Com características diferentes do hospital descrito na proposta anterior, outras demandas surgem ao serviço de Psicologia, exigindo diferentes objetivos e atuações.

O serviço de Psicologia da instituição atua em três frentes:

- Avaliação e intervenção psicológica aos pacientes de todas as idades
- Elaboração de pesquisas que objetivam a melhor compreensão da população atendida e de melhores intervenções psicológicas
- Ensino, conduzindo um programa de estágio anual para alunos de graduação em Psicologia.

De acordo com os objetivos deste capítulo, descreve-se a atuação na assistência de crianças/adolescentes e seus familiares.

Caracterização da população atendida

O hospital promove a reabilitação de pacientes com deformidades craniofaciais congênitas ou adquiridas, resultantes de traumas, tumores, queimaduras ou outras condições. Entre as diversas deformidades congênitas atendidas estão as craniossinostoses e as fissuras labiopalatinas.

As craniossinostoses são deformidades cranianas decorrentes da fusão prematura de uma ou mais suturas cranianas. Podem ser classificadas como não sindrômicas, quando não há outras anomalias envolvidas, ou sindrômicas, quando há outros comprometimentos presentes (Zanini, 2000). Entre as craniossinostoses sindrômicas atendidas pelo serviço estão a de Crouzon, Apert e Pfeiffer.

As fissuras labiopalatinas, por sua vez, resultam de variações no desenvolvimento durante o período embrionário e no período fetal. Essas variações levam a uma interrupção, total ou parcial, na continuidade dos tecidos do lábio e/ou palato. A conduta terapêutica inicia algumas vezes ainda no pré-natal, com o atendimento da família após o diagnóstico intrauterino, passando por cirurgias desde os primeiros meses de vida até o fim da adolescência.

Nos casos de fissura labiopalatina, por exemplo, o paciente se submete a quatro ou cinco procedimentos cirúrgicos ao longo da vida. Além dos procedimentos cirúrgicos, é necessária adesão contínua da família e do paciente ao tratamento dos distúrbios da fala, da oclusão dentária, das eventuais infecções do trato auditivo, e possíveis prejuízos emocionais e sociais (Peterson-Falzone *et al.*, 2001; Ferreira e Minami, 2002). Dessa maneira, a equipe responsável envolve o cirurgião plástico e profissionais como otorrinolaringologista, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e ortodontista.

Avaliação psicológica inicial

Ao serem admitidos no hospital, os pacientes são atendidos no ambulatório de Psicologia para uma avaliação inicial. Nessa avaliação, é realizada uma entrevista com o objetivo de coletar informações relevantes sobre a criança e a família, como:

história da gestação, nascimento e desenvolvimento; história médica; rotina; suporte familiar e social; compreensão do diagnóstico; estratégias de enfrentamento; problemas de ordem emocional (p. ex., sintomas de ansiedade, de depressão e baixa autoestima); expectativas em relação ao tratamento e fatores indicativos ou não de adesão (p. ex., compreensão da importância do tratamento, aceitação ou não da deformidade, distância entre a residência e o hospital, além de condições socioeconômicas). Como essa avaliação configura o primeiro contato da equipe de Psicologia com o paciente, esse momento tem por objetivos acolher o paciente e seus familiares, esclarecer dúvidas sobre o tratamento e o serviço, e auxiliar na definição do plano de tratamento a ser realizado pela equipe de Psicologia.

Avaliação e acompanhamento do desenvolvimento

Por conta do tratamento a longo prazo, é possível que a equipe acompanhe o desenvolvimento físico, cognitivo e social nas diferentes etapas da vida (desde os primeiros meses até a vida adulta). O conhecimento teórico sobre desenvolvimento infantil e sobre os prejuízos emocionais e sociais comuns às pessoas com deformidades craniofaciais, aliados a uma avaliação contínua do desenvolvimento dos pacientes, favorecerá que o profissional identifique os fatores de risco, como habilidades parentais deficitárias e dificuldades de aprendizagem, e fatores de proteção, como boas habilidades sociais e rede social estabelecida, auxiliando no desenvolvimento de capacidades importantes para um crescimento saudável.

As avaliações do desenvolvimento são realizadas periodicamente, a cada 6 meses nos primeiros 2 anos de vida e anualmente até o início da adolescência.

As avaliações compreendem os aspectos cognitivos, emocionais e de repertórios sociais. Além da anamnese, escalas de desenvolvimento e observações de comportamento, são utilizados alguns instrumentos padronizados, selecionados de acordo com a idade do paciente, por exemplo: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-IV; Rueda *et al.*, 2013), Bateria Psicológica para Avaliação da Atenção (BPA; Rueda, 2013), Escala de Maturidade Mental Colúmbia (CMMS; Alves e Duarte, 2001) e o Teste de Habilidades e Conhecimento Pré-alfabetização (THCP; Silva *et al.*, 2012). Apesar das malformações não determinarem problemas psicológicos específicos, favorecem contingências, como de superproteção dos pais, preconceitos em consequência da face atípica e faltas escolares frequentes decorrentes do tratamento, que podem influenciar no autoconceito, na insegurança, na dependência dos pais, além de outros impactos no âmbito emocional e social. Assim, são comumente identificados déficits de comportamentos de seguir regras, déficits de habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. Quando identificados, as crianças são encaminhadas para atendimentos psicológicos que objetivam o treino de habilidades sociais e atendimentos psicopedagógicos que as auxiliem na aprendizagem e adequação escolar.

Acompanhamento familiar

É primordial, tendo em vista sua influência tanto na adesão ao tratamento como no enfrentamento de sua condição pela criança. Além do acolhimento dos familiares diante do impacto vivido pela deformidade e hospitalização da criança, e dos esclarecimentos quanto ao diagnóstico e tratamento, são realizadas avaliações e acompanhamento da interação pais-filhos, com orientações de práticas educativas adequadas e de estratégias para o bom desenvolvimento emocional e social da criança.

Brincadeiras

Considerando a importância do brincar para o desenvolvimento infantil e a sua adaptação ao ambiente hospitalar, o serviço de Psicologia também coordena uma brinquedoteca, espaço onde as crianças aguardam as consultas do ambulatório interdisciplinar. Nesse espaço, a criança realiza atividades prazerosas sem as aversões presentes no ambiente hospitalar, favorecendo sua adaptação e adesão ao tratamento. A brinquedoteca também favorece que a criança socialize com outros pacientes, entre em contato com diferentes deformidades e amplie seu repertório comportamental. Além das intervenções possíveis de se realizar nesse momento, a brinquedoteca proporciona a observação dos comportamentos espontâneos da criança, possibilitando mais dados para a avaliação cognitiva, social e emocional.

Exames e cirurgias

A necessidade de diversos exames e cirurgias ao longo dos anos aumenta a importância de uma preparação psicológica adequada a esses procedimentos. É necessário prevenir que essas intervenções provoquem reações emocionais intensas e possíveis abandonos de tratamento. Entre os diversos procedimentos a que os pacientes do serviço podem precisar se expor desde muito cedo, estão o exame de audiometria, nasofibroscopia, tratamentos ortodônticos e cirurgias plásticas. Com o auxílio de materiais lúdicos e por meio de procedimentos como instruções verbais, dessensibilização sistemática, modelação e modelagem, objetiva-se a diminuição de possíveis reações emocionais negativas do paciente diante dos eventos, e que ele adquira/amplie seus repertórios de cooperação, autocontrole e cuidados pós-operatórios.

Além dessas ações no ambulatório, o serviço de Psicologia também está presente na internação do hospital. Os atendimentos oferecidos nesse espaço são de assistência psicológica pré, intra e pós-operatória, tanto para os pacientes quanto para os acompanhantes. As cirurgias no hospital são em sua maioria agendadas com antecedência e prioriza-se que pacientes e familiares tenham sido previamente avaliados e preparados psicologicamente para a internação no ambulatório. Assim, os principais objetivos no momento da internação são: avaliar e intervir sobre as reações emocionais diante dos procedimentos; oferecer suporte psicológico para o paciente e seu acompanhante; facilitar a interação entre paciente, família e equipe de saúde; valorizar repertórios de conhecimento sobre diagnóstico e tratamento; e valorizar as estratégias de enfrentamento frente a exigências estabelecidas pela rotina de internação.

Caso clínico

A atenção psicológica ao paciente com deformidade craniofacial em reabilitação pode ser exemplificada com o caso clínico a seguir (Exemplo 12.2).

Exemplo 12.2 Atendimento ambulatorial em hospital especializado.

Identificação

P., sexo masculino, 13 anos. Aos 9 anos de idade, foi encaminhado para o serviço de referência de reabilitação craniofacial.

Histórico de sintomas

Os familiares perceberam alguns sinais de deformidade em sua face ao longo do seu desenvolvimento, como:

- Exoftalmia (olhos saltados)
- Hiperteleorbitismo (maior distância entre os olhos)
- Diastema dos dentes incisivos superiores (espaço entre os dentes)
- Dificuldade em respirar.

Os sintomas começaram a ser perceptíveis a partir dos 4 anos, segundo o relato dos familiares.

Em um primeiro momento no hospital de referência, o paciente foi avaliado ambulatorialmente pela equipe médica de cirurgia plástica, que o diagnosticou como portador da síndrome de Crouzon. A partir do diagnóstico, a equipe médica recomendou acompanhamento ambulatorial semestral até haver indicação cirúrgica, dependendo do desenvolvimento físico e da manutenção ou evolução das queixas.

O paciente apresentava grande desejo de se submeter à cirurgia craniofacial, mas a indicação cirúrgica dependia de algumas variáveis que fugiam de seu controle, como recursos de materiais do sistema de saúde e de seu desenvolvimento ósseo, que afastavam a imediatividade da resolução de suas queixas. Ainda sobre a cirurgia craniofacial, a equipe médica explicou ao paciente e seus familiares as principais funções de reabilitação que a cirurgia poderia favorecer, como também sobre os riscos de morbidade e sequelas.

Há 1 ano em acompanhamento clínico na instituição, o paciente recebeu sua primeira indicação cirúrgica visando, nesse momento, à melhora de sua função respiratória (adenoidectomia e ressecção de cornetos nasais), mas ainda sem data prevista para a cirurgia craniofacial. Com isso, antes da cirurgia, foi realizada a primeira consulta psicológica com o paciente e sua responsável.

Primeira avaliação psicológica

No primeiro contato com a equipe de Psicologia, foi realizada a avaliação psicológica inicial, a nível ambulatorial, por meio de uma entrevista estruturada com protocolo do próprio serviço de Psicologia da instituição. Os dados coletados sinalizaram prejuízos emocionais para o paciente, decorrentes da sua experiência com a deformidade, e do repertório adaptativo para o enfrentamento do seu tratamento.

Repertório adaptativo:

- Compreensão do diagnóstico e tratamento, inclusive sobre a função de reabilitação
- Seguimento de regras

- Expectativa adequada sobre resultado do tratamento
- Suporte familiar
- Rede de amizades.

Prejuízos:

- Timidez
- Baixa autoestima
- Sentimentos negativos referentes à zombaria por sua deformidade
- Dificuldades no rendimento escolar.

Com o procedimento cirúrgico programado para uma data próxima, também no primeiro encontro, foi realizada a preparação para cirurgia, com o paciente e sua responsável, a fim de diminuir a probabilidade e/ou intensidade de reações emocionais indesejadas, como medo e ansiedade durante a experiência da hospitalização. Portanto, P. e sua mãe fizeram uma visita pelo hospital mediados pela equipe de Psicologia; além disso, puderam entrar em contato com os ambientes da enfermaria onde as internações são realizadas e conheceram profissionais da equipe de Enfermagem e a rotina da enfermaria.

Avaliações complementares e acompanhamento psicológico ambulatorial

Após a primeira cirurgia para melhora da função respiratória, o paciente continuou a ser acompanhado ambulatoriamente pela equipe de Psicologia, pois seu tratamento cirúrgico referente à síndrome de Crouzon ainda não fora finalizado, e alguns comprometimentos emocionais haviam sido percebidos em sua entrevista inicial com a equipe.

Novas avaliações clínicas foram realizadas e alguns problemas de comportamento internalizantes relacionados com humor depressivo, ansiedade e retraimento, já percebidos na primeira avaliação psicológica, mantiveram-se presentes. Incluiu-se o relato de um novo comportamento de evitação da escola, no qual a mãe relatou que ele faltava bastante às aulas por se recusar a ir à escola, justificando não gostar de estar naquele ambiente que continha estímulos aversivos (pares que zombavam de sua deformidade). Para complementar a compreensão do caso, avaliações de habilidades cognitivas também ocorreram por meio de instrumentos padronizados.

A aplicação da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC-IV; Rueda *et al.*, 2013) favoreceu a identificação das dificuldades do paciente, relacionadas, principalmente, com a habilidade de compreensão verbal.

Diante das informações coletadas, foi combinado com o paciente e seus responsáveis o acompanhamento quinzenal em nível ambulatorial no hospital especializado. A partir desse momento, foram realizados 54 atendimentos até a data de sua cirurgia craniofacial, em um período de 22 meses, com os seguintes objetivos e condutas junto ao paciente ou sua mãe:

- Junto ao paciente: promover o desenvolvimento de seu enfrentamento relacionado com o tratamento e o diagnóstico e oferecer suporte emocional
 - Estratégias utilizadas: atendimentos clínicos com foco na aquisição de repertório emocional para lidar com a espera da cirurgia craniofacial; preparações para cirurgia por meio de criação de lista de dúvidas para serem sanadas com a equipe médica; orientações específicas sobre o pós-operatório junto à equipe médica e contato com o material utilizado no pós-operatório (distrator facial), que altera, temporariamente, sua face; discriminação dos possíveis resultados da cirurgia orientando a uma expectativa coerente com o tratamento cirúrgico; organização da rotina familiar e pessoal para melhor adaptação à internação e ao pós-operatório; postura empática dos profissionais
- Junto ao paciente: promover o desenvolvimento de habilidades sociais que o auxiliassem na melhor convivência com os pares
 - Estratégias utilizadas: aumento do repertório adaptativo para resolução de problemáticas envolvendo sua

deformidade, principalmente no ambiente escolar; aumento do repertório de falar sobre seu tratamento com os colegas

- Junto ao paciente: promover o desenvolvimento das habilidades cognitivas para melhor adaptação ao ambiente escolar
 - Estratégias utilizadas: intervenções psicopedagógicas com ferramentas de apoio
- Junto à mãe: auxiliar no enfrentamento das situações estressoras referentes ao diagnóstico e ao tratamento do filho
 - Estratégias utilizadas: intervenções para aumento do repertório de organização familiar para lidar com as diversas demandas do tratamento; acolhimentos emocionais e preparação para a cirurgia, tendo sido realizada mediação para que ela organizasse suas dúvidas e as sanasse com a equipe médica; encaminhamento para a rede básica de referência para avaliação e acompanhamento psicológico devido às demandas psicológicas que transpassavam o contexto de tratamento do paciente.

Ao final desse processo terapêutico, o paciente foi submetido à cirurgia craniofacial eletiva. Nesse momento, novas demandas contextualizadas à hospitalização e à recuperação do paciente surgiram, principalmente para sua mãe.

Atendimentos na UTI e na enfermaria

A internação para a cirurgia eletiva ocorreu por 7 dias, tendo sido necessária uma nova intervenção cirúrgica não prevista nesse período em consequência de uma intercorrência no pós-operatório imediato. Essas circunstâncias levaram a reações emocionais da mãe, e os atendimentos psicológicos nas unidades de internação foram realizados com os seguintes objetivos:

- Junto à mãe: auxiliar na compreensão das orientações médicas sobre a evolução do quadro clínico do filho e oferecer suporte e acolher durante os momentos de maior expressão emocional
 - Estratégias utilizadas: escuta das demandas emocionais; auxílio para melhor expressão de suas dúvidas; discriminação de questionamentos a serem feitos para a equipe médica.

Ao fim de 7 dias, o paciente recebeu alta de sua internação e as queixas de sua mãe não ocorriam mais. O paciente continuou em acompanhamento ambulatorial com a equipe de cirurgia plástica durante o pós-operatório tendo seguido as recomendações dos profissionais e obtido o resultado cirúrgico esperado. O seguimento com a equipe médica tem previsão de término somente aos 18 anos de idade, apesar de não haver sugestão de nova intervenção cirúrgica.

Durante o período de aproximadamente 1 ano após a cirurgia, não houve mais procura dos atendimentos psicológicos, pois a família e o paciente não identificaram demandas a serem trabalhadas. Seu retorno ao ambulatório de Psicologia ocorreu sob uma nova perspectiva, com queixas diferentes de sua entrada no hospital.

Extinguiram-se demandas relacionadas à baixa autoestima, como também as queixas sobre a escola ser ambiente aversivo em razão das experiências de zombaria. Mantém-se, até o momento, queixa da mãe sobre a timidez do filho, na qual refere preocupação por ele não expressar muito seus sentimentos.

Acompanhamento ambulatorial pós-cirurgia craniofacial

Após acolher a nova demanda de sua mãe e realizar avaliação clínica junto ao paciente, foi possível identificar repertório ainda compatível com timidez, apesar de outras queixas iniciais não se manterem mais.

Percebeu-se que o paciente apresentava déficit no repertório de expressão emocional, coerente com sua história de vida, principalmente pela vivência de sua síndrome e tratamento. Assim, iniciou-se um novo acompanhamento psicológico com os seguintes objetivos:

- Junto ao paciente: identificar as situações sociais que lhe causam incômodo emocional
 - Estratégias utilizadas: levantamento de atividades reforçadoras para o paciente; levantamento dos seus padrões de resposta diante das situações aversivas; levantamento do seu repertório adaptativo diante

das mesmas situações

- Junto ao paciente: desenvolver repertório de assertividade e expressão emocional
 - Estratégias utilizadas: ensaios comportamentais para modelagem dos comportamentos compatíveis com assertividade; orientação de estratégias para expressão emocional; ambiente não punitivo para acolher e amparar sua expressão emocional.

Esse acompanhamento ocorre há 4 meses, tendo sido realizados cinco atendimentos nesse período. A distância entre o município de residência do paciente e o hospital dificulta uma frequência maior.

Até o momento, é possível perceber aumento do repertório de expressão emocional contingente ao ambiente terapêutico, no qual o paciente tem expandido os conteúdos de sua fala e inserido informações sobre contextos de relacionamentos interpessoais e dificuldades emocionais até então não sinalizadas para a equipe de Psicologia. Espera-se que o acompanhamento ocorra até haver remissão das queixas, ou seja, quando for verificada a aquisição de repertório assertivo e de expressão emocional.

Como serviço de referência para o tratamento de deformidades craniofaciais, há previsão de alta da instituição após seus 18 anos, se não houver mais queixas a serem trabalhadas no hospital. Caso surja alguma demanda a ser avaliada por qualquer especialidade após a alta, o paciente poderá retomar o acompanhamento com a equipe multiprofissional.

Considerações sobre o atendimento ambulatorial em hospital especializado

O caso apresentado teve o objetivo de demonstrar como a atuação do psicólogo no hospital especializado pode ocorrer de forma longitudinal, sob o controle de queixas agudas e crônicas relacionadas com o tratamento e a hospitalização. As intervenções, como demonstradas, podem ocorrer no âmbito ambulatorial ou no contexto da internação, a depender dos objetivos e das demandas dos pacientes e seus familiares.

É importante sinalizar que diversas habilidades são necessárias para o psicólogo, a fim de que sua atuação no hospital seja efetiva. Além das habilidades básicas de competência clínica e do comprometimento ético, é necessário desenvolver habilidades de compreensão sobre processos de saúde (doença, tratamento e intervenções de outras especialidades) e trabalho em equipe para boa adaptação à atuação multiprofissional, o que auxilia na programação dos objetivos terapêuticos e nas intervenções clínicas, para que sejam coerentes com o objetivo maior do paciente, que é a reabilitação craniofacial.

Referências bibliográficas

- Alves, I. C. B.; Duarte, J. L. M. Escala de maturidade mental Colúmbia: manual para aplicação e interpretação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Amaral, V. L. A. R. Novos desafios do psicólogo na área da saúde. In: Kerbauy, R. R. (Ed.). Comportamento e saúde: explorando alternativas. Santo André: Arbytes, 1999.
- Azevedo, A. V. S. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. Estudos de Psicologia, v. 28, n. 4, p. 565-72, 2011.
- Baptista, A. S. D.; Blay, S. L.; Baptista, M. N. Investigação sobre as necessidades psíquicas dos pais de recém-nascidos hospitalizados em UTI neonatal. Anais do XVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria e do World Psychiatric Association Regional Meeting, p. 19, 2000.
- Barrera, Q. F.; Sepúlveda, B. A. M.; Weber, U. C. *et al.* Participación materna en la atención del niño hospitalizado. Revista Chilena de Pediatría, v. 64, n. 3, 1993.
- Barros, L. Psicologia pediátrica: uma perspectiva desenvolvimentista. 2. ed. Lisboa: Climepsi, 2014.
- Bordin, I. A. S.; Corrêa, M. C. M. R. Ansiedade da criança hospitalizada: ausência ou dificuldade na relação equipe-paciente? Revista Paulista de Pediatría, v. 8, n. 29, p. 67-70, 1990.
- Boyle, C. A.; Decoufle, P.; Allsopp, Y. M. Prevalence and health impact of developmental disabilities in us children. Pediatrics, v. 93, n. 3, p. 399-403, 1994.
- Brazelton, T. B. Cuidando da família em crise. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Broering, C. V.; Crepaldi, M. A. Preparação Psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. Psicologia em Estudo, v. 16, n. 1, p. 15-23, 2011.
- Broering, C. V.; Crepaldi, M. A. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações.

- Paideia, v. 18, n. 39, p. 61-72, 2008.
- Burke, S. O.; Handley-Derry, M. H.; Costello, E. A. *et al.* Stress-point intervention for parents of repeatedly hospitalized children with chronic conditions. *Research in Nursing e Health*, v. 20, n. 6, p. 475-85, 1997.
- Caballo, V. E. Manual de técnicas de terapia de modificação do comportamento. São Paulo: Santos, 1996.
- Caetano, D. Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- Cameron, J. A.; Bond, M. J.; Pointer, S. C. Reducing the anxiety of children undergoing surgery: parental presence during anaesthetic induction. *J Paediatr Child Health*, v. 32, n. 1, p. 51-56, 1996.
- Campos, M. C.; Rodrigues, K. C. S.; Pinto, M. C. M. A avaliação do comportamento do pré-escolar recém-admitido na unidade de pediatria e o uso do brinquedo terapêutico. *Einstein*, v. 8, n. 1, p. 10-17, 2010.
- Chiattonne, H. B. C. Atendimento psicológico em enfermaria de pediatria. In: Camon, V. A. A. (Ed.). *Psicologia hospitalar: atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço, 1984.
- Compas, B. E.; Boyer, M. C. Coping and Attention: implications for child health and pediatric conditions. *Journal of Developmental e Behavioral Pediatrics*, v. 22, n. 5, p. 323-33, 2001.
- Crepaldi, M. A. Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e hospitalização de seus filhos. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999.
- Crepaldi, M. A.; Rabuske, M. M.; Gabarra, L. M. Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: Crepaldi, M. A.; Linhares, M. B. M.; Perosa, G. B. (Eds.). *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 13-56.
- Doca, F. N. P.; Costa Junior, A. L. Preparação psicológica nos serviços de psicologia pediátrica dos hospitais universitários públicos federais. *Estudos de Psicologia*, v. 28, n. 1, p. 79-87, 2011.
- Doca, F. N. P.; Costa Junior, A. L. Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paideia*, v. 17, n. 37, p. 167-79, 2007.
- Drummond, I.; Pinto, J. A.; Mesquita, J. D. *et al.* Os conhecimentos e percepções de crianças HIV positivas e de seus pais ou responsáveis sobre AIDS. *Health Education*, v. 13, n. 4, p. 827-35, 2008.
- Faria, F.; Stort, D.; Dias, R. R. *et al.* Atendimento psicológico à criança queimada internada no hospital geral. In: *Avanços Recentes em Psicologia Clínica e da Saúde. Anais do II Congresso Ibero-Americano de Psicologia Clínica e da Saúde*, p. 173, 2001.
- Ferreira, J. C. R.; Minami, E. Introdução ao estudo das fissuras labiopalatinas. In: Mélega, J. (Ed.). *Cirurgia plástica – fundamentos e arte*. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.
- Golveia, H. R. Ansiedade de mães de crianças hospitalizadas: uma proposta de atuação. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica, Campinas, 1994.
- Griffin, T.; Wishba, C.; Kavanaugh, K. Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized preterm infants. *Journal of Pediatric Nursing*, v. 13, n. 5, p. 290-95, 1998.
- Guimarães, S. S. Psicologia e pediatria. In: Kerbauy, R. R. (Ed.). *Comportamento e saúde: explorando alternativas*. Santo André: Arbytes, 1999.
- Hartmann, J. B.; Gazquez, A. H. Grupo de mães e/ou acompanhantes – estudo comparativo 1996-1998. *Aletheia*, v. 8, n. 2, p. 87-94, 1998.
- Huszt, H. C.; Walker, C. E. Critical issues in consultation and liaison. In: *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York: Plenum Press, 1996.
- Kazdin, A. E.; French, N. H.; Unis, A. S. *et al.* Assessment of childhood depression: correspondence of child and parent ratings. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, v. 22, n. 2, p. 157-64, 1983.
- Laloni, D. T. Práticas psicológicas em enfermaria de moléstias infecciosas. In: Zamignani, D. R. (Ed.). *Sobre comportamento e cognição. A aplicação da análise comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Arbytes, 1997.
- Lemos, I. P.; Ferreira, E. A. P. Comportamento de crianças, acompanhantes e auxiliares de enfermagem durante sessão de punção venosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 3, 433-43, 2010.
- Licamele, W. L.; Goldberg, R. L. Childhood reactions to illness and hospitalization. *American Family Physician*, v. 36, n. 3, p. 227-32, 1987.
- Lindquist, I. A criança no hospital: terapia pelo brinquedo. São Paulo: Scritta, 1993.
- Linhares, M. B. M. Estresse precoce no desenvolvimento: impactos na saúde e mecanismos de proteção. *Estudos de Psicologia*, v. 33, n. 4, p. 587-600, 2016.
- Löhr, S. S. Crianças portadoras de câncer. In: Silveiras, E. F. M. (Ed.). *Estudos de caso em psicologia clínica e comportamental*

- infantil. v. I. Campinas: Papirus, 2000.
- Matarazzo, J. D. Psychological assessment *versus* psychological testing. Validation from Binet to the school, clinic, and courtroom. *The American Psychologist*, v. 45, n. 9, p. 999-1.017, 1990.
- Mondardo, A. H. O papel do psicólogo no atendimento a crianças hospitalizadas. *Psico*, v. 28, n. 2, p. 35-46, 1997.
- Motta, A. B.; Enumo, S. R. F. Intervenção Psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 3, p. 445-54, 2010.
- Newcombe, N. Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- Nichols, K. A. Psychological care by nurses, paramedical and medical staff: essential developments for the general hospitals. *British Journal of Medical Psychology*, v. 58, n. 3, p. 231-40, 1985.
- Oliveira, F. P. S.; Ferreira, E. A. P. Adesão ao tratamento do hipotireoidismo congênito segundo relato de cuidadores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 1, p. 19-28, 2010.
- Oliveira, H. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. 3, p. 326-32, 1993.
- Oppenheimer, L.; Meijer, A. M. The excitation-adaptation model of pediatric chronic illness. *Family Process*, v. 34, n. 4, p. 441-54, 1995.
- Papalia, D. E.; Feldman, D. Desenvolvimento humano. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.
- Peterson-Falzone, S. J.; Hardin-Jones, M. A.; Karnell, M. P. Cleft palate speech. Saint Louis: Mosby, 2001.
- Piotrowski, C.; Lubin, B. Assessment practice of health psychologist: survey of APA division 38 clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice*, v. 21, n. 2, p. 99-106, 1990.
- Radovan, I. M. Desviaciones del desarrollo infantil en las enfermedades agudas y crónicas. *Acta Pediatr Mex.*, v. 10, n. 3, p. 101-06, 1989.
- Rappaport, C. R. Modelo piagetiano. In: Rappaport, C. R.; Fiori, W. R.; Davis, C. (Eds.). *Teorias do desenvolvimento*, v. 1. São Paulo: EPU, 1981.
- Rimm, D. C.; Masters, J. C. Técnicas e resultados experimentais. Rio de Janeiro: Manole, 1983.
- Romano, B. W. Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- Rozensky, R. H.; Sweet, J. J.; Tovian, S. M. Psychological assessment in pediatrics. In: *Psychological assessment in medical settings*. New York: Plenum Press, 1997.
- Rueda, F. J. M. BPA – Bateria psicológica para avaliação da atenção. São Paulo: Vetor, 2013.
- Rueda, F. J. M.; Noronha, A. P. P.; Sisto, F. F. *et al.* WISC IV – Escala Wechsler de Inteligência para Crianças. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.
- Sameroff, A. A unified theory of development: a dialectic integration of nature and nurture. *Child Development*, v. 81, n. 1, p. 6-22, 2010.
- Scott, D. Perceived needs of parents of critically ill children. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, v. 3, n. 1, p. 4-12, 1998.
- Silva, R. S.; Flores-Mendoza, C. E.; Santos, M. T. Teste de habilidades e conhecimento pré-alfabetização. São Paulo: Vetor, 2012.
- Skinner, B. F. Seleção por consequências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, v. 9, n. 1, p. 129-37, 2007.
- Soares, E. C.; Barbosa, T. N. N.; Albaladejo, A. R. *et al.* Repercussões comportamentais da internação hospitalar infantil observadas a partir do relato das mães. *Revista Paulista de Pediatria*, p. 41, 2001.
- Souza, B. L.; Mitre, R. M. D. A. O brincar na hospitalização de crianças com paralisia cerebral. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 25, n. 2, p. 195-201, 2009.
- Tamashiro, L.; Oliveira, M. M. B.; Ogasawara, L. T. Expectativas da equipe de enfermagem frente às mães de crianças internadas. *Experiências nos Hospitais*, v. 15, n. 1, p. 48-51, 1996.
- Tetelbom, M.; Falceto, O. G.; Gazal, C. H. *et al.* A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial. *Jornal de Pediatria*, v. 69, n. 1, p. 5-11, 1993.
- Zanini, S. A. Cirurgia craniofacial: malformações. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.
- Zannon, C. M. L. C. A importância da hospitalização conjunta: da prescrição ao ponto de vista da família. *Pediatria Moderna*, v. 30, n. 7, p. 1.126-36, 1994.
- Zimmer-Gembeck, M. J.; Skinner, E. A. The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. In: Cicchetti, D. (Ed.). *Developmental psychopathology*, v. 4. Risk, resilience, and intervention. 3. ed. John Wiley & Sons, 2016. p. 485-545.

Sistema Familiar de Crianças com Transtorno do Espectro Autista

Fabício Robson Lahr • Fátima Iara Abad Sanchez

Introdução

De todos os bens do ser humano, poucos lhes pertencem de modo tão íntimo e especial como sua família. Esse bem, por si só, justificaria a realização de um estudo sobre ela. Contudo, aparentemente, a curiosidade natural pelas funções e relações da família pode estender-se à história das atitudes, das expressões emocionais e concepções que já sofrem influências de fatores culturais, assim como das diferenças existentes dentro da própria família.

O estudo dessas interações contribui para que os valores existentes nas famílias nunca sejam esquecidos, pois, diante do enfrentamento para as soluções de problemas, pode-se encontrar famílias dotadas de expectativas para mudança.

Este capítulo descreve os determinantes psicológicos de famílias com crianças com transtorno do espectro autista (TEA). Entende-se por determinantes psicológicos os padrões comportamentais que as famílias estruturam e organizam na relação social e no desenvolvimento dessas crianças. Esses padrões comportamentais, conforme descritos por Minuchin (1982), são de envolvimento, responsabilidade familiar, rigidez e superproteção, em que a comunicação familiar está focada na pessoa com o transtorno.

O contexto familiar abordado neste capítulo está de acordo com os pressupostos do pensamento sistêmico, segundo o qual o comportamento de um indivíduo do sistema afetará todas as partes, e vice-versa. O modelo teórico que descreve essas interações concebe o sistema de modo multidimensional, compreendendo a interação biológica, psicológica e o processo social (Minuchin *et al.*, 1975).

Verifica-se que as famílias com elevada expressão emocional (estilo afetivo, comunicação desviante, criticidade e hostilidade), exacerbam a doença de crianças biocomportamentalmente reativas, enquanto a moderação desse fator, segundo o modelo proposto por Wood (1993), configura uma família de adaptação. Os trabalhos desse autor demonstram que as crianças respondem aos padrões de interação e comunicação da família, aumentando a probabilidade de vulnerabilidade à doença.

Ao longo da atuação profissional dos autores deste capítulo no Instituto SER, em uma equipe transdisciplinar que atende crianças e adolescentes com TEA, observou-se que a dinâmica familiar que se estabelece com a criança cronicamente doente tem algumas características.

Essas características, descritas por Sanchez (2004), podem ser identificadas como: comportamentos de total controle, ausência de controle, conflitos na imposição de rotina e limites, e constantes expectativas familiares em relação a grandes melhoras nos quadros das crianças, podendo contribuir, assim, para o estabelecimento de padrões rígidos que reforçam a patologia. Cercadas pelo estigma da doença, as crianças, bem como toda a família, geralmente parecem perder a liberdade de escolha e a individualidade, recebendo poucos estímulos, o que colabora sobremaneira para o desequilíbrio emocional, além de terem poucas condições para aquisição de conhecimentos e restrição nas interações sociais.

Diante dessa dinâmica familiar, pode ocorrer uma predisposição a um sofrimento contínuo no qual se desenvolve a rigidez no padrão comportamental de interação familiar, e as relações sociais ficam voltadas para um ou outro membro da família (Meijer e Oppenheimer, 1995).

Transtorno do espectro autista

As considerações, a seguir, passam a definir as crianças com TEA no que se refere aos comportamentos que governam e estabelecem os padrões familiares. O autismo apresenta características de acordo com seu processo histórico de diagnóstico e avaliação.

Somente na década de 1940, Kanner (1943) descreveu, sob o nome de “distúrbios autísticos do contato afetivo”, um quadro que caracterizou como “autismo externo, obsessividade, estereotípias e ecolalia”, relacionando-o com fenômenos da linha esquizofrênica e diferenciando-o de outros quadros, como a afasia sensorial ou a demência de Heller (Heller, 1930).

Assim como Kanner, Asperger (1943) observou nos casos avaliados algumas correlações familiares importantes, especialmente com as mães. Surgiram trabalhos psicodinâmicos, que adaptaram a técnica psicanalítica para tratar desses casos e os diagnosticaram como desenvolvimento de personalidade atípica (Baron-Cohen *et al.*, 1985). Mahler (1983), ao lidar com esse tipo de sintoma, criou o termo psicose simbiótica, descrevendo uma relação dinâmica específica entre as crianças e as mães de autistas.

Influenciado pela Psicanálise e pela Psicologia associacionista, Bleuler (1985) dá ao termo autismo o conceito de afastamento da realidade com predominância de vida interior. Entretanto, Parnas e Bovet (1991) não consideram que a predominância da vida interior seja componente necessário no autismo, introduzindo o conceito de autismo pobre, vendo-o mais como um “defeito” do que um “mecanismo de defesa”.

A “síndrome”, conforme citada por Kanner (1968), é aceita como um padrão psicopatológico, com diagnóstico bem estabelecido. Nesse momento, as considerações instituídas são que o autismo é uma síndrome passível de ser observada com o aparecimento de dificuldades nos primeiros 2 anos de vida da criança, e que sua natureza poderia ser uma manifestação precoce da esquizofrenia infantil. Ainda nessa época, Kanner (1968) cita que existem diversas lacunas em relação às evidências neurológicas, metabólicas ou cromossômicas e frisa a importância de um diagnóstico diferencial com deficientes mentais e afásicos.

Em 1967, com base nos conceitos da escola inglesa, os critérios diagnósticos são organizados levando-se em conta as características de dificuldades de relacionamento, sério retardo intelectual, dificuldades de fala, reações anormais aos estímulos sensoriais e resistência a mudanças. Já em 1969, acrescentou-se a esses critérios a ausência de medo, uso de gestos para solicitações, riso sem motivo, pouco contato afetivo, hiperatividade, interesses incomuns a objetos e jogos e movimentos repetitivos (Schwartzman e Assumpção Jr., 1995).

Em 1976, surge a discussão do autismo como problema de desenvolvimento, referindo-se às crianças autistas como possuidoras de déficits cognitivos, postulando uma espécie de *continuum* que se estenderia das formas infantis às encontradas no adulto, segundo Ritvo e Ornitz (1976), e que seria decorrente de uma patologia específica do sistema nervoso central (SNC).

Seguindo sua história, o autismo foi também considerado uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas e definido como uma inadequação no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave por toda a vida, apresentando-se como uma tríade clássica de déficit social, de comunicação e de atividade imaginativa (Gilberg, 1990).

Na visão atual, os transtornos globais do desenvolvimento, que incluíam o autismo, o transtorno desintegrativo da infância e as síndromes de Asperger e Rett, foram absorvidos por um único diagnóstico, o TEA, sendo considerada a mesma condição com gradações em somente dois grupos de sintomas: déficit na comunicação e interação social (APA, 2013).

Em 2014, de acordo com informações do Center for Disease Control and Prevention (CDC), os registros de casos de autismo subiram para 1 em cada 68 crianças com 8 anos de idade, sendo 4 vezes mais frequente em indivíduos do sexo masculino. Esses dados equivalem a 1,47% da população mundial, uma vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera os estudos divulgados pelos EUA como referência para os demais países. Esses números indicam um aumento próximo de 30%, se comparados com dados do mesmo órgão divulgados em 2008, em que havia o registro de 1 caso para cada 88 crianças, e de quase 60% para os dados referentes aos estudos publicados em 2006, que apontavam 1 caso em cada 110 crianças (Christensen *et al.*, 2012).

Posar e Visconti (2017) revelam que o aumento progressivo dos casos de autismo se deve a maior abrangência dos instrumentos diagnósticos utilizados atualmente, que possibilitam a identificação de casos de TEA mais precocemente, além de englobar indivíduos que antes não eram diagnosticados adequadamente. Incluem nesse aumento os aspectos relacionados a fatores genéticos e ambientais.

Paula *et al.* (2011) buscaram apresentar resultados preliminares sobre a prevalência do autismo na América do Sul, mais especificamente em cidades do sudeste do Brasil. O estudo aponta para a prevalência do autismo no país como de apenas 0,3%

da população, ou seja, afeta uma em cada 370 crianças, o que resulta em aproximadamente 40 mil crianças e adolescentes com autismo somente no estado de São Paulo. No entanto, a grande diferença encontrada no número de casos no Brasil, em relação aos números divulgados pelo CDC, pode ter como causas questões metodológicas, de registros deficientes e de consciência sobre o TEA, tanto de profissionais como da população em geral.

Como prognóstico, as manifestações de autismo são, em quase todos os casos, acometidas por variações, de acordo com a gravidade das deficiências. Algumas crianças desenvolvem a fala de modo surpreendente antes dos 3 ou 7 anos e/ou podem até ler antes de falar. A puberdade pode causar mudanças em uma ou outra direção, e as funções cognitivas e as habilidades sociais podem decair ou melhorar de modo independente. Frequentemente, há uma exacerbação do comportamento agressivo, que pode permanecer por muitos anos (Gauderer, 1997).

Atualmente, são muitos os recursos terapêuticos utilizados no tratamento de pessoas com TEA. Quanto mais precocemente aplicados a essas pessoas e famílias, melhor o desempenho no desenvolvimento de habilidades e adaptabilidade social.

Abordagens terapêuticas no tratamento do transtorno do espectro autista

O tratamento de pessoas com TEA requer a atenção de uma equipe com profissionais de várias especialidades: médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, educadores físicos, pedagogos, entre outras áreas que possam contribuir no estímulo de habilidades específicas. Atualmente, existem diversas abordagens terapêuticas utilizadas no tratamento do TEA e que trabalham com objetivos como o desenvolvimento da linguagem, organização de rotinas, modificação de comportamentos e construção de vínculos. Muito se fala sobre uma maior eficiência do uso de abordagens terapêuticas que partem dos princípios da linha comportamental, particularmente a análise do comportamento aplicada (ABA), quando utilizadas com pessoas com autismo. Contudo, apesar de existirem vários estudos que demonstram os bons resultados dessas intervenções, até o momento, os dados mais completos que investigam o material produzido sobre o tema apontam para a falta de evidências que comprovem a preponderância de uma linha sobre as demais alternativas disponíveis (Fernandes *et al.*, 2013).

A seguir, descreve-se algumas das abordagens mais comumente utilizadas.

Análise do comportamento aplicada

A análise do comportamento aplicada (ABA, do inglês *Applied Behavior Analysis*) é uma abordagem da Psicologia muito utilizada em pessoas com TEA que busca compreender o comportamento, isto é, observar, analisar e explicar as associações entre o ambiente, o comportamento e a aprendizagem dos indivíduos (Ribeiro, 2010).

A utilização de suas técnicas se concentra em analisar funcionalmente o comportamento do indivíduo e suas habilidades a fim de eliminar os comportamentos considerados socialmente indesejáveis e aumentar a frequência dos desejáveis, levando-se em consideração que, para essa teoria, o comportamento se estabelece com base nas consequências e nos reforçadores oferecidos. Esses determinantes se tornam o ponto central para o preparo da intervenção, que tem por objetivo modificar o comportamento. Uma das características da ABA é a análise dos dados coletados, que ocorre antes, durante e depois da intervenção, no intuito de analisar o progresso individual (Camargo e Rispoli, 2013).

Segundo Ribeiro (2010), entre os objetivos da intervenção da ABA, pode-se identificar o trabalho focado nos déficits comportamentais da criança, identificando dificuldades e inabilidades que prejudicam aprendizagens importantes para sua vida.

Modelo TEACCH

Em 1964, no departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Carolina do Norte, nos EUA, o programa TEACCH (do inglês *Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children*) foi criado por Eric Schopler como uma nova forma de intervenção para crianças com autismo, que contrapunha as propostas mais utilizadas até então. Os limites de seus modelos começaram a aparecer com base em pesquisas que descobriram evidências contrárias ao que se acreditava como causas do transtorno. Os novos estudos mostraram que o autismo poderia ser causado por múltiplos fatores biológicos, apresentando uma disfunção biológica de etiologia desconhecida e provocando mudanças na compreensão do autismo (Giardinetto, 2005).

O Programa TEACCH tem como foco o desenvolvimento das capacidades de organização, comunicação e partilha social, centrando-se, principalmente, em áreas como processamento visual, memorização de rotinas e interesses pessoais, buscando adaptar-se aos variados níveis de funcionamento de acordo com as necessidades individuais (Fernandes, 2010). Ainda que haja resultados positivos, deve haver uma constante estimulação nas crianças com autismo por meio de seus pais e dos profissionais envolvidos. Com a participação ativa dos pais no tratamento de seus filhos, torna-se possível o estabelecimento de metas e prioridades com base em suas necessidades educacionais, sendo estas também relacionadas com as características de cada

indivíduo para sua adaptação à comunidade e à família.

Entre os objetivos e as técnicas educacionais do TEACCH, pode-se destacar a definição de habilidades e interesses que visam a promoção da adaptação de cada indivíduo; avaliação contínua e cuidadosa; compreensão dos significados e colaboração mútua entre os profissionais e os pais, com o objetivo de mostrar para o indivíduo que o ambiente apresenta elementos com significados distintos, evidenciando relações de causa e efeito; treino de habilidades de comunicação e desenvolvimento de habilidades que servirão para a autonomia na vida adulta; o conhecimento das teorias e dos procedimentos necessários para o desenvolvimento do método; além do oferecimento de serviços baseados em resultados de pesquisas científicas e de uma equipe multiprofissional em constante capacitação (Kwee *et al.*, 2009).

Currículo Funcional Natural

O Currículo Funcional Natural (CFN) começou a ser desenvolvido na década de 1970, com base nos trabalhos de um grupo de pesquisadores da Universidade do Kansas, que propôs um currículo para ser utilizado com crianças com desenvolvimento típico na faixa etária de 4 a 5 anos. A proposta desse material era desenvolver habilidades que instruísem as crianças em idade pré-escolar a agirem corretamente e de maneira criativa em seus ambientes, trabalhando as chamadas “atividades de vida diária” e “atividades de vida prática”, promovendo maior independência e autonomia de seus hábitos. Essas atividades incluiriam não somente os asseios corporais e cuidados domésticos, mas também as atividades relacionadas com o lazer e a vida comunitária, tornando-as mais independentes e aumentando as respostas adaptativas, ao mesmo tempo em que agiria diminuindo os comportamentos que atrapalhariam sua integração (Suplino, 2005).

Após alguns anos, juntamente com profissionais do Centro Ann Sullivan do Peru (CASP) e com o Shiefelbusch Institute for Research in Life Span Studies, da Universidade do Kansas, Judith Leblanc iniciou um programa de educação intensiva para inserir os elementos essenciais do currículo funcional com crianças e adultos com retardamento mental grave, autismo e problemas de conduta (Giardinetto, 2005).

O CFN visa a desenvolver habilidades essenciais ao funcionamento efetivo das pessoas em seu ambiente a partir de procedimentos de ensino em que o tratamento da pessoa especial deve ser igual ao tratamento dado às demais. A aprendizagem deve ocorrer em ambientes naturais, tornando o processo uma experiência divertida e motivadora. O ensino deve ser direcionado a habilidades realmente funcionais, que integrem a pessoa à vida. Devem ser empregados procedimentos de ensino que já tenham mostrado bons resultados. Deve-se ter a família como parceira nos trabalhos desenvolvidos com os indivíduos. Também destaca como seus objetivos educacionais a funcionalidade imediata, a flexibilidade e a adaptabilidade às habilidades individuais dos estudantes, em que as metas devem estar alinhadas com os pontos fortes dos alunos, com procedimentos que considerem a necessidade de cada estudante e de sua família, constituindo um programa educacional individualizado (Giardinetto, 2005).

Sistema de Intercâmbio de Figuras

Em 1994, Lori Frost e Andrew Bondy desenvolveram o Sistema de Intercâmbio de Figuras (PECS, do inglês *Picture Exchange Communication System*), cujo objetivo era tornar mais simples para pessoas com autismo a aquisição e o desenvolvimento de habilidades funcionais de comunicação. O sistema consiste em fases de treinamento envolvendo etapas bem estabelecidas (como o intercâmbio físico, o desenvolvimento da espontaneidade, a discriminação de fotografias, a estruturação da ação), fazendo o indivíduo procurar responder a questão “O que você quer?” para, finalmente, comentar espontaneamente em uma conversação (Leite, 2005).

Para sua utilização, o PECS se embasa em técnicas desenvolvidas na ABA, como reforçamento positivo, modelagem e extinção. Ainda segundo Leite (2005), o desenvolvimento envolve treinamento sistemático de mandos, que são as solicitações de atenção, objetos ou atividades que a criança deseja ou precisa realizar. Basicamente, o indivíduo aprende a entregar figuras para uma pessoa típica que, como resposta, lhe fornece o objeto ou realiza a ação representada nos cartões. A princípio, a utilização do PECS como técnica comportamental exige a identificação de reforçadores para motivar os indivíduos a se comunicarem, pois os comportamentos dependem das consequências.

Não existem pré-requisitos para a utilização do PECS, porém, é necessário que a pessoa tenha capacidade motora, a fim de conseguir realizar a ação de pegar a figura e entregá-la à outra pessoa, realizando, assim, o ato comunicativo. Esse método tem por intuito auxiliar o indivíduo a iniciar uma comunicação e realizar um pedido utilizando-se de símbolos. Todavia, para que haja resultados positivos, os símbolos precisam ser similares com seus referenciais, tornando-os facilmente reconhecidos e livres de dúvidas (Gonçalves, 2011).

Clínica psicomotriz

Nessa abordagem, Ajuriaguerra (1984) afirma que o saber acerca do corpo foi originalmente articulado no discurso orgânico. Nesse discurso médico, o corpo era visto unicamente como uma maturação do desenvolvimento neurológico. A Neurologia se encarregava do desenvolvimento neuromotor, centradas na aplicação de técnicas e procedimentos, como a reorganização neurológica, preocupados com a resolução sintomática dos transtornos psicomotores.

Levin (1995) relata que muitos autores contribuíram na quebra desse discurso orgânico, relacionando o movimento com o afetivo, o emocional e o ambiental e, nesse novo campo conceitual, as terapias vêm enfatizando a expressividade, o vínculo e o fazer corporal. Nessa visão, além do orgânico, biológico e expressivo, o corpo passa a ser olhado, tocado, falado e marcado por outro corpo relacional inscrito na linguagem. Assim, para que uma vivência corporal seja constituída, terá que passar pela relação com o outro e reconhecer-se.

O outro – pais, educadores e profissionais – é quem organiza na criança sua imagem corporal. Desse modo, a criança é um sujeito em seu fazer corporal, em sua palavra ou em seu silêncio. Tem sempre algo em particular para dizer que precisa ser olhado, escutado, a partir de uma posição simbólica. A Psicanálise, como representante dessa prática, abre a possibilidade de diferenciar o corpo no real, no simbólico e no imaginário, e a estrutura desse corpo, tomada pela linguagem, é o que constitui o homem (Jerusalinsky, 1989).

A passagem desse tipo de terapia para a clínica psicomotora nos tempos contemporâneos implica o entendimento e a compreensão de todos os gestos, movimentos e afazeres corporais de uma criança e na atribuição de seus significantes. Nesse processo, o saber se constrói fazendo próprio o conhecimento do outro, no jogo relacional (Fernández, 2001).

A clínica psicomotriz procura compreender os sujeitos com TEA em seu corpo e em sua motricidade, e não somente relacionados a hábitos, memória, padrões de conduta, sensibilidade, percepção, mas também, e principalmente, no lugar da linguagem, do significante, nesse espaço simbólico, constituinte do sujeito e, com ele, seu corpo e seu movimento. Segue os princípios de que a criança deve ser respeitada e trabalhada em seus interesses, sintomas, sua história individual, suas emoções, cognição, fantasias e capacidade de expressão. Os sintomas são entendidos como agitações motoras, estereotípias, mal-estar, fragmentos de frases, palavras, que devem ser entendidos e controlados o suficiente para possibilitar que o comportamento social e a aprendizagem se desenvolvam (Levin, 2005).

Todas essas abordagens são muitas vezes indicadas de acordo com o perfil e o estilo familiar de acompanhamento, além da aplicabilidade para a continuidade em ambiente familiar. Contribuem para amenizar os sintomas do TEA e para a organização do padrão de funcionamento que essas famílias assumem, como descrito a seguir.

Sistema familiar

Considerando o sistema familiar dentro de um pensamento relacionado com totalidade, organização e padronização, os eventos são vistos em um contexto geral, com suas conexões e relações, mais do que nas características pessoais, em que cada parte só pode ser entendida no todo do sistema familiar. Portanto, uma mudança no padrão comportamental deverá afetar todas as outras partes (Minuchin, 1974).

As famílias seguem ciclos comportamentais, governados por um sistema de defesa e de crenças composto de uma combinação de atitudes, suposições básicas, expectativas, preconceitos e convicções. Essas crenças e defesas individuais se interligam para formar as premissas diretrizes da família, fechando-se em um segredo mútuo, e as defesas se estabelecem como padrões de educação. No impacto do conhecimento da problemática do filho, a negação, como mecanismo de defesa, passa a ser mantida pelo grande sentimento de sofrimento, estruturante das relações familiares. Geralmente, os pais se unem à “doença” do filho e têm como expressão emocional as atitudes de superproteção, autocritica e autopiedade que governam o sistema, denotando uma tendência para um padrão comportamental rígido nas crenças e nas regras familiares estabelecidas (Araújo, 1994).

A convivência familiar continuada perpetua rituais e metas que expressam sentimentos autocráticos, criticismo e hostilidade. Esses padrões se caracterizam, ao longo do tempo, como comportamentos constantes e repetitivos que funcionam para equilibrar a família, possibilitando que ela evolua de um estágio de desenvolvimento para o outro. Todo comportamento, incluindo o sintoma, estabelece e mantém esses padrões (Andolfi *et al.*, 1989).

As reações dessas famílias às pressões externas diferem muito, embora sejam vistas como padrões consistentes. Esses padrões são definidos como universais e são de confusão, regressão, reorganização e crescimento (Brazelton, 1991). O aspecto negativo de terem passado por um problema leva essas famílias, na tentativa de acertos e erros, a se fortalecer e estabelecer padrões, mesmo que rígidos, acrescidos de positividade para se adaptarem ao convívio social (Sluzki, 1997).

Para Maturana e Varela (1995), o contexto se reorganiza cada vez que a família e o sistema, junto com o meio, coevoluem.

Esse é o enfoque da positividade estabelecida nesses sistemas. Para explicar esses fenômenos, a literatura da teoria sistêmica de família fundamenta seus trabalhos na cibernética, utilizando como conceitos-chave a informação e a organização.

Vários autores, segundo Watzlawick *et al.* (1993), acreditavam que a teoria sistêmica se ocupava basicamente da circularidade no estudo dos mecanismos de causa circular, retroalimentação e autorreferência em sistemas artificiais, biológicos ou sociais. Na visão desses fundadores, a mente era um tipo de organização, um mecanismo não restrito ao crânio-cérebro, mais relacional, localizado na interação entre elementos e não nos elementos em si, com o mesmo olhar inter-relacional sobre o comportamento humano. Desse modo, a construção mental ocorre como uma espécie de estrutura que conecta uma metáfora que nos possibilita determinar melhor o nascimento de uma nova concepção de homem e de um novo paradigma, acreditando ser a organização do sistema o padrão de comunicação.

Ainda para esses autores, a família é a relação do indivíduo com o meio, e a comunicação é o veículo para que essas relações aconteçam. Todo comportamento é comunicação e toda comunicação é comportamento. Toda comunicação altera o comportamento, e é essa informação que vai resultar em uma circularidade. A regulação é dada pela totalidade das interações do sistema, como funcionamento coerente com essas interações. Caracteriza-se como emergente, podendo restringir e possibilitar as interações, entendendo-se, portanto, que:

- A análise de cada elemento não possibilita captar as características do todo
- Só se pode compreender o sentido do comportamento de um elemento se o situarmos em seu contexto
- Se nos situarmos em termos de um único elemento, pode parecer que o comportamento é uma reação a uma causa determinada
- Se nos situarmos em outra perspectiva mais ampla, o comportamento de um elemento pode ser causa para o elemento que o segue, que, por sua vez, também é causa para o anterior (causalidade circular).

A abordagem sistêmica, ao considerar a família como unidade terapêutica, abre a possibilidade de utilizar, de modo mais eficaz, os recursos do próprio grupo familiar em momentos de dificuldade. A unidade é vista como um sistema, e os conceitos-chave do pensamento sistêmico referem-se à totalidade, organização e padronização (Papp, 1992). A totalidade significa que as partes estão inter-relacionadas e não simplesmente reunidas, estando ligadas, e a mudança em qualquer uma delas afetará as outras. À medida que as partes se relacionam, criam-se, ao longo do tempo, padrões constantes e repetitivos que funcionam para equilibrar o sistema familiar, mantendo-o homeostático, tornando possível, com isso, que ele evolua de um estágio de desenvolvimento para outro.

A concepção sistêmica contribui com a noção de circularidade entre os elementos do sistema familiar. Segundo Seixas (1992), isso torna cada um responsável pela dinâmica familiar e pela sua manutenção. Entretanto, é importante notar que a família, mesmo mantendo um padrão, pode se modificar. Cerveny (1994) afirma que a família pode mudar padrões do passado e encontrar novas formas no presente. No entanto, a continuidade entre as gerações é assegurada por meio de rotina, regras e rituais que preservam o grupo.

Ao funcionar como um sistema, a família supõe um movimento constante. Quando este cessa, começa a haver um padrão rígido, com papéis e expectativas predeterminados, e a situação torna-se patológica. Andolfi *et al.* (1989) observaram que, nesse caso, as reações se tornam estereis, não possibilitando o desenvolvimento e a diferenciação de cada membro.

Browns (1995) afirma que o nascimento de uma criança com doença grave representa, para os pais, uma ruptura das expectativas construídas em torno do filho “normal”, tornando-se insustentável. Geralmente, as mínimas expectativas dos pais não podem ser satisfeitas. A autora afirma ainda que os pais passam por um período de luto após um diagnóstico desse tipo. Essa reação é explicada pelo processo de projeção dos pais para os filhos, já que os filhos geralmente são vistos como uma continuação de seus pais, e a constatação de “imperfeições” ou limitações representa a perda de sonhos e esperanças. Entretanto, o luto é difícil de elaborar nesse momento, pois os pais veem-se na contingência de tomar decisões para as quais não estão preparados, como aquelas referentes a tratamentos e cirurgias; além disso, têm que se relacionar ativamente com a criança, já que são seus cuidadores obrigatórios. É o início de um longo caminho de incertezas. Essas famílias experimentam o estresse normativo – do nascimento de um filho – e o situacional – da doença crônica.

Ainda para Browns (1995), é importante salientar que, quando uma família se depara com as dificuldades de desenvolvimento do filho com deficiência, passa por um período de adaptação em que são estabelecidos os papéis que cada um deverá desempenhar diante dessa nova realidade. Esses papéis podem ser modificados constantemente à medida que os membros crescem e se desenvolvem. Esse processo de adaptação, muitas vezes, exige da família renúncia e entrega, as quais devem ser negociadas em cada fase de seu ciclo evolutivo. Nessas fases, a família precisa elaborar suas perdas tendo em vista seu crescimento, utilizando capacidade que tem de dialogar, mudar atitudes e modificar seus papéis, dentro da estrutura familiar.

Em uma família com um membro especial, os problemas relacionais são comuns aos das demais de um modo geral. O que as distingue das outras é que, na maioria das vezes, o “diferente” (o filho com TEA) é o eleito pela família para ser o “porta-voz” de seus problemas, ou seja, ele desenvolve, no processo familiar, o sintoma. O sintoma não pode ser visto como uma aberração na história familiar, mas como sua história e estilo interativo. É em torno dele que se ocultam todos os problemas da família, pois ele é a pessoa a ser tratada. De fato, ele funciona como esteio das relações familiares e, em virtude das suas dificuldades, os outros conflitos são relegados em nome dos cuidados e atenção que se requer (Pakman, 1991).

Araújo (1994) descreve como uma família, na qual um de seus membros tem deficiência, está sujeita a desequilíbrios, incluindo pela falta de preparo, atitudes de superproteção, segregação, piedade, rejeição e simulação. Essas atitudes, no núcleo familiar, tornam essas crianças mais suscetíveis à doença e impedem seu desenvolvimento nos campos social, emocional e sexual.

Estudos com famílias mostram como são lineares e abertos esses modelos de sistemas de doença psicossomática de crianças (Minuchin *et al.*, 1975), contextualizando que um modelo sistêmico familiar está presente em três condições:

- Quando certo tipo de organização familiar encoraja a somatização, vista como características transacionais da família:
 - Conflito: o conflito patológico do sistema familiar é caracterizado por certo grau de responsabilidade e envolvimento, que pode ser visto na interdependência nos relacionamentos, intrusão da pessoa limitada, dificultando a percepção de si e dos outros membros da família, além de um subsistema familiar debilitado, em que a comunicação familiar é focalizada na pessoa limitada
 - Superproteção: na família com crianças com deficiência, alguns membros mostram elevado grau de preocupação ou cuidado com a saúde e bem-estar de todos os outros. Esse cuidado não é limitado para a pessoa identificada ou para a área da doença. A proteção constante impede os membros da família de manterem uma interação satisfatória. Nessas famílias, a superproteção dos pais retarda o desenvolvimento da autonomia das crianças, reforçando a doença e a dependência
 - Rigidez: a família de crianças doentes insiste em métodos de interação a que já estão acostumados e opera dentro de um sistema fechado, mantendo um esquema patológico previamente equilibrado. Como resultado desse inadequado mecanismo homeostático, a família inicia um estado crônico de estresse
 - Ausência de solução de conflito: a rigidez, o conflito e a superproteção no sistema familiar levam a família a não resolver o conflito e acaba, nesse contexto, usando a doença como padrão de comunicação
- Envolvimento da criança no conflito dos pais: mesmo que os pais tenham problemas entre eles, como dificuldade sexual ou financeira, a problemática relacionada com a criança acaba por invadir esses campos que não têm, necessariamente, uma relação direta com o transtorno global de desenvolvimento da criança
- Vulnerabilidade psicológica: implica a presença de uma disfunção orgânica específica:
 - Primária: quando a desordem fisiológica já está anteriormente presente
 - Secundária: quando a criança identificada como problema apresenta o conflito emocional das relações familiares juntamente com os sintomas que caracterizam seu quadro clínico. Esses sintomas podem favorecer crises mais graves e predispor à doença.

A predisposição para doença ou “opção” do sintoma e manutenção do quadro é discutida dentro dessa estrutura conceitual, de acordo com os comportamentos-problema apresentados pela criança, que se mantém dentro do sistema familiar.

Wood (1993) propõe um modelo sistêmico multidimensional, de interação biológica, psicológica e processo social da doença na infância. Esse modelo heurístico pode organizar a investigação do caminho e dos mecanismos pelos quais uma dimensão influencia a outra. O autor descreve a construção da responsabilidade interpessoal e individual em termos da reatividade nos níveis biocomportamentais. Esse modelo sustenta que:

- O sistema familiar tem um significado particular para a criança
- O padrão de funcionamento individual e o padrão interpessoal de interação influenciam-se mutuamente
- Esses padrões de interações interpessoais têm relação com o processo biocomportamental.

Wood (1993) também define as características do sistema familiar nas dimensões de proximidade, hierarquia geracional e responsabilidade interpessoal essenciais para um novo modelo, o *excitation-adaptation*, segundo o qual foi feita uma distinção entre o controle e o descontrole na forma da doença, e a característica da família de coesão e adaptação foi examinada em relação à capacidade de resolver problemas, bem como na aceitação ou rejeição dessa criança por seus pais. Esse modelo mostrou uma maior coesão e estrutura nas famílias do grupo de crianças com a doença controlada, sendo necessária a

intervenção no ambiente familiar para mediar os conflitos e informar sobre a realidade a ambas as partes.

Existem várias questões abertas a respeito desse tema, e uma delas é que a expressão emocional (EE) está relacionada com as variáveis clínicas do paciente ou é, pelo menos em parte, uma resposta à sua sintomatologia. No estudo de Meijer e Oppenheimer (1995), a EE é descrita como atitudes e comportamentos de críticas e hostilidade da família, verificando-se que pacientes com maior gravidade clínica têm familiares com críticas más e hostilidade proeminente, ocasionando, portanto, um pior ajuste social, podendo ser a consequência da gravidade da sintomatologia psicótica do paciente.

Ainda em relação à EE, Bentsen *et al.* (1998) incluíram a culpabilidade em seus estudos como determinantes das modificações da personalidade. A culpa pode ser determinada pela criticidade, hostilidade e conflito emocional dos membros da família esquizofrênica, verificando que a hostilidade e a criticidade se relacionam negativamente com culpa consciente e conflito emocional.

Nos estudos de Bolton *et al.* (1998) com famílias de autistas, essas relações são diferentemente estruturadas, segundo a literatura, com um estilo afetivo e comunicação pobremente organizados, sendo essas relações um fator de risco importante na manutenção dos padrões comportamentais dessas crianças. Concluem que os prejuízos causados pelos transtornos comportamentais das crianças autistas aumentam o risco da desordem afetiva como consequência do estresse familiar que essas crianças proporcionam, em decorrência do comportamento estereotipado, obsessivo-compulsivo, e da hiperatividade. Assim, observa-se mais uma vez a questão da circularidade.

Maclean *et al.* (1999) examinaram outros membros da família com desordem invasiva no desenvolvimento, estudando as variáveis e semelhanças na comunicação verbal e não verbal e adaptação social das famílias. Observou-se uma maior evidência dos fatores genéticos, não excluindo as variáveis familiares que influenciam o funcionamento dessa desordem. Os autores sugerem, dessa maneira, a necessidade de pesquisas para separar os mecanismos genéticos dos padrões familiares de influência.

Com referência às evidências genéticas, as abordagens científicas têm considerado o ser humano como resultado de seus genes, interagindo com a influência de fatores ambientais (Tang *et al.*, 1999).

Essa influência de fatores ambientais também pode ser demonstrada considerando que a probabilidade de uma pessoa apresentar TEA, tendo um irmão, é maior que o risco de casos isolados na família (Arons *et al.*, 2012). Foram encontradas as concordâncias de 36% para gêmeos monozigóticos e 10% para gêmeos dizigóticos, porém, quando o fenótipo presença de autismo incluía deficiências cognitivas e de linguagem, as taxas chegaram a 82% para monozigóticos e 10% para dizigóticos. Há evidências ainda de associação com outras doenças genéticas, como a síndrome do X frágil, a fenilcetonúria e determinadas anormalidades cromossômicas. Os autores apontaram que muitos pais apresentavam comportamento de distanciamento, rigidez, ansiedade, alterações na fala, na cognição e no relacionamento interpessoal quando comparados ao grupo de controle (Jiang *et al.*, 2013).

Com relação aos padrões familiares, Schmidt e Bosa (2003) apontaram que, como o autismo envolve alterações graves e precoces nas áreas de comunicação e social, os quadros graves e persistentes, com grandes variações individuais, exigem das famílias cuidados extensos e permanentes períodos de dedicação. Estudaram, então, o impacto do TEA na família e constataram alto índice de estresse, sendo as mães o principal alvo. Elas apresentam sentimentos de desamparo dos maridos nas responsabilidades dos cuidados com os filhos e eles, no geral, relatam tensão emocional para dar melhores condições financeiras para o tratamento, além das dificuldades de todos os membros em lidar com os sintomas cognitivos e de comunicação da pessoa afetada. Essas famílias têm buscado nas crenças religiosas estratégias de superação, como um auxílio no trato com essas crianças.

Crianças com TEA têm, como característica de sua própria problemática, dificuldade na interação social visualizada pela inabilidade em relacionar-se com o outro, característica que causa também problemas de conduta. Esse fator reflete-se no ambiente familiar, desorganizando-o e impedindo-o de ultrapassar de modo satisfatório suas fases evolutivas. Assim, a família passa a viver em função dessa criança e de suas exigências, por sua dificuldade em adquirir autonomia e pela dependência permanente. Não se pode deixar de avaliar essa situação como estressante e dificultadora de verbalização afetiva, pois a família acaba participando de um processo de exclusão social.

Nesse sentido, Barbosa e Fernandes (2009) estudaram a qualidade de vida dos responsáveis e cuidadores de crianças com TEA. A escassez de atividades de lazer e educativas contribui significativamente no aumento de estresse dos cuidadores. A família sofre pressão social quando um de seus membros não corresponde às expectativas sociais e, com isso, apresenta maiores dificuldades de relacionamento, conforme aponta o estudo. Com a tendência cada vez maior de se avaliar as pessoas por suas competências, uma família com um membro que não cumpre seu papel, não atende às exigências sociais e tem dificuldades de se organizar, passa a apresentar uma autoestima comprometida. A presença de patologias crônicas, como o autismo, faz as famílias envolvidas serem dificultadoras da saúde emocional dos elementos do grupo.

De modo contrário, com apoio e orientação, a família também pode se mostrar uma possibilidade de adequação dos padrões comportamentais centralizados na criança com TEA, já que, de acordo com o aumento das relações adequadas da família, poderá se observar uma melhora nas condições dessas crianças.

Caso clínico

Funcionamento e estrutura familiar | Um encontro terapêutico

O caso clínico apresentado a seguir fez parte de um processo psicoterapêutico com duração de dez sessões (Exemplo 13.1). Os terapeutas, autores deste capítulo, acompanharam a criança em ambiente de apoio clínico-escolar e prestaram assessoria na escola regular que ela frequentava. Os pais e a escola procuram os terapeutas como apoio sempre que necessitam para a troca de informações clínica-família-escola. Hoje, a família desenvolveu estratégias de adaptação, solução dos problemas e as queixas apresentadas inicialmente não aparecem mais no sistema familiar e escolar. A criança apresenta um bom desempenho acadêmico e social e seus sintomas (agitações motoras e verbais e convívio social) estão controlados, seguindo o ciclo de desenvolvimento com evolução. As iniciais dos nomes apresentados nas sessões são fictícias para preservar o sigilo da criança, da família e da escola que frequenta.

Exemplo 13.1

Acompanhamento de paciente com TEA apresentando comportamento agressivo.

N., menino, 8 anos, frequenta a instituição em uma rotina diária de 4 h, na qual é atendido por uma equipe transdisciplinar e, paralelamente, frequenta o 2º ano da escola regular. Desde os 2 anos é acompanhado por terapeutas, com o diagnóstico de TEA. Frequentemente, seus pais e a escola procuram o setor de Psicologia da instituição para ajuda e orientação.

A queixa frequente é de que a criança apresenta comportamentos de agitação (anda de um lado para outro), ansiedade, agressividade, insultos com amigos da escola e sente muita falta do pai, que trabalha em outra cidade.

É filho único, o pai tem 35 anos e a mãe tem 32 anos. Receberam o diagnóstico do filho pela psiquiatra que o assiste até o momento e que o encaminhou para tratamento nessa instituição. No diagnóstico, os pais receberam a notícia com muitos questionamentos relacionados com as expectativas do futuro e das possibilidades de tratamento. Já haviam identificado muitos sinais no comportamento social (brincava pouco e de preferência sozinho) e, em relação à linguagem, sempre falou bastante, porém sem manter a interação e o discurso.

As sessões, descritas a seguir, são parte de um processo terapêutico familiar, em que todos os membros participaram. As sessões tiveram a duração de aproximadamente 1h30 cada, sendo relatadas apenas parte delas. É fundamental esclarecer que as sessões descritas, bem como o enfoque dado às explicações, são características peculiares.

As sessões foram escolhidas com o objetivo de mostrar como a família e a escola se organizaram na tentativa de lidar com o impacto do diagnóstico, na aceitação e adaptação de novas formas de expressão e nas relações como sistema de comunicação. Para efeito didático e apresentação textual, as sessões foram numeradas, no entanto, esclarece-se que os números apontados não refletem o número total de sessões realizadas, mas, sim, ao critério de escolhas, que corresponde à sequência temporal de sua ocorrência.

Sessão 1

Pai, mãe e filho compareceram no horário combinado.

Inicialmente, os pais colocam suas preocupações com o filho e dizem: “Ele está muito bom, mas as queixas são em sua maioria da escola”.

Mãe: Ele não aceita a professora, fala muito da do ano passado, insulta os amigos sem eles terem feito nada.

Pai: É isso. É inteligente, nem presta atenção e nas provas tem tirado só notas boas.

Terapeuta: E você? Quer falar alguma coisa?

Paciente: É isso mesmo, sou inteligente, brigo com meus amigos e adoro a minha escola.

Pai: É ele gosta mesmo da escola. Nunca se recusa em ir.

Mãe: Gosta mesmo. Se não fossem os comportamentos, seria bom aluno.

Paciente: Ano passado, eu tinha mais tempo de brincar com meus amigos. [Começou a andar de um lado para o outro na sala]

Mãe: sorri e diz: Já vai começar a ansiedade, não para... Fica andando de um lado para o outro.

Terapeuta: Um nome para o comportamento de andar de um lado para outro: ansiedade. O que o senhor acha, pai?

Pai: Não sei se é ansiedade.

Terapeuta: E você, N., o que acha?

Paciente: Eu só quero brincar bastante com meus amigos.

Terapeuta: E se não for hora de brincar?

Mãe: Vixe, aí é que bate, xinga...

Pai: Mas comigo não tem isso não, só converso. Ele fica bravo, mas tem que entender.

Mãe: Comigo também é assim, mas às vezes penso que isso é porque ele tem autismo. Sua professora também quer saber por que N. não consegue respeitar os limites e regras como as outras crianças.

Mãe: Me sinto muito cansada, o pai está muito fora de casa, devido ao trabalho, e quando está em casa o comportamento de N. piora muito. Ele fica me desafiando e eu e meu marido acabamos brigando, porque ele acha que sou muito mole com N.

Parte da próxima entrevista relatada teve, além dos pais e do paciente, a presença da professora e da coordenadora da escola regular, com o objetivo de ampliar o sistema e estimular os processos de mudanças diante dos padrões comportamentais e expressão emocional de cada pessoa envolvida no sistema. Os padrões da família nas tentativas de acertos e erros mostram um funcionamento constante e repetitivo nas crenças e regras estabelecidas, mas acrescidos de positividade no desejo de mudança.

Sessão 2

A terapeuta pede para o paciente ou os pais lembrarem a todos por que estavam reunidos.

O paciente imediatamente responde: “Porque gosto muito da minha escola, falo palavrões e bato em meus amigos... Ah! Não gosto muito da minha professora, porque não posso brincar muito com meus amigos”.

Pais, professora e coordenadora começam a sorrir.

Terapeuta: Este é o parecer de N. sobre o problema. Alguém tem outro parecer ou quer acrescentar algo?

Mãe: Esse menino é demais.

Pai: Ele sabe, mas repete sempre os mesmos comportamentos.

Professora: A maior dificuldade é N. não aceitar o limite, a hora certa para as tarefas e brincadeiras e, quando frustrado, apresentar esses comportamentos. Queremos conversar para ver se podemos ser mais firmes com ele.

Terapeuta: Gostaria de ouvir também a coordenadora.

Coordenadora: Temos conversado em nossas reuniões, porque N. é bom aluno, mas é importante conversar com todos que estão envolvidos na rede social de N. para não ter nenhuma atitude diferente com ele. Pensamos ser importante termos ações compartilhadas com a mesma meta na correção de alguns comportamentos de N.

Terapeuta: Existe um fator muito forte em todos nós: a vontade de ajudar N. a desenvolver maior adaptabilidade social, mas precisamos conversar juntos sobre a crença de que por N. ter TEA, o limite a ele deve ser dado de forma diferente.

Mãe: Sempre penso nisso e relevo quando ele faz birras.

Pai: Já falei que é isso que estraga.

Terapeuta: Qual é o procedimento da escola com alunos com a mesma queixa de N., mas que não têm

TEA?

Professora: Entendo que tem que ser o mesmo que com N.

Coordenadora: Foi muito bom reforçar que a inclusão é também N. seguir as normas da escola, ambiente que divide com seus amigos.

Terapeuta: N., o que acha de tudo isso que estamos conversando?

Paciente: Tenho autismo e tenho que seguir as regras.

Terapeuta: Assim, você poderá ficar mais tranquilo e sentir-se mais seguro para fazer suas tarefas, cumprir suas responsabilidades e dividir outros espaços, não ir à escola só para brincar com amigos. Que tal passear ou convidá-los para brincar em sua casa?

Terapeuta: Acredito que cada um tem seu estilo para assumir acordos e regras em ambiente social, mas o papel de educador, pais e terapeutas é mesmo de compartilhar ações na possibilidade de gerar mudanças e ampliações no repertório social das crianças com ou sem TEA.

Terapeuta: Você é muito inteligente, N. Quem sabe cada um fazendo a sua parte não ficará melhor de encarar as mudanças e adaptações sociais para todos nós?

Faz-se aqui um parêntese para agradecimentos à família e à escola por tratarem desses problemas dando o máximo de si, com desejo de mudança. As entrevistas ajudaram a todos os interessados em entender como as relações são estabelecidas entre sistemas, família e escola. Em vez de focar o indivíduo, a terapeuta evidenciou a pessoa dentro do sistema, dando voz a todos, incluindo a criança, na tentativa de deslocá-la da posição de ser responsável pelo problema para uma posição de pertencimento. Na ideia da circularidade, os pais e a escola questionam sua relação com a criança: deixando de cumprir seus papéis, deixam de colocar limites e regras (mesmo com o pai tentando manter sua posição, é influenciado pelos questionamentos da mãe e da escola) na criança por considerarem que ela tem um problema. A criança, por sua vez, assume essa posição e apresenta agitações, xingamentos e consequente dificuldade social.

O conceito de circularidade ou causalidade circular está fundamentada na sessão 1, quando a mãe diz, “Comigo também é assim, mas às vezes penso que isso é porque tem autismo, sua professora também quer saber”, diante da afirmação do pai: “Mas comigo não tem isso, só converso, ele fica bravo, mas tem que entender”. Na sessão 2, com a escola, a coordenadora reafirma o fato de não colocar limites: “Queremos conversar para ver se podemos ser mais firmes com ele... Sempre penso nisso e relevo por ele ter diagnóstico de TEA”. Assim, os comportamentos da criança estão condicionados por outros de sua relação, desfazendo o mito de que por ter autismo não se deve colocar limites.

O esquema de referência da terapeuta foi a terapia estrutural da família, um conjunto de teorias e técnicas que abordam o indivíduo em seu contexto social e que está orientado para a organização do sistema. Quando a estrutura do grupo é transformada, as posições dos membros desse grupo ficam alteradas e as experiências de cada um mudam (Minuchin, 1982).

O modo como essa família lidou com o dilema do diagnóstico do filho (questionamentos relacionados com as expectativas do futuro da criança e a busca das possibilidades de tratamento) favoreceu seu desenvolvimento. A família sintomática, que atribuiu ao paciente o papel de porta-voz de seus problemas, passa a ter uma visão restrita da realidade, atribuindo suas dificuldades a esse membro identificado pela doença (Browns, 1995), com a premissa de que o paciente, por apresentar TEA, ocasionaria um sofrimento mútuo e contínuo, desorganizando a função materna de colocar limite no paciente e questionando o pai e a escola no exercício de suas funções.

Formaram assim, ao longo do tempo padrões de comportamentos constantes e repetitivos. O paciente repetia o mesmo padrão comportamental, sendo reforçado por ser portador do TEA. Diante do enfoque da positividade estabelecida nesse sistema (Sluzki, 1997), a terapeuta se apoia na tentativa de reorganizar o sistema, utilizando-se dos conceitos da informação e organização. Apesar de apresentarem o problema do paciente, a família e as representantes da escola sempre reforçam sua inteligência (reorganizam o sistema), nomeiam o problema e se apropriam das possibilidades do paciente, e a terapeuta afasta o mito da doença como geradora do conflito, apoiando-se no desejo comum a todos de o paciente desenvolver maior adaptabilidade social.

A dinâmica familiar estabelecida mostra noção da circularidade entre os elementos: acredita-se que a mãe seja a responsável pela manutenção do problema e esta, por sua vez, crê que todos devem manter o mesmo padrão de comunicação com o filho, assegurando a rotina, regras e rituais de preservação do grupo.

A terapeuta teve como objetivo, na interação com a família, a proposta de reestruturação por meio do processo de

associação das informações circulares, da união, da acomodação e da confirmação, de modo a ampliar o foco do problema, delineando as fronteiras individuais e encorajando a autonomia e a transformação individual no contexto familiar e escolar. A estratégia está relacionada com a tentativa de liberar o paciente de sua posição desviante. O paciente se nomeia como problema e o sistema se une e confirma o problema, “Falo palavrões, bato em meus amigos... Não gosto da minha professora”, e a terapeuta questiona: “Alguém tem outro parecer ou quer acrescentar algo?”.

Baptista e Teodoro (2012) afirmam que a formação de uma rede social para além da família nuclear, como foi a inclusão da escola no caso clínico, possibilita no papel do mediador/terapeuta a percepção de que o indivíduo desenvolve uma identidade grupal, um sentimento de pertencimento, de validação e, ao mesmo tempo, a possibilidade de diferenciação e crescimento.

Considerações finais

É importante poder refletir sobre a responsabilidade em que implica a integração de crianças e adolescentes com TEA ao movimento social como um todo.

A preocupação parte da postura das famílias que apresentam padrões comportamentais de superproteção, rigidez, autopiedade, hostilidade e autocritica em favorecer condições para que seus filhos sejam independentes.

Esse movimento, que deveria ser iniciado desde a descoberta da patologia, na maioria das vezes não ocorre e, assim, observa-se o fruto de uma sociedade protecionista em seus questionamentos, dificultando o processo de autonomia.

Esses padrões de interações familiares instaurados no âmbito da família, a partir da constatação da doença, provocam o processo de desorganização.

Como visto na teoria sistêmica (Papp, 1992), a família obedece, em sua constituição e desenvolvimento, a uma hierarquia sequenciada de etapas, as quais se estruturam como um processo evolutivo. Diferentemente do padrão normal previsto de organização familiar, a família da criança com TEA, mesmo quando tem um padrão organizado, pode alterar essa organização, afetando-os.

As etapas de evolução da organização das estruturas normais preveem um processo de crescimento e independência dos filhos, que se conclui com a vida adulta. No caso de famílias com crianças com TEA, esse processo, em geral, restringe-se às primeiras etapas, pois a patologia da criança acarreta a preservação do vínculo com a família, muitas vezes, por toda a vida.

Pensar sobre esse funcionamento ligado ao sistema familiar ajudaria a esclarecer os padrões e determinantes psicológicos que indicam como as famílias costumam lidar com essa nova descoberta ou eventuais padrões disfuncionais que surjam nessa organização, quando um membro (criança identificada) põe em desequilíbrio a relação familiar. Em termos gerais, essas famílias apresentam dificuldades ao longo de seu ciclo vital e, a cada etapa, novos desafios aparecem e as incertezas renovam-se.

Pela manutenção desse padrão no sistema, a família se desorganiza mais frequentemente em razão de comportamentos de hiperatividade, auto e heteroagressão, por provocarem no grupo muito desconforto e estresse, perdendo a rotina e, conseqüentemente, a segurança, ficando esses sujeitos mais vulneráveis à doença (Bolton *et al.*, 1998).

Schmidt e Bosa (2003) chamam a atenção para o alto índice de estresse das mães no cuidado de filhos com TEA, experimentando o sentimento de desamparo por parte dos pais, sendo confrontadas por uma nova situação que exige ajuste familiar em função dos temores e resistência por parte deles em relação à maneira que ocorrerá a comunicação de seu filho com TEA e com os demais membros da sociedade.

No perfil das famílias com crianças com TEA, parece haver maior consistência no padrão familiar, em razão de uma organização baseada na rigidez. São famílias que conseguem manter uma rotina, elevada superproteção e autopiedade (Meijer e Oppenheimer, 1995). Esse padrão daria maior segurança às crianças pela referência de cuidado, mantendo-se pertinente, embora esse sistema de relação restrinja a rede social e dê menor independência e autonomia às crianças (Sluzki, 1997).

Browns (1995) afirma que um dos princípios-chave para essas famílias seria aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares, para que seus filhos possam exercer sua independência e respeitar suas limitações.

Assim, a intervenção terapêutica no ambiente familiar da criança ou do adolescente deve fazer parte da rotina de atendimento para mediar conflitos e estimular os processos de mudanças diante dos padrões comportamentais e expressão emocional estabelecidos. Na tentativa de conhecer os mitos, as crenças, os valores, os segredos e as lealdades dentro do sistema familiar, é possível trazer à luz alguns aspectos que governam as relações como sistema de comunicação. Ressignificá-los é dar oportunidade de novas formas de expressão que muito contribuem para o desenvolvimento do indivíduo e daqueles que o cercam.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Manual of Mental Disorders V*. Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- Andolfi, M.; Angelo C.; Menghi, P. *et al.* Por trás da máscara familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- Araújo, L. A. D. A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência. Brasília: Corder, 1994.
- Arons, M. H.; Thynne, C.; Grabucker, A. *et al.* Mutations in Pro SAP2/Shank 3 impair synaptic transmission and neurexin-mediated transsynaptic signaling. *The Journal of Neuroscience*, v. 32, n. 43, p. 14.966-78, 2012.
- Asperger, H. Psicopatias autísticas na infância. *Arch Psychiatr Nervenkr*, v. 117, p. 76-136, 1943.
- Baptista, M. N.; Teodoro, M. L. M. Psicologia de família: teoria, avaliação e intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 45-46.
- Barbosa M. R.; Fernandes F. D. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro autístico. *Rev. Soc. Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 14, p. 482-86, 2009.
- Baron-Cohen, S.; Leslie, A. M.; Frith, U. Does the autistic child have a theory of mind? *Cognitions*, v. 21, p. 37-46, 1985.
- Bentsen, H.; Nothand, H.; Munkvold, O. G. *et al.* Guilt proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses. University of Oslo, Norway Department of Psychiatry. *British Journal*, v. 71, n. 2, p. 125-38, 1998.
- Bleuler, E. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.
- Bolton, P. F.; Pickles, A.; Murphy, M. *et al.* Autism affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation. *Psycho – Med.*, v. 28, n. 2, p. 385-95, 1998.
- Brazelton, T. B. *Cuidando da família em crise*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- Browns, F. H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: Carter, B.; McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- Camargo, S. P. H.; Rispoli, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. *Revista Educação Especial*, v. 26, n. 47, p. 639-50, 2013.
- Cerveny, C. M. O. *A família como modelo: desconstruindo a patologia*. Campinas: Editorial Psy, 1994.
- Christensen, D. L.; Baio, J.; Braun, K. V. *et al.* Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States. *MMWR Surveill Summ*, v. 65, p. 1-23, 2012.
- Fernández, A. *O saber em Jogo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- Fernandes, S. A adequabilidade do modelo Teacch para a promoção do desenvolvimento da criança com autismo. *Projecto de Pós-Graduação em Educação Especial*. Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto, 2010.
- Fernandes, F. D. M.; Amato, C. A. H. Análise de comportamento aplicada e distúrbios do espectro do autismo: revisão de literatura. *Codas*, v. 25, n. 3, p. 289-96, 2013.
- Gauderer, C. *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1997. p. 8-9; 257-66.
- Giardinetto, A. R. S. B. Comparando a interação social de crianças autistas: as contribuições do programa TEACCH e do Currículo Funcional Natural. *Dissertação de Mestrado em Educação Especial*. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), São Carlos, 2005. p. 17-26.
- Gilberg, C. Infantile autism: diagnosis and treatment. *Acta Psychiat Scand*, v. 81, p. 209-15, 1990.
- Gonçalves, M. A. F. T. Alunos com perturbações do espectro do autismo: utilização do sistema PECS para promover o desenvolvimento comunicativo. *Dissertação de Mestrado*. Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa, 2011.
- Heller, T. Dementia infantilis. *Journal for Research and Treatment of Juvenile Feeble-mindedness*, v. 2, p. 17-28, 1930.
- Jerusalinsky, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. p. 64.
- Jiang, Y.; Ehlers, D.; Michael, M. Autism by SHANK Gene Mutations in Mice *Neuron*, 78, p. 1-27, 2013.
- Kanner, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, v. 2, p. 217-51, 1943.
- Kanner, L. Early infantile autism revisited. *Psychiat Digest*, v. 29, p. 17-28, 1968.
- Kwee, C. S.; Sampaio, T. M. M.; Atherino, C. C. T. Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH. *Contexto*, n. 6, p. 9-12, 2009.
- Leite, M. T. L. Aquisição e generalização de mandos em uma criança com autismo. *Dissertação de Mestrado*. Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005. p. 29-30.
- Levin, E. *A clínica psicomotora: o corpo na linguagem*. Petrópolis: Vozes, 1995.
- Levin, E. *Clínica e educação com crianças de outro espelho*. Petrópolis: Vozes, 2005.
- Maclean, J. E.; Szatmari, P.; Jones, M. B. *et al.* Familial factors influence level of functioning in pervasive developmental. J

- Am Acad Chil Adolesc Psychiatry, v. 38, n. 6, p. 746-53, 1999.
- Mahler, M. As psicoses infantis e outros estudos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.
- Maturana, H.; Varela, F. A árvore do conhecimento: as bases do conhecimento humano. Campinas: Editorial Psy, 1995.
- Meijer, A. M.; Oppenheimer, L. The excitation – model of pediatric chronic illness. Family Process, v. 34, n. 4, p. 441-54, 1995.
- Minuchin, S. Famílias: funcionamento & tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.
- Minuchin, S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 1974.
- Minuchin, S.; Baker, L.; Rosman, B. L. *et al.* A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organization and family therapy. Archives of General Psychiatry, v. 32, p. 1031-38, 1975.
- Papp, P. O processo de mudança: uma abordagem prática à terapia sistêmica da família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- Pakman, M. (Ed.). Las semillas de la cibernética: obras escogidas de Heinz von Foerster. Barcelona: Gedisa, 1991. p. 29.
- Parnas, J.; Bovet, P. Autism in schizophrenia revisited. Compr Psychiat, v. 32, n. 1, p. 7-21, 1991.
- Paula C. S.; Ribeiro S. H.; Fombonne E. *et al.* Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. J Autism Dev Disord.; v. 41, n. 12, p. 1738-42, 2011.
- Posar, A.; Visconti, P. Autismo em 2016: necessidade de respostas. J Pediatria, v. 93, n. 2, p. 111-19, 2017.
- Ribeiro, S. ABA: uma intervenção comportamental eficaz em casos de autismo. Revista Autismo: Informação Gerando Ação, n. 1, p. 2-3, 2010.
- Ritvo, E. R.; Ornitz, E. M. Medical assessment. In: Ritvo, E. R. Autism diagnosis current research and management. Nova York: Spectrum, 1976.
- Sanchez, F. I. A. Percepção do sistema familiar e avaliação de sintomatologia depressiva em mães de crianças autistas. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.
- Schmidt C.; Bosa C. A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. Interação, v. 7, p. 111-20, 2003.
- Schwartzman, J. S.; Assumpção Jr.; F. B. Autismo infantil. Mennon, p. 3-15, 1995.
- Seixas, M. R. D. Sociodrama familiar sistêmico. São Paulo: Aleph, 1992.
- Sluzki, C. E. A rede social na prática sistêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- Suplino, M. Currículo Funcional Natural: guia prático para a educação na área de autismo e deficiência mental. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos/Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005. (Coleção de Estudos e Pesquisa na Área da Deficiência; Maceió.)
- Tang, Y.; Shimizu, E.; Dube, G. R. *et al.* Genetic enhancement of learning and memory in mice. Nature, v. 401, n. 2, p. 63-69, 1999.
- Watzlawick, P.; Beavin, H. J.; Jackson, D. Pragmática da comunicação humana – um estudo dos padrões, patologia e paradoxos da interação. São Paulo: Cultrix, 1993.
- Wood, B. L. Beyond the psychosomatic family. A biobehavioral family model of pediatric illness. Family Process, v. 32, p. 261-78, 1993.

Cuidado Integral a Crianças e Adolescentes com Doenças Crônicas e seus Cuidadores

Aline Santarem Ernesto • Marcos Tadeu Nolasco da Silva

Doenças crônicas e o contexto do cuidado

Toda criança ou adolescente é única. Essa singularidade pode ser compreendida como um aspecto particular de percepção do mundo, do ambiente e dos relacionamentos. Tem necessariamente que ser respeitada quando se trata dos aspectos de saúde. As diferentes disciplinas e campos de atuação profissional podem fragmentar o indivíduo, reduzindo-o a compartimentos estanques, e o cuidado da saúde de crianças e adolescentes tem sido historicamente centrado em aspectos clínicos e fisiológicos. Apesar de significativos progressos recentes, ainda é minoritária a preocupação das equipes de saúde com os aspectos emocionais e subjetivos dos pacientes e de seus familiares.

Os ambulatorios hospitalares, em geral, sediam a atenção em saúde de média e alta complexidade, e em Pediatria, essa atenção é organizada em serviços especializados de referência. Atualmente, a abrangência desses serviços se caracteriza pelo cuidado de um grupo específico de condições, denominadas doenças crônicas ou não transmissíveis. O cuidado dessas condições desafia paradigmas médicos tradicionais, pois geralmente não visa à cura. O aspecto fundamental no manejo das doenças crônicas é o cuidado a longo prazo, com vistas a proporcionar preservação e desenvolvimento de funções orgânicas, sobrevida adequada e de boa qualidade. Hoje, a faixa etária do cuidado pediátrico é bastante ampla, compreendendo crianças (menores de 10 anos), adolescentes (10 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos). Visando a maior abrangência, a designação “jovem” será genericamente utilizada, neste capítulo, exceto nas seções com informações específicas para determinada faixa etária.

Estimativas internacionais sugerem uma prevalência de doenças crônicas de cerca de 10 a 30% em jovens. Destacam-se entre as mais prevalentes as doenças alérgicas (p. ex., asma, eczema e rinite), a obesidade, o diabetes do tipo 1, a fibrose cística, a epilepsia, as imunodeficiências primárias, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e as doenças autoimunes. A gravidade dessas condições é variável. Na maior parte, têm apresentado aumento da sobrevida nas últimas décadas, em decorrência dos progressos em cuidados e tecnologias de saúde. Nas alergias, na obesidade e no diabetes, a letalidade é baixa, mas há prejuízos significativos à qualidade de vida. Na fibrose cística, nas imunodeficiências e nas doenças autoimunes, o risco de morte ou incapacidade precoce é maior, resultando em maior sobrecarga emocional a pacientes e familiares (Sawyer *et al.*, 2007).

No Brasil, as doenças crônicas são objeto de política pública específica: o Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 283, de 2014, definiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Portaria estabelece diretrizes para o cuidado centrado na pessoa, em âmbito multiprofissional, com acesso universal e plena articulação entre os diferentes pontos e categorias de atenção (Brasil, 2014).

A complexidade particular a cada doença crônica tem influenciado a prática e a pesquisa em saúde, que têm se voltado principalmente a aspectos específicos, definidos pelos diagnósticos médicos. Contudo, tanto a pesquisa quanto a atenção à

saúde de adolescentes com doenças crônicas podem se beneficiar de uma visão dos aspectos comuns à vivência dessas condições, abrangendo questões subjetivas e emocionais. Um resumo das características genéricas de doenças crônicas é proposto no Quadro 14.1 (Stein *et al.*, 1993).

Os avanços da pesquisa e do cuidado em saúde no contexto complexo das doenças crônicas legitimam a importância de uma abordagem de *cuidado integral*. Esse conceito não é novo. Foi oficialmente proposto há quase 40 anos, em um documento da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Declaração de Alma Ata de 1978. O cuidado integral à saúde, então, emergiu como meta a ser alcançada pela sociedade, como direito humano fundamental (WHO, 1978).

O substantivo “cuidado”, originário do latim *cogitatus*, tem vários significados. Aplicado à saúde, abrange *zelo*, *desvelo*, *dedicação* e *atenção a outrem*, e também *encargo*, *incumbência* e *responsabilidade*. O cuidado específico dos jovens implica olhar para as inúmeras e ricas possibilidades de crescimento e desenvolvimento emergentes nessa fase da vida, reconhecendo neles suas potencialidades físicas e emocionais. Esses aspectos serão abordados nos próximos tópicos.

Desenvolvimento do jovem com doença crônica

O desenvolvimento é caracterizado por um processo contínuo, sem um padrão fixo, mas marcado por mudanças físicas, emocionais e sociais. A infância, a adolescência e os primeiros anos da juventude caracterizam as fases de maior desenvolvimento e rápidas mudanças, com maior vulnerabilidade e dependência em relação aos indivíduos adultos. Essas questões implicam maiores necessidades de cuidado biopsicossocial, com acesso ao convívio com adultos acolhedores, educação e saúde física e emocional.

Quadro 14.1 Definição genérica ou não categórica de condições crônicas de acometimento à saúde.

- Têm uma base biológica, psicológica ou cognitiva
- Têm uma duração mínima de 1 ano
- Produzem uma ou mais das seguintes consequências:
 - Limitação de função, atividades ou papéis sociais, em comparação com pares saudáveis, nas áreas de crescimento e desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social
 - Dependência em um dos fatores a seguir, para compensar ou minimizar limitações de funções, atividades ou papéis sociais:
 - Medicamentos
 - Nutrição especial
 - Tecnologia médica
 - Dispositivos de assistência
 - Assistência pessoal (cuidadores)
 - Necessidade de cuidado por serviços de saúde, incluindo abordagem médica, psicológica ou educacional, com intensidade superior àquela habitual para a idade, incluindo tratamento continuado, intervenções e acomodações especiais no lar, na escola ou no trabalho.

Adaptado de Stein *et al.* (1993).

A atenção à saúde dos jovens é considerada desafiadora e complexa pelas equipes de saúde, principalmente quando se consideram os contextos pessoal (*self*), próximo (família, escola, rede de apoio social) e remoto (cultura, comunidade, ecossistema) em que essa população está inserida. A visão de cuidado integral e individualizado garante um olhar específico às suas necessidades, em uma dimensão que vai além do âmbito da doença, visto que não é possível tratar da saúde física e negligenciar os componentes emocionais e o sofrimento, que são multicausais. No âmbito das doenças crônicas, o profissional deve compreender não somente os aspectos fisiopatológicos e clínicos, mas também as angústias, conflitos, medos e expectativas decorrentes de suas vivências. Essa compreensão permitirá estabelecer um vínculo fortalecido de confiança,

facilitando a evolução do indivíduo. Essa evolução apresentará diferentes períodos: durante a infância, a vulnerabilidade, a dependência e a necessidade de proteção são maiores, exigindo maior participação de familiares e cuidadores; na adolescência e juventude, o cuidado deve evoluir no sentido progressivo do desenvolvimento de capacidades de autocuidado e autonomia, culminando com a capacidade de autorrealização na vida adulta (Patton *et al.*, 2016).

O impacto das condições crônicas de saúde na vida dos jovens e familiares pode ser influenciado por aspectos específicos, que incluem a gravidade e a extensão do comprometimento orgânico. Esses aspectos se adicionam à complexidade do tratamento: quantidade de medicamentos e procedimentos exigidos, efeitos adversos, aceitação da própria condição e disponibilidade de tempo para dedicar-se ao agenciamento do cotidiano.

Os jovens portadores de doenças crônicas enfrentam múltiplos desafios, pois precisam harmonizar as demandas do desenvolvimento normal com as exigências práticas da manutenção da saúde. A complexidade dos fatores envolvidos e a vulnerabilidade própria de crianças, adolescentes e jovens contribuem para que a incidência de transtornos mentais seja mais elevada nessa população do que na população geral de adultos.

A atenção à saúde de jovens com doença crônica deve estar vinculada a aspectos próprios do desenvolvimento. Crianças, adolescentes e jovens devem ser ouvidos e respeitados. São merecedores de atenção e aconselhamento semelhante ao de indivíduos saudáveis, em adição às necessidades ligadas às doenças. Um aspecto comum do comportamento do adolescente e do adulto jovem, a tendência ao risco, pode ser prejudicial no contexto das doenças crônicas: adolescentes com doenças crônicas respiratórias, como asma e fibrose cística, apresentarão piora da função pulmonar e aumento do risco de infecções, se forem tabagistas; meninas portadoras de diabetes poderão negligenciar doses de insulina por preocupação com o controle do peso (Louis-Jacques e Samples, 2011).

No contexto da família, os membros envolvidos no cuidado de jovens com doenças crônicas apresentam sofrimentos e vivências particulares. Para os pais e cuidadores, um dos principais desafios é a conciliação entre o enfrentamento da dor de ter um ente querido cuja condição de saúde requer cuidados especiais e a lide com as exigências do cotidiano. A responsabilidade e o envolvimento nesses cuidados podem causar o adiamento de projetos e possibilidades pessoais e profissionais, e conduzir a uma situação de esgotamento físico e psíquico (conhecido como *burnout*), em razão da sobrecarga, dificultando ainda mais o processo.

A conciliação entre as demandas do desenvolvimento de jovens com doença crônica no contexto da família e da sociedade exige o agenciamento de múltiplas competências. Nesse cenário, a atuação do psicólogo é fundamental para o manejo bem-sucedido.

Atuação do psicólogo no cuidado integral

Cada fase de uma doença crônica pode apresentar desafios diferentes e significativos, tanto para pacientes quanto para seus cuidadores. A atuação do psicólogo poderá prover intervenções preventivas e terapêuticas, atenuando os efeitos do estresse prolongado associado ao cuidado a longo prazo. São destacados, a seguir, alguns aspectos do cuidado em que frequentemente é necessária a contribuição do profissional de saúde mental.

Revelação diagnóstica

A revelação do diagnóstico a jovens portadores de doença crônica deve ser adequada ao estágio de desenvolvimento cognitivo e emocional. Os cuidadores devem estar ativamente envolvidos no processo. O processo de revelação deverá abranger aspectos cognitivos, como informações para que o jovem compreenda a origem dos principais sintomas, e emocionais, como a abordagem do risco de incapacidade ou redução da sobrevida. Em condições com forte estigma social, como infecção pelo HIV, os jovens deverão ser informados sobre a importância de manterem sigilo, visando à prevenção de sofrimento ligado à rejeição social e ao *bullying* entre pares. O profissional deve estar preparado para abordar o estresse e o sofrimento resultantes da revelação de uma condição incurável e potencialmente letal. Estudos indicam que a revelação do diagnóstico, principalmente em casos de doenças carregadas de estigma, redução de sobrevida e carência de diálogo na sociedade, pode estar associada a transtornos afetivos, como a depressão, e piora da evolução clínica (Petersen *et al.*, 2010; Elliott-Desorbo *et al.*, 2009). Por outro lado, a comunicação adequadamente conduzida pode representar um fator de proteção à saúde (Menon *et al.*, 2007).

Adesão ao tratamento

Pode ser entendida, de modo simplificado, como o grau de precisão com que o paciente segue as recomendações da equipe de saúde. É um processo complexo e dinâmico, envolvendo fatores ligados ao paciente, à família, à equipe de saúde e à estrutura da rede de cuidado. A adesão adequada é indiscutivelmente o fator mais importante para o sucesso do tratamento. Sua

efetividade pode ser reduzida por fatores fisiológicos, como os efeitos adversos dos medicamentos; práticos, como a incompreensão em relação ao uso de esquemas e dispositivos terapêuticos; e psicossociais, como as dificuldades de aceitação do diagnóstico, crenças e transtornos afetivos. Existem diferentes instrumentos para a avaliação da adesão. A maior parte avalia o uso de medicamentos, mas também pode ser avaliada a adesão a procedimentos e recomendações comportamentais. As taxas de adesão relatadas na literatura de saúde são variáveis. De maneira geral, situam-se em torno de 50%. Em serviços de referência, com o emprego de procedimentos e instrumentos dedicados, as taxas são mais elevadas, variando de 75 a 100% (McGrady e Hommel, 2013).

A atuação do psicólogo em relação à adesão deve ser empática, transparente e isenta de julgamento. Deve-se compreender a importância de harmonizar os desfechos fisiológicos, como o controle de marcadores laboratoriais, o crescimento, a nutrição e a aptidão física, com as necessidades de bem-estar, a fim de que os tratamentos não tenham efeito prejudicial sobre a vida familiar, escolar e social. Essa harmonização pode ser difícil em casos de doenças graves, com necessidade de múltiplos medicamentos, procedimentos desconfortáveis e internações hospitalares. Na maior parte das situações, a simplificação de esquemas terapêuticos, como a redução do número de ingestas diárias de medicamentos, tem sua efetividade comprovada. Diversas abordagens práticas podem ser utilizadas, como telefonemas e visitas domiciliares, incluindo o uso de aplicativos para *smartphones*. A motivação e a negociação de fatores facilitadores de adesão para o paciente e a família devem ser abordadas em todas as consultas. Em casos de maior dificuldade, principalmente se forem detectadas comorbidades de saúde mental, abordagens psicoterápicas e medicamentosas poderão ser utilizadas. Os principais desfechos positivos observados são a redução da necessidade de cuidado pelos serviços de saúde e a melhora na qualidade de vida (McGrady *et al.*, 2015).

Manejo do estresse e apoio à resiliência

O conceito de resiliência, originário da ciência de materiais, tem sido empregado com frequência na área de saúde mental. Pode ser resumido como a capacidade de enfrentamento e ressignificação dos eventos adversos no curso da vida. Essa capacidade envolve processos dinâmicos, com base neurobiológica e socioambiental. O balanço entre fatores de proteção e de risco pode influenciar a gênese de comportamentos resilientes. Entre os fatores de proteção, destacam-se características inatas de temperamento e presença de rede de apoio familiar, social e afetiva. Entre os fatores de risco, destacam-se os eventos estressores, associados às doenças crônicas (Wu *et al.*, 2013).

Os profissionais de saúde mental podem ser instrumentais no favorecimento de comportamentos resilientes. A doença crônica proporciona a oportunidade de trabalho conjunto da equipe, para a implantação de uma linha de cuidado que transcenda a doença. Os jovens, independentemente do comprometimento da saúde física, desejam viver de forma plena, experimentando conflitos e questionamentos associados ao desenvolvimento somático e emocional. Os cuidadores também esperam vivenciar esse papel, mas a presença da doença crônica na família nem sempre a torna possível. O surgimento da doença crônica na infância, adolescência ou juventude desencadeia a necessidade do surgimento de um cuidador capacitado. A gama de novas experiências a serem enfrentadas e a força do vínculo entre os jovens e seus pais ou cuidadores propiciam, a ambos os grupos, a oportunidade de grande amadurecimento psíquico.

Alguns estudos relatam que jovens portadores de doenças crônicas apresentam frequência aumentada de comportamentos associados a riscos à saúde, como práticas sexuais inseguras e uso abusivo de álcool e substâncias psicoativas. Esses riscos devem ser cuidadosamente avaliados pelos profissionais, com a eventual implantação de medidas de orientação e prevenção (Louis-Jacques e Samples, 2011).

Suporte familiar

Apesar da grande diversidade cultural humana, o arranjo de família nuclear é um elemento comum à vida civilizada. Desse modo, a família constitui uma instituição social decisiva para o desenvolvimento saudável de seus membros. São esparsas, porém consistentes, as informações na literatura de saúde sobre avaliações sistemáticas do papel do suporte familiar em adolescentes com doença crônica. A existência de doença crônica em um dos membros da família frequentemente exige um rearranjo dos papéis e expectativas dos demais. Pais ou cuidadores bem preparados, capazes de prover um cuidado consistente e positivo, proporcionam ambientes seguros e acolhedores para o desenvolvimento de jovens. Uma revisão sistemática recente demonstra que programas de educação para suporte familiar, principalmente com técnicas de reuniões em grupo orientadas por profissionais especificamente preparados, são eficazes em reduzir os conflitos familiares e contribuir para o desenvolvimento de autocuidado por parte dos jovens (Jackson *et al.*, 2016).

Suporte social

O desenvolvimento cerebral normal do adolescente e do adulto jovem apresenta, entre suas características mais marcantes, a

necessidade de pertencimento social, que se manifesta principalmente no relacionamento com os pares da mesma faixa de idade. A intensa atividade do sistema límbico traduz-se em acentuada emotividade e afetividade. As doenças crônicas podem ocasionar vivências divergentes em relação à necessidade de convívio social dos jovens. A gravidade clínica pode resultar em retardamento da puberdade, prejuízo ao crescimento e alterações de morfologia corporal. Restrições alimentares, frequentes realização de procedimentos, ingestão de medicamentos e instabilidade clínica podem impedir atividades grupais, como a frequência a festas, reuniões, acampamentos e atividades esportivas. A vitimização por *bullying*, no contexto da escola, do grupo social e de ambientes virtuais, constitui fator adicional de estresse.

A percepção de suporte social, representada pelo senso de conexão com os pares no contexto da vida escolar e nos momentos de lazer, está associada, em alguns relatos, a desfechos favoráveis de qualidade de vida e de autoeficácia no cuidado em saúde. Nesse cenário complexo, o psicólogo pode contribuir com a escuta atenciosa e auxílio na implementação de medidas de integração e de suporte social (Santos *et al.*, 2016).

Um componente significativo do suporte social é a avaliação realizada pelo assistente social sobre recursos de suporte material e financeiro fornecidos pelo estado. Pacientes com doenças crônicas poderão receber benefícios, no contexto da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). O recebimento desses benefícios pode ser instrumental no aumento da segurança material e alimentar, reduzindo os estressores e possibilitando maior dedicação ao cuidado.

Diagnóstico e tratamento da ansiedade e da depressão

A depressão e a ansiedade são as comorbidades mais comuns de quem vive com uma doença crônica. São transtornos mentais que causam impacto significativo na vida do indivíduo. Os sintomas mais comuns da depressão são a perda de interesse em atividades, baixa autoestima, distúrbios de sono, apetite e afetividade, associados a risco de suicídio. Já a ansiedade é caracterizada por sintomas emocionais, físicos e comportamentais que manifestam desconforto, medo e preocupação. São transtornos diferentes, mas que podem acontecer concomitantemente em um mesmo indivíduo. Revisões de literatura destacam que a prevalência de depressão e ansiedade em jovens com doenças crônicas e seus cuidadores oscila entre 20 e 70%, em parte devido às diferenças metodológicas dos estudos. Essas prevalências são uniformemente superiores às observadas em grupos de controle saudáveis (Pinquart e Shen, 2011).

A patogênese da depressão e da ansiedade, nesse cenário, é multifatorial, mediada pelos efeitos do processo inflamatório associado às doenças crônicas e do estresse psicossocial sobre áreas subcorticais do cérebro, envolvendo principalmente a interação entre a amígdala e o córtex pré-frontal.

Os profissionais envolvidos no cuidado de jovens com doenças crônicas devem manter atitude de vigilância na detecção de depressão e ansiedade. Para a triagem diagnóstica, podem ser aplicadas escalas padronizadas e validadas no Brasil, como os inventários de depressão e ansiedade de Beck, ou os critérios da 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V, 2014).

O tratamento mais eficaz consiste na combinação de abordagem psicoterápica e medicamentosa. Sempre que houver disponibilidade, psicólogos e psiquiatras devem colaborar nesse cuidado (Bennett *et al.*, 2015).

Transição do cuidado para serviços de clínica de adultos

A qualidade do vínculo estabelecido entre a equipe de saúde e os pacientes e cuidadores pode sofrer abalos no processo de transição para o cuidado por serviços de adultos. Esse processo ocorre geralmente entre os 20 e os 24 anos, e não pode ser caracterizado como uma simples transferência. Frequentemente, a condução inadequada desse processo resulta na deterioração da qualidade do cuidado e da saúde dos jovens com doenças crônicas. Uma transição bem-sucedida deve ser planejada conjuntamente por pacientes, familiares e equipe. Não deve ser delimitada pela faixa etária, mas pelas condições específicas de desenvolvimento de cada jovem. O psicólogo deve participar ativamente no planejamento do processo de transição. O jovem deve ser preparado para o reforço do autocuidado, devendo ser assegurado um acompanhamento adequado por parte dos profissionais das equipes pediátrica e clínica. O sucesso do processo de transição é caracterizado pela avaliação de desfechos clínicos, como a manutenção dos indicadores de saúde, e psicossociais, como bem-estar e qualidade de vida (Berens *et al.*, 2017).

Programas estruturados de transição são relatados na literatura. Diferentes técnicas têm sido estudadas, incluindo oficinas para jovens, sessões individuais com enfermeiros, intervenções educacionais com o uso da internet e programas abrangentes com coordenadores especificamente designados. A efetividade de algumas intervenções foi demonstrada pelo aumento do conhecimento dos jovens sobre suas condições e por incrementos na autoeficácia do cuidado (Campbell *et al.*, 2016).

Cuidados paliativos

A disponibilidade de acolhimento e de escuta deve estar presente durante todo o seguimento do paciente e seus cuidadores, e assume importância fundamental em casos de esgotamento de recursos terapêuticos. Nessa fase, a promoção do alívio e conforto, o manejo adequado dos sintomas, o respeito às decisões e aos desejos do paciente e o suporte aos cuidadores constituem os objetivos da abordagem multiprofissional denominada cuidados paliativos. A atuação do psicólogo nessa modalidade de cuidado poderá contribuir para a construção de uma relação que resulte em mais qualidade de vida para o paciente.

A importância das intervenções psicológicas em cuidados paliativos, considerando o grau de sofrimento vivenciado pelo paciente e seus familiares/cuidadores, torna-se crítica com a proximidade da morte. O profissional psicólogo, que ocupa importante papel no trabalho em equipe, pode atuar de maneira criativa, mas com um referencial teórico consolidado, com o objetivo de reduzir o sofrimento de todos os envolvidos no processo (Melo *et al.*, 2013).

Estruturação de serviços de saúde para o cuidado integral

Diante da complexidade do cenário, os profissionais responsáveis pelo cuidado de jovens com doenças crônicas defrontam-se com o desafio de identificar as necessidades e prioridades do paciente e dos cuidadores. A abordagem dessas necessidades enfatiza a importância do trabalho de equipe em condições físicas e materiais adequadas ao atendimento de qualidade. Os recursos materiais e humanos deverão contribuir para um atendimento humanizado, com equilíbrio entre o cuidado clínico e os aspectos emocionais (Botega, 2012).

A inserção da competência do psicólogo será otimizada na atuação em equipe multiprofissional, em nível interdisciplinar. Essa atuação se caracteriza por uma prática colaborativa e negociada sem hierarquias rígidas, com fluxo horizontal de ideias e responsabilidades. Essa organização possibilita que as equipes trabalhem de modo ativo e contínuo, com comunicação, planejamento e ação conjuntos, visando a alcançar metas compartilhadas. Em razão da flexibilidade dessa abordagem, as competências de todos podem ser otimizadas, proporcionando um ambiente de criatividade e inovação.

No contexto da equipe multiprofissional, a atuação do psicólogo poderá contribuir para possibilitar maior qualidade de vida aos pacientes e familiares em acompanhamento. Sua atuação deve ser integrada ao cuidado do paciente junto com a equipe, com ênfase na identificação, compreensão e manejo dos fatores emocionais. Cada fase do adoecer pode levar a diferentes demandas que nem sempre se limitam às consequências da doença.

Infelizmente, poucos serviços de referência contam com profissionais de todas as áreas necessárias para uma linha de cuidado qualificada. A composição mínima da equipe de cuidado deve incluir médicos (em geral, pediatras), psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais. Adicionalmente, membros da equipe de saúde, como psiquiatras, farmacêuticos, nutricionistas, fisioterapeutas e agentes de saúde, contribuirão para a qualidade do cuidado. Cada profissional deverá ter um papel estabelecido nesse cuidado, visando ao objetivo comum de prover a maior abrangência possível. Esse cuidado deve levar em consideração não apenas o momento da doença que o indivíduo está enfrentando mas também seu momento de vida e a rede de apoio familiar e social. A complexidade no cuidado dessa população requer discussão e manejo contínuos da equipe, que deve estar atenta a modificações no curso clínico ou eventos da vida cotidiana.

O enfrentamento dos desafios do cuidado de crianças, adolescentes e jovens com doenças crônicas é uma tarefa complexa. A abordagem deve ser centrada na pessoa e na família, dando-se ênfase ao respeito e à comunicação de alta qualidade, envolvendo o paciente nas decisões sobre o cuidado e com negociação de desfechos de interesse comum entre paciente, família e equipe de profissionais. A experiência da doença deve ser abordada com igual ênfase em relação aos aspectos clínicos e fisiopatológicos. Nessa abordagem, a participação do profissional de saúde mental é fundamental e indispensável. Deve-se estabelecer uma relação empática entre o jovem e a equipe de profissionais.

Uma estratégia promissora, apresentando crescente incorporação no cuidado de jovens com doenças crônicas, é a inclusão de instrumentos com medidas de avaliação das percepções de pacientes e familiares. Essas medidas são englobadas no conceito de “medidas de desfechos relatados pelo paciente”. Quando adequadamente empregadas, são capazes de descrever diretamente como as pessoas se sentem ou funcionam em relação à condição de saúde ou seu tratamento. Diversos instrumentos voltados à avaliação de desfechos, como questionários que avaliam conhecimento sobre diagnóstico e tratamento, qualidade de vida, resiliência, satisfação com a vida, suporte familiar e social e rastreamento de transtornos mentais, podem ser utilizados e incorporados na prática. Esta última abordagem tem sido proposta, nos últimos anos, como uma maneira de compreender melhor os desafios comuns aos jovens, seus cuidadores e profissionais de saúde (Nelson *et al.*, 2015).

O trabalho do psicólogo no âmbito das doenças crônicas deve abranger a tríade paciente, família e profissionais de saúde,

visando ao bem-estar físico e emocional. A família, no processo da doença, pode adoecer também emocionalmente e ter que lidar com angústias e perdas durante essa vivência. Sendo um processo carregado de significados importantes, cabe também ao psicólogo trabalhar no sentido de garantir um bom vínculo entre paciente/família e equipe. Deve oferecer amparo nos diferentes níveis de tratamento, bem como intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família e destes em relação ao processo de adoecer (Angerami-Camon *et al.*, 2010; CFP, 2007).

O psicólogo deve dar espaço para a subjetividade e acolher as angústias, oferecendo uma escuta que possibilite ao indivíduo dar novos significados aos seus conflitos. O processo do adoecimento pode mobilizar no paciente pensamentos, sentimentos, comportamentos, ligados à subjetividade (Simonetti, 2004). Além disso, a complexidade do tratamento, a quantidade de medicamentos e procedimentos necessários ao cuidado, somados a efeitos colaterais, aceitação da doença e disponibilidade de tempo, são fatores que dificultam o seguimento adequado do tratamento, podendo resultar em desafios diferentes e significativos. As limitações impostas pelas doenças crônicas podem afetar a saúde mental e a qualidade de vida não somente dos acometidos pela doença mas também dos cuidadores, os quais, muitas vezes, vivem o desafio do estresse prolongado, lidando com os eventuais problemas de saúde que as crianças e os adolescentes com doenças crônicas enfrentam, além de conciliar essa função com as exigências do cotidiano (Rolland, 1995).

Nos serviços ambulatoriais hospitalares, apesar do *setting* não tradicional, com atendimentos que variam de acordo com as necessidades do paciente e características do serviço, o espaço de escuta pode ser oferecido com o objetivo de acolher as angústias emergentes mobilizadas naquele momento e o reflexo dessas questões para o indivíduo e para sua família. A escuta do sujeito que sofre é um método proposto pela Psicanálise para uma escuta de si e seu efeito terapêutico pode ser singular, dependendo da relação estabelecida com o profissional. O desenvolvimento dessa proposta terapêutica é imprevisível em razão da demanda e de especificidades do funcionamento do ambulatório, por isso, a importância da flexibilidade e da criatividade diante dos obstáculos apresentados (Fochesatto, 2011; Bruscatto *et al.*, 2012).

As especificidades dos serviços públicos podem influenciar o andamento do processo terapêutico. Pacientes e familiares frequentemente dependem de transporte público e enfrentam longas esperas para o atendimento, pela escassez de profissionais e falta de verba para atender as necessidades dessa população (Andrade e Simon, 2009).

Necessidades práticas, como encaminhamentos especializados, realização de exames e comunicação entre diferentes serviços na linha de cuidado impõem grandes desafios à equipe de saúde. O psicólogo pode atuar também no suporte operacional à própria equipe, muitas vezes confrontada com sua própria impotência diante de situações extremamente complexas.

A formação de grupos operativos pode constituir uma estratégia viável para a interação entre os membros da equipe de saúde. Além de proporcionar melhor enfrentamento das questões clínicas e psicossociais relativas aos pacientes e cuidadores, também podem oferecer à equipe a possibilidade de gerenciar suas dificuldades diante das demandas apresentadas. Essa estratégia tem por objetivo incentivar os envolvidos a apresentar um posicionamento crítico das situações apresentadas, proporcionando aprendizado diante das discussões e novas propostas compartilhadas (Bastos, 2010).

O grupo operativo permite o estabelecimento de papéis e objetivos comuns aos profissionais envolvidos no cuidado, otimizando o atendimento das necessidades de quem está sendo cuidado. Esse cuidado deve levar em consideração não somente o momento da doença que o indivíduo está enfrentando, mas também seu momento de vida e a rede de apoio familiar e social. A complexidade no cuidado dessa população requer contínua discussão e manejo da equipe, que deve estar atenta às modificações e suas consequências para a saúde do paciente e da família.

A dinâmica de trabalho do grupo operativo, baseada em uma proposta de cuidado terapêutico individual, requer que cada membro da equipe se responsabilize pelo encaminhamento de problemas correspondentes às suas competências específicas. Os cuidados devem focar um maior envolvimento da família, o compartilhamento das funções e o direcionamento adequado das diversas demandas que podem emergir. A articulação das competências específicas de médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais possibilita o acesso a recursos ligados ao hospital e à comunidade.

No serviço de imunodeficiência pediátrica do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, centro de referência para o tratamento de crianças, adolescentes e jovens infectados pelo HIV, a equipe multiprofissional adquiriu experiência no cuidado de pacientes, vivenciando situações complexas tanto nos aspectos clínicos quanto psicossociais. As principais estratégias utilizadas têm sido a formação do grupo operativo, combinada à elaboração de planos terapêuticos singulares (Campos e Guerrero, 2010).

Caso clínico

O Exemplo 14.1 apresenta o caso de um adolescente com infecção pelo HIV.

Adolescente, sexo masculino, 15 anos, natural e procedente do município de Campinas, estava em seguimento pelo serviço de imunodeficiência pediátrica com diagnóstico de infecção pelo HIV por transmissão vertical (mãe-filho). Apresentava seguimento clínico irregular. Observavam-se faltas frequentes às consultas programadas. A adesão à terapia antirretroviral apresentava falhas, com ingestão de menos de 50% das doses recomendadas. Ao ser questionado sobre as razões para a falha de adesão, relatava intolerância à ingestão dos medicamentos (náuseas). Em consequência do tratamento irregular, sua evolução clínica apresentou gravidade progressiva, com o desenvolvimento de infecção ocular (retinite) e intestinal (enterocolite) por citomegalovírus. Esse diagnóstico caracterizou infecções oportunistas ameaçadoras de vida, representativas da fase avançada da infecção pelo HIV, com grave imunossupressão. Apresentava também desnutrição calórico-proteica e retardamento puberal. O paciente tinha conhecimento do diagnóstico e da gravidade de seu quadro, porém não parecia ter plena compreensão dos riscos para sua sobrevivência. Era tratado pelos familiares com quem convivia (mãe e irmã mais velha) de maneira infantilizada.

Em função da gravidade do quadro clínico, foi internado em enfermaria pediátrica. A equipe multiprofissional, composta por pediatra supervisor, residente em Pediatria, psicóloga, assistente social e enfermeira, abordou o enfrentamento da situação com a técnica de grupo operativo, por meio de duas reuniões semanais, e elaboração de plano terapêutico singular, com reavaliações a cada reunião. A psicóloga exerceu o papel de relatora, organizando e sintetizando as discussões do grupo.

Foram abordados principalmente os seguintes aspectos:

- Tratamento da infecção por citomegalovírus: foi priorizado, devido ao risco de morte ou sequela grave. Foi necessário o uso de medicamentos antivirais via intravenosa durante 4 semanas. Essa abordagem foi coordenada pelos pediatras
- Dificuldade de adesão ao tratamento: foi realizada observação direta da ingestão dos medicamentos antirretrovirais; nas doses iniciais, o paciente queixou-se de náuseas e recebeu tratamento sintomático. O esquema terapêutico elaborado foi necessariamente complexo, devido à presença de resistência viral comprovada por teste de genotipagem. Foi necessária a combinação de cinco medicamentos antirretrovirais, incluindo um medicamento de aplicação subcutânea, moderadamente dolorosa. Houve adequação dos horários de ingestão dos medicamentos, com resolução da intolerância ao combinar-se a ingestão dos medicamentos com as refeições (café da manhã e jantar). Nessa etapa, foi enfatizada a importância da adesão ao tratamento junto ao paciente e cuidadores. Essa abordagem foi coordenada por pediatras, psicóloga e enfermeira
- Avaliação do suporte familiar: realizada entrevista com familiares, detalhando a composição da família. O paciente tinha seu núcleo familiar constituído por mãe e irmã mais velha, que compartilhavam seu cuidado, e padrasto, que tinha pouca participação no cuidado. O pai estava ausente do núcleo familiar havia anos, sendo afetivamente distante do filho. A renda familiar era satisfatória e as condições materiais da moradia adequadas. A mãe apresentava limitação física decorrente de sequelas de trauma anterior por acidente automobilístico. O tratamento do trauma envolveu transfusão sanguínea, que resultou na infecção materna pelo HIV. A mãe demonstrava dificuldade de aceitação do próprio diagnóstico, manifestando sentimentos de negação e revolta, e apresentava falha de adesão a seu próprio tratamento. A irmã mais velha, adolescente, exercia importante papel no cuidado cotidiano do paciente. Ambas, mãe e irmã, apresentavam atitude ambivalente em relação à supervisão e implantação efetiva do tratamento do paciente, alegando que os medicamentos causavam desconforto e que o paciente era desobediente. Foi realizada breve abordagem terapêutica, com escuta dos relatos de mãe e irmã, acolhimento das demandas e devolutiva da importância da mãe assumir a supervisão e administração do tratamento, em razão da responsabilidade afetiva, ética e

legal dos pais de adolescentes portadores de doenças crônicas. Abordagem coordenada por psicóloga, assistente social e enfermeira

- Avaliação de suporte social: a família contava com parentes próximos como principal sistema de apoio. Apresentava poucos vínculos comunitários. O paciente não frequentava a escola, em desacordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990). Optou-se por envolver a equipe do Programa de Saúde da Família da área de sua residência, com programação de visitas diárias do paciente, após a alta hospitalar, para ingestão supervisionada de medicamentos no centro de saúde, e visitas domiciliares semanais. Adicionalmente, a avaliação social revelou que o paciente poderia receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC), fonte de significativo suporte material. A abordagem foi coordenada por assistente social e enfermeira.

Desfecho do caso

O tratamento hospitalar foi bem-sucedido. O paciente apresentou controle da infecção por citomegalovírus e recuperação nutricional. Ao receber alta, demonstrava boa adaptação ao tratamento. A mãe e a irmã foram orientadas a monitorar e observar diretamente a ingestão dos medicamentos. O medicamento injetável foi aplicado diariamente no Centro de Saúde. Nas consultas de seguimento, recebeu acompanhamento regular por psicóloga, com acolhimento das angústias e escuta ativa de suas vivências. A supervisão da adesão ao tratamento foi realizada pelo uso de questionário padronizado durante as consultas e controle da retirada dos medicamentos, coordenado pela farmacêutica. A abordagem motivacional e informativa, coordenada pela enfermeira, foi bem-sucedida, com capacitação progressiva do adolescente para o autocuidado. Com articulação coordenada pela assistente social, voltou a frequentar a escola. Gradativamente, tornaram-se desnecessárias as visitas ao Centro de Saúde e o paciente evoluiu com recuperação clínica e imunológica, mantendo seguimento regular em consultas programadas. Atualmente, é um jovem saudável de 23 anos, estando em processo de transição para o cuidado no grupo de adultos. A equipe avaliou a abordagem como muito bem-sucedida. Foi destacada, em discussões, a grande mobilização de diferentes competências profissionais e sociais para o cuidado de um paciente individual. Um aspecto importante da dinâmica do cuidado foi a gradativa aquisição de autonomia pela família e pelo paciente.

Considerações finais

Ao serem recebidos em um serviço de referência para o cuidado de doenças crônicas, os jovens e seus familiares encontram-se fragilizados e vulneráveis. As vivências incluem situações de dúvida, angústia e insegurança, que terão diferentes manifestações, conforme o significado atribuído a elas. As situações de estresse podem resultar em maior risco de sintomas de depressão e ansiedade nas diversas etapas do enfrentamento da doença crônica. Cabe à equipe proporcionar um acolhimento dessas experiências, em um ambiente de respeito e empatia. Essa atitude por parte dos profissionais resultará em impactos positivos sobre desfechos clínicos e psicossociais.

As múltiplas atribuições do psicólogo, como membro da equipe multiprofissional de saúde, devem contribuir para a plena realização do potencial de cada criança, adolescente ou jovem portador de doença crônica. O apoio ao enfrentamento das inúmeras adversidades vividas por jovens e familiares pode ter efeitos transformadores. O cuidado bem-sucedido pode proporcionar o desenvolvimento de indivíduos capazes de seu autocuidado, dotados de emoções positivas, engajamento comunitário, relacionamentos maduros, vidas plenas de significado e conquistas ligadas à vida afetiva, intelectual e profissional.

Referências bibliográficas

- Andrade, J. F. S. M.; Simon, C. P. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. Paideia, v. 19, n. 43, p. 167-75, 2009.
- Angerami-Camon, V. A.; Trucharte, F. A. R.; Knijnik, R. B. *et al.* Psicologia hospitalar: teoria e prática. 2. ed. São Paulo: Cengage, 2010.
- APA. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-V). 5. ed., 2014.
- Bastos, A. B. B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. Psicólogo Informação, v. 14, n. 14,

- p. 160-9, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092010000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Bennett, S.; Shafran, R.; Coughtrey, A. *et al.* Psychological interventions for mental health disorders in children with chronic physical illness: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, v. 100, n. 4, p. 308-16, 2015.
- Berens, J. C.; Jan, S.; Szalda, D. *et al.* Young adults with chronic illness: how can we improve transitions to adult care? *Pediatrics*, v. 139, n. 5, 2017.
- Botega, N. Psiquiatria no hospital geral: histórico e tendências. In: Botega, N. J. (Org.). *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 17-32.
- Bruscato, W. L.; Fregonese, A. A.; Braga, A. P. S. *et al.* A Psicologia na saúde: da atenção primária à alta complexidade. O modelo de atuação da Santa Casa de São Paulo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 20 jul. 2017.
- Campbell, F.; Biggs, K.; Aldiss, S. K. *et al.* Transition of care for adolescents from paediatric services to adult health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 4, CD009794, 2016.
- Campos, G. W. S.; Guerrero, A. V. P. *Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- CFP. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP 013/2007, Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia, 2007.
- Elliott-Desorbo, D. K.; Martin, S.; Wolters, P. L. Stressful life events and their relationship to psychological and medical functioning in children and adolescents with HIV infection. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 52, n. 3, p. 364-70, 2009.
- Fochesatto, W. P. F. A cura pela fala. *Estudos de Psicanálise*, n. 36, p. 165-71, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300016&lng=pt&tlng=pt.
- WHO. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. *Chron*, v. 32, n. 11, p. 428-30, 1978.
- Jackson, A. C.; Liang, R. P.; Frydenberg, E. *et al.* Parent education programmes for special health care needs children: a systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, v. 25, n. 11-12, p. 1.528-47, 2016.
- Jung C. G. *Visions: notes of the seminar given in 1930-1934*. v. 1. Nova Jersey: Princeton University Press; 1997.
- Louis-Jacques, J.; Samples, C. Caring for teens with chronic illness. *Current Opinion in Pediatrics*, v. 23, n. 4, p. 367-72, 2011.
- McGrady, M. E.; Hommel, K. A. Medication adherence and health care utilization in pediatric chronic illness: a systematic review. *Pediatrics*, v. 132, n. 4, p. 730-40, 2013.
- McGrady, M. E.; Ryan, J. L.; Gutiérrez-Colina, A. M. *et al.* The impact of effective paediatric adherence promotion interventions: systematic review and meta-analysis. *Child: Care, Health and Development*, v. 41, n. 6, p. 789-802, 2015.
- Melo, A. C.; Valero, F. F.; Menezes, M. A intervenção psicológica em cuidados paliativos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 14, n. 3, p. 452-69, 2013. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000300007&lng=pt&tlng=pt.
- Menon, A.; Glazebrook, C.; Campaign, N. *et al.* Mental health and disclosure of HIV status in Zambian adolescents with HIV infection. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 46, n. 3, p. 349-54, 2007.
- Nelson, E. C.; Eftimovska, E.; Lind, C. *et al.* Patient reported outcome measures in practice. *BMJ*, v. 350, p. 10-14, 2015.
- Patton, G. C.; Sawyer, S. M.; Santelli, J. S. *et al.* Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, v. 387, n. 10.036, p. 2423-78, 2016.
- Petersen, I.; Bhana, A.; Myeza, N. *et al.* Psychosocial challenges and protective influences for socio-emotional coping of HIV adolescents in South Africa: a qualitative investigation. *AIDS Care*, v. 22, n. 8, p. 970-78, 2010.
- Pinquart, M.; Shen, Y. Anxiety in children and adolescents with chronic physical illnesses: a meta-analysis. *Acta Paediatrica*, v. 100, n. 8, p. 1069-76, 2011.
- Rolland, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: Carter, S.; Goldrinle, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 372-92.
- Santos, T.; Matos, M. G.; Marques, A. *et al.* Adolescent's subjective perceptions of chronic disease and related psychosocial factors: highlights from an outpatient context study. *BMC Pediatrics*, v. 16, n. 1, 2016.
- Sawyer, S. M.; Drew, S.; Yeo, M. S. *et al.* Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. *The Lancet*, v. 369, n. 9571, p. 1.481-89, 2007.
- Simonetti, A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- Stein, R. E.; Bauman, L. J.; Westbrook, L. E. *et al.* Framework for identifying children who have chronic conditions: The case for a new definition. *The Journal of Pediatrics*, v. 122, n. 3, p. 342-47, 1993.

Psicólogo em Equipe Multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva Adulto

Carina Basqueira Lourenço • Taiana Carina Henrique

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Qualquer alteração em algum desses estados denomina-se doença, que pode ser tratada em âmbito domiciliar, ambulatorial e hospitalar (Segre e Ferraz, 1997).

A unidade de terapia intensiva adulto (UTI-A) é destinada ao acolhimento de pacientes em estado grave com possibilidade de recuperação, que requerem monitoramento constante e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes. Seu objetivo básico é recuperar ou dar suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam (Cuchi, 2009).

A procedência do paciente internado na UTI-A pode ser do Centro Cirúrgico e/ou de enfermarias de especialidades, como Clínica Médica, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Coloproctologia, Vascular, Plástica, Neurocirurgia, Neurologia, Cardiologia, Infectologia, Clínica Cirúrgica e Pronto-socorro, além de encaminhamentos de outros hospitais que não dispõem de recursos necessários para cuidar do paciente (Pregnotatto e Agostinho, 2010).

A UTI-A aborda diversos diagnósticos e patologias como acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico e hemorrágico, meningites, aneurismas, traumatismo craniano leve, moderado e grave, pré e pós-operatório de trauma medular, alterações metabólicas graves, insuficiência respiratória grave, politraumas, pré e pós-operatório de diversas cirurgias, como cardíaca, abdominal, torácica, ortopédica, neurológica, oncológica, entre outros diagnósticos (Favarin e Camponogara, 2012).

A Portaria n. 3.432 de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde (Brasil, 1998), faz referência à equipe em UTI, sendo necessária a participação multiprofissional, composta por médicos intensivistas, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionista, assistente social, entre outros, para que o tratamento em questão seja o mais completo possível.

Com base em nossa experiência, para o aumento da sobrevida e o controle do quadro clínico, a maioria dos pacientes internados em UTI-A necessita de sedação (“coma induzido”), ventilação mecânica associada à intubação orotraqueal ou traqueostomia (substituição momentânea da respiração), nebulizadores, acesso venoso de origem periférica ou central (utilizado para administração de medicamentos), sonda nasointestinal (utilizada para alimentação), sonda vesical de demora (utilizado para controle de urina), curativos, monitor cardíaco, máquina de hemodiálise (utilizada quando há falha da função renal), banho e restrição no leito, sendo imprescindível o trabalho multiprofissional.

A UTI-A é considerada um ambiente restrito tanto para profissionais quanto para visitas, pois utiliza o máximo de ações que controlem a propagação de infecção hospitalar, para não prejudicar a evolução do paciente, evitando que seja infectado por alguma bactéria multirresistente. Assim, o controle com lavagem das mãos, uso de luvas, máscaras, aventais, entre outros, são importantíssimos quando solicitados pela equipe (Ferreira *et al.*, 2006).

A UTI-A se apresenta como local de crenças, medos e expectativas, os quais vão ao encontro do objetivo de prolongar a vida do paciente, por meio da recuperação de sua saúde, utilizando recursos tecnológicos e cuidados especializados (Santos *et al.*, 2012).

Ambiente e estrutura física da unidade de terapia intensiva

A UTI surgiu da necessidade de aperfeiçoamento dos instrumentais tecnológicos e do aprimoramento das habilidades dos profissionais para o atendimento a pacientes críticos, com necessidades de cuidados complexos (Camponogara *et al.*, 2011).

As UTI, de modo geral, são avaliadas e credenciadas por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos, pela disponibilização de equipamentos, entre outros (CONASS, 2007).

A caracterização da UTI-A pode ser dividida em três tipos (I, II, III), que estão em fase de adaptações. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2010b):

- As UTI tipo I são aquelas em processo de adequação à legislação vigente, ou seja, à Portaria GM/MS n. 3.432/98 (Brasil, 1998), porém, continuam em funcionamento, embora se estude a possibilidade de seus leitos se tornarem semi-intensivos
- As UTI tipo II são aquelas credenciadas em conformidade com a Portaria n. 3.432/1998 (Brasil, 1998), em que constam os critérios minimamente aceitáveis para atendimento a pacientes graves
- As UTI tipo III devem atender aos mesmos critérios das UTI tipo II, pois são critérios mínimos, contudo, são qualificadas, incluindo alguns recursos tecnológicos e humanos, como a ampliação do número de exames no hospital e maior número de equipamentos por paciente ou grupo de paciente, enfermeiro exclusivo (um para cada cinco leitos) e fisioterapeuta exclusivo.

A infraestrutura física da UTI-A é relatada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2010a) como uma área física, que deve conter área coletiva de leitos, quartos de isolamento (para aqueles pacientes que apresentam doenças infectocontagiosas), posto de enfermagem, copa, rouparia, sanitários para pacientes e funcionários, sala de espera para visitantes, almoxarifados (para armazenamento dos materiais para uso do paciente como seringas, agulhas, medicamentos, soros), entre outros. Vale ressaltar também a presença de equipe da copa, limpeza e do almoxarifado para reposição dos materiais.

O ambiente da UTI-A é considerado um dos mais agressivos e tensos do hospital, onde a morte é uma constante, devendo os profissionais estarem sempre alertas para qualquer intercorrência. Outros pontos a serem levantados são privação de sono, ruídos excessivos, invasão de privacidade, grande fluxo de profissionais, quase exclusão dos familiares no processo de cuidado e pouca comunicação (Camponogara *et al.*, 2011).

Por fim, os equipamentos utilizados, bem como a tecnologia, favorecem o atendimento imediato em um paciente crítico, possibilitando segurança para toda a equipe da UTI-A. Em contrapartida, podem contribuir para tornar as relações humanas mais distantes, fazendo o paciente se sentir abandonado, levantando a premissa de que talvez se saiba mais sobre a máquina e pouco sobre a pessoa em cuidado, tratando-a, às vezes, como objeto das determinações ou do cuidado (Marques e Souza, 2010).

Humanização em unidade de terapia intensiva

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH) com o objetivo de deflagrar um movimento no sistema e instituições de saúde para a realização de mudanças nos modos de gestão e de cuidar em saúde (Caderno HumanizaSUS; Brasil, 2011).

O programa HumanizaSUS entende a humanização como:

- A valorização dos indivíduos ligados ao processo de saúde, sejam pacientes ou profissionais
- O estímulo ao indivíduo para ser protagonista de sua recuperação; o estabelecimento de vínculos de forma solidária e do trabalho multiprofissional
- A defesa por um Sistema Único de Saúde (SUS) conhecedor dos brasileiros, oferecendo boa atenção à saúde a todos e a todas
- A adequação aos modelos de gestão às necessidades dos usuários; trabalho multiprofissional pela promoção da saúde de modo benévolo, para que seja mais ágil e resolutiva
- A qualificação das condições de trabalho e atendimento
- O afincamento para construir um SUS mais humanizado com o objetivo de melhorar os serviços prestados, disponibilizando saúde integral a todos os cidadãos.

Na atualidade, vê-se um panorama nas UTI que conduz para a urgência da preocupação com o resgate da humanização. Por definição, humanizar é tornar humano, dar condição humana, agir com bondade natural, tornar benévolo, afável, fazer adquirir hábitos sociais polidos e civilizar.

Então, entre as significações de humanização, destacam-se questões como o resgate da dignidade humana; a empatia; o cuidar; o servir e tratar dos pacientes de modo afetuoso, com atenção, cortesia, delicadeza, prontidão; a resposta às solicitações, comunicação efetiva; e os sentimentos de respeito e dignidade pelos pacientes e familiares. Contudo, a humanização deve ser projetada para além desses aspectos, pois considera a necessidade não só de melhorar o acesso, o acolhimento e o cuidado prestado, mas também o modo de gerir e administrar as práticas de saúde com vistas a qualificar os serviços (Camponogara *et al.*, 2011).

A humanização da assistência tornou-se um desafio, já que a tecnologia evolui cada vez mais e, muitas vezes, verifica-se o envolvimento com as máquinas, tornando o ambiente frio e sem afeto, o que facilita o esquecimento de que está se cuidando de pessoas e que existem outras pessoas dividindo esse espaço, como pacientes, familiares e outros profissionais (Barbosa e Rodrigues, 2004).

O conceito de humanização pode ser traduzido como uma busca incessante pelo conforto físico, psíquico e espiritual de paciente, família e equipe, elucidando sua importância durante o período da internação (Bolela e Jericó, 2006). Nesse sentido, a humanização representa um conjunto de iniciativas que visam à produção de cuidados em saúde, capazes de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento, respeito ético e cultural do paciente, espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício técnico e a satisfação dos profissionais de saúde e usuários (Marques e Souza, 2010).

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), de acordo com Silva (2007), identifica cinco categorias de fatores essenciais ou recomendáveis para uma postura humanizada em UTI-A: ambiente físico, aspectos sensoriais, necessidades do paciente, necessidades da família e necessidades da equipe de saúde.

Ainda segundo a autora, em relação ao ambiente físico, precisam ser preservadas algumas necessidades psicológicas básicas do indivíduo, visando à conservação da noção de identidade pessoal, “respeitando essencialmente seu caráter terapêutico, facilitador da ação da equipe e, sobretudo, não agravante do quadro clínico do paciente” (Silva, 2007, p. 39). Alguns exemplos são: acesso à luz natural, presença de calendários e relógios próximos ao leito, separação de leitos visando a um nível mínimo de privacidade, acesso à televisão, entre outros. Esses elementos contribuem para a manutenção e recuperação da identidade do paciente, a motivação ao tratamento e minimizam as consequências da desorganização espaço-temporal.

Três aspectos sensoriais parecem mais estabelecidos no ambiente de UTI: iluminação, ruído e temperatura. É importante destacar também a necessidade do paciente de contato com seus familiares, os quais devem ser orientados sobre os equipamentos e os cuidados a serem tomados, mas sempre encorajados a se aproximar do paciente, conversar com ele, tocar em seus ombros etc.

Deve-se sempre lembrar que o paciente tem suas necessidades individuais, então, é preciso observar aspectos básicos de humanização, os quais são vinculados aos direitos do paciente como ser humano, por exemplo, “controle da dor, privacidade, direito à informação e de ser ouvido em suas queixas, ambiente adequado para o sono, atenção ao seu pudor, atenção a suas crenças, presença da família e cuidados paliativos” (Silva, 2007).

A AMIB pontua como essenciais para os familiares o fornecimento de informações, segurança e apoio emocional. Também é fundamental o acolhimento dos familiares logo no início da internação, bem como suporte psicológico para suas queixas. Silva (2007) também aponta que, conforme o quinto item, a equipe multiprofissional que atua em UTI-A está exposta a níveis elevados de ansiedade e desafios, sendo fundamental o apoio psicológico.

Em uma revisão integrativa realizada por Reis *et al.* (2016), acerca da humanização do cuidado em UTI-A, os autores verificaram que todos os artigos selecionados de 2009 a 2013, por meio de consulta na Base de Dados da Enfermagem (BDENF) e no índice Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), apresentaram em suas discussões dificuldades para implementação da assistência humanizada. Verificou-se que diante de UTI cada vez mais sofisticadas e modernas, um dificultador da humanização seria a despersonalização das relações do cuidado com enaltecimento dos procedimentos técnicos de alta complexidade.

Assim, pelo fato de a UTI-A ter como perfil de atendimento pacientes graves, ou potencialmente graves, a priorização dos procedimentos importantes para dar suporte e manutenção à vida, tem o potencial de ameaçar ou renegar a coexistência de um trabalho mecanizado e do cuidado humanizado, voltado para a multidimensionalidade do ser humano.

Portanto, para implantar e implementar a humanização no cenário hospitalar, os profissionais precisam desenvolver uma consciência de aprimoramento profissional para que possam acompanhar a evolução das novas tecnologias e aliá-las à escuta, ao diálogo e à solidariedade durante o processo de cuidado. A humanização precisa ser sentida e percebida pelos pacientes,

familiares e equipe de saúde, sendo que cada processo de humanização é único e singular, dependendo de cada profissional, de cada equipe e de cada instituição (Casate e Corrêa, 2005).

Por fim, não há possibilidade de transformar as relações entre pacientes e equipe de saúde em mais humanas se os próprios profissionais não se derem conta da sua importância nesse processo (Costa *et al.*, 2009).

Paciente em unidade de terapia intensiva

O paciente, ao entrar no hospital, perde muitas de suas referências do meio externo onde vive. Ao adoecer, o ser humano deixa de ocupar sua posição diante da sociedade, impedindo-o muitas vezes de realizar suas funções, por exemplo, ser membro de um grupo de trabalho, social e familiar (Pregnotatto e Agostinho, 2010).

Diversos são os tipos de pacientes internados na UTI-A, pois as etiologias das doenças são diferentes. Existem pacientes que se mantêm conscientes, os quais observam atentamente toda a rotina de uma UTI-A, e aqueles que são mantidos sedados (coma induzido) para melhor tratamento e resolução do quadro.

O indivíduo internado na UTI-A fica exposto a diversos fatores estressantes, como restrição ao leito, dependências de cuidados, ruídos, privação de sono e alteração total de sua rotina; torna-se impotente, sendo incapaz de efetuar uma ação para alívio de sua dor, sede e fome; encontra-se impossibilitado de andar, mover-se na cama, falar e até mesmo respirar (Oliveira, 2002). Esses agentes estressores podem ocasionar reações emocionais em diversos níveis, como ansiedade, medo, angústia, insegurança, conflitos internos, entre outros (Santos *et al.*, 2011), sentimentos que devem ser compreendidos e neutralizados por meio de uma pronta intervenção. Assim faz-se necessário a presença constante do psicólogo na UTI-A, tendo sua atuação voltada para a investigação e análise dos quadros comportamentais e situações de risco (Santos *et al.*, 2012).

A experiência da internação em UTI-A, em razão das suas características e rotinas, muitas vezes rígidas e pouco flexíveis, pode causar desconforto por causa da impessoalidade, dependência da tecnologia, isolamento social, falta de privacidade, perda de identidade, autonomia, entre outros, rompendo bruscamente seu modo de viver, que inclui suas relações e seus papéis (Baggio *et al.*, 2011).

Em decorrência da internação na UTI-A, o paciente sofre perdas físicas e subjetivas, ficando afastado de sua família, rotina, casa, amigos, trabalho e lazer, perdendo suas garantias, fazendo questionamentos relacionados à sua recuperação e à vida após a alta, com medo de ser um fardo para a família e preocupado com o emprego (Oliveira, 2002).

Nesse caso, a identidade e a autonomia são afetadas, em virtude de o paciente ser considerado incapaz de escolher, decidir, opinar e expressar-se. Assim, o princípio da autonomia não é exercido, nem mesmo nas situações de higiene pessoal, alimentação e eliminações, configurando sujeição parcial ou total dos que o cuidam, como um mero receptáculo de cuidados técnicos e intensivos (Baggio *et al.*, 2011).

O tratamento implantado nesse ambiente é considerado agressivo e invasivo, traduzindo-se por alta intensidade e complexidade de eventos e situações. Outra característica dessa unidade é a despersonalização do indivíduo, pois o paciente encontra-se fora do seu ambiente familiar, social e profissional para ficar em um ambiente desconhecido (Guirardello *et al.*, 1999).

Desse modo, pacientes conscientes internados em UTI-A, além do sofrimento pelo comprometimento biológico, demonstram desconforto e constrangimento por estarem despidos e serem, muitas vezes, expostos e invadidos em sua intimidade. A perda da privacidade é, portanto, condição adicional de estresse e sofrimento durante a hospitalização (Silveira, 1996).

O modo como cada um lida com esse momento é único e dependerá da história de vida de cada indivíduo e suas ferramentas de enfrentamento (Oliveira, 2002). Um estudo transversal realizado por Mondadori *et al.* (2016) teve por objetivo identificar a percepção dos pacientes em relação aos procedimentos fisioterapêuticos e investigar se há humanização desse atendimento no ambiente de UTI-A. Os autores concluíram que os pacientes demonstram alto grau de aprazimento nos vários aspectos analisados (dignidade, comunicação, autonomia, confiabilidade, garantia, aspectos interpessoais, empatia, eficácia e receptividade) quanto à assistência oferecida pelos fisioterapeutas. Portanto, é imprescindível que os membros da equipe tornem a hospitalização o mais confortável possível para o paciente, pois a privacidade é uma necessidade e um direito de todo ser humano, indispensável para a manutenção de sua dignidade. O acolhimento desses pacientes é necessário, demonstrando uma postura ética, que implica ouvir as suas queixas, suas indagações, seus anseios, suas crenças, sua vida.

O trabalho do psicólogo na UTI-A objetiva identificar aspectos que possam afetar a evolução do paciente e atuar sobre eles, visando à adaptação durante a internação. Sua colaboração ao tratamento, portanto, é no sentido da recuperação e promoção da saúde do paciente (Santos *et al.*, 2012).

Considerando o ambiente da intervenção, cada atendimento deve ter começo, meio e fim, sendo necessárias intervenções pontuais e objetivas, visto que, por diversos motivos, pode não ser possível dar continuidade ao atendimento no dia seguinte. As intervenções psicológicas na UTI-A visaram a criar condições para que paciente e familiares mobilizem recursos internos e externos para lidar com a situação de crise. Cabe a toda a equipe colaborar com o bem-estar do paciente e seus familiares; e ao psicólogo cabe o equilíbrio psíquico do paciente, de seus familiares e, muitas vezes, da equipe, objetivando que ela tenha uma visão global do paciente como um ser humano único (Batista, 2015).

A importância do trabalho do psicólogo com os pacientes internados na UTI-A ocorre pela visão ampla que esse profissional tem dos aspectos emocionais que alteram e comprometem significativamente o estado do paciente. Levam-se em consideração aspectos emocionais, sociais, culturais e familiares, sendo que todos podem ajudar ou dificultar a adesão do paciente ao tratamento e a sua recuperação (Santos *et al.*, 2012).

De acordo com Santos *et al.* (2011), o atendimento psicológico ao paciente durante o processo de adoecimento e durante o tratamento contribui para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à hospitalização; observando-se uma resposta mais adaptada às circunstâncias adversas provindas da hospitalização e à prevenção de quadros psicopatológicos, facilitando a recuperação do paciente.

Importância da família

A família é fundamental na vida dos indivíduos, uma vez que é dos laços afetivos e da história de relações entre seus membros que o sujeito se constitui. Diante do enfrentamento de uma doença, a importância dos laços afetivos torna-se ainda mais evidente, já que questões emocionais podem emergir e a família é quem tem a maior possibilidade de oferecer suporte e apoio (Diener *et al.*, 2011).

A família constitui uma potente força afetiva, devendo ser envolvida em todo o tratamento, visto que são os representantes principais de seu vínculo com a vida e, geralmente, uma das poucas fontes de motivação de que o paciente dispõe para enfrentar o sofrimento durante a hospitalização (Sebastiani, 2010).

É importante observar que o processo do adoecer envolve não somente o paciente que se encontra internado mas também toda a família, que vivencia a hospitalização diariamente. Comumente, a visita em UTI-A tem horário marcado, tempo determinado, número máximo de visitantes, além de inúmeras incertezas, medos, angústias, dúvidas, além da expectativa por “boas notícias” e pela evolução clínica do paciente, mesmo que mínima.

Diante dessa realidade, há a necessidade de se voltar o olhar do psicólogo à família que está sofrendo as consequências da internação. A família, definida por conceitos mais atuais, é uma unidade básica e complexa, com ampla diversidade de estruturas e formas de organizar seu modo de vida, sendo vista como muito especial e importante para a maioria das pessoas. É preciso considerar que se trata de um sistema ou unidade, cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, devendo existir um compromisso e um vínculo entre eles. Acredita-se, portanto, que a família é quem seus membros dizem que são (Almeida *et al.*, 2009).

Em um estudo realizado por Almeida *et al.* (2009), cujo objetivo foi identificar os sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado em UTI-A, os mais relatados foram: ansiedade, preocupação, angústia e tristeza, impotência, dor e mágoa, perda, medo e pânico, confiança e segurança, insegurança, fé e esperança, algo inexplicável. Evidenciou-se que a ansiedade foi o sentimento mais frequente pelo fato de o ambiente ser estranho, de haver procedimentos diversificados, de incertezas com o amanhã ou, ainda, pela expectativa da melhora do familiar.

É comum notar entre os familiares as mais diversas reações emocionais diante do período de internação em UTI-A. Segundo Flach *et al.* (2012), além de a família sofrer um impacto pela doença de um dos seus entes queridos, ela necessita manter o equilíbrio para assegurar o cumprimento das tarefas e das necessidades do membro doente. É a percepção da importância da redistribuição dos papéis e responsabilidades, e, a partir daí, a adaptação à ausência futura e às perdas a serem enfrentadas.

Soares (2007) relata que muitos profissionais de saúde das UTI-A ainda acreditam que o cuidado aos familiares dependa basicamente de habilidades e características individuais, e que essa responsabilidade seja exclusiva de profissionais específicos, como psicólogos e assistentes sociais. Entretanto, embora esses profissionais tenham extrema importância nesse processo, o cuidado dos familiares é de responsabilidade de todos na UTI-A. O autor conclui que cuidar dos familiares dos pacientes sempre foi, antes de tudo, um ato de solidariedade e que depende das habilidades e do conhecimento tácito de cada indivíduo, porém, é também um conjunto de estratégias e intervenções testadas e fundamentadas cientificamente que devem fazer parte do processo de formação de todo profissional de saúde da UTI-A.

O atendimento psicológico sempre se estende do paciente à família, pois ambos estão com medo, inseguros e em meio à crise emocional causada pela internação. Cabe, assim, ao psicólogo orientar os familiares quanto às normas e rotinas da UTI-A;

estimular o contato entre o paciente e sua família; utilizar as informações coletadas com familiares para tranquilizar o paciente sobre os acontecimentos em sua casa e rotina; facilitar a comunicação entre paciente, família e equipe; identificar qual familiar apresenta melhores condições emocionais e intelectuais para o contato com a equipe; acompanhar as visitas médicas verificando se a família compreende o quadro clínico e prognóstico do paciente; e disponibilizar horários para atendimentos individuais aos familiares (Santos *et al.*, 2012).

Santos *et al.* (2011) citam um estudo no qual foram observados benefícios do suporte psicológico aos familiares, como comunicação mais frequente com a equipe de saúde, melhor compreensão das informações recebidas, maior aceitação e enfrentamento da doença e cuidados necessários, além de índices menores de ansiedade.

Um dos grandes questionamentos dos familiares para a equipe é a possibilidade de seu ente morrer, e falar de morte é um tanto difícil. Contudo, é necessário sempre deixar claro para a família o prognóstico do paciente e o risco de morte. Sabe-se que “quando os familiares têm a oportunidade de falar sobre este assunto e de expressar o que sentem, as reações pós-óbito podem se tornar mais amenas e, conseqüentemente, favorecer uma melhor elaboração do luto” (Ferreira e Mendes, 2013).

Desse modo, não se pode deixar de falar sobre o luto antecipatório. De acordo com Ferreira e Mendes (2013), este é configurado como um fenômeno adaptativo no qual é possível que tanto o paciente como seus familiares preparem-se cognitivamente e emocionalmente para o acontecimento próximo: a morte. Isso causa um desequilíbrio, tanto no sistema familiar quanto em cada pessoa individualmente.

Ainda de acordo com as autoras, o ambiente na UTI-A causa constante apreensão, e a situação de proximidade da morte exacerba o estado de estresse e tensão, trazendo fortes fatores psicológicos a serem trabalhados, sendo fundamental o acompanhamento psicológico aos familiares dos pacientes internados na UTI-A.

Equipe multiprofissional

Como abordado anteriormente, a equipe multiprofissional para o tratamento do paciente em UTI-A é composta por diversos profissionais que desenvolvem um trabalho multiprofissional. Todos têm o dever de entender a complexidade da doença em questão, a qual, na maioria das vezes, está associada a múltiplos fatores e causas, difíceis de serem apreendidos e respondidos por um único profissional. Dessa maneira, o trabalho multiprofissional é fundamental para um bom andamento e evolução do quadro clínico, equipe e família.

Sempre deve haver a troca de informações por parte de toda a equipe, pois o paciente e a família fazem parte do processo de internação. Assim, pacientes e familiares devem conhecer toda a equipe que os acompanha e entender sua função no tratamento.

De acordo com a AMIB (2009), a equipe em UTI-A deverá dispor de médico coordenador, médico diarista, médico plantonista, enfermeiro coordenador, enfermeiro assistencial, fisioterapeuta, técnico de Enfermagem, auxiliar administrativo e funcionário responsável pelo serviço de limpeza. As assistências nutricional, farmacêutica, psicológica, fonoaudiológica, social e de terapia ocupacional devem estar integradas às demais atividades assistenciais prestadas ao paciente.

São deveres de toda a equipe:

- Dispor de estrutura organizacional documentada
- Preservar a identidade e a privacidade do paciente, assegurando um ambiente de respeito e dignidade
- Promover ambiente acolhedor; incentivar e promover a participação da família na atenção ao paciente
- Garantir o direito a acompanhante para pacientes pediátricos e adolescentes
- Fornecer orientações aos familiares e aos pacientes, quando couber, em linguagem clara, sobre o estado de saúde do paciente e a assistência a ser prestada desde a admissão até a alta
- Promover ações de humanização da atenção à saúde e dispor de manual de normas e rotinas técnicas implantadas (AMIB, 2009).

O médico tem por finalidade avaliar clinicamente o paciente, realizar as prescrições médicas, analisar e prescrever exames complementares, atender urgências e emergências, avaliar e tomar decisões junto com a equipe, entre outras funções (Brasil, 2011).

A equipe de Enfermagem, composta por enfermeiro, técnicos e auxiliares, tem por finalidade realizar a verificação de sinais vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória, glicemia, avaliação do nível de consciência, realizar banhos e trocas, mudar o paciente de decúbito, evitando ou minimizando o aparecimento de lesões por pressão, administrar as medicações conforme prescrição médica, além de tomar decisões juntamente com a equipe. A equipe da Enfermagem é a que permanece por mais tempo com o paciente e, por esse motivo, o estresse é muitas vezes inevitável, como demonstrado no

estudo de Rodrigues *et al.* (2013).

A equipe de Fisioterapia tem por finalidade manter preservada a ventilação e a oxigenação pulmonar por meio de técnicas manuais que facilitem a saída de secreções, bem como técnicas que necessitem de ventilação mecânica, fazendo sempre que necessário o ajuste de seus parâmetros para evolução do quadro, fortalecimento muscular respiratório, avaliação do nível de consciência, mudança de decúbito e mobilização precoce. Um estudo realizado por Dantas *et al.* (2012) revela que os pacientes submetidos à mobilização precoce apresentaram aumento da força muscular respiratória e da força muscular periférica, evidenciando, sua grande importância.

O papel do nutricionista adjunto no processo de internação se faz necessário. A terapia nutricional em pacientes graves é fundamental, pois sofrem grande perda de nutrientes em razão do estado catabólico no qual se encontram, causado principalmente pelas situações de estresse desencadeadas por doenças, trauma, entre outros (Toloi *et al.*, 2014). Nesse sentido, é inquestionável a importância da terapia nutricional como coadjuvante no processo de recuperação de pacientes internados em UTI. No entanto, com os avanços científicos observados nos últimos anos, nota-se uma mudança no seu objetivo, que inicialmente priorizava suprir as necessidades nutricionais do indivíduo, reduzindo a perda de massa corporal e suas complicações metabólicas. Atualmente, esse conceito tornou-se mais amplo, mostrando a importância do aporte nutricional apropriado na tentativa de reduzir os danos do estresse metabólico e auxiliar a resposta inflamatória por meio da imunomodulação. Nesse contexto, diretrizes nacionais e internacionais auxiliam na adequação da terapia nutricional (TN), procurando, inclusive, priorizar as peculiaridades das lesões que exigem tratamento intensivo (Nascimento *et al.*, 2011).

A equipe da Psicologia deve atuar junto com os agentes envolvidos no processo de hospitalização, assim, o trabalho acontecerá em uma tríade constituída por paciente, familiares e equipe de saúde (Oliveira, 2002). Cabe então, ao psicólogo, assistir ao paciente e atender aos fatores que influenciam sua estabilidade emocional, como orientar e informar as rotinas da UTI-A, avaliar a adaptação do paciente à hospitalização (sono, alimentação, contato com as equipes, aceitação de procedimentos, visitas, entre outros), avaliar o estado psíquico do paciente (orientação, consciência, memória, afetividade, entre outros) e sua compreensão do diagnóstico, além das reações emocionais diante da internação e da doença (Pregolato e Agostinho, 2010). O psicólogo também deve prestar apoio psicológico aos familiares e visitantes, facilitando a comunicação com a equipe e o esclarecimento de dúvidas, oferecendo um espaço onde possam expressar seus sentimentos, medos e angústias. Cabe também ao psicológico oferecer apoio psicológico à equipe, visto que o profissional de saúde também é afetado por sentimentos ambivalentes de impotência e onipotência, entrando em contato com sua própria finitude (Sebastiani, 2010, *apud* Santos *et al.*, 2012).

O papel da Fonoaudiologia teve inserção recente no ambiente hospitalar, atuando em diversas áreas, como UTI neonatal, pediátrica, coronariana, queimados, trauma e oncológica. A avaliação fonoaudiológica na UTI-A visa a identificar as possíveis alterações funcionais que interferem na fase oral e faríngea da deglutição. Para uma avaliação clínica fidedigna, é necessária a utilização de itens descritos na literatura, como o teste da água, a oximetria de pulso e ausculta cervical (Ramos e Silva *et al.*, 2016).

Já a Terapia Ocupacional pode envolver ações de prevenção, promoção, proteção, educação, intervenção e reabilitação do paciente, a fim de prevenir deformidades, disfunções e agravos físicos e/ou psicossociais e afetivos, e promover o desempenho ocupacional e a qualidade de vida do indivíduo (CFFTO, 2012). Apesar de acreditar que o terapeuta ocupacional tem habilidades e técnicas que auxiliam favoravelmente no tratamento do paciente crítico, poucos estudos foram encontrados com essa temática no Brasil e no cenário internacional (Bombarda *et al.*, 2016).

Por fim, observa-se que os profissionais que atuam na UTI-A vivenciam variados sentimentos e emoções, lidando com aspectos ligados à finitude, expectativa dos familiares, pacientes e colegas, escassez de recursos humanos e materiais, impotência e onipotência, entre outros. Por isso, também necessitam de auxílio para lidar com esses sentimentos, os quais muitas vezes os levam a se refugiarem em suas defesas, apoiando-se no racionalismo e não envolvimento, sendo fundamental o suporte psicológico em suas rotinas diárias (Santos *et al.*, 2012).

Caso clínico

O atendimento psicológico sempre se estende do paciente à família, a qual se encontra com medo e insegura em meio à crise emocional causada pelo processo de adoecimento. Desse modo, a equipe de Psicologia deverá ser chamada assim que o paciente e seus familiares chegarem ao hospital, tornando possível oferecer um suporte psicológico ao cônjuge do paciente (Exemplo 15.1), escutando seus medos, angústias e preocupações, visando à redução da ansiedade, enquanto se espera pela cirurgia (Santos *et al.*, 2012).

Após a cirurgia, a paciente do caso clínico foi admitida em UTI-A, mantida sedada em coma profundo, com seus parâmetros

hemodinâmicos e neurológicos monitorados intensivamente.

A equipe médica se reuniu com a família e apresentou o quadro clínico, a situação atual, os planos de cuidados e os passos que seriam tomados nas primeiras horas.

As conversas iniciais com a equipe médica devem ser acompanhadas pela equipe de Psicologia, para que haja uma análise da compreensão da família sobre as informações recebidas e, ao mesmo tempo, fornecer apoio psicológico para que os familiares lidem com suas angústias e sofrimento quando sentirem-se impotentes para ajudar o familiar adoecido e se depararem com o espectro da morte, o qual muitas vezes acompanhará seus pensamentos (Santos *et al.*, 2012).

Exemplo 15.1

História clínica de paciente após AVE hemorrágico.

História clínica

D. A. B., casada, 35 anos, mãe de um filho de 2 anos, gerente administrativa em uma empresa multinacional, fazia uso de anticoncepcional há 13 anos, interrompido apenas durante gestação e amamentação. Seu marido relatou que ela vinha sentindo fortes dores de cabeça há 1 semana, fazendo uso de analgésico por conta própria, com leve melhora do quadro. Informou que as dores de cabeça foram causadas pelo estresse do trabalho, causando quadros de enxaqueca. Certo dia, ela levantou para trabalhar, como de costume, e sentiu cefaleia de forte intensidade, relatada como “a pior de todas”, seguida por vômitos, hemiplegia à direita e perda de consciência. O marido chamou uma ambulância imediatamente, sendo realizado o procedimento de intubação ainda em domicílio.

A hipótese diagnóstica foi AVE hemorrágico devido a hemiplegia a direita e vômitos (Pontes-Neto *et al.*, 2009), sinais característicos de hemorragia cerebral, instabilidade hemodinâmica e choque hipovolêmico. Após avaliação médica e exames de neuroimagem (tomografia computadorizada e ressonância magnética), o diagnóstico foi confirmado, sendo indicada intervenção cirúrgica de urgência em razão de hemorragia e edema cerebral com inundação ventricular. A cirurgia ocorreu no mesmo dia do evento após a estabilização do quadro, sem intercorrências durante o procedimento.

Sebastiani (2010) apresenta a UTI-A como um local de sofrimento e morte eminente, dada a grande concentração de casos graves. É realmente um local ameaçador para as pessoas, em virtude da grande quantidade de aparelhos pesados e desconhecidos, o que aumenta a tensão vivenciada por elas (Pregnotatto e Agostinho, 2010). Por isso, fez-se necessário o engajamento da equipe da Psicologia no sentido de procurar reduzir essa tensão já no primeiro contato com a paciente e seus familiares, explicando as regras e funcionamento do setor, e mostrando sua importância para o suporte à paciente no processo de cura e recuperação (Santos *et al.*, 2012).

No caso do Exemplo 15.1, a equipe de Psicologia deverá ainda acompanhar a família na primeira visita à paciente na UTI-A, esclarecendo suas dúvidas e dando modelos de contato para com ela (Pregnotatto e Agostinho, 2010), encorajando-os a se aproximarem da paciente, conversar e a tocar em locais tranquilizadores (Silva, 2007).

O psicólogo deverá estar disponível para escutar e oferecer suporte psicológico aos familiares durante toda a internação da paciente, procurando fazer-se presente nos horários de visita e acompanhar as conversas com a equipe sempre que necessário (Santos *et al.*, 2011). No caso apresentado, por exemplo, também deverá se disponibilizar para atender o filho da paciente em um local apropriado, ou orientar os familiares quanto à melhor maneira de conversar com ele sobre a hospitalização da mãe.

Após a retirada da sedação e a extubação da paciente, a equipe de Psicologia deverá realizar a avaliação psicológica. Por meio de uma investigação exploratória, serão avaliados a orientação espaço-temporal, o nível de compreensão sobre sua hospitalização e seu quadro clínico, bem como os aspectos emocionais envolvidos na hospitalização (Santos, 2012).

Serão ofertados apoio e suporte psicológico para suas queixas, angústias e preocupações apresentadas, esclarecendo dúvidas e facilitando, desde o início, o contato da paciente com a equipe e com sua família, levando-se em conta sua ansiedade ao despertar e ver-se impotente, incapaz de realizar sozinha ações para alívio de dor, sede e fome, estando impossibilitada de andar, mover-se na cama e deparando-se com sua dificuldade motora e de fala (Oliveira, 2002).

Caso seja identificada a demanda para o atendimento psicológico, a paciente será mantida em acompanhamento psicológico, recebendo visitas frequentes da equipe de Psicologia. O foco principal será a adaptação da paciente à sua hospitalização, considerando sempre as demandas que surgirem (Santos *et al.*, 2011).

Por meio das informações relatadas pela paciente, serão investigados fatores de risco e proteção em sua história de contingências de reforçamento, devendo ser traçada uma conduta terapêutica que será utilizada nos demais encontros, considerando sempre a possibilidade de expressão de novas queixas (Santos *et al.*, 2011).

Todos os aspectos psicológicos observados e considerados fundamentais, bem como a conduta aplicada deverão ser passados à equipe de saúde, realizando um trabalho multiprofissional e promovendo a adesão e compreensão do tratamento por parte de todos os envolvidos no processo de hospitalização da paciente (Santos *et al.*, 2011).

A Fisioterapia, por sua vez, como parte da equipe, iniciará o atendimento após a internação em UTI-A, sendo avaliada a presença de derivação ventricular externa (DVE) e cateter de monitoramento da pressão intracraniana (PIC), fazendo-se necessária a sedação. Dessa maneira, a conduta fisioterapêutica imediata será a adequação da ventilação mecânica, a manutenção das vias respiratórias e o posicionamento no leito. O devido monitoramento da ventilação mecânica invasiva (VMI) será necessária para manutenção da oxigenação e ventilação pulmonar e corpórea adequadas.

As Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica (2013) recomendam evitar hipoxemia em pacientes com lesão neurológica aguda, pois causa o aumento da morbidade e taxa de mortalidade. Outra recomendação importante é a manutenção da cabeceira da cama elevada entre 30° e 45°, pois melhora o retorno venoso encefálico e diminui a influência da pressão expiratória final positiva (PEEP) sobre a PIC. A PEEP tem por objetivo, quando utilizada em VMI, em pacientes com hipoxemia (falta de oxigenação), a melhora da oxigenação, porém, altos valores de PEEP podem resultar em implicações hemodinâmicas (Sarmiento, 2010).

Com base no caso clínico do Exemplo 15.2, os objetivos da fisioterapia são relatados a seguir:

- Analisar a ficha de prescrição médica, para se ter ciência das medicações utilizadas e prescrições realizadas pela equipe médica
- Avaliar nível de sedação: o uso de sedação em terapia intensiva deve ser criteriosamente acompanhado de rigorosa avaliação dos níveis de sedação atingidos, para evitar uma sedação profunda desnecessária, reduzindo tempo de ventilação mecânica e internamento e, conseqüentemente, diminuição dos custos hospitalares. A escala mais empregada é a de Ramsay, a qual foi utilizada na paciente, avaliando o nível de sedação e seguindo uma numeração de 1 a 6 para graduar ansiedade, agitação ou ambas, até coma irresponsivo (Mendes *et al.*, 2008)
- Avaliar o quadro motor e pontos de pressão na pele advindos do imobilismo no leito. O desuso, a inatividade ou imobilização de membros promovem declínio na massa muscular, força e resistência. Com a total imobilidade, a massa muscular pode reduzir pela metade em menos de 2 semanas (Silva *et al.*, 2010)
- Avaliar o quadro respiratório como a inspeção estática, mensurando pressão do balonete do tubo, fixação do tubo, temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, presença de febre, pressão arterial, expansibilidade torácica, ausculta pulmonar e cardíaca e avaliação pupilar (Vassoler e Sarmiento 2010)
- Avaliar os parâmetros da ventilação mecânica, mantendo a higiene brônquica, ou seja, eliminando secreções pulmonares e a expansão pulmonar em casos de colapso dos alvéolos. A manutenção dos parâmetros ventilatórios adequados ao caso clínico favorece um bom andamento do quadro (Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica, 2013)
- Analisar e interpretar exames complementares (radiografia de tórax, TC e RM de crânio), compreendendo o local da lesão e o possível comprometimento funcional
- Discutir com a equipe o desmame da ventilação mecânica.

Exemplo 15.2

Continuação do atendimento da paciente após cirurgia em virtude de AVE.

Com a paciente sob VMI, o tratamento da fisioterapia respiratória baseou-se em manobras de higiene brônquica, como vibrocompressão, aceleração do fluxo expiratório, aspiração do tubo traqueal, entre outras; manobras de expansão ou reexpansão pulmonar, como manobra de pressão negativa, pressão contralateral, e mobilização da caixa torácica. O tratamento da fisioterapia motora baseou-se em alongamentos e mobilização de membros superiores, membros inferiores, tronco e cervical, estimulação sensorial, mudanças de decúbito e posicionamento no leito.

Foi iniciada, progressivamente, a retirada da sedação até sua suspensão completa. A paciente despertou tranquila, porém, apresentando hemiparesia à direita de predomínio braquial (déficit motor à direita, principalmente em membro superior), sendo extubada com sucesso. A paciente permaneceu internada na

unidade, sem intercorrência, apresentando ausculta pulmonar sem alterações, tosse eficaz e seca (ativa e sem secreção), boa mobilidade no leito. O cateter de PIC e o cateter de DVE foram retirados e a paciente manteve-se estável.

A paciente apresentou moderada dificuldade para função do membro superior direito, como pentear os cabelos, escovar os dentes, vestir-se, entre outras, sendo solicitada a avaliação da terapeuta ocupacional, e dificuldade em falar e nomear objetos, mas com compreensão total da linguagem, sendo solicitada avaliação fonoaudiológica, com diagnóstico de afasia de expressão (Kunst *et al.*, 2013).

Nesse momento, o tratamento da fisioterapia respiratória foi baseado em exercícios para expansibilidade pulmonar de forma ativa, ou seja, com a participação total da paciente, e ao final era solicitado que tossisse apenas para evidenciar que não apresentava secreções. Já a fisioterapia motora foi baseada em exercícios ativos para o hemisfério esquerdo e ativo-assistido para o hemisfério direito, porém a paciente apresentava dificuldade para sua realização, por vezes nervosa e ansiosa. Assim, a participação da Psicologia foi fundamental nesse processo da reabilitação.

Em função das dificuldades da paciente e das queixas apresentadas, a Psicologia fez atendimentos em conjunto com os demais profissionais, trabalhando terapeuticamente a relação emocional da paciente com a doença, favorecendo a expressão de sentimento e angústias, visando à redução da ansiedade e do nervosismo da paciente, incentivando-a sempre em seu processo de recuperação, sendo o atendimento multiprofissional de fundamental importância (Ribeiro e Leal, 2011).

Na alta da paciente para a enfermaria, apresentou melhora global de seu quadro clínico, sendo acompanhada por médico, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeira e fonoaudióloga. Foi possível observar melhora da função do hemisfério direito e da fala.

É importante que o acompanhamento psicológico seja mantido durante a internação da paciente na enfermaria, sendo este um período de grandes questionamentos e angústias. Deve ser incentivada a expansão do contato com as pessoas importantes de sua rede social, iniciando um trabalho de aceitação, por parte da paciente para as adaptações que serão necessárias em sua rotina após a alta hospitalar.

A hospitalização na enfermaria permite a visita de crianças, sendo fundamental verificar com a paciente o melhor momento para receber a visita do filho de 2 anos e ajudá-la a se preparar emocionalmente. A família deverá receber orientações de como preparar o filho da paciente para a visita e a equipe de Psicologia deverá atender a criança antes e depois, para facilitar a expressão de seus medos, dúvidas e sentimentos, visando a um melhor equilíbrio emocional com o apoio psicológico. A equipe também deverá acompanhar o encontro da paciente com seu filho para a manutenção do equilíbrio emocional de todos.

Durante o período de internação na enfermaria, a paciente foi acompanhada pela Fisioterapia até o dia de sua alta para casa. A Fisioterapia teve como objetivo a prevenção das alterações na mecânica respiratória e ventilação pulmonar, e o aperfeiçoamento da função do membro superior direito, visando ao retorno das atividades domiciliares e profissionais.

Nas sessões de fisioterapia, o reforço positivo sempre era dado quando as tarefas eram bem-sucedidas, encorajando-a a realizar algo a mais. A continuidade do tratamento com a equipe de Psicologia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional foi importante para seu recomeço.

Conclui-se que a abordagem multiprofissional foi de extrema importância para a evolução clínica da paciente, no momento da alta hospitalar, e a equipe fez os encaminhamentos necessários para a continuidade do processo de reabilitação.

Considerações finais

A atuação em UTI-A tem mostrado que o sucesso dos atendimentos depende diretamente das atividades realizadas em equipe multiprofissional, não sendo mais possível a ideia de um profissional trabalhando sozinho diante da complexidade da internação de um paciente grave, pois só assim será possível tratar o paciente em sua completude (Kamada, 1978).

A equipe precisa ter um objetivo em comum em todo o processo de atuação com o paciente, utilizando seus próprios conhecimentos pela totalidade, ou seja, passando de um momento individualista para um coletivista.

A Psicologia tem como desafio colaborar para que toda a equipe veja os aspectos globais do paciente e trabalhe objetivando a promoção de seu bem-estar e qualidade de vida. Por isso, faz-se sempre necessária a participação e a presença do psicólogo na

Referências bibliográficas

- Almeida, A. S.; Aragão, N. R. O.; Moura, E. *et al.* Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 6, p. 844-49, 2009.
- Baggio, M. A.; Pomatti, D. M.; Bettinelli, L. A. *et al.* Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 64, n. 1, p. 25-30, 2011.
- Barbosa, E. C. V.; Rodrigues, B. M. R. D. Humanização nas relações com a família: um desafio para a enfermagem em UTI pediátrica. *Revista Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 26, n. 1, p. 205-12, 2004.
- Batista, M. Atuação do psicólogo na UTI – psicológico × emocional – pacientes e familiares. 2015. Disponível em: <http://www.psicologiasdobrasil.com.br/atuacao-do-psicologo-na-uti-psicologico-x-emocional-pacientes-e-familiares/>. Acesso em: 26 ago. 2017.
- Bolela, F.; Jericó, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 301-08, 2006.
- Bombarda, T. B.; Lanza, A. L.; Santos, C. A. V. *et al.* Terapia ocupacional na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e as percepções da equipe. *Caderno de Terapia Ocupacional UFSCar*, v. 24, n. 4, p. 827-35, 2016.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- Brasil. Credenciamentos de leitos de UTI. Nota informativa, de 14 de setembro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.
- Brasil. Critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- Brasil. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Normalização. Atenção Hospitalar, v. 3. Caderno HumanizaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- Camponogara, S.; Santos, T. M.; Seiffert, M. A. *et al.* O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Revista de Enfermagem da UFCM*, v. 1, n. 1, p. 124-32, 2011.
- Casate, J. C.; Corrêa A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 105-11, 2005.
- CFFTO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Fixa e estabelece os parâmetros assistenciais terapêuticos ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional. Resolução nº 418/2012. 16 de maio de 2014. CFFTO, 2012.
- CONASS. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Assistência de média e alta complexidade no SUS. Brasília, 2007.
- Costa, S. C.; Figueiredo, M. R. B.; Schaurich, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 1, p. 571-80, 2009.
- Cuchi, M. Humanização em Unidades de Terapia Intensiva: avaliação da percepção do profissional de um hospital público em Mato Grosso. Dissertação de Mestrado. Sociedade Brasileira de Terapia Intensiva (SOBRATI), Sorriso, 2009.
- Dantas, C. M.; Silva, P. F. S.; Siqueira, F. H. T. *et al.* Influência da mobilização precoce na força muscular periférica e respiratória em pacientes críticos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 24, n. 2, p. 173-78, 2012.
- Diener, A. K.; Massago, F. T.; Falavinha, P. C. *et al.* Visão da equipe sobre a inclusão da família no tratamento em ambiente hospitalar. II Congresso de Humanização. I Jornada Interdisciplinar de Humanização. Curitiba, 8 a 10 agosto de 2011.
- Diretrizes Brasileiras de Ventilação Mecânica. I Fórum de Diretrizes em Ventilação Mecânica. Associação de Medicina Intensiva Brasileira e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 2013.
- Favarin, S. S.; Camponogara, S. Perfil dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 2, p. 320-9, 2012.
- Ferreira, C. N.; Silva de Souza, S. R. O.; Gonçalves, M. T. C. *et al.* Atuação da equipe multiprofissional com pacientes em precauções de contato em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 14, n. 1, p. 43-47, 2006.
- Ferreira, P. D.; Mendes, T. N. Família em UTI: Importância do suporte psicológico diante da iminência da morte. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 16, n. 1, p. 88-112, 2013.
- Flach, K.; Lobo, B. O. M.; Potter, J. R. *et al.* O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 15, n. 1, p. 83-100, 2012.
- Fossi, L. B.; Guareschi, N. M. F. A psicologia hospitalar e as equipes multidisciplinares. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, v. 7, n. 1, p. 29-43, 2004.
- Guirardello, E. B.; Romero Gabriel, A.; Pereira, I. C. *et al.* A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 33, n. 2, p. 123-29, 1999.

- Kamada, C. Equipe Multiprofissional em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 31, n. 1, p. 60-67, 1978.
- Marques, I. R.; Souza, A. R. Tecnologia e humanização em ambientes intensivos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 1, p. 141-4, 2010.
- Mendes, C. L.; Vasconcelos, L. C. S.; Tavares, J. S. *et al.* Escalas de Ramsay e Richmond são equivalentes para avaliação do nível de sedação em pacientes gravemente enfermos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 20, n. 4, p. 344-48, 2008.
- Mondadori, A. G.; Zeni, E. M.; Oliveira, A. *et al.* Humanização da fisioterapia em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: estudo transversal. *Fisioterapia e pesquisa*, v. 23, n. 3, p. 294-300, 2016.
- Nascimento, J. E. A.; Campos, A. C.; Borges, A. *et al.* Terapia Nutricional no trauma. Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral. Projeto Diretrizes, 19 de agosto de 2011.
- Oliveira, E. C. N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 22, n. 2, 2002.
- Pregnotatto, A. P.; Agostinho, V. B. M. O psicólogo na Unidade de terapia intensiva Adulto. In: Baptista, M. N.; Dias, R. R. *Psicologia hospitalar – teoria, aplicações e casos clínicos*. 2. ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2010.
- Ramos e Silva, D. L.; Lira, F. O. Q.; Oliveira, J. C. C. *et al.* Atuação da fonoaudiologia em unidade de terapia intensiva de um hospital de doenças infecciosas de Alagoas. *Revista CEFAC*, v. 18, n. 1, p. 174-83, 2016.
- Regulamento técnico para funcionamento de unidades de terapia intensiva. 24 de abril de 2009. Associação de Medicina Intensiva Brasileira – AMIB. São Paulo.
- Reis, C. C. A.; Sena, E. L. S.; Fernandes, M. H. Humanização do cuidado nas unidades de terapia intensiva: revisão integrativa. *Revista de pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, v. 8, n. 2, p. 4212-22, 2016.
- Ribeiro, I. D. F.; Leal, S. F. A Atuação do psicólogo junto do paciente crítico, seus familiares e equipe de saúde. In: Filgueiras, M. S. T.; Rodrigues, F. D.; Benfica, T. M. S. *Psicologia hospitalar e da saúde: consolidando práticas e saberes na residência*, 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- Rodrigues, D. P.; Athanázio, A. R.; Cortez, E. A. *et al.* Estresse na unidade de terapia intensiva: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, v. 7, n. 1, p. 4217-26, 2013.
- Santos, S. J.; Almeida, S. A.; Rocha, J. R. A atuação do psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). *Psicologia Caderno de graduação – Ciências Biológicas e da Saúde*, Maceió, v. 1, n. 1, p. 11-16, 2012.
- Santos, S. N.; Santos, L. S. R. L.; Rossi, A. S. U. *et al.* Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2011.
- Sarmiento, G. J. V. Parâmetros ventilatórios. In: Sarmiento, G. J. V. *Fisioterapia respiratória no paciente crítico*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2010.
- Sebastiani, R. W. Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: Camon, V. A. A.; Trucharte, F. A. R.; Knijnik, R. B. *et al.* *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2010.
- Segre, M.; Ferraz, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997.
- Silva, A. P. P.; Maynard, K.; Cruz, M. R. Efeitos da fisioterapia motora em pacientes críticos: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 22, n. 1, p. 85-91, 2010.
- Silva, R. R. Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Salus*, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 39-41, 2007.
- Silveira, M. F. A. Estar despido na unidade de terapia intensiva: duas percepções, um encontro. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, 1996.
- Soares, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 19, n. 4, p. 481-4, 2007.
- Toloi, J. M.; Teixeira, E. S.; Bassoli, L. *et al.* Atuação do nutricionista em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, v. 29, n. 1, p. 3-7, 2014.
- Vassoler, C. A.; Sarmiento, G. J. V. Avaliação fisioterapêutica em UTI. In: Sarmiento, G. J. V. *Fisioterapia respiratória no paciente crítico*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2010.

Bibliografia

- Kunst, L. R.; Oliveira, L. D.; Costa, V. P. *et al.* Eficácia da fonoterapia em um caso de afasia expressiva decorrente de acidente vascular encefálico. *Revista CEFAC*, v. 15, n. 6, p. 1712-17, 2013.
- Pontes-Neto, O. M.; Oliveira-Filho, J.; Valiente, R. *et al.* Diretrizes para o manejo de pacientes com hemorragia intraparenquimatosa cerebral espontânea. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, v. 67, n. 3-B, p. 940-50, 2009.

Atuação do Psicólogo em Unidade de Transplante de Fígado

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki •
Randolfo dos Santos Junior • Eliane Tiemi Miyazaki

Introdução

O Brasil tem o maior sistema público de transplantes do mundo. Em todo o país, foram realizadas cerca de 24 mil cirurgias em 2016, quase todas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente, a lista de espera ativa para transplante de fígado no país tem 1.331 pessoas, apesar do aumento significativo de transplantes realizados na última década. Dados do Ministério da Saúde apontam que o número de cirurgias saltou de 1.037, em 2006, para 1.880 em 2016. Entretanto, a demanda ainda é maior do que a oferta de órgãos e os dados indicam que a necessidade anual é muito superior ao número de transplantes de fígado realizados no país (ABTO, 2016; Brasil, 2016).

A espera por um transplante de fígado é caracterizada por sintomas debilitantes, estresse e uma forte dependência do sistema de saúde. Cansaço excessivo, dores e perda da capacidade funcional, associados principalmente à encefalopatia e à ascite, são os sintomas específicos de maior prevalência nessa população, contribuindo para prejuízos significativos na qualidade de vida. Além disso, é comum observar temores relacionados à cirurgia, dificuldades em manter-se ativo no trabalho ou na vida acadêmica, sofrimento emocional, problemas financeiros e disfunção sexual (Miyazaki *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2012, Stewart *et al.*, 2014).

Nesse contexto, o transplante de fígado é a opção terapêutica indicada para prolongar e melhorar a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças hepáticas crônicas em fase avançada (Santos Jr. *et al.*, 2008). Com diferentes etiologias (p. ex., viral, alcoólica), a hepatopatia crônica é progressiva e irreversível. O transplante representa, portanto, para muitos pacientes, a possibilidade de sobreviver com qualidade de vida, retornar ao trabalho e reintegrar-se socialmente (Felício *et al.*, 2016).

Muitos pacientes sobrevivem mais de 20 anos após a realização de um transplante de fígado. Com o avanço do conhecimento e modificações constantes nos estilos de tratamento, além da sobrevida, a qualidade de vida (QV) desses pacientes pode melhorar progressivamente (Kroon *et al.*, 2007; Cetingok *et al.*, 2007; Yang *et al.*, 2014).

O objetivo deste capítulo é relatar o trabalho dos psicólogos que integram a equipe interdisciplinar de transplante de fígado do Hospital de Base, da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Inicialmente, portanto, é necessário descrever brevemente o funcionamento da equipe.

Quando um paciente é encaminhado ao ambulatório de transplante de fígado do Hospital de Base e o médico o avalia como potencial candidato à cirurgia, este ingressa no Protocolo de Transplante de Fígado. Uma representação gráfica desse atendimento pode ser vista na Figura 16.1 (Santos Jr. *et al.*, 2006).

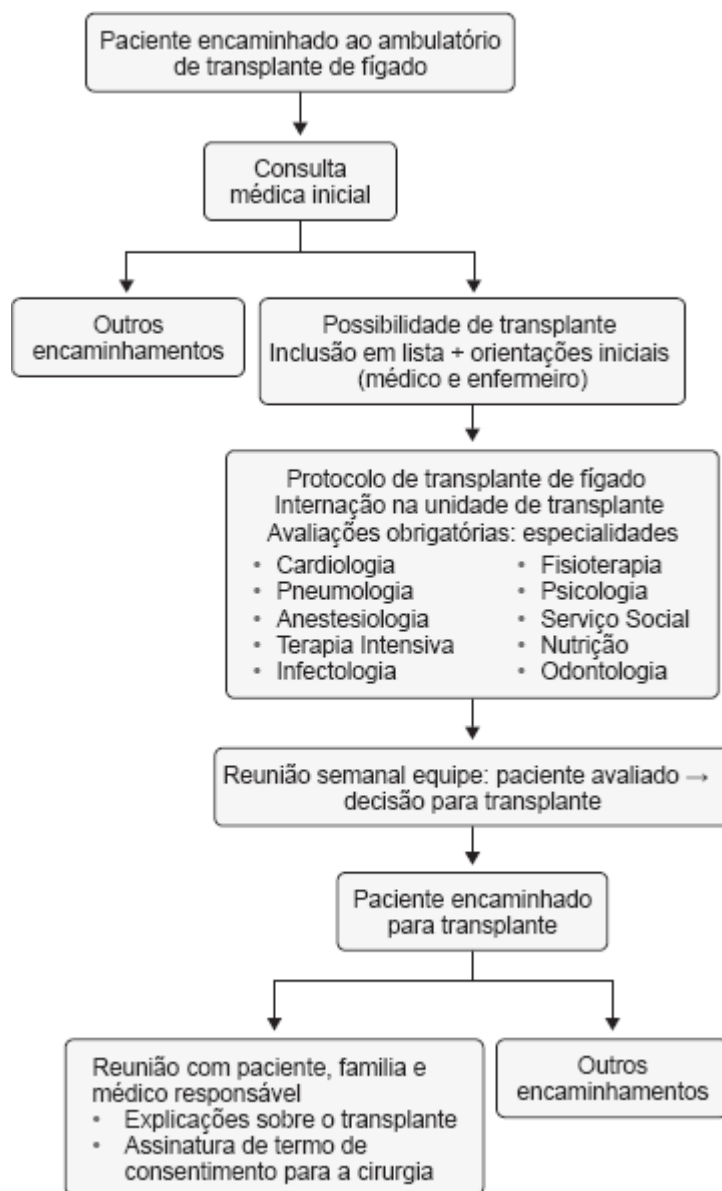


Figura 16.1 Representação do atendimento a pacientes do ambulatório de transplante de fígado do Hospital de Base considerados possíveis candidatos ao transplante.

Esse protocolo é uma avaliação global do paciente, realizada por uma equipe interdisciplinar. Quando os profissionais de cada área concluem suas avaliações, discutem, em uma reunião semanal, a viabilidade ou não da cirurgia para cada um dos pacientes avaliados. Critérios médicos e psicossociais são utilizados nessa avaliação, que visa a “identificar pacientes com maior probabilidade de se beneficiarem do transplante, reduzir riscos, maximizar os benefícios da cirurgia e utilizar, de forma conscienciosa” um escasso recurso de saúde: o órgão doado (Santos Jr. *et al.*, 2006). Cada área (ou profissional) tem objetivos específicos ao avaliar o paciente e a avaliação psicológica será descrita a seguir.

Avaliação psicológica de candidatos ao transplante de fígado

A avaliação psicológica visa a identificar aspectos que requerem cuidados fornecidos tanto pelo psicólogo (p. ex., psicoterapia cognitivo-comportamental quando um transtorno de ansiedade é identificado), como por outros profissionais (p. ex., orientações sobre os períodos pré e pós-operatório, fornecidas pela enfermeira e pelos médicos). De modo geral, a avaliação psicológica fornece um quadro do funcionamento psicossocial do paciente, como “contexto social e familiar, habilidades para lidar com situações de estresse intenso e compreensão sobre os procedimentos necessários para diagnóstico e tratamento, inclusive riscos e responsabilidades associados” (Santos Jr. *et al.*, 2006, p. 254). Em suma, a avaliação psicológica visa a identificar aspectos comportamentais, ambientais e sociais que possam facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento antes e após o transplante.

Quando um paciente é transplantado, sua colaboração e a de sua família ou cuidadores é esperada e necessária, tanto na adesão ao tratamento (p. ex., uso adequado de medicações) quanto em mudanças definitivas no estilo de vida (p. ex., nunca mais ingerir álcool).

Após o transplante, o paciente precisará usar medicação imunossupressora pelo resto da vida, adotar cuidados para prevenir infecções e monitorar constantemente a função do enxerto (órgão transplantado). Muitas vezes, mudanças importantes no estilo de vida são necessárias para aderir ao tratamento (p. ex., um dono de bar com diagnóstico de abuso de substâncias, transplantado no Hospital de Base, mudou de profissão). Assim, o psicólogo é o profissional da equipe responsável por avaliar o repertório comportamental do paciente e de seus familiares ou cuidadores. Isso implica identificar se o repertório atual é ou não compatível com aquele necessário para aderir ao tratamento. Quando existe incompatibilidade, é preciso auxiliar o paciente (e familiares) a desenvolver as habilidades e competências necessárias antes que a cirurgia seja realizada (Goetzmann *et al.*, 2007).

O Quadro 16.1 fornece uma síntese das questões que podem ser respondidas pela avaliação psicológica no contexto de transplantes de órgãos (Levenson e Olbrisch, 2000; Santos Jr. *et al.*, 2006).

Para que todas essas questões sejam respondidas, um protocolo de avaliação psicológica é utilizado. O protocolo do Serviço de Psicologia do Hospital de Base da FAMERP está descrito brevemente no Quadro 16.2, pois sua apresentação detalhada já foi publicada (Santos Jr., *et al.*, 2006).

Uma síntese das informações obtidas da avaliação psicológica possibilita elaborar um relatório, o qual deve ser breve, redigido em linguagem clara e acessível a todos os membros da equipe, que é anexado ao prontuário do paciente. Contém informações essenciais que auxiliem a compreender necessidades individuais e estilo de funcionamento do paciente, bem como as recomendações feitas pelo psicólogo (Quadro 16.3).

Quadro 16.1 Questões que compõem a avaliação psicológica de pacientes candidatos a transplante de órgãos.

1. Que estratégias de enfrentamento o paciente e seus familiares utilizam para lidar com situações de estresse intenso? Existe a necessidade de intervenção psicológica ou desenvolvimento de habilidades antes da cirurgia para evitar, por exemplo, comportamentos de fuga ou esquiva?
2. O paciente tem algum transtorno mental (p. ex., abuso de substâncias) ou sintomas que causam sofrimento clinicamente significativo (p. ex., ansiedade)? Apresenta história de transtorno mental (p. ex., depressão)? Se o paciente tem história de abuso de substâncias, qual o risco de recidiva? Necessita de intervenção psicológica antes da cirurgia?
3. Tem conhecimentos e habilidades suficientes para aderir ao tratamento após a cirurgia? Necessita de orientações ou precisa desenvolver habilidades específicas antes da cirurgia?
4. Conhece as implicações e os riscos associados ao procedimento? Ainda precisa de esclarecimentos antes de assinar o termo de consentimento para realizar a cirurgia?
5. Paciente e familiares formaram uma aliança terapêutica adequada com a equipe de transplante? Existem dificuldades de interação paciente/família/equipe que podem prejudicar a adesão ao tratamento?
6. A avaliação que a equipe faz em relação ao estilo de funcionamento do paciente e de seus familiares corresponde à avaliação feita pelo psicólogo? A equipe precisa de esclarecimentos/orientações sobre o paciente e seus familiares?
7. Que tipo de orientações necessárias o psicólogo pode fornecer ou assegurar que sejam fornecidas? Existe necessidade de intervenção psicológica ou de uma avaliação e/ou intervenção psiquiátrica antes do transplante?
8. Os dados da avaliação psicológica estão organizados de modo a funcionar como uma linha de base do comportamento atual, que possibilitará comparação com o comportamento posterior (pós-cirurgia) e auxiliará a monitorar mudanças importantes?

Fonte: Levenson e Olbrisch (2000); Santos Jr. *et al.* (2006).

Quadro 16.2 Protocolo de avaliação psicológica pré-cirúrgica utilizado pelo serviço de Psicologia da unidade de transplante de fígado do Hospital de Base da FAMERP.

1. Entrevista semiestruturada elaborada para obter dados sobre o paciente. Inclui questões sobre reações à necessidade do transplante, expectativas, temores, preocupações, medicações, rejeição do órgão, suporte social etc. (Santos Jr. *et al.*, 2006)
2. Escalas Beck: BDI e BAI (Cunha, 2001)
3. Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Ciconelli *et al.*, 1999)

BDI: Inventário de Depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck.

Além de avaliar pacientes candidatos ao transplante e realizar tarefas associadas a essa avaliação (p. ex., atendimento aos pacientes e familiares de acordo com necessidades identificadas na avaliação; discussão de casos), o psicólogo que integra a equipe realiza também outras atividades, como um grupo de sala de espera para pacientes e familiares.

Grupo de sala de espera do ambulatório de transplante de fígado

O transplante de fígado é um procedimento complexo e seus resultados dependem do preparo do paciente para promover mudanças em seu estilo de vida e da adesão a um rigoroso esquema terapêutico após a cirurgia. Há evidências de que dificuldades de ajustamento na fila de espera estão associadas a déficit de habilidades para o autocuidado após o transplante (Felício *et al.*, 2016). Assim, pacientes e familiares precisam desenvolver habilidades para lidar com a complexa experiência que é um transplante de fígado.

Quadro 16.3 Exemplo de relatório de avaliação psicológica incluído no prontuário do paciente.

Identificação: nome, sexo, idade, data de nascimento, escolaridade, profissão, estado civil, filhos
Motivo da avaliação: protocolo de transplante de fígado
Dados gerais: reside com esposa há 13 anos (casou-se há 1 ano), com quem relata ter ótimo relacionamento. Continua trabalhando como vendedor, mas, se não estivesse doente, teria mudado de profissão. Não relata história de transtornos mentais e o diagnóstico da doença (há 4 anos) veio como uma “enorme surpresa” Sua ansiedade em relação à situação atual parece adequada e tem procurado informar-se como forma de lidar com o estresse (p. ex., faz perguntas, considerou muito útil conversar com pacientes já transplantados no grupo de sala de espera, solicitou informações sobre a UTI) Procurou religião como fonte de apoio. Sente-se apoiado também pela família e tem recebido inclusive suporte financeiro. Demonstra interesse e disponibilidade para aderir ao tratamento proposto. A observação do comportamento do paciente e de suas verbalizações durante a entrevista indica funcionamento cognitivo adequado. Não há história de transtorno mental (nem de abuso ou dependência de substâncias) e não foram identificados sintomas em número suficiente para diagnóstico de um transtorno atual
Conclusão Paciente alerta, orientado, com funcionamento intelectual e cognitivo aparentemente preservado no momento da avaliação. Demonstra compreensão acerca da necessidade do transplante Apresenta estratégias adequadas de enfrentamento, sem transtornos mentais e emocionais que prejudiquem sua interação com a realidade. Parece dispor de apoio familiar adequado, motivação para o tratamento e habilidades para adaptar-se ao meio
Orientações Foi recomendada uma visita à UTI, com explicações sobre o funcionamento da unidade em relação ao paciente após o transplante e fornecimento de informações acerca do pós-operatório

Obs.: Dados pessoais omitidos e modificados para preservar a identidade do paciente.

Fonte: Miyazaki; Relatório de avaliação psicológica.

O grupo de sala de espera é coordenado por uma equipe multiprofissional e ocorre 2 vezes/semana, antes das consultas ambulatoriais dos pacientes, isto é, enquanto estes aguardam o atendimento na sala de espera. Reúne pacientes em fila de espera, pacientes transplantados e respectivos acompanhantes, para esclarecer dúvidas e debater questões relacionadas com o tratamento. A duração média do grupo é de 1 h e seu objetivo principal é facilitar a aquisição de conhecimentos e habilidades que promovam o autocuidado e o melhor aproveitamento dos recursos de saúde. Paralelamente, cumpre a função de promover suporte social, facilitar a comunicação entre pacientes e equipe de saúde e detectar demandas para intervenções específicas ou individuais.

Um levantamento realizado nas atas de 192 reuniões possibilitou traçar um panorama dos principais temas abordados nessa modalidade de intervenção. Foram registradas, nesse período, 3.023 participações de pacientes e seus familiares, cujo conteúdo foi agrupado em temas e apresentado em ordem decrescente de frequência no Quadro 16.4.

Quadro 16.4 Temas abordados e discutidos no grupo de sala de espera do transplante de fígado do Hospital de Base, obtidos da análise de atas de 192 reuniões do grupo.

1. Direitos sociais (f = 324): medidas necessárias para garantia do cumprimento dos direitos legais de acesso às medicações, benefícios previdenciários e transporte durante o tratamento
2. Tarefas do paciente e metas do grupo (f = 220): habilidades de autocuidado e estratégias que favorecem o ajustamento às diferentes fases do processo, com a adoção de uma postura ativa e responsável
3. Saúde mental (f = 191): emoções reativas ao diagnóstico e indicação do transplante Saúde mental durante a fila de espera, temores relacionados com cirurgia, sintomas indicadores de transtorno de ajustamento, depressão, ansiedade e estresse em pacientes e cuidadores
4. Sintomas da doença (f = 182): sintomas que indicam necessidade de procurar imediatamente o sistema de saúde Orientações aos cuidadores quanto às medidas a serem tomadas em situações de emergência e considerações sobre perdas na qualidade de vida associadas à hepatopatia Adesão ao tratamento, melhor controle dos sintomas e manutenção da qualidade de vida
5. Orientação nutricional pré e pós-transplante (f = 181): orientações sobre mudanças nos hábitos alimentares e preparo correto dos alimentos, dieta previne complicações durante a fila de espera e sobrepeso/obesidade após o transplante. Mudanças na percepção das restrições alimentares de “castigo” para “hábito de vida saudável”, promotora de bem-estar para pacientes e familiares
6. Medicação (f = 130): medicamentos e possíveis efeitos adversos, medicamentos de alto custo e imunossupressores
7. Relato de transplantados (f = 118): vivências de pacientes submetidos ao transplante, benefícios alcançados e tarefas de ajustamento
8. Adesão ao tratamento (f = 106): benefícios percebidos com as mudanças no estilo de vida e definição das responsabilidades individuais durante o tratamento Alertas quanto à prática de automedicação e uso de medicamentos caseiros Divulgação dos grupos para mudança de comportamento no ambulatório de Psicologia
9. Cuidador (f = 105): cuidado familiar como um critério psicossocial importante para indicação ao transplante, orientações de prevenção à sobrecarga/estresse, divulgação dos programas de apoio ao cuidador
10. Meld* (f = 103): periodicidade dos exames e critérios de pontuação
11. Transplante de fígado (f = 101): medidas a serem tomadas no ato de convocação para a cirurgia e o tempo indicado para chegar ao hospital Exames e preparos pré-cirúrgicos e possibilidades de comunicação e apoio da equipe aos familiares no período intraoperatório
12. Fila de espera (f = 74): modelo de alocação vigente e divulgação dos meios de consulta via internet e telefone
13. Doação de órgãos e sangue (f = 62): participação de candidatos e pacientes transplantados em movimentos locais de incentivo à doação de órgãos e sangue por meio de palestras, panfletos e disponibilidade para esclarecer dúvidas sobre esse processo

f: frequência com que o tema foi abordado nas 192 reuniões avaliadas.

* Model for End-Stage Liver Disease (Meld) utilizado para avaliar a evolução da doença.

Adaptado do livro de atas do grupo de sala de espera de transplante de fígado do Hospital de Base.

Intervenções educativas têm sido amplamente utilizadas em tratamentos de saúde com a finalidade de melhorar a qualidade de vida, modificar crenças, favorecer a adesão ao tratamento, estimular comportamentos de saúde e de autocuidado e facilitar a comunicação entre pacientes, familiares e equipes de saúde. Intervenções em grupo para pacientes com doenças crônicas, além de incentivar uma postura ativa diante do tratamento, promovem suporte social e podem amenizar a sensação de isolamento, já que seus participantes vivenciam adversidades semelhantes. Constituem também uma oportunidade para troca de experiências e estimulam o desenvolvimento de novas maneiras de perceber e enfrentar os eventos aversivos do tratamento. Nesse contexto, o contato entre candidatos e pacientes já submetidos ao transplante pode favorecer a modelagem de comportamentos e a

elaboração de expectativas realistas quanto aos benefícios do procedimento.

Uma análise das questões abordadas durante o grupo de sala de espera indica uma alta frequência de temas associados à garantia dos direitos básicos de tratamento, como transporte e acesso às medicações, associadas às características sociais dos participantes, em sua maioria de baixa renda e pouca escolaridade. Além disso, a população atendida encontra poucas oportunidades de acesso a fontes de informações confiáveis sobre sua doença e tratamento. Essas peculiaridades exigem da equipe de saúde um cuidado especial, que envolve um modelo de comunicação que seja claro, com orientações adequadas às características da população (Felício *et al.*, 2016).

Embora a maioria dos pacientes e seus familiares necessitem de informações e intervenções breves para enfrentar o processo de um transplante, a avaliação inicial e os grupos de sala de espera permitem identificar aqueles que necessitam de atendimento psicológico individual e de maior duração.

Caso clínico

Para ilustrar como a intervenção cognitivo-comportamental é realizada, o caso clínico a seguir apresenta o histórico, a avaliação inicial e o atendimento psicológico de uma paciente de 25 anos candidata ao transplante de fígado (Exemplos 16.1 e 16.2).

Exemplo 16.1

Intervenção cognitivo-comportamental de paciente candidata ao transplante de fígado.

Paciente: sexo feminino, 25 anos, Ensino Médio completo, casada, uma filha de 7 anos, aguardando em fila para transplante de fígado por hepatite viral.

Queixas principais:

- Dificuldade para lidar com as alterações provocadas pela doença: limitações na capacidade funcional, necessidade de se afastar da rede social para o tratamento e mudanças na imagem corporal
- Temores quanto aos riscos da cirurgia, dúvidas quanto à decisão de se submeter ao transplante, comportamento de esquiva durante o tratamento, evitando contato com outros pacientes e não participando nos grupos de orientação (sala de espera). Atitude passiva e desinteressada nas consultas médicas, pautadas na crença de que “quando me chamarem para o transplante eu vou fugir”.

Histórico de vida recente

Encaminhada duas vezes para avaliação psicológica, não compareceu ao ambulatório nas datas agendadas. No último ano, houve piora da qualidade de vida e aumento na intensidade e frequência dos sintomas associados à hepatopatia, especialmente fadiga, icterícia e edemas. A piora do quadro clínico passou a dificultar as estratégias de esquiva, obrigando a paciente a manter um contato maior com o serviço de saúde. O contato com os profissionais da saúde, acompanhado da percepção da gravidade da doença, tornaram claro que não havia possibilidade de controle clínico da hepatopatia e que a cirurgia seria obrigatória.

A necessidade do transplante, como medida de urgência e única condição de sobrevivência, tornaram clara para a paciente sua situação: temor representado pelo avanço indiscutível da doença *versus* temor de se submeter ao tratamento cirúrgico.

O temor pelo transplante mostrou-se associado à sua história de vida: sua irmã, também acometida por hepatite viral, faleceu no centro cirúrgico durante transplante hepático, realizado em outro serviço há 2 anos.

Na ocasião, a paciente aguardava, na experiência da irmã, uma motivação para se submeter também ao tratamento. Com o falecimento da irmã (“o transplante não deu certo e ela morreu”) e o sofrimento e luto vividos pela família, adotou uma postura de esquiva quanto à sua própria condição. Permaneceu em fila de espera por insistência da mãe e por senso de responsabilidade em relação à própria filha de 7 anos.

Relatou receber apoio insatisfatório do esposo, que, desde o diagnóstico e a indicação para transplante, distanciou-se e passou a demonstrar redução de comportamentos afetivos. Relatou ainda contato com diversas pessoas que recomendaram que não fizesse o transplante, sugerindo tratamentos alternativos à base de ervas e simpatias populares.

Passou a apresentar sintomas frequentes de depressão, com episódios de tristeza intensa, apatia,

desesperança, culpa e pessimismo, permeados pelas crenças em uma “cura milagrosa” e “morrer logo e dar paz para todos”. Quando realizou a avaliação psicológica obrigatória pré-transplante na equipe, o psicólogo recomendou atendimento psicoterápico pré-cirurgia. Essa recomendação baseou-se no quadro de depressão apresentado pela paciente e nas intensas dúvidas em relação à cirurgia. Além disso, a paciente precisava desenvolver estratégias adequadas de enfrentamento para lidar com o intenso estresse da fase final em lista de espera e com o pós-transplante imediato.

Avaliação inicial

No contato com o psicólogo, a paciente relatou reconhecer que o transplante era sua “única chance real de continuar viva”.

Esse reconhecimento, entretanto, não diminuiu sua ansiedade e os temores associados ao processo cirúrgico. Pelo contrário, acentuou a ansiedade na medida em que as expectativas de “cura milagrosa” ou controle da doença por meios clínicos perderam força. Houve uma piora evidente de seu estado geral de saúde, confirmada pelos exames realizados durante o protocolo pré-transplante.

A avaliação psicológica pré-transplante evidenciou distorções cognitivas observadas com base no relato da paciente (Quadro 16.5), bem como o impacto que o diagnóstico e a evolução da doença tiveram na sua rotina diária, nos relacionamentos interpessoais e na autoimagem.

O Quadro 16.6 apresenta uma síntese de dados, também obtidos durante a avaliação inicial.

Quadro 16.5 Distorções cognitivas apresentadas pela paciente, identificadas na avaliação psicológica.

Tipo de distorção	Exemplos de verbalizações da paciente
Inferência arbitrária	“É muito arriscado, eu sei que a cada 50 pacientes transplantados apenas 1 sobrevive”
Personalização	“Não devia ter ficado doente, estou causando sofrimento para todos da minha família. Não aguento mais isso, um dia peguei minha mãe chorando... E é tudo minha culpa”
Generalização	“Desde que fiquei doente, me tornei uma pessoa pior. Uma péssima mãe e uma esposa ruim” “É uma sina, aconteceu com minha irmã e vai acontecer comigo também. Meu pai morreu com esta doença, nem deu tempo de se tratar”
Abstração seletiva	“Eu já vi alguns transplantados que parecem estar bem. Mas lá na casa de apoio ouço apenas notícias ruins, eu sou fraca, sei que não vou conseguir também”

Quadro 16.6 Síntese de dados obtidos durante a avaliação inicial: situações temidas, sintomas de depressão, de ansiedade, queixas importantes e qualidade de vida.

<ul style="list-style-type: none">• Situações temidas pela paciente em ordem de prioridade: unidade de terapia intensiva, onde os pacientes permanecem após a cirurgia; dor no pós-operatório; rejeição do órgão; telefonema do hospital convocando para a cirurgia
<ul style="list-style-type: none">• Sintomas cognitivos e somáticos de depressão: tristeza constante, culpa, pessimismo, desesperança e perda de interesse (sintomas cognitivos); cansaço, perda de apetite e de interesse sexual (sintomas somáticos). É importante ressaltar que, neste caso, as queixas somáticas provavelmente estão associadas a sintomas da doença hepática
<ul style="list-style-type: none">• Sintomas de ansiedade: incapacidade de relaxar, nervosismo, inquietação, medo de morrer e sobressaltos
<ul style="list-style-type: none">• Queixas importantes: insônia, perda de concentração, ansiedade, depressão, fadiga e irritabilidade
<ul style="list-style-type: none">• Domínios mais afetados da qualidade de vida: capacidade funcional, aspectos físico, social e de saúde mental

A partir da avaliação psicológica, foi estruturada uma intervenção com duas sessões semanais de 50 min, baseada em estratégias de psicoeducação, reestruturação cognitiva, manejo da ansiedade e exposição imaginária e ao vivo.

A proposta fundamental dessa intervenção foi favorecer um posicionamento baseado em evidências, que a aproximasse de uma perspectiva mais realista frente a seu tratamento de saúde e possíveis riscos, identificando mitos e distorções associadas. Foi planejado um modelo de intervenção que favorecesse o desenvolvimento de crenças de autoeficácia, baseadas em estratégias de enfrentamento pautadas na resolução ativa dos problemas, manejo da ansiedade, aprimoramento das habilidades de comunicação e expressão de emoções.

A intervenção nesse período foi realizada de forma intensiva, pois pacientes no topo da fila de espera sofrem complicações naturais, decorrentes da evolução da doença. São considerados em período de risco, necessitando com urgência do benefício do transplante. Desse modo, o atendimento psicológico restringiu-se a aspectos diretamente associados ao procedimento.

Pacientes que aguardam um transplante imediato de doador cadáver iniciam, algumas, vezes um processo contínuo de monitoramento do tempo. Frequentemente reagem com sintomas de ansiedade ao toque do telefone, na expectativa de ser uma ligação do hospital convocando para a cirurgia. Segundo a paciente, “É uma reação de medo e esperança, alegria e tristeza, tudo ao mesmo tempo”.

A exposição repetida a esse evento provocou episódios de insônia, inquietação, além de relatos de tensão muscular e agressividade. Segundo a paciente “A obrigação de estar preparada pra ser operada a qualquer momento é o mais difícil. Se tivesse 1 dia marcado pelo menos... Tenho medo de o telefone tocar e ninguém ouvir, tenho medo até de sair de casa”.

O manejo da ansiedade foi realizado com técnicas de respiração, visualização, parada de pensamento e distração. Psicoeducação e reestruturação cognitiva foram intimamente associadas durante todo o processo. Crenças rígidas, com base em generalizações e inferências a partir de conclusões pessoais ou fontes não formais de informações, passaram a ser desafiadas a partir de encontros com membros da equipe médica. Um exemplo desse tipo de intervenção foi a solicitação, por parte do psicólogo, de que o médico discutisse com a paciente, a partir das crenças dela, possíveis formas de contágio da doença, sua evolução, riscos cirúrgicos, prevenção e tratamento da rejeição no pós-transplante. Além disso, a paciente foi convidada e compareceu a duas reuniões semanais do grupo de sala de espera do ambulatório de transplante hepático, onde teve oportunidade de discutir amplamente suas dúvidas com outros profissionais e pacientes já transplantados e em lista de espera.

Durante as sessões de terapia, a paciente treinou com o psicólogo o aprimoramento de sua competência de comunicação e habilidades sociais, para melhorar o diálogo com a equipe e a resolução de dúvidas. Foram desenvolvidas habilidades para questionar, expressar opiniões e sentimentos e solicitar que informações fossem repetidas. Além disso, ela foi incentivada a participar ativamente (p. ex., questionando, expondo suas opiniões) das reuniões do grupo de sala de espera.

A intervenção resultou em uma melhora na comunicação com a equipe e maior participação nas decisões sobre seu tratamento. Durante e após as reuniões do grupo, a paciente procurou alguns pacientes transplantados para discutir sobre medo, dúvidas em relação a procedimentos e custo-benefício da cirurgia, entrando também em contato com os relatos de dificuldades e riscos inerentes a experiência do transplante.

Mesmo ciente da condição única de cada caso, houve uma identificação com os relatos de dificuldade de ajustamento à notícia da doença, a revolta, o medo e as dúvidas vividas também pelos pacientes transplantados. O contato com esses pacientes favoreceu uma mudança de perspectiva fundamental: “Pensei que só acontecia comigo... vejo todos os outros pacientes tão fortes e confiantes... nunca pensei que aqueles

transplantados também sentiram medo, pensaram também em desistir. Saber disso me deixa melhor, me sinto menos fraca”.

Para Spira (1997) a interação com outros pacientes diminui a sensação de isolamento, possibilita compartilhar estratégias e a modelagem de comportamentos adaptativos diante dos estressores do tratamento de saúde. White e Freeman (2003) destacam o trabalho em grupos como uma oportunidade de estimular novas formas de perceber as dificuldades e de se posicionar diante das demandas. Para esses autores, o contato com outras pessoas, vivenciando o mesmo problema, fornece aos pacientes parâmetros para avaliar seu próprio desempenho ante as dificuldades do tratamento.

Um dos principais temores relatados pela paciente estava associado à permanência na UTI no pós-transplante imediato. As principais situações temidas nesse contexto foram os medos: de ser machucada ou de se sentir sufocada pelo tubo respiratório, de ficar sozinha e distante da equipe, de sentir muita dor.

Mais uma vez, discussões sobre a necessidade de permanecer na UTI após o transplante foram feitas junto com a equipe. Além disso, foi realizado um trabalho de exposição imaginária. A paciente foi orientada a visualizar seu despertar na UTI após a cirurgia, ao mesmo tempo em que praticava um exercício de respiração para manejo da ansiedade. Um aspecto importante dessa intervenção foi reestruturar a crença de que pessoas que vão para a UTI “sempre voltam de lá mortas”. Por meio de reestruturação cognitiva, favorecida por orientações da equipe e do serviço de Enfermagem, a paciente conseguiu alterar essa crença. Compreendeu que a UTI é um espaço para pacientes que necessitam cuidados especiais e que têm, à sua disposição, uma equipe especializada em tempo integral para garantir sua recuperação adequada no pós-transplante imediato.

Outro passo importante da intervenção psicológica foi acompanhar a paciente até a UTI da unidade de transplante, na qual permaneceria após a cirurgia. A aproximação do local foi realizada de modo gradual, com exercícios respiratórios para manejo da ansiedade.

Na ocasião, a paciente também foi orientada a evitar, durante seu período de internação, interpretações pessoais quanto ao disparo de alarmes dos aparelhos da UTI ou de qualquer registro associado ao monitoramento de seu corpo. Recebeu orientações sobre todos os aparelhos e equipamentos aos quais estaria “conectada” (p. ex., sondas, sensores). Foi também orientada sobre o acompanhamento fisioterápico pós-transplante e restrição de visitas, aspectos comuns a todos os pacientes transplantados. É preciso ressaltar que nem todos os pacientes se beneficiam de explicações detalhadas sobre os procedimentos aos quais serão submetidos. Excesso de informações, para muitos pacientes, pode aumentar a ansiedade (Felício *et al.*, 2016). Nesse caso, psicólogo e paciente decidiram juntos as estratégias a serem utilizadas para facilitar o enfrentamento: para esta paciente, era também a obtenção de informações detalhadas.

Entende-se que informações detalhadas sobre alguns procedimentos são valiosas para evitar pensamentos catastróficos: “Será que isso é normal ou estou muito grave?” Esse tipo de pensamento é comum em pacientes submetidos a exames ou tratamentos médicos complexos, que não receberam informações adequadas para compreender a necessidade de alguns procedimentos e rotinas. Embora algumas informações sejam imprescindíveis para todos os pacientes, é preciso sempre identificar que quantidade de informação deve ser fornecida para cada um, dependendo de seu estilo para lidar com situações estressantes (Miyazaki *et al.*, 2006).

A reestruturação cognitiva busca identificar crenças disfuncionais com base em registros ou análise do discurso do paciente e submetê-las a questionamentos, buscando evidências que apoiem essas crenças. A técnica estimula o paciente a analisar seu estilo cognitivo procurando realizar um exame de evidências e aponta a necessidade de considerar seus pensamentos como meras hipóteses e não como fatos ou verdades absolutas (Oliveira e Pereira, 2004; Miyazaki, 2004).

O pensamento “Eu sei que de cada 50 transplantados apenas um sobrevive” foi desenvolvido pela paciente com base no pequeno número de transplantados presentes nos corredores do ambulatório. Além de justificar seu comportamento de esquiva durante boa parte do tratamento, causava medo, sensação de desamparo e

justificava sua decisão de não se submeter à cirurgia. É importante considerar que, por mais irracional que a manifestação dessas crenças possa parecer, aos olhos do paciente é uma situação real, causadora de ansiedade e medo intensos.

Para questionamento dessa crença específica, foram utilizados dados de sobrevida pós-cirúrgica da própria equipe de transplantes do hospital, que apontava um índice de sucesso realmente muito superior aos 2% sugeridos pela paciente.

O diálogo transcrito a seguir exemplifica momentos da intervenção terapêutica.

Terapeuta: O que a fez pensar nesses números? Isto é, que apenas 2% dos pacientes submetidos ao transplante de fígado sobrevivem? Você recebeu essa informação de alguém da equipe ou leu em algum lugar?

Paciente: Na verdade, eu só pensei que fosse mais ou menos assim, que a maioria morria mesmo. Foi assim com minha irmã e tem tão poucos transplantados nas consultas...

Terapeuta: Sabendo agora que o número de pacientes que sobrevivem à cirurgia é bem superior, você consegue encontrar outra explicação para isso?

Paciente: Acho que os transplantados devem consultar menos do que nós, não sei, é isso?

Terapeuta: Sim. Em alguns casos os retornos ocorrem a cada 6 meses. Além disso, muitos pacientes voltam para suas regiões de origem e continuam lá o acompanhamento.

Paciente: Eu não sabia disso e via sempre os mesmos entrando lá naquele grupo.

Terapeuta: Na verdade, eles comparecem aqui toda semana como voluntários para o grupo, e muitos transplantados nem sempre se apresentam como tal. Talvez isso justifique sua sensação.

Paciente: Pode ser.

Terapeuta: Afinal, você teme mais a doença ou o transplante?

Paciente: Depois da minha irmã, eu passei a ter pavor do transplante. A doença já está aí mesmo, não é novidade, não tem decisão para ser tomada.

Terapeuta: É difícil decidir...

Paciente: É... Mas será que tem escolha? Estou ficando pior. Será que é mais arriscado ficar com a doença ou fazer o transplante? Eu tenho pensado...

Terapeuta: O que seria melhor hoje?

Paciente: Não fazer. Preferia ficar assim mesmo, mas sei que isso [a doença] vai continuar piorando.

Terapeuta: O que seria melhor daqui 1 ano?

Paciente: Daqui 1 ano... de verdade? Acho que seria um alívio saber que tenho mais saúde. Às vezes tenho medo de morrer de repente, como meu pai.

Terapeuta: Você tem em sua família experiências distintas, seu pai resistiu em buscar tratamento, sua irmã faleceu em uma tentativa de transplante.

Paciente: Eu sei que preciso do transplante, mas tenho medo de recuar na hora. Às vezes, consigo ver o transplante como algo bom, uma chance que todo mundo aqui está buscando.

Terapeuta: Quando você consegue ver o transplante como algo bom, o que você sente?

Paciente: Por um momento fico feliz, com esperança, mas aí vem o medo, essas ideias de que ninguém sobrevive e acabo ficando triste e com medo.

Terapeuta: Você percebe que quando você muda seu modo de pensar também mudam seus sentimentos, sua atitude diante do problema?

Paciente: Estou aprendendo a ver isso.

Terapeuta: Agora que você sabe que a maioria dos pacientes sobrevive à cirurgia...

Paciente: Isso muda um pouco... Acho que passei tanto tempo me preparando para fugir do transplante... Sobrou pouco tempo para me preparar... Mas tem que ser agora ou nunca, né?

Terapeuta: É isso que você sente?

Paciente: É. Eu tenho uma filha que precisa de mim

Terapeuta: Você tem planos para o futuro?

Paciente: Queria estudar, ser professora. O pior é que, entre tudo isso, e eu tenho esse transplante, essa doença.

Terapeuta: Você ainda sente medo. Já entendemos que o medo é uma reação comum para quem aguarda um transplante. Você se sente mais capaz de enfrentar isso hoje? Consegue se lembrar de como estavam seus pensamentos há algumas semanas atrás, há 1 ano?

Paciente: Sim, melhorou muito. Eu não tinha coragem nem de entrar lá no grupo, agora faço até perguntas. [risos]

Terapeuta: Considerando que todos vão para o transplante com algumas dúvidas e temores, quanto acha que ainda precisa melhorar?

Paciente: Pensando assim, acho que mais um tempinho... Não dá para ir sem nenhum medo, né? Eu falei com os transplantados, eles me disseram que é assim mesmo. Tem também a doença, né? Se eu piorar, fica mais arriscado fazer a cirurgia.

Terapeuta: Em outros momentos difíceis que você enfrentou durante a vida, o que a ajudou a enfrentar e superar?

Paciente: Tenho minha fé, mas eu sempre fui forte, todo mundo me procurava para ouvir conselhos, para pedir ajuda.

Terapeuta: Acha que esses recursos podem te ajudar agora?

Paciente: Preciso tentar, né?

Após algumas sessões a paciente passou a relatar maior controle dos pensamentos catastróficos, queda na ansiedade e maior confiança para se submeter à cirurgia. A princípio, considera-se fundamental a mudança de percepção do transplante como algo a ser temido. É importante que este seja visto como uma intervenção terapêutica, a possibilidade de sobrevivência a uma doença crônica em fase final. As intervenções e os exercícios de reestruturação cognitiva enfraqueceram a rigidez das crenças da paciente, tornando possível a construção de um significado novo para a perspectiva do transplante. Rememorando outras situações desafiadoras em sua trajetória de vida, a paciente identificou modos de enfrentamento e recursos pessoais para resolução de problemas. Essa estratégia favoreceu o aumento de crenças de autoeficácia que provavelmente reduziram a sensação de desamparo, temores irracionais e crenças de fragilidade. Aliado a isso, a paciente encontrou em sua filha e em suas crenças religiosas motivações e sentidos pessoais para se submeter aos riscos da cirurgia.

Seguimento após o transplante

Ainda no final do acompanhamento psicológico a paciente foi chamada para o transplante. Aceitou prontamente submeter-se à cirurgia, que ocorreu sem intercorrências. Demonstrou estratégias adequadas de enfrentamento nos períodos pré e pós-operatório imediato. Os exercícios para manejo da ansiedade e controle dos pensamentos catastróficos (técnicas de respiração, visualização, parada de pensamento e distração), bem como para o enfrentamento da dor, foram especialmente importantes durante o período de permanência na UTI e adaptação inicial após a alta.

Passados 4 meses da cirurgia, a paciente foi reavaliada e os resultados mostraram melhora significativa na qualidade de vida, especialmente capacidade funcional, aspectos sociais e emocionais. Após 1 ano de cirurgia, a paciente manifestou satisfação com os resultados do tratamento e demonstrou boa condição para lidar com os estressores comuns no pós-transplante, além das habilidades de autocuidado, necessárias para a manutenção de seu estado de saúde.

Em situações clínicas de ansiedade e medo, é comum que o paciente faça uma leitura de risco elevado, ao mesmo tempo que julga seus recursos pessoais de enfrentamento ineficazes ou insuficientes para lidar com as demandas da situação-problema (White e Freeman, 2003). Pode-se supor, então, que o déficit de informações e a baixa autoeficácia favoreçam o agravamento

da percepção de risco, da própria incapacidade de enfrentamento e do sentimento de desamparo. Nesse caso, sintomas de depressão também podem ter contribuído para a perspectiva de baixa autoeficácia.

Segundo o modelo cognitivo de Beck (1997), pacientes com depressão tendem a processar informações com base em julgamentos distorcidos da realidade, que acentuam uma autoimagem de fracasso e inadequação, visão negativa do futuro e percepção do mundo como sendo hostil e cheio de obstáculos intransponíveis.

Além da avaliação psicológica, do atendimento clínico e dos grupos de sala de espera, utilizados aqui para exemplificar a atuação de um psicólogo em uma equipe de transplante de fígado, diversos outros tipos de intervenção podem ser realizados. O Quadro 16.7 faz uma síntese de intervenções complementares, que podem fazer parte da rotina de um psicólogo que trabalha em uma equipe de transplante.

Quadro 16.7 Intervenções complementares para demandas específicas de uma equipe de transplante de fígado.

Atendimento ao paciente etilista
<ul style="list-style-type: none">• Reestruturação de crenças e controle sobre uso de álcool• Treino de habilidades sociais• Prevenção de recaída• Automonitoramento• Aconselhamento individual para familiares
Terapia cognitivo-comportamental
<ul style="list-style-type: none">• Transtornos de humor e ansiedade• Fobias (agulhas/sangue)• Psicoterapia familiar• Transtornos alimentares• Transtornos sexuais• Treino de manejo do estresse• Intervenção durante tratamento de hepatites virais
Orientações e aconselhamentos específicos
<ul style="list-style-type: none">• Orientações individuais durante a consulta médica e na enfermaria• Reunião médica com familiares no pré-transplante• Manual de orientações da equipe de Enfermagem• Plantão e atendimento de enfermaria do serviço social• Ambulatório de nutrição
Cuidando do cuidador
<ul style="list-style-type: none">• Treino de manejo do estresse• Higiene do sono• Treino de resolução de problemas• Treino de habilidades sociais• Atendimento em situações de crise• Acompanhamento pós-óbito

Fonte: Serviço de Psicologia do Hospital de Base da FAMERP.

Considerações finais

A participação de psicólogos em equipes de transplante de órgãos é, hoje, uma realidade. Entretanto, o trabalho desse profissional precisa ser pautado em evidências de pesquisa. Como as mesmas respostas não são necessariamente adequadas para diferentes equipes, é preciso buscar o que existe na literatura, elaborar um protocolo de atendimento psicológico e avaliar constantemente a sua efetividade, isto é, sua utilidade em responder adequadamente às questões daquela equipe e seus pacientes.

Assim, o trabalho na saúde requer, além de competência em Psicologia Clínica e Psicologia da Saúde, habilidades para realizar pesquisas na área. Somente pesquisas adequadas à realidade do sistema de saúde e de seus usuários tornarão possível construir conhecimentos compatíveis com as necessidades dos pacientes.

Referências bibliográficas

- Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ABTO). Dimensionamento dos transplantes no Brasil e em cada estado. Registro Brasileiro de Transplantes, v. 22, n. 4, p. 1-98, 2016.
- Beck, J. S. Terapia cognitiva. Teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Brasil bate recorde de transplantes; 2016. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/09/Transplantes_RJ.pdf.
- Cetingok, M.; Hathaway, D.; Winsett, R. Contribution of post-transplant social support to the quality of life of transplant recipients. Social Work in Health Care, v. 45, p. 39-56, 2007.
- Ciconelli, R. M.; Ferraz, M. B.; Santos, W. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do Questionário Genérico de Qualidade de Vida SF-36. Revista Brasileira de Reumatologia, v. 39, p. 143-50, 1999.
- Cunha, J. A. Escalas Beck. BDI, BAI, BHS, BSI. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- Felício, H. C. C.; Silva, R. C. A. M.; Costa, A. M. *et al.* Family members, transplantation candidates, and patients who underwent liver transplantation had insufficient information about the procedure. Transplantation Proceedings, v. 48, p. 2.323-37, 2016.
- Goetzmann, L.; Klaghofer, R.; Wagner-Huber, R. *et al.* Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after organ transplant: results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients. Journal of Psychosomatic Research, v. 62, p. 93-100, 2007.
- Kroon, L.; Drent, G.; van den Berg, A. P. *et al.* Current health status of patients who have survived for more than 15 years after liver transplantation. The Netherlands Journal of Medicine, v. 65, p. 252-58, 2007.
- Levenson, J. L.; Olbrisch, M. E. Psychosocial screening and selection of candidates for organ transplantation. In: Trzepacz, P. T.; DiMartini, A. F. (Eds.). The transplant patient: biological, psychiatric, and ethical issues in organ transplantation. Cambridge: Cambridge University, p. 21-40, 2000.
- Miyazaki, E. T.; Santos Jr., R.; Miyazaki, M. C. O. S. *et al.* Patients on the waiting list for liver transplantation: caregiver burden and stress. Liver Transplantation, v. 16, n. 10, p. 1.164-68, 2010.
- Miyazaki, M. C. O. S. Diálogo socrático. In: Abreu, C. N.; Guilhardi, H. J. (Orgs.). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. Práticas clínicas. São Paulo: Roca, 2004. p. 311-19.
- Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M.; Valerio, N. I. (Orgs.). Psicologia da saúde. Teoria e prática. São José do Rio Preto: THS Arantes, 2006.
- Oliveira, I. R.; Pereira, M. O. Questionando crenças irracionais. In: Abreu, C. N.; Guilhardi, H. J. (Orgs.). Terapia comportamental e cognitivo-comportamental. Práticas clínicas. São Paulo: Roca, 2004. p. 371-382.
- Santos, G.; Gonçalves, L. C. S.; Buzzo, N. *et al.* Quality of life, depression, and psychosocial characteristics of patients awaiting liver transplants. Transplantation Proceedings, v. 44, n. 8, p. 2.413-15, 2012.
- Santos Jr. R.; Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M. *et al.* Patients undergoing liver transplantation: psychosocial characteristics, depressive symptoms, and quality of life. Transplantation Proceedings, v. 40, p. 802-4, 2008.
- Santos Jr. R.; Miyazaki, M. C. O. S.; Silva, R. C. M. A. *et al.* Avaliação psicológica de candidatos e pacientes submetidos a transplante de fígado. In: Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M.; Valerio, N. I. (Orgs.). Psicologia da saúde. Pesquisa e prática. São José do Rio Preto: THS Arantes, 2006. p. 253-69.
- Spira, J. Group therapy for medically ill patients. New York: Guilford, 1997.
- Stewart, K. E.; Hart, R. P.; Gibson, D. P. *et al.* Illness apprehension, depression, anxiety, and quality of life in liver transplant candidates: implications for psychosocial interventions. Psychosomatics, v. 55, n. 6, p. 650-58, 2014.
- White, J. R.; Freeman, A. S. Terapia cognitivo-comportamental em grupo. São Paulo: Roca, 2003.
- Yang, L. S.; Shan, L. L.; Saxena, A. *et al.* Liver transplantation: a systematic review of long-term quality of life. Liver International, v. 34, n. 9, p. 1.298-313, 2014.

Psiquiatria de Ligação e Interconsulta Psiquiátrica na Infância e Adolescência

Francisco Baptista Assumpção Júnior • Evelyn Kuczynski

Histórico

Durante a década de 1930, surgiu a concepção de que a dicotomia corpo-mente é uma abordagem insuficiente para proporcionar cuidados médicos de qualidade. Fatores psicológicos exerceriam um poderoso impacto sobre a doença e seu tratamento (Ortiz, 1997). A Psiquiatria de Ligação (mais conhecida como Interconsulta Psiquiátrica ou Psiquiatria de Ligação-interconsulta) é o ramo de especialização da interface entre a Medicina geral e a Psiquiatria que, geralmente, ocorre em um *setting* hospitalar ou em ambiente eminentemente médico. O papel da Psiquiatria de Ligação-interconsulta é, na maioria das vezes, avaliar pacientes com condições médico-cirúrgicas, a pedido do médico/cirurgião assistente (consultante), ou da equipe médica/cirúrgica responsável por seus cuidados. Desse modo, a Psiquiatria de Ligação apresenta interfaces com várias disciplinas, entre elas a Medicina Psicossomática, a Psicologia da Saúde e a Neuropsiquiatria. Já os cuidados de interconsulta infantojuvenil ou Psiquiatria Infantil de Ligação-interconsulta são realizados por psiquiatras da infância e adolescência que, como profissionais de saúde mental, proporcionam atenção psiquiátrica a crianças/adolescentes doentes, do ponto de vista médico, com especial atenção aos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Existe outro tipo de abordagem desses profissionais, os quais exercem a interconsulta em outros contextos (escolar, forense), mas, neste capítulo, o foco será o ambiente médico-hospitalar, com objetivo de avaliar o estado mental de uma criança/adolescente cirúrgica/clinicamente doente (Pinsky *et al.*, 2015).

A história da Interconsulta Psiquiátrica infantil difere da voltada ao adulto (Friedman e Molay, 1994). Em 1930, Adolf Meyer foi pioneiro ao nomear Leo Kanner como psiquiatra interconsultor em tempo integral na Harriet Lane Home for Invalid Children e na Phipps Psychiatric Clinic. Desde então, a Interconsulta Psiquiátrica infantil vem surgindo em muitos países, e um corpo teórico tem se consolidado com a finalidade de embasar essa área de atuação, importante na formação do psiquiatra infantil e do pediatra, nos cuidados à criança e a sua família durante o seguimento ambulatorial e a internação pediátrica (Lewis, 1994). Contudo, até hoje, a Psiquiatria Infantil de Ligação-interconsulta ainda não está presente em todos os contextos médicos e cirúrgicos de grande parte dos países subdesenvolvidos e emergentes (Pinsky *et al.*, 2015), e seus recursos são escassos na Europa (restringindo-se a serviços de hospitais-escola).

O objetivo deste capítulo é definir o campo de atuação da Psiquiatria da infância e adolescência nas unidades de Pediatria geral, ambulatorial ou de internação.

Definição e campo de atuação da Interconsulta Psiquiátrica e Psiquiatria de Ligação

A Psiquiatria de Ligação pode ser considerada uma abordagem ao médico-assistente (e equipe) que atende o paciente (Chan, 1996), proporcionando uma visão conjunta do doente e de sua família, utilizando-se de exposições educacionais, seminários psicossociais e planos de tratamento globais (Wellisch e Pasnau, 1979). A interconsulta diz respeito à atuação diretamente voltada ao paciente. Caplan (1991; *apud* Dubois *et al.*, 1970, p. 456-61) define a interconsulta como

[...] o processo de interação entre dois profissionais – o interconsultor, ou consulente (*consultant*), que é o

especialista, e o solicitante, ou consultante (*consultee*), que solicita auxílio com relação a um problema em curso, com o qual o último vem enfrentando dificuldades e que considera ser da competência do primeiro.

A teoria da interconsulta é baseada em um modelo ecológico de sistemas, ou seja, cada parte do sistema interage com as outras (indivíduo, doença, família e equipe), e todas as partes são interdependentes. Entender essas inter-relações auxilia a compreensão do problema, e também possibilita que o interconsultor atenda não só ao paciente, mas também às pessoas que com ele se relacionam. O psiquiatra interconsultor, ao integrar as informações relativas a parâmetros biológicos, constitucionais, psicológicos, familiares e socioculturais, sugere um método de intervenção a ser utilizado pelos demais profissionais envolvidos. O interconsultor não está diretamente envolvido com o paciente e sua família, mas age indiretamente por meio dos outros membros da equipe ou programas (Dubois *et al.*, 1991).

Transtornos psiquiátricos em serviços pediátricos

Incidência e prevalência

Aproximadamente 20% da população pediátrica sofre com doenças crônicas de menor comprometimento global (otites de repetição, transtornos alérgicos etc.), além dos 10% que padece de alguma doença crônica de maior gravidade, como a asma (Neff e Anderson, 1995). A doença crônica aparenta ser um importante fator de risco para dificuldades de ordem psíquica (Gortmaker *et al.*, 1990), e questões emocionais, comportamentais e familiares podem prejudicar o curso dessa doença, influenciando nos cuidados com a saúde e na adesão ao tratamento (Campo *et al.*, 2000).

Breslau (1985), ao investigar crianças com variadas condições incapacitantes, descreveu um aumento na probabilidade de surgimento de transtornos psiquiátricos nessa população, principalmente se houvesse associação com retardamento mental (presente em 40% da amostra), duplicando o risco; no entanto, o transtorno psiquiátrico grave secundário à incapacidade física seria similar ao de crianças de uma população geral. Garraza e Bailey (1989) avaliaram, por meio de questionários respondidos pelos pais à primeira consulta na clínica, pacientes pediátricos entre 7 e 12 anos, acompanhados em regime ambulatorial entre 1986 e 1987, detectando 28% de transtornos psiquiátricos.

O *Ontario Child Health Study* (Cadman *et al.*, 1987), um levantamento populacional realizado em quatro regiões administrativas e geográficas de Ontário (no Canadá), é muito divulgado e considerado pela sua abrangência e rigor metodológico. Com um interrogatório baseado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), constatou-se que crianças portadoras de doenças crônicas e incapacitantes apresentavam taxas significativamente maiores de diagnósticos psiquiátricos, assim como isolamento e baixa competência em atividades de lazer. Nos últimos 6 meses antes do levantamento, 27,5% do grupo com diagnóstico psiquiátrico havia utilizado serviços de saúde mental, contra 7,6% dos participantes de pesquisa que não apresentavam transtorno mental. Além disso, apenas um quarto dos incapacitados com sintomas psíquicos frequentava algum serviço de saúde mental, apesar de ser uma população que comparecia com frequência ao médico.

Em geral, há maior probabilidade de ocorrer transtornos psíquicos durante um seguimento pediátrico (ambulatorial ou sob internação) quando na vigência de quaisquer dos seguintes fatores de risco (Lewis, 1994; Gortmaker *et al.*, 1990):

- Lactentes (pelo alto grau de imaturidade e dependência)
- Sexo masculino
- Família de figura parental única (em geral, a genitora)
- Baixa renda familiar
- Psicopatologia pré-mórbida
- Prejuízos nas relações pais-filho(a)
- Transtorno psiquiátrico em um dos pais (ou ambos)
- Tipo e gravidade da doença de base e suas repercussões
- Doença crônica e hospitalizações múltiplas (Sauceda-Garcia *et al.*, 1994)
- Tipo de preparo para a hospitalização (impacto sobre a rotina de vida do paciente e sua família)
- Percepção cognitiva parental da doença (incluindo expectativas fantasiosas e reações parentais, sentimentos de desesperança e pessimismo)
- Prejuízo de função, imobilização, desfiguração e perda da autonomia
- Sentimentos parentais de perda e luto, culpa, depressão e ansiedade, exaustão, isolamento, atritos maritais e problemas financeiros.

Algumas situações e diagnósticos envolvem dificuldades especiais quanto à detecção e/ou abordagem junto ao paciente/família/equipe. São elas (Krener e Wasserman, 1994):

- Discrepância de informações coletadas de diferentes informantes (paciente, pais, outros familiares, professores etc.) durante o processo diagnóstico, visto que o médico, na verdade, atende um indivíduo dependente e tutelado que é levado para sua avaliação, nem sempre com “as melhores intenções” por parte do tutor, com os consequentes riscos. Muitos desses relatos discrepantes refletem, ainda, condições clínicas muito mais delicadas e significativas do que aparentam a princípio (Jensen *et al.*, 1999)
- Dificuldades diagnósticas quanto à origem da demanda inicial (ou piora do quadro): se orgânica (pelo mesmo diagnóstico clínico, ou por uma comorbidade) ou de base psicossomática (influenciada pelos mecanismos de defesa do paciente e sua família diante do processo mórbido e do estresse resultante, dentro das características de seu sistema familiar)
- Sintomas comportamentais em condições orgânicas (p. ex., porfiria, doença de Wilson, lúpus eritematoso sistêmico, AIDS etc.)
- Efeitos colaterais das intervenções terapêuticas (p. ex., esteroides e anticonvulsivantes), os quais interferem no comportamento do paciente
- Casos de síndrome de Munchausen “por procuração” (*by proxy*), ou seja, a indução persistente de sintomas ou doenças (geralmente infligida pela genitora) na criança (Meadow, 1977), com vistas a motivar um diagnóstico e obter atenção médica, com graus variados de sofrimento impingidos ao menor (essa síndrome está definida e exemplificada na seção de Caso clínico mais adiante)
- A ausência de uma confirmação diagnóstica, apesar de exaustiva investigação, provocando insatisfação e deterioração da relação médico-paciente.

O papel do psiquiatra, nesses casos, é intervir, atuando junto à equipe com o intuito de contribuir com sua experiência específica na abordagem dessas situações; junto à família, criando um canal para que as angústias e ansiedades que aflorem sejam devidamente identificadas e abordadas; e, principalmente, advogando em prol do paciente pediátrico, ao ressaltar suas necessidades e sofrimento, valorizando sua opinião ante os pais e profissionais que a ele atendem.

Características e modelos de atuação

É importante (e até mesmo imperativo) que ambas as partes do processo de interconsulta (interconsultor e solicitante) tenham clareza das indicações, objetivos e possibilidades de cada parte. Um processo que já não se inicia sobre essa base está fadado ao fracasso, ocasionando dificuldades de comunicação, insatisfação, além de conflitos dentro da equipe e com paciente e sua família, em decorrência da ausência de uma delimitação nítida dos domínios e responsabilidades de cada um; consequentemente, essas dificuldades tendem a protelar ou descartar futuras avaliações, originando um círculo vicioso e impedindo, a longo prazo, que tanto o paciente quanto a equipe se beneficiem desse tipo de intervenção.

O processo de interconsulta deve apresentar as seguintes características:

- A interconsulta é um processo de auxílio ou resolução de problemas
- Ela ocorre entre um profissional que dispensa o auxílio (*help-giver*) e um que solicita o auxílio (*help-seeker*), tendo o último a responsabilidade pelo bem-estar de outro indivíduo (no caso, o paciente)
- É uma relação voluntária, ou seja, os profissionais em questão desempenham suas funções em prol da melhora dos pacientes, como uma maneira de ajuda mútua
- Ambos (*help-giver* e *help-seeker*) trabalham em conjunto para solucionar o problema
- O objetivo é solucionar o problema em curso do solicitante (*help-seeker*)
- O solicitante (*help-seeker*) obtém proveito da relação de modo a manejar futuros problemas com maior sensibilidade e habilidade.

A maior preocupação durante o processo deve ser a de tornar esse tipo de procedimento um facilitador das relações e, consequentemente, viabilizar a melhor qualidade no atendimento às demandas que surgem durante a “crise” (do diagnóstico clínico, piora clínica, internação etc.). Esses eventos tornam-se, para o paciente e sua família, oportunidade em que, com frequência, afloram conteúdos do paciente e do sistema familiar que prejudicam (ou inviabilizam) as abordagens necessárias por parte da equipe. Além disso, é importante lembrar a influência das suscetibilidades individuais de cada membro da equipe diante da transferência e da contratransferência que se estabelecerão nesse contato tão íntimo e intenso, e que geralmente passam despercebidas, se não forem trazidas à consciência do grupo por meio de abordagens voltadas a essas questões.

Há vários modelos de Psiquiatria de Ligação e Interconsulta desenvolvidos (Lewis, 1994):

- Antecipatório: útil quando sérias reações psicológicas são esperadas para procedimentos programados (p. ex., atendimento ao paciente e sua família previamente ao transplante cardíaco ou à biopsia aspirativa etc.)
- Detecção dos casos: instituição de reuniões periódicas com a equipe pediátrica para detecção precoce e antecipação de problemas psicológicos
- Educação e treinamento da equipe pediátrica: na forma de palestras e discussões de casos
- Atendimento a intercorrências: muito frequente na cobertura de unidades de emergência (prontos-socorros, unidades de terapia intensiva etc.)
- Atendimento colaborativo e continuado, como em transtornos alimentares, dor crônica ou recorrente etc.

Dubois *et al.* (1991) sugerem algumas diretrizes a serem seguidas com o intuito de conduzir, de maneira adequada e satisfatória, o processo de interconsulta:

1. O interconsultor deve se lembrar de que não é a “autoridade em comando”, e sim alguém convocado a compartilhar de sua experiência e conhecimento com vistas a auxiliar a equipe responsável pelo caso na resolução de um problema.
2. Com sua formação médica, o psiquiatra interconsultor pode dispor de um papel inigualável na relação com as demais disciplinas, no sentido de oferecer um diagnóstico diferencial e uma hipótese mais provável. Ele está em posição de oferecer à equipe uma perspectiva das influências biológicas e psicossociais sobre a condição que levou o paciente ao atendimento.
3. O interconsultor não deve simplesmente conduzir diretamente os procedimentos terapêuticos, mas recomendar as propostas de intervenção que sejam mais efetivas.
4. Se houver indicação de psicofarmacoterapia, o interconsultor pode prescrever e supervisionar um teste terapêutico, com vistas a avaliar a tolerância e a eficácia da medicação, podendo encaminhar formalmente ao médico que acompanha o paciente (ou que virá a segui-lo, quando da alta médica) as orientações quanto ao prosseguimento do tratamento.
5. Se o psiquiatra tiver experiência na administração de centros de tratamento ou programas de atendimento em maior escala, pode oferecer supervisão e gerência à chefia da equipe.
6. O desenvolvimento profissional é extremamente importante para garantir um “efeito multiplicador” das ações instituídas a longo prazo.

Quadro clínico

Estima-se que em mais de 50% das condições mórbidas que levam o paciente pediátrico ao atendimento ambulatorial os fatores psíquicos desempenham um importante papel na sua etiologia. Entre os demais, muitos desenvolvem “sequelas” emocionais decorrentes da condição orgânica (Lask, 1994). Em casos de condição clínica crônica e/ou incapacitante, muitas vezes associada a múltiplas internações, procedimentos invasivos, desestruturação familiar e absenteísmo escolar, os números sobem exorbitantemente.

Os sintomas mais presentes na vigência de estresse psíquico associado à doença pediátrica são (Lewis, 1994):

- Biopsicológicos: mal-estar, dor, irritabilidade, distúrbios do apetite e sono
- Comportamento de maior apego: necessidade de maior contato físico, colo, pedidos ou exigências constantes; maior ansiedade de separação
- Regressão: sugar o dedo, regressão na linguagem e controle esfinteriano
- Passividade: sentimentos de desesperança e impotência
- Fantasias aterradoras sobre a doença e os procedimentos: ideias de punição, medo de mutilação e lesões físicas
- Ansiedade e mobilização de defesas: negação, sintomas fóbicos, sintomas conversivos
- Precipitação e agravamento de sintomas psiquiátricos pré-mórbidos.

Bailey e Garralda (1989) analisaram as atitudes do(s) pai(s) e do médico generalista em vista da avaliação psiquiátrica em 65 crianças entre 7 e 12 anos. A solicitação da família, aliada à ansiedade, e a gravidade da condição da criança foram as causas mais citadas pelos médicos como motivação para a avaliação psiquiátrica, apresentando, como grupo, uma boa percepção do que seria abordado na avaliação, em termos gerais. Já os pais tinham motivações e percepções as mais variadas da intervenção de um psiquiatra infantil, apesar de prevalecerem como questões mais frequentes a busca de auxílio para a criança e conhecer as razões para o surgimento desse comportamento.

Embora mais da metade dos pais tenha demonstrado satisfação com a indicação do médico generalista, a maioria afirmou não ter sido informada a respeito do processo de avaliação psiquiátrica nem o que esperar da consulta, mas três quartos das

crianças compareceram à avaliação após a primeira solicitação, salientando, assim, dificuldades tanto da parte das famílias quanto dos profissionais médicos em face da possibilidade da intervenção de um profissional de saúde mental em um paciente pediátrico.

Canning *et al.* (1992) detectaram que as percepções dos médicos estavam significativamente de acordo com as das crianças, mas nem sempre com as dos pais, provavelmente por subestimação das informações que estes fornecem na avaliação diagnóstica de transtornos mentais. Em outro trabalho, Canning (1994) percebeu que pais e filhos discordaram em 68% dos casos quanto à presença de um diagnóstico psiquiátrico, e que os médicos diagnosticavam apenas 41% dos casos em uma amostra de 114 pacientes portadores de doenças crônicas.

Tratamento

O papel do psiquiatra infantil na abordagem terapêutica de pacientes pediátricos deverá guiar-se pelos seguintes princípios (Lask, 1994):

- Definição clara e concisa dos objetivos terapêuticos, imediatos e a longo prazo, com base em uma abordagem compreensiva
- Escolha de opções terapêuticas a partir da avaliação das necessidades e particularidades de cada paciente, de forma individualizada
- Estabelecimento de uma conduta terapêutica flexível
- Atuação incisiva da parte do terapeuta a fim de alcançar os objetivos propostos.

A variedade de técnicas passíveis de utilização é grande, e seu detalhamento, item a item, foge ao escopo deste capítulo. Podem-se citar, resumidamente:

- Orientação e terapia familiar
- Técnicas comportamentais [muito frequentes no preparo para a hospitalização, antecipação de possíveis reações a procedimentos invasivos, em casos de fobias (agulhas, sangue etc.), vômitos etc.]
- Psicoterapia individual (costuma ser pouco viável, dadas as características do *setting*)
- Psicofarmacoterapia (quando indicada e possível, diante das condições clínicas)
- Manejo da dor (farmacológico e/ou comportamental).

É importante ressaltar o papel do psiquiatra como terapeuta também junto à equipe, oferecendo suporte às questões e angústias que surjam no grupo, identificando e abordando as repercussões emocionais que apareçam diante de casos mais delicados ou temas mais polêmicos, quer por meio de exposições de cunho psicoeducacional, quer a partir de reuniões periódicas para discussão dos casos.

Psiquiatria de Ligação e Interconsulta Psiquiátrica na infância e na adolescência

Um psiquiatra infantil geralmente é chamado a prestar seus serviços junto a um serviço pediátrico geral para atender às seguintes demandas (Pinsky *et al.*, 2015):

- Crianças com doenças psiquiátricas primárias que levam a condições médicas
- Manifestações psiquiátricas de doenças e tratamentos médicos
- Ajustamento a uma doença crônica ou com risco de vida
- Diagnóstico de uma doença psicossomática.

O processo de Interconsulta em Psiquiatria infantil envolve conhecimento da Psicologia do desenvolvimento normal, diagnóstico e tratamento, e familiaridade com a Pediatria e as práticas hospitalares pediátricas. As solicitações de Interconsulta Psiquiátrica infantil, em geral, pertencem a uma (ou mais) das seguintes categorias (Lewis, 1994):

- Emergências, como tentativas de suicídio (Press e Khan, 1997), *delirium* (ou estado confusional agudo) etc.
- Diagnóstico diferencial de sintomas somatoformes (ante a investigação clínica pertinente sem uma elucidação diagnóstica satisfatória)
- Atendimento conjunto (Godding *et al.*, 1997; Hansen, 1997) para indivíduos com doenças suscetíveis ao estresse (p. ex., asma, artrite reumatoide juvenil e retocolite ulcerativa etc.)
- Diagnóstico e atendimento de sintomas psiquiátricos na evolução de uma doença clínica (p. ex., sintomatologia depressiva durante o tratamento de uma leucemia)

- Doenças crônicas (North e Eminson, 1998) e suas repercussões psicossociais
- Reações a intervenções pediátricas terapêuticas (transplante de medula óssea, enxertos cutâneos para queimaduras extensas etc.)
- Reações a doenças pediátricas (p. ex., involução do desenvolvimento secundário a uma encefalite).

Caso clínico

No Exemplo 17.1, apresenta-se a descrição do atendimento de uma criança com síndrome de Munchausen por procuração.

Exemplo 17.1

Criança com síndrome de Munchausen por procuração.

Identificação

L.G., 3 anos de idade, branca, natural de São Paulo, procedente da Grande São Paulo, filha única.

Histórico familiar

A mãe, 20 anos de idade, desempregada, era balconista e passou a morar na casa da avó da criança (a renda familiar era proveniente do padrasto). Não quis identificar o pai da criança, dizendo que ele nunca assumirá a paternidade e que, durante a gestação, não tivera seu apoio nem de outros membros de sua família (tendo sido expulsa de casa pela sogra); durante o período gestacional, relatava ter desenvolvido “depressão”.

História clínica

Encaminhada pelo Instituto da Criança (ICr) ao serviço de interconsulta do Serviço de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEPIA-IPq-HCFMUSP) para investigação diagnóstica, após período de internação em hospital de retaguarda devido à intoxicação exógena.

Na história fornecida pela mãe, a criança apresentava crises convulsivas de difícil controle desde o 1º ano de vida e recebia alimentação por sonda nasogástrica (SNG), em razão do refluxo gastroesofágico (RGE) e da pouca aceitação de dieta por via oral (VO). A mãe não garantia um acompanhamento regular com neurologista ou psiquiatra, porém, buscava os atendimentos de urgência em prontos-socorros por causa de “convulsões incontrolláveis”, a despeito de uso regular da medicação “orientada pelo médico”. Na ocasião da internação na unidade de retaguarda, estavam sendo ministradas doses excessivas do anticonvulsivante na criança.

Foi avaliada, apresentando alteração no nível de consciência e hiporreatividade. Após a confirmação da hipótese diagnóstica de intoxicação por fenobarbital, por meio da dosagem sérica da substância, foi encaminhada para internação em unidade de retaguarda, para acompanhamento clínico. Permaneceu na unidade por aproximadamente 1 mês sem apresentar crises convulsivas, mesmo com doses subterapêuticas de anticonvulsivantes. Após utilização de propedêutica armada pertinente, afastou-se o diagnóstico de RGE, a SNG foi retirada e, gradativamente, houve melhora da aceitação da dieta VO. Recebeu alta e foi transferida para a enfermaria do serviço de Psiquiatria, para investigação de provável síndrome de Munchausen por procuração.

Durante a internação na Psiquiatria infantil, constatou-se que a criança havia sido atendida previamente no ambulatório de Psiquiatria da mesma instituição. Nessa oportunidade, sua primeira e única consulta no serviço até então, a mãe relatou ter sido encaminhada de um hospital da Grande São Paulo, no qual a criança estivera internada em consequência de epilepsia refratária, infecção urinária e pneumonia (*sic*), embora não portasse nenhuma carta de encaminhamento. O motivo do encaminhamento, segundo a mãe, era por conta de seu comportamento.

Relatou que a filha, desde o 1º ano de vida, necessitava de sonda para garantir a nutrição, pois “tinha refluxo e não ficava mais do que 1 mês sem sonda, em virtude da desnutrição e da desidratação”. A mãe descreveu crises tônico-clônicas generalizadas, de difícil controle medicamentoso e sem causa orgânica identificada. Mostrou-se extremamente preocupada com as alterações de comportamento da filha, como

arrancar os cabelos, gritar e bater a cabeça na parede.

Segundo informava, desde a gestação, a criança se mexia pouco e, ao nascimento, necessitou de oxigenoterapia, permanecendo internada por 24 dias por causa de refluxo. Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, apresentou dificuldades na sucção, era hipotônica, firmou a cabeça com 1 ano, não sentava nem andava até então, tendo adquirido linguagem aos 3 anos e, mesmo assim, restrita a poucas palavras. No questionamento a respeito de sinais de apego, a mãe negou quaisquer sinais esperados desde bebê, referiu estereotípias (balanceio do tronco). Com relação à maneira de brincar, simplesmente respondeu que a filha “não brinca com outras crianças, nem mesmo sozinha” e que nunca frequentou escola, em razão das “crises de agressividade e da recusa alimentar”.

Diagnóstico da doença

Durante a primeira consulta, a criança estava completamente sedada, impossibilitando sua avaliação e, como a dose do fenobarbital era excessiva para seu peso e idade, a mãe foi orientada a diminuir a dose. Faltou ao retorno, sem apresentar notícias até sua solicitação para uma interconsulta. Após a internação da criança no serviço de Psiquiatria, foi possível a confirmação diagnóstica da síndrome de Munchausen por procuração, em decorrência de vários fatores, conforme descrito a seguir.

Por meio de contato com a pediatra que havia encaminhado a criança na primeira consulta do ICr, ela informou que já suspeitava da síndrome de Munchausen e enviara carta lacrada por intermédio da mãe da criança. Embora tenha sido orientada a diminuir a dose do anticonvulsivante, não seguiu a orientação e, quando foi aventada a hipótese de intoxicação pelo fenobarbital, apresentou em mãos receita com a dose excessiva prescrita em pronto-socorro, com data posterior à consulta na Psiquiatria, confirmando sua atitude de buscar atendimentos de urgência para pedir receitas com a justificativa de que o remédio acabara e de que “a criança tinha que tomar aquela dose prescrita por seu médico”.

Durante internação na unidade de retaguarda do ICr (anterior à internação na Psiquiatria), houve discrepância entre as informações fornecidas pela mãe e a clínica observada durante a internação, ou seja, não foram observadas crises convulsivas mesmo após 10 dias da suspensão do fenobarbital, o que era incompatível com a informação de “epilepsia refratária”. A ausência de refluxo e a possibilidade de alimentação via oral evidenciaram o uso injustificado da SNG, ou seja, a criança era submetida a procedimentos invasivos sem necessidade.

Durante a internação na Psiquiatria, não ocorreu alteração na marcha. A paciente alimentava-se normalmente, apresentava linguagem compatível para sua idade, com discreta dificuldade para articular as palavras. Não teve alterações de comportamento, exceto quando separada da mãe, o que acarretava momentos de agressividade, evidenciando um vínculo simbiótico entre elas. Teve dificuldades para conciliar o sono no início da internação, porém, gradativamente, o ciclo sono-vigília normalizou-se sem o emprego de sedativos, o que causou muita angústia na mãe, que sempre pedia “remédios para a filha dormir”. Optou-se, então, pelo uso de placebos, por não apresentarem substância ativa e serem inócuos, somente por insistência da mãe no uso de medicações. Durante a primeira licença médica, por precaução, foi feita a dosagem sérica de fenobarbital antes e depois da licença, para o caso de a mãe, sem ordem médica, ministrar a medicação. Além disso, a mãe foi orientada a trazer as medicações prescritas se necessário (caso apresentasse crises ou insônia) após a licença, para controle do que fora utilizado durante o fim de semana. Não houve variação nas dosagens séricas; contudo, embora a mãe garantisse à equipe que não utilizara as medicações levadas, não as trouxe, referindo tê-las “jogado fora”.

Após a observação da criança na enfermaria e a confirmação do diagnóstico de síndrome de Munchausen por procuração, o caso foi comunicado ao Juizado de Menores, para serem tomadas as medidas necessárias para garantir a proteção e o bem-estar da criança. Esta recebeu alta e compareceu frequentemente aos retornos. Sua guarda permaneceu com a mãe, que foi encaminhada para tratamento e avaliação de personalidade. A criança continuou fazendo uso de placebo, visto que a mãe insistia no uso da medicação

para a insônia. Em um dos retornos, a mãe relatou que a criança havia apresentado crise convulsiva (*sic*), o que a motivou a procurar o pronto-socorro novamente, onde prescreveram fenobarbital. Embora tivesse levado-a ao pronto-socorro, não administrara a medicação à filha, a fim de “aguardar o consentimento da Psiquiatria”. Em consultas subsequentes, em razão de sua insistência em marcar consulta com neurologistas, optou-se por encaminhá-la à Neurologia do próprio Instituto de Psiquiatria, com o intuito de evitar uma peregrinação por outros serviços que ignorem o diagnóstico e continuem fornecendo receita de anticonvulsivantes.

Discussão

Este caso é bastante ilustrativo, na medida em que representa um transtorno de difícil diagnóstico que, na maioria das vezes, é feito apenas após longos anos de “peregrinação” por serviços de saúde, avaliações de diversos profissionais e inúmeros procedimentos dolorosos para a criança (bem como efeitos colaterais de medicamentos e procedimentos desnecessários). Seu manejo requer um atendimento multidisciplinar e, por se tratar de uma forma grave de abuso, é necessária urgência na denúncia a serviços de proteção à criança.

O termo “síndrome de Munchausen por procuração” foi criado por Meadow (1977), ao se referir a casos em que uma pessoa repetidamente fabrica sintomas em outra pessoa, podendo lhe causar danos. Quando envolvem crianças, na maioria dos casos, é o genitor quem fabrica a doença. Nos casos menos graves, é o responsável pelo dano causado à criança, proveniente dos procedimentos de investigação diagnóstica, enquanto, em casos mais graves, como o aqui descrito, pode causar dano considerável à saúde da criança, podendo até mesmo colocar sua vida em risco.

Em 1987, em revisão da literatura, foram encontrados 42% de eventos de convulsões entre os casos de síndrome de Munchausen por procuração (Forsyth, 1996). Nos casos de “epilepsia sem controle”, geralmente o diagnóstico é possível devido à disparidade entre a história e a apresentação clínica no hospital (Koul *et al.*, 2000), como observado neste caso. Os responsáveis geralmente são descritos como exemplares em seus contatos com a equipe, demonstrando preocupação com a doença do filho, permanecendo a seu lado constantemente e não medindo esforços para obter um “diagnóstico e tratamento para sua doença”. Observando-se mais atentamente a relação mãe-filho, é possível perceber um cuidado excessivo, afeto inapropriado da mãe ao falar sobre a doença do filho e o estabelecimento de uma relação simbiótica com a criança (Koul *et al.*, 2000), bastante evidente neste caso.

O papel do psiquiatra da infância e adolescência ocorreu no auxílio diagnóstico e posterior manejo do caso, por meio de internação no próprio serviço. Há, porém, casos em que o interconsultor, quando a criança permanece no serviço solicitante, pode exercer um papel mais amplo, inclusive de Psiquiatria de Ligação, auxiliando a equipe a entender melhor a dinâmica da doença, reconhecer seus próprios sentimentos com relação à situação de abuso, possibilitando um melhor manejo do tratamento, para auxiliar a criança e sua família.

Considerações finais

Cabe ao pediatra a função essencial de diagnosticar os problemas psicopatológicos da criança (Vandvick, 1994), em razão do pequeno número de profissionais habilitados a trabalhar com Psiquiatria da Infância e da Adolescência em nosso meio. Entretanto, mesmo diagnosticando a ausência de transtornos psiquiátricos em cerca de 84% das crianças, demonstrando, assim, uma alta especificidade, detecta-se somente em torno de 17% dos transtornos mentais e de comportamento, o que representa uma baixa sensibilidade (Costello *et al.*, 1988). Desse modo, o desafio é sempre o desenvolvimento de maneiras mais efetivas de utilizar as habilidades do psiquiatra da infância, uma vez que seu número dificilmente alcançará a quantidade necessária para que ele mesmo efetue o atendimento direto da criança, na maioria dos casos (Rae-Grant, 1986; Froese *et al.*, 1997).

Assim, considerando que o interconsultor atua em numerosos domínios, e que seu cliente não é somente a criança, mas também os pais e os demais membros da equipe, seria necessário um “efeito multiplicador”, descrito por Dubois *et al.* (1991), no qual o psiquiatra da infância introduziria, a partir da consultoria e supervisão a outros profissionais envolvidos diretamente nos cuidados com a criança, conceitos de prevenção, diagnóstico e tratamento a outros profissionais, fornecendo a liderança em serviços que se encontram em desenvolvimento.

Resumindo, pode-se considerar que o psiquiatra interconsultor, atuando junto com o paciente pediátrico, possibilita a expressão das vivências, angústias, conflitos e mecanismos de defesa tanto do paciente quanto da família e da equipe envolvidas, que interferem ou são desencadeados pela doença, utilizando como intervenções não somente as medidas psicofarmacológicas, mas também abordagens psicoterápicas, individuais ou familiares, e favorecendo o relacionamento entre a

equipe e a criança ou adolescente, para favorecer uma melhor evolução dos quadros (Cramer, 1992).

Apesar de a Psiquiatria de ligação e a interconsulta psiquiátrica infantil serem, hoje, áreas de atuação tímidas e incipientes, não há dúvidas, diante do exposto, da importância de implementar, cada vez mais, esses esforços interdisciplinares, com vistas a garantir uma abordagem mais integral do paciente pediátrico e sua família, garantindo, assim, condições mais favoráveis para a resolução dos problemas que surgem no decorrer de um tratamento médico-cirúrgico.

Referências bibliográficas

- Bailey, D.; Garralda, M. E. Referral to child psychiatry: parent and doctor motives and expectations. *J. Child Psychol. Psychiatry*, v. 30, n. 3, p. 449-58, 1989.
- Breslau, N. Psychiatric disorder in children with physical disabilities. *J. Am. Acad. Child Psychiat.*, v. 24, n. 1, p. 87-94, 1985.
- Cadman, D.; Boyle, M.; Szatmari, P. *et al.* Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. *Pediatrics*, v. 79, n. 5, p. 805-13, 1987.
- Campo, J. V.; Kingsley, R. S.; Bridge, J. *et al.* Child and adolescent psychiatry in general children's hospitals: a survey of chairs of psychiatry. *Psychosomatics*, v. 41, p. 128-33, 2000.
- Canning, E. H. Mental disorders in chronically ill children: case identification and parent-child discrepancy. *Psychosom. Med.*; v. 56, n. 2, p. 104-8, 1994.
- Canning, E. H.; Hanser, S. B.; Shade, K. A. *et al.* Mental disorders in chronically ill children: parent-child discrepancy and physician identification. *Pediatrics*, v. 90, n. 5, p. 692-6, 1992.
- Caplan, G. The theory and practice of mental health consultation. New York: Basic Books, 1991. *apud* Dubois, J. R.; Nugent, K.; Broder, E. Psychiatric consultation with children in underserved areas: lessons from experiences in Northern Ontario. *Can. J. Psychiatry*, v. 36, 1970, p. 456-61.
- Chan, S. Child psychiatric consultation and liaison in Pediatrics. *Singapore Med. J.*, v. 37, p. 194-6, 1996.
- Costello, E. J.; Edelbrock, C.; Costello, A. J. *et al.* Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. *Paediatrics*, v. 82, p. 415-24, 1988.
- Cramer, B. Le rôle du psychiatre de liaison dans le cadre de la maladie chronique. *Schweiz Med. Wschr.*, v. 122, p. 83-7, 1992.
- Dubois, J. R.; Nugent, K.; Broder, E. Psychiatric consultation with children in underserved areas: lessons from experiences in Northern Ontario. *Can. J. Psychiatry*, v. 36, p. 456-61, 1991.
- Forsyth, B. W. C. Munchausen Syndrome by proxy. In: Lewis, M. (Ed.). *Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook*. 2. ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company, 1996.
- Friedman, R. S.; Molay, F. A history of psychiatric consultation in America. *Psychiatr. Clin. North Am.*, v. 17, n. 3, p. 667-81, 1994.
- Froese, A.; Dwyer-Sepic, P.; Parker, K. Child psychiatric consultation service to community agencies: a collaborative approach involving three community agencies. *Can. J. Psychiatry*, v. 42, n. 6, p. 656-58, 1997.
- Garralda, M. E.; Bailey, D. Psychiatric disorders in general paediatric referrals. *Arch. Dis. Child*, v. 64, p. 1727-33, 1989.
- Goddard, V.; Kruth, M.; Jamart, J. Joint consultation for high-risk asthmatic children and their families, with pediatrician and psychiatrist as co-therapists: model and evaluation. *Fam. Process*, v. 36, n. 3, p. 265-80, 1997.
- Gortmaker, S. L.; Walker, D. K.; Weitzman, M. *et al.* Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. *Pediatrics*, v. 85, p. 267-76, 1990.
- Hansen, R. C. Pediatric psychocutaneous disorders. *Curr. Opin. Pediatr.*, v. 9, n. 4, p. 367-71, 1997.
- Jensen, P. S.; Rubio-Stipec, M.; Canino, G. *et al.* Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.*, v. 38, n. 12, p. 1.569-79, 1999.
- Koul, R. L.; Chacko, A.; Al-Lamki, Z. *et al.* Munchausen Syndrome by proxy. *Saudi Med. J.*, v. 21, n. 5, p. 482-6, 2000.
- Krener, P. K. G.; Wasserman, A. L. Diagnostic dilemmas in pediatric consultation. *Child Adolesc. Psychiat. Clin. North. Am.*, v. 3, n. 3, p. 485-512, 1994.
- Lask, B. Paediatric liaison work. In: Rutter, M.; Taylor, E.; Hersov, L. (Eds.). *Child and adolescent psychiatry: modern approaches*. 3. ed. Oxford: Blackwell, 1994.
- Lewis, M. Consultation process in child and adolescent psychiatric consultation-liaison in Pediatrics. *Child Adolesc. Psychiat. Clin. North Am.*, v. 3, n. 3, p. 439-48, 1994.
- Meadow, R. Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. *Lancet*, v. 2, p. 343-45, 1977.
- Neff, J. M.; Anderson, G. Protecting children with chronic illness in a competitive marketplace. *J. Am. Med. Assoc.*, v. 274, p. 1.866-9, 1995.
- North, C.; Eminson, M. A review of a psychiatry-nephrology liaison service. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, v. 7, n. 4, p. 235-

45, 1998.

Ortiz, P. General principles in child liaison consultation service: a literature review. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, v. 6, n. 1, p. 1-6, 1997.

Pinsky, E.; Rauch, P. K.; Abrams, A. N. Pediatric consultation and psychiatric aspects of somatic disease. In: Thapar, A.; Pine, D. S.; Leckman, J. F. et al. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 6. ed. Chichester: John Wiley & Sons, 2015. p. 586-98.

Press, B. R.; Khan, S. A. Management of the suicidal child or adolescent in the emergency department. *Curr. Opin. Pediatr.*, v. 9, n. 3, p. 237-41, 1997.

Quintana, M. *Poesias*. Porto Alegre; Rio de Janeiro: Globo, 1983.

Rae-Grant, Q. Child psychiatrists in the 90's: who will want us, who will need us. *Can. J. Psychiat.*, v. 31, n. 6, p. 493-98, 1986.

Sauceda-Garcia, J. M.; Duran, J. M. M.; Cabrera, M. A. M. Nuevas perspectivas en la Psiquiatría de Enlace. La experiencia del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional Siglo XXI. *Gac. Med. Mex.*, v. 130, n. 2, p. 72-4, 1994.

Vandvick, I. H. Collaboration between child psychiatry and pediatrics: the state of the relationship in Norway. *Acta Paediatr.*, v. 83, p. 884-7, 1994.

Wellisch, D.; Pasnau, R. Psychology interns on a consultation – liaison service. *Gen. Hosp. Psychiatry*, v. 1, p. 287-94, 1979.

Bibliografia

Ferreira, A. R.; Kuczynski, E.; Castillo, A. R. G. L. *et al.* Interconsulta psiquiátrica infantil: análise de um serviço. *Pediatrica Moderna* [no prelo].

Phillips, S.; Sarles, R. M.; Friedman, S. B. Consultation and referral: when, why, and how. *Pediatr. Ann.*, v. 9, n. 7, p. 269-75, 1980.

Manejo de Pacientes Psiquiátricos no Hospital Geral

Marianne Herrera Falcetti Ferreira •
Fábio Roque Ieiri • Tiago dos Santos Andrade

Histórico dos manicômios à reforma psiquiátrica

Nas últimas décadas, viveu-se uma importante mudança no modelo de tratamento dos pacientes portadores de doenças mentais graves. A reforma psiquiátrica mudou não somente o modo como eles são cuidados, mas também como são vistos por toda a população, evidenciando a luta pela desinstitucionalização da loucura, com os fechamentos dos manicômios, e também reacendendo as discussões sobre o modelo histórico desse cuidado e sobre os olhares de toda a sociedade em relação ao doente mental.

Oficialmente, a reforma psiquiátrica brasileira ocorreu a partir da promulgação da Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que alterou as diretrizes e políticas públicas para a saúde mental (Brasil, 2001). Ela oficializou o atendimento psiquiátrico comunitário no país, dispôs sobre o tratamento mais humanizado, sobre a proteção às pessoas com transtornos psiquiátricos, a preferência pelos serviços comunitários à internação, a implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos, as bases de funcionamento desses serviços e a regulamentação das internações compulsórias (Brasil, 2001). Além disso, por meio dessa lei, o modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico no país, foi substituído pelo modelo de atendimento psiquiátrico comunitário baseado em serviços de saúde mental descentralizados, multiprofissionais e diversificados (Andreoli, 2007).

Embora marco inegável para a consolidação do atendimento psiquiátrico comunitário, a promulgação dessa lei não foi um ato isolado, sendo o resultado de um processo científico-político-social iniciado na década de 1950 nos países europeus e, no final da década de 1970, em contexto brasileiro (Amarante, 1995).

Com a virada do século, a reforma psiquiátrica no Brasil deixou definitivamente a posição de “proposta alternativa” e se consolidou como o marco fundamental da política de assistência à saúde mental oficial. Mais do que isso, a influência de seu ideário vem se expandindo no campo social, no universo jurídico e nos meios universitários que formam os profissionais de saúde (Bezerra Jr., 2007).

Em 2014, o cenário brasileiro de assistência à saúde mental era composto por cerca de 2.200 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) espalhados pelo território nacional. Essa rede de equipamentos vem substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial. Em seu lugar, tem sido construído um sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais (universalidade, equidade e integralidade) do Sistema Único de Saúde (SUS), acrescido da proposta de desinstitucionalização – cujo alcance ultrapassa os limites das práticas de saúde e chega ao imaginário social e às formas culturalmente validadas de compreensão da loucura (Bezerra Jr., 2007).

Segundo Gonçalves e Sena (2001), a questão crucial da desinstitucionalização é um retorno progressivo à comunidade das responsabilidades sobre os doentes mentais e seus conflitos. Busca um novo lugar para a loucura na cultura, trazendo assim uma nova indagação quanto à cidadania do doente mental.

Espera-se que a reforma psiquiátrica não seja simplesmente a transferência do paciente mental para fora dos muros do hospital, mas sim o resgate ou o estabelecimento de sua cidadania, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o

sujeito de seu próprio tratamento sem a ideia de cura como o único horizonte. Portanto, alcançar a autonomia e a reintegração do sujeito à família e à sociedade (Gonçalves e Sena, 2001).

Nessa óptica, a doença mental é entendida como uma doença crônica, passível de acompanhamento longitudinal que pode demandar diferentes necessidades ao longo de sua trajetória a partir da individualização de cada paciente. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (Brasil, 2011), dispõe de diferentes equipamentos que abordam a saúde mental sob diferentes perspectivas (Figura 18.1). Ela é composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), CAPS, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades Ambulatoriais de Especialidades, Hospitais Dia, Unidade Psiquiátrica no Hospital Geral (UPHG), Casa de Acolhimento Transitório, Consultório na Rua, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Centros de Convivência, entre outros, articulados em rede (Brasil, 2011).

Nesse novo desenho das redes de atenção à saúde mental, o local de atenção aos pacientes com quadros agudos que requerem a necessidade de internação passa do hospital psiquiátrico para os CAPS e as unidades de internação em hospitais gerais, cujo desenvolvimento e papéis serão abordados a seguir.

Unidade psiquiátrica em hospital geral

A abertura de serviços de internação com leitos em saúde mental dentro dos hospitais gerais ocorreu mundialmente apenas a partir da segunda metade do século 20, especialmente após experiências de pequenas enfermarias psiquiátricas nos hospitais militares durante a Segunda Guerra Mundial, influenciada pelos movimentos dos direitos civis do doente mental, pelo desenvolvimento de tratamentos biológicos eficazes para os transtornos mentais e pelo reconhecimento da importância do ensino na psiquiatria na prática médica e da possibilidade de diminuir os custos da assistência psiquiátrica. Assim, ainda na década de 1980, EUA e Inglaterra já contavam com cerca de 50% das internações nesse modelo de assistência (Lucchesi, 2001).

Com as UPHG, estruturava-se um dos principais pilares da reforma psiquiátrica, pois serviriam aos cuidados dos pacientes agudamente enfermos por curtos períodos, em hospitais territorialmente próximos às comunidades atendidas, favorecendo a manutenção dos vínculos sociais e a continuidade dos cuidados pelos serviços comunitários de saúde. Havia também a diminuição do estigma da doença mental, ao aproximar a Psiquiatria das demais especialidades médicas dentro do hospital, além de possibilitar melhores cuidados para patologias clínicas por meio do acesso a exames e interconsultas de outras áreas da saúde (Figura 18.2; Botega, 1997; Lucchesi, 2001).

No Brasil, os primeiros serviços foram criados a partir da segunda metade da década de 1950, principalmente em serviços universitários. Embora a criação de novas UPHG seja preconizada nas diretrizes do Ministério da Saúde e da Associação Médica Brasileira (AMB, 2014), desenvolveu-se de modo lento, em ritmo inferior ao fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos. Esse lento crescimento tem sido explicado pela redução dos investimentos em saúde mental no período, em razão da crença de que os serviços comunitários reduziam automaticamente a necessidade de internações hospitalares e da concentração das UPHG em serviços universitários pouco envolvidos na aplicação de políticas assistenciais de amplo alcance (AMB, 2014; Botega, 1997).

No contexto atual das RAPS, em acordo com a Portaria n. 148, de 31 de janeiro de 2012 (Brasil, 2012), as UPHG são estabelecidas de modo a cumprir os seguintes objetivos clínicos:

- Constituir-se como unidade hospitalar de intervenção integral ao usuário com descompensação clínica e condições que configurem situações de crise em transtornos mentais primários e associados ao uso do *crack* e outras drogas, ou ainda, com outras comorbidades clínicas e psiquiátricas, a depender da demanda da RAPS

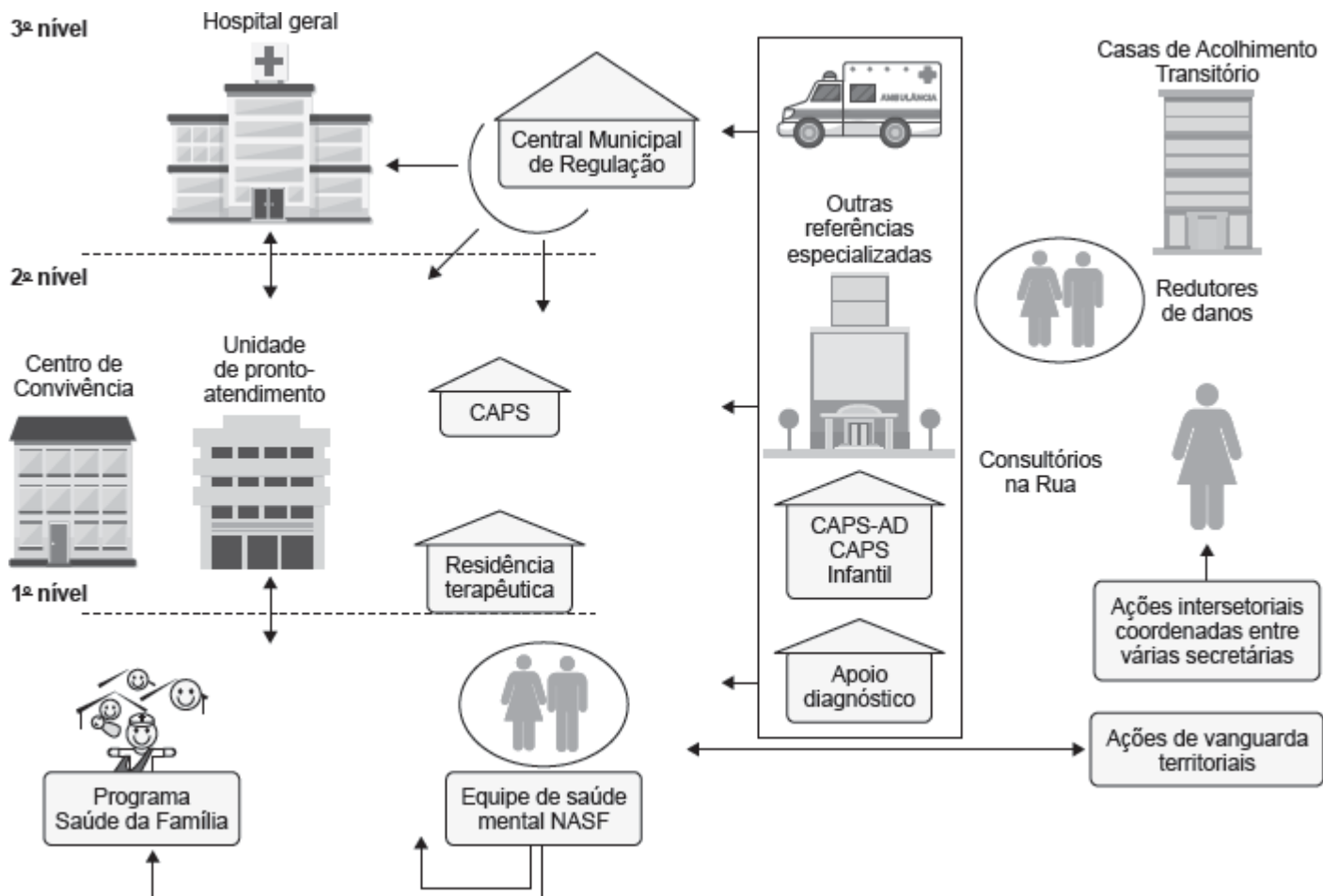


Figura 18.1 Fluxograma de articulação dos equipamentos da RAPS. Adaptada de Santos (2012).

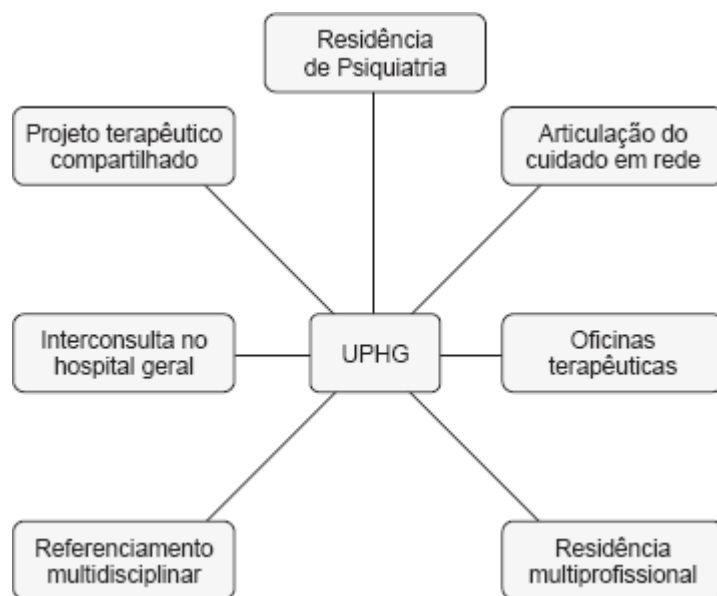


Figura 18.2 Objetivos estratégicos das UPHG. Adaptada de Santos (2012).

- Atuar como um equipamento de retaguarda da RAPS e da Rede de Urgência e Emergência, a partir da interlocução e qualificação dos encaminhamentos pela Central Municipal de Regulação do município
- Ser um serviço de atenção matricial para todas as enfermarias do hospital, em especial para a enfermaria de clínica médica, para onde seriam priorizadas as internações de usuários com situações clínicas e psiquiátricas relacionadas com as substâncias psicoativas
- Intervenções breves favorecidas por intermédio da atuação de equipes multiprofissionais na elaboração e execução de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), utilizando o referenciamento de caso e acompanhamento por equipes longitudinais nos cuidados prestados

- Serviço de articulação direta com a RAPS, em congruência com o fluxo de encaminhamentos estabelecido preferencialmente pelo CAPS da região, com a articulação efetiva de cuidado para o seguimento terapêutico após a alta hospitalar, privilegiando a lógica territorial
- Ser local de formação e campo de estágio da linha de cuidado em Saúde Mental preconizada pela Reforma Psiquiátrica, a partir de discussão e elaboração de projetos terapêuticos individuais em conjunto e articulada com a RAPS.

Ainda de acordo com a Portaria n. 148, até 10 leitos de clínica médica e pediatria, qualificados para o atendimento destinado a indivíduos em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, podem ser implantados em hospitais gerais (Brasil, 2012). Desse modo, de acordo com as necessidades e possibilidades locais, o manejo clínico em casos de intoxicação aguda com internações breves pode ser realizado em unidades não especializadas, caracterizando um arranjo terapêutico alternativo às UPHG, fato que possibilitará maior capilaridade e trânsito dos cuidados em saúde mental em outras áreas do hospital geral.

Para alcançar os objetivos clínicos, as UPHG devem se organizar internamente, favorecendo o trabalho em equipes multiprofissionais em que ocorra o trânsito de saberes de modo articulado, na construção dos projetos terapêuticos, potencializando as ações desenvolvidas que, ao final, propiciarão a redução do tempo da internação e a transferência dos cuidados para a rede comunitária de saúde (Figura 18.3).

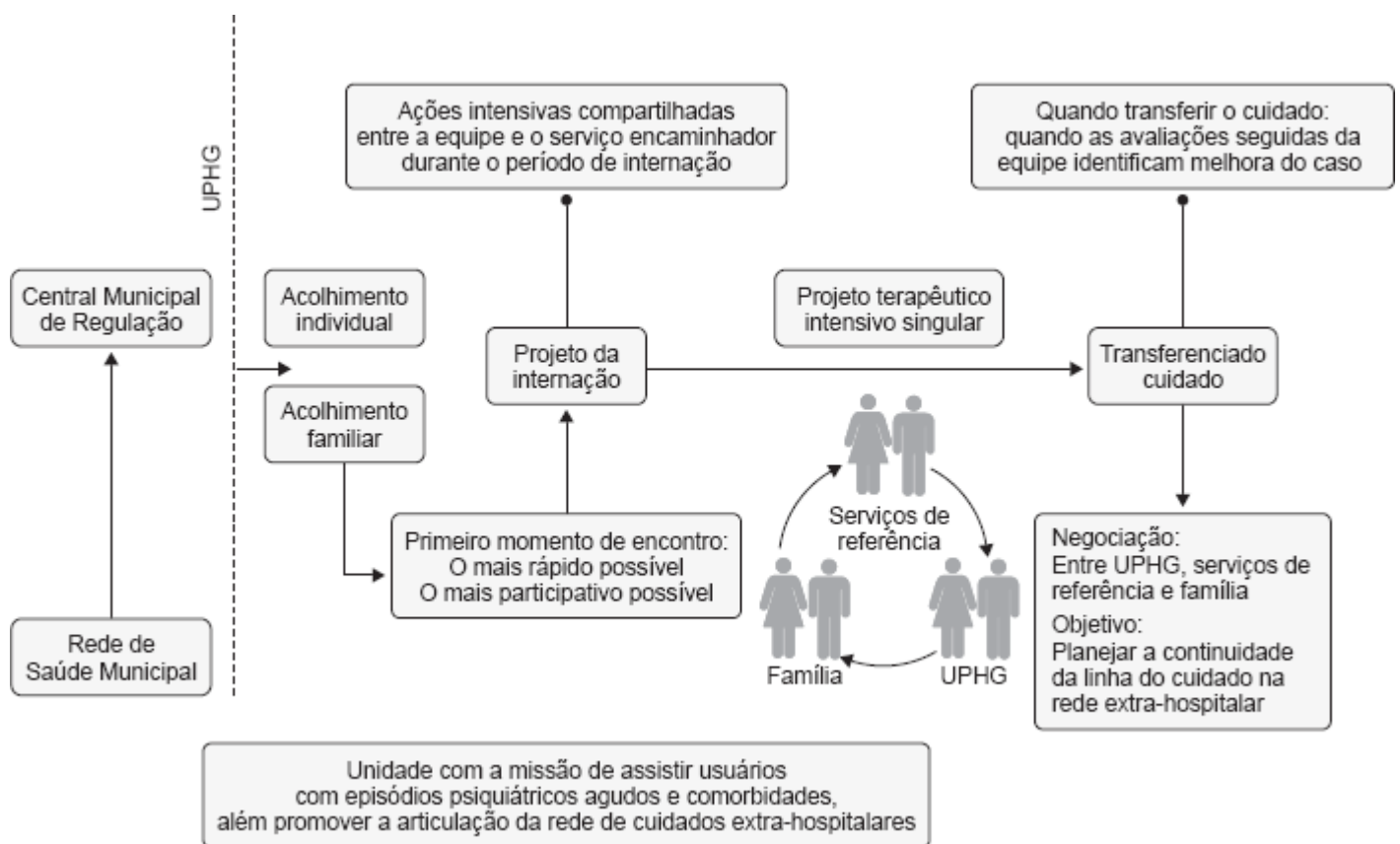


Figura 18.3 Linha do cuidado do usuário durante a internação na UPHG. Adaptada de Santos (2012).

A proposta de abordagens terapêuticas em uma internação de curta permanência deve levar em conta que o período para as abordagens, tanto com o paciente quanto com seus familiares, será curto e pontual, sendo pequeno o tempo disponível para intervenções (10 a 15 dias em média) e o contato com o psicólogo hospitalar deve adequar-se a essa proposta de internação. Nesse momento, seu papel é avaliar, observar e diagnosticar os motivos de uma primeira ou nova internação, e os fatores psicológicos associados ao adoecer tanto do paciente quanto de sua família.

Propostas de abordagens a pacientes psicóticos internados

As propostas de intervenção nos quadros de esquizofrenia são (Mueser, 2004):

- Psicoeducação (orientação familiar): administração de informações para maior esclarecimento a paciente e familiar sobre vários aspectos da doença e do tratamento, visando à compreensão e modificação de comportamentos
- Terapia cognitivo-comportamental: terapia que utiliza a Teoria Cognitiva e a Teoria Comportamental da Psicologia para

promover a modificação de padrões de comportamento por meio da tomada de ação e análise de comportamentos disfuncionais, com marcante responsabilização do paciente no processo terapêutico

- Treino de habilidades sociais: compreende o entendimento das dificuldades sociais de cada indivíduo e trabalha o desenvolvimento de habilidades de interação com outras pessoas, modificando modelos de comportamento social, buscando estabelecer relações mais satisfatórias
- Terapia ocupacional e habilidades de autocontrole: com treino de funções executivas e desempenho ocupacional, por meio de atividades individuais ou em grupo
- Emprego protegido: possibilidade de atividade remunerada por meio de medidas que beneficiam pessoas com deficiência física e psíquica
- Tratamento comunitário assertivo: conjunto de estratégias para a assistência do paciente com os recursos da comunidade, evitando o modelo hospitalocêntrico de cuidado
- Reabilitação cognitiva: técnicas voltadas para a reabilitação de problemas decorrentes de transtornos neurológicos e psiquiátricos para a melhora das funções cognitivas, como memória, linguagem e planejamento executivo
- Tratamento de comorbidades: cuidados aos transtornos que podem estar presentes com o quadro psicótico, como doenças clínicas (p. ex., hipertensão e diabetes melito) ou psiquiátricas (p. ex., transtornos da personalidade, transtorno decorrentes do uso de substâncias psicoativas).

Nem todas as atividades descritas podem ser realizadas em uma internação breve. Algumas das abordagens possíveis são evidenciadas a seguir.

Intervenções familiares

Os familiares, nos períodos de remissão e também durante as crises, podem apresentar sentimentos variados em relação ao paciente e a outros membros da família, como negação da gravidade do quadro, hostilidade, culpa e derrota. É importante, durante a internação, investigar e diagnosticar esses sentimentos e a dinâmica dos membros da família com o paciente e entre eles. Essa dificuldade em lidar com o paciente e com o adoecimento é chamada sobrecarga familiar (*family burden*). Seu conceito e as implicações sobre o bem-estar dos cuidadores têm sido estudados, podendo ser definida como o peso sobre o familiar causado pela convivência com o doente, em aspectos emocionais, financeiros ou práticos do dia a dia. Isso acaba levando tanto a uma maior demanda de apoio por parte de profissionais de saúde quanto a gastos econômicos e adoecimento psíquico nos cuidadores (Cabral *et al.*, 2009).

O psicólogo pode realizar grupos de família, nos quais devem ser explorados sentimentos de espelhamento, apoio mútuo e compartilhamento de experiências; ou reuniões nucleares (paciente e seus familiares), usando o momento da internação e do grupo para explorar pensamentos, atitudes e sentimentos entre os familiares, sempre atentando para a manutenção da integridade e do fortalecimento das relações, e evitando movimentos de ataque e a expressão de emoções destrutivas, que costumam aparecer durante a internação (Cabral *et al.*, 2009).

A família deve ser considerada um fator essencial na crise e na remissão da doença, assim como na estabilização no período pós-alta. As intervenções psicossociais aos familiares têm sido investigadas e testadas ao longo de vários anos e o conceito que mais parece ter importância para os quadros psiquiátricos graves é o de emoção expressa (EE; Cabral *et al.*, 2009). Pesquisas desenvolvidas para testar o nível de estresse nas famílias de pacientes acometidos pela primeira crise psicótica demonstram que, já nas primeiras crises, a dinâmica familiar costuma estar abalada e algumas famílias apresentam alto nível de emoção expressa (Cabral *et al.*, 2009).

A EE pode ser definida como:

- Comentários críticos, avaliados durante a entrevista, manifestações verbais de discordância, censura e cobranças
- Hostilidade, indicada por rejeição e comentários críticos generalizados ou de raiva
- Superenvolvimento emocional, caracterizado como excessiva preocupação em relação ao paciente, dependência, identificação exacerbada, culpa e ansiedade
- Afeto e atenção positiva, os únicos escores positivos, que incorporam comentários de apoio e demonstração espontânea de acolhimento e afeição, tanto no tom de voz como nas atitudes (Vaughn, 1976).

Bäuml *et al.* (2006) mostraram que altos níveis de EE costumam estar associados a maior risco de recaída após alta hospitalar em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia. Um modelo possível para explicar a relação entre a EE e o número de recaídas seria o aparecimento ou aumento de sintomas nos pacientes, desencadeando sentimentos de angústia, frustração e

raiva nos familiares, associados a sobrecarga nos cuidados com o paciente. Atitudes hostis, críticas ou superenvolvimento poderiam, então, aparecer como resposta a esse aumento nos sintomas, que acabariam por levar a uma piora na gravidade do quadro.

Segundo Mari e Streiner (1994), a intervenção familiar tem como propostas:

- Promover aliança com familiares que cuidam dos pacientes
- Reduzir a diversidade do ambiente familiar, ou seja, diminuir o clima de sobrecarga emocional mediante a redução do estresse e do sentimento de opressão dos familiares
- Aumentar a capacidade resolutiva de problemas dos familiares
- Diminuir a expressão de raiva e de culpa
- Manter expectativas de um desempenho exequível por parte do paciente (ou seja, manutenção de um equilíbrio adequado entre promoção de uma melhora no funcionamento do paciente e superestimulação, que aumenta o risco de recaídas)
- Estabelecer limites apropriados entre o paciente e seus familiares
- Determinar mudanças no sistema de crenças e comportamentos dos familiares.

Psicoeducação

É uma abordagem interessante no ambiente hospitalar (assim como no tratamento a longo prazo) para acessar e trabalhar questões relacionadas tanto com o *insight* do paciente sobre a doença quanto com a emoção expressa de familiares e cuidadores. É entendida como um procedimento de intervenções sistemáticas e psicoterapêuticas voltado para pacientes e seus familiares, que abrange orientações quanto a doença, seus tratamentos e evolução, facilitando o entendimento e manejo da doença com o objetivo de melhorar a compreensão e modificar comportamentos, ajudando o paciente e seus familiares a lidar melhor com o sofrimento (Bäuml *et al.*, 2006).

Qualquer intervenção psicoeducacional costuma ter efeito positivo no *insight*, bem como na melhora das relações familiares em pacientes com diagnósticos mentais graves, podendo reduzir a gravidade de sintomas ou recaídas (Pekkala, 2002).

Segundo Bäuml *et al.* (2006), os objetivos da psicoeducação compreendem:

- Assegurar ao paciente e seus familiares a obtenção de competências básicas
- Facilitar o manejo da doença com base em informação e autorresponsabilidade
- Aprofundar o papel do paciente como um *expert*
- Fortalecer o papel dos familiares
- Combinar adequadamente métodos terapêuticos profissionais e empoderamento
- Melhorar o *insight* sobre a doença e a adesão ao tratamento
- Auxiliar na prevenção de recaídas
- Promover o engajamento no manejo de crise e prevenção de suicídio
- Dar suporte a medidas de saúde
- Executar atividades educacionais e informativas.

A psicoeducação pode ser realizada com paciente ou familiar, individual ou em grupo (com ou sem presença do paciente). Pode ser aberta ou fechada (novos integrantes podem entrar no grupo ou não) e estabelecer, desde o início, um tempo limitado (p. ex., 12 ou 24 sessões) ou indefinido. É importante reservar espaço para discussão de temas específicos, mas também propor sessões abertas sem tema definido. Em uma enfermaria de internação breve, é característica dessa intervenção ser composta por grupo de familiares sem a presença do paciente (para promover ambiente mais acolhedor para possíveis críticas e queixas dos cuidadores), uma ou duas sessões (tempo médio de permanência de internação) e ter tema definido (p. ex., dificuldades em entender ou aceitar o diagnóstico, como identificar sintomas ou como lidar com agitação ou agressividade durante as crises).

Psicoterapia

Pode ser definida como o trabalho entre o psicológico e um paciente, principalmente de abordagem verbal, utilizando o relacionamento como motor para mudanças no indivíduo, objetivando alterações em seus sentimentos, sua cognição e seu comportamento.

As evidências da eficácia da psicoterapia com pacientes psicóticos ainda são controversas, em razão da falta de estudos mais elaborados e problemas metodológicos (Malta, 2007).

Malta (2007) cita o trabalho de Shirakawa *et al.* (1982), que acompanhou pacientes em um grupo operativo e observou que

alguns objetivos da psicoterapia compreendem:

- Possibilitar uma melhora na capacidade pragmática, na capacidade de organização conceitual do pensamento
- Melhorar a comunicabilidade individual e social do paciente, por meio da troca de experiência entre os participantes
- Fazer o paciente aceitar melhor suas limitações e dificuldades, estando empoderado sobre as decisões em relação ao seu quadro psicótico, mesmo que a condição clínica não melhore ao longo do tempo
- Conseguir que o paciente reconheça momentos delirantes e alucinatórios, assim como desagregações, possibilitando o melhor controle dos sintomas
- Diminuir o autismo e melhorar aspectos volitivos, estimulando a participação ativa do paciente em tomadas de decisões.

As terapias mais indicadas, no caso de pacientes regredidos, são a terapia cognitivo-comportamental e a terapia de apoio. Nesta última modalidade, interessante para o trabalho em internações de curta permanência em decorrência das dificuldades e dos prejuízos que os pacientes em crise podem apresentar, sobretudo aqueles com distúrbios psicóticos, estimula-se a expressão verbal de eventos, sentimentos e angústias atuais, sem haver a necessidade de mudanças estruturais ou investimento na transferência ou interpretações (Bruscati, 2001).

O terapeuta da UPHG precisa lançar mão de uma psicoterapia flexível, voltada para as necessidades e as angústias atuais do paciente, ser versátil e firme, sem ser rígido ou ameaçador. O objetivo é um enfoque terapêutico mais direto, menos interpretativo, voltado para o *aqui e agora*, resgatando o passado apenas para fortalecer defesas atuais, e não para buscar interpretações que podem, até mesmo, ser ansiogênicas nesse momento. É um instante de organização e estruturação de sentimentos e comportamentos. Uma possibilidade envolveria encontros diários ou pelo menos 3 vezes/semana, curtos (20 a 30 min), a fim de promover um espaço de escuta e acolhimento sem, entretanto, prolongar a sessão de modo excessivo, o que poderia causar mais ansiedade e persecutoriedade.

Oficinas terapêuticas

Algumas atividades propostas em uma UPHG são:

- Ateliê, espaço promotor da sociabilidade, criatividade e expressão artística: por meio de atividades escolhidas pelo paciente, são realizados trabalhos como pintura em tela ou tecido, caixas de madeira (ou MDF), confecção de bijuterias
- Oficina de atualidades: os pacientes e o terapeuta trabalham temas da atualidade com matérias e colagens de jornais ou revistas, proporcionando a interação social e o resgate da cidadania
- Oficina de emoções: com objetivo de desenvolver a expressão de emoções e sentimentos, pode ser realizada de diversas maneiras, como leitura de contos ou cartas, canto e uso de instrumentos musicais
- Oficina de culinária: os pacientes são chamados a participar da elaboração de uma receita culinária, desenvolvendo a participação em grupo, o desenvolvimento dos cuidados de higiene e a programação sistematizada de ações (escolha do alimento, lavagem, corte, cozimento)
- Oficina de cinema: os pacientes assistem a um filme previamente escolhido por eles e são trabalhados no sentido de concentração, atenção e memorização e socialização
- Oficina de beleza e autocuidado: possibilita desenvolver ações voltadas para higiene pessoal e em grupo, autocuidados com o corpo e imagem, resgate da autoestima e interação com outros pacientes e equipe
- Propostas de atividades de área externa/ambiência: jogos com bola, pebolim, jogos com baralho, jogos de estratégia, de tabuleiro e outros, uso de rádio e música com instrumentos musicais.

Como visto anteriormente, em relação ao pouco tempo para abordagem das práticas psicoterapêuticas, também o trabalho nas oficinas deve focar ações que terão um número reduzido de sessões, em geral por 2 a 4 semanas, com a oferta de atendimentos no mínimo 1 vez/dia. Nesse período, o objetivo do trabalho expressivo verbal e não verbal é acessar o paciente em crise recuperando a rotina perdida com a internação. É importante promover o contato com outras pessoas (equipe e pacientes) por meio dos grupos e das atividades que, além de proporcionar a convivência, possibilitam o resgate da autonomia e independência.

Caso clínico

O papel da internação breve em uma enfermaria de saúde mental de um hospital geral para o cuidado de um usuário em crise psicótica aguda, com perfil diagnóstico com elevada prevalência nas UPHG, bem como o papel da equipe multiprofissional no tratamento clínico do paciente e sua articulação com os demais equipamentos de saúde envolvidos no cuidado, podem ser

observados no Exemplo 18.1.

O paciente teve a possibilidade de receber psicoterapia de apoio 3 vezes/semana com o psicólogo da equipe multiprofissional. O enfoque do trabalho foi a dificuldade em entender a necessidade do tratamento e as angústias diante do futuro da vida familiar e da falta de emprego.

Discussão

Sadock (2007) explica que a esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico grave, crônico, com reagudizações (crises, ou seja, momentos em que os sintomas retornam ou pioram, por vezes levando o paciente a uma nova internação ou inserção intensiva no serviço de saúde), que geralmente se inicia na adolescência ou no início da vida adulta. Os sintomas-chave são os distúrbios de forma e conteúdo de pensamento (incoerência de discurso, confusão mental e delírios), alterações sensoperceptivas (alucinações, principalmente auditivas), comportamentos bizarros e estranhos (desorganização, alterações catatônicas como estereotípias, mutismo e gestos ou posturas bizarras), associados à falta de interação social e afetiva (embotamento, aplainamento de expressão emocional e falta de motivação), além de prejuízo funcional grave e comumente progressivo. Os quadros iniciais tendem a ser polimórficos e acompanhados de intensa angústia e agitação, e podem estar associados ao uso de substâncias psicoativas, principalmente *Cannabis*. Uma história mínima de 6 meses de adoecimento e sintomas é necessária para o diagnóstico. Quadros de causa orgânica (como doenças do sistema nervoso central, alterações hormonais e doenças autoimunes) são diagnósticos diferenciais e devem ser investigados.

Exemplo 18.1

Paciente internado em enfermaria de saúde mental.

E., 20 anos, solteiro, sem filhos, estudou até 8ª série, desempregado há 6 meses (repositor em supermercado), sem religião, natural e procedente do interior do estado de São Paulo. Pais separados, tem duas irmãs e reside com a mãe.

História da moléstia atual

Paciente internado pela 4ª vez em 4 anos, nesse momento em uma enfermaria de saúde mental de um hospital geral, em crise psicótica, com fala e comportamento desorganizados, desconfiado e agitado. Não consegue explicar o que está acontecendo, mas durante a entrevista grita “Sai!”, “Não!” e tapa os ouvidos com as mãos. Acompanhado pela mãe, que relata que o paciente está há 15 dias sem dormir, quebrando objetos em casa e ameaçando-a com socos e chutes. Já o paciente afirma que a mãe está “do lado deles” e acusa os vizinhos de desejarem sua morte. Tem comportamentos estranhos, como gritar sozinho dentro do quarto, colocar as mãos nos ouvidos e balançar a cabeça para os lados durante várias horas. Não toma banho há vários dias e come somente alimentos que ele mesmo preparou, em geral enlatados, pois diz que as verduras estão com gosto diferente e, portanto, envenenadas. Sem uso de medicação há pelo menos 2 meses. Até início do novo quadro, estava trabalhando e apresentava-se “sem problema nenhum”, segundo a mãe.

Antecedentes pessoais

Até os 16 anos, o paciente costumava ser um rapaz bastante comunicativo, gostava de sair com os amigos ou ficar em casa com eles vendo programas de TV, tirava notas satisfatórias na escola. Depois, passou a ter progressivo isolamento social e emocional, falando cada vez menos com a mãe, voltando da escola e indo direto para o quarto. Tirava notas cada vez mais baixas, apesar de passar o dia todo no quarto, o que a mãe supostamente acreditava que seria para estudar. Deixou de sair com amigos e ver televisão, passatempo que apreciava bastante. Em 6 meses, iniciou com agitação psicomotora, ficava andando pela casa sem motivo, hostil e agressivo contra a mãe, quebrando objetos e falando sozinho (*solilóquios*, sendo comportamento sugestivo de *alucinações*). Passou a dizer que estavam tramando “coisas” contra ele, mas não podia dizer quem e nem o quê; costumava gritar palavras ofensivas toda vez que via ou ouvia os vizinhos pela janela. Apresentou uso de *Cannabis* esporadicamente (2 a 3 cigarros por mês), desde aproximadamente os 15 anos, tendo parado há alguns meses antes desse quadro, já que não saía mais de casa, nem ia para a escola. Após passagem por um serviço de pronto-atendimento, foi encaminhado a um CAPS Infantojuvenil (CAPS IJ) e diagnosticado com quadro de esquizofrenia, mas não seguiu o tratamento.

Teve sua primeira internação com 16 anos (2 meses após piora do quadro), na ala psiquiátrica de um hospital universitário, tendo sido hospitalizado por 3 meses, com remissão parcial dos sintomas: continuava ouvindo vozes que comentavam seu comportamento e o xingavam, acreditava que seus vizinhos estavam tirando seu pensamento de sua cabeça mesmo a distância (*delírios de roubo de pensamento*). Na alta, foi novamente encaminhado para o CAPS IJ, mas não chegou a ir ao serviço.

Depois de 1 ano, apresentou nova crise aos 17 anos, sendo novamente internado e então encaminhado para um CAPS III Adulto (já que completaria 18 anos em pouco tempo). Sabe-se que aderiu ao tratamento no novo CAPS por alguns meses, tendo até arranjado emprego em um supermercado, voltado a se relacionar com amigos e pensado em terminar o Ensino Médio.

Foi internado, em junho de 2015, na Enfermaria de Saúde Mental. Havia parado a medicação há 2 meses. Em todas as internações, apresentava quadro semelhante ao da primeira crise, melhorando dos sintomas com o uso de medicação adequada.

Antecedentes familiares

Mãe faz uso de medicação para o tratamento de depressão.

Exame do estado mental

- Apresentação: aparente idade cronológica, vestes próprias, higiene prejudicada; psicomotricidade aumentada
- Linguagem e pensamento: fala quantitativamente diminuída, fluxo entrecortado, em geral grita as palavras; pensamento empobrecido, difícil avaliar forma e conteúdo em razão da recusa e da dificuldade em se comunicar, falando palavras soltas; indícios de delírios nos últimos dias (relato da mãe)
- Sensopercepção: comportamento sugestivo de vivências alucinatórias auditivas
- Afetividade e humor: afeto embotado; sono e apetite diminuídos
- Juízo crítico da realidade: prejudicado pela ausência de contato com o meio externo e presença de sintomas psicóticos (confusão mental e alucinações).

Exame físico

Sem alterações.

Hipóteses diagnósticas (APA, 2002)

- Esquizofrenia, tipo desorganizado
- Abuso de *Cannabis* (diagnóstico prévio)
- Desemprego
- Dificuldade de adesão ao tratamento e acesso aos serviços de saúde
- Avaliação global do funcionamento: amplo prejuízo na comunicação, com algum perigo de ferir a si mesmo ou a outros.

Discussão do caso

Com a introdução da medicação específica e o seguimento no CAPS, o paciente conseguiu tanto melhorar os sintomas quanto voltar a trabalhar e se relacionar com familiares e amigos.

Desde sua entrada na enfermaria, a equipe do CAPS de referência participou ativamente das tomadas de decisões e construção da proposta terapêutica, sendo que essa participação é de extrema importância para a manutenção do vínculo e adesão do paciente e sua mãe no tratamento proposto. O psicólogo, além dos atendimentos individuais realizados com o paciente, também foi o responsável por estabelecer esse contato com o CAPS, que possibilitou a articulação de cuidados na Rede de Saúde Mental.

Nas crises, os pacientes costumam ficar agressivos e apresentar riscos a si mesmos e a outras pessoas, principalmente se associados a delírios persecutórios, alucinações proeminentes e uso de drogas. A confusão mental, a desorganização psíquica e a agitação graves podem ser fatores de indicação de observação ou internação em ambientes protegidos (CAPS ou unidades psiquiátricas) e a falta de suporte familiar costuma requerer um cuidado mais próximo. Alguns CAPS dispõem de leitos de

observação integral (24 h), além de atividades desenvolvidas durante o período diurno. Os leitos de observação psiquiátrica (tanto para internações breves ou mais prolongadas) em hospital geral contam com equipe multiprofissional ao longo do dia.

Entretanto, a descontinuação do tratamento acaba promovendo o retorno dos sintomas e a emergência de novas crises. Em torno de 75% dos pacientes que abandonam a medicação apresentam piora dos sintomas no curso de 1 ano (Liu-Seifert e Kinon, 2005).

No caso descrito, apesar do rápido diagnóstico na primeira procura a um serviço de saúde e da indicação de tratamento, a ausência de seguimento e do uso de medicação corretos comprometeram o sucesso terapêutico e culminaram nas internações frequentes. O entendimento do paciente em relação à doença (*insight*) costuma estar prejudicado na psicose, sendo trabalho do psicólogo hospitalar motivar e orientar o paciente ao uso correto da medicação para controle dos sintomas e salientar a importância do acompanhamento com a equipe do Centro de Saúde ou CAPS após a alta. Além disso, o trabalho de apoio psicológico e de escuta é um fator fundamental para o resgate da esperança e a adesão ao tratamento, bem como para estabelecimento do vínculo de confiança com o paciente em crise psicótica (Mueser, 2004).

É importante que o psicólogo procure identificar as dificuldades do paciente em seguir o tratamento após as internações. O trabalho de conscientização e promoção de *insight* em relação à doença é um preditor do sucesso fundamental no seguimento pós-alta.

Considerações finais

O atendimento de pacientes na enfermaria de saúde mental é considerado, atualmente, o modelo mais adequado para quadros com sintomas agudos (psicóticos, alterações de humor, períodos de abstinência para dependentes de substâncias psicoativas, condições psico-orgânicas, entre outros) em que sejam indicados cuidados em espaços protegidos com acesso a recursos terapêuticos diversos (atendimento por equipe multiprofissional, exames complementares, interconsultas por especialidades de outras clínicas) por curtos períodos, favorecendo a redução do estigma associado aos transtornos mentais e a continuidade dos cuidados em serviços comunitários, garantindo maior acesso aos usuários e familiares durante todo o período da internação.

A atuação do psicólogo, articulada com a equipe multiprofissional e com ações intensivas durante o período de hospitalização, é fundamental dentro desse modelo de atenção à crise, favorecendo a manutenção de vínculos familiares e sociais, o estímulo à autonomia e a articulação com serviços comunitários de saúde mental que promovam a adesão e o fortalecimento das linhas de cuidado.

Referências bibliográficas

- Amarante, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 11, n. 3, p. 491-4, 1995.
- Andreoli, S. Serviços de saúde mental no Brasil. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello, M. F. M.; Mello, A. A. F.; Kohn, R. (Orgs). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 85-100.
- Associação Médica Brasileira (AMB). Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil. 2014. Disponível em: <http://www.abp.org.br/portal/wp-content/upload/2014/10/diretrizes.pdf>.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (texto revisado) – DSM-IV-TR. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- Bäuml, J. K. S.; Rentrop, M.; Pitschel-Walz, G. Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophr Bull*, v. 32 (S1), S1-S9, 2006.
- Bezerra Jr., A. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 2, p. 243-50, 2007.
- Botega, N. J. D., P. Constituição das unidades psiquiátricas de hospitais gerais. In: Dalgallarrondo, N. J. B. P. (Ed.). *Saúde mental no Hospital Geral: espaço para o psíquico*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- Brasil. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html.
- Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de

- Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Bruscatto, W. L. Psicoterapia individual na esquizofrenia. In: Shirakawa, I.; Chaves, A. C.; Mari, J. J. (Orgs.). O desafio da esquizofrenia. São Paulo: Lemos Editorial, 2001.
- Cabral, R. F. F. L.; Leite, A. L. S. S.; Ribeiro, I. S. *et al.* Intervenções psicoeducacionais. In: Chaves, A. C.; Leite, A. L. S. S. (Eds.). Fases iniciais da psicose: a experiência do programa de pesquisa e atendimento ao primeiro episódio psicótico. São Paulo: Roca, 2009. p. 103-22.
- Gonçalves, A. M.; Sena, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 9, n. 2, p. 48-55, 2001.
- Lacerda, M. B.; Gioacomozzi, C. M.; Oliniski, S. R. *et al.* Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Rev Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 15, p. 88-95, 2006.
- Liu-Seifert, H. A.; Adams, D. H.; Kinon, B. J. Discontinuation of treatment of schizophrenic patients in driven by poor symptom response: a pooled post-hoc analysis of four atypical antipsychotic drugs. *BMC Medicine*, v. 3, p. 21, 2005.
- Lucchesi, M. A gestão de unidades de saúde mental em hospitais gerais na grande São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- Malta, S. M. T. C. Tratamento psicológico da adesão. In: Shirakawa, I. (Ed.). Esquizofrenia: adesão ao tratamento. São Paulo: Casa Editorial Lemos, 2007.
- Mari, J. J. S.; Streiner, D. L. An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psycho Med*, v. 24, p. 565-78, 1994.
- Mueser, K. T. Schizophrenia. *The Lancet*, v. 363, n. 9426, p. 2063-72, 2004.
- Pekkala, E. T.; Merinder, L. B. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, n. 2, 2002.
- Sadock, B. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 520-41.
- Santos, D. V. D. Uma experiência de enfermagem de saúde mental em um Hospital Geral: compondo a Rede de Atenção e articulando o cuidado em rede. Campinas, 2012.
- Shirakawa, I.; Nishikawa, E.; Cunha, M. J. Grupo Operativo de Esquizofrênicos: uma experiência de 3 anos. *Rev Assoc Bras Psiquiatria*, v. 4, n. 13, p. 46-9, 1982.
- Vaughn, C. L. J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin Psychol*, v. 15, p. 157-65, 1976.

Bibliografia

- Raune, D.; Kuipers, E.; Bebbington, P. E. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Br J Psychiatry*, v. 184, p. 321-6, 2004.

Manejo de Pacientes Internados em Hospital Geral | Atuação com Usuários de Álcool e Drogas

Taiana Carina Henrique •
Marianne Herrera Falcetti Ferreira

Introdução

O consumo de álcool, de tabaco e de outras drogas ocorre em todas as populações do mundo. Mais da metade dos habitantes da América e da Europa já experimentou álcool uma vez na vida (NIAAA, 1998; WHO, 1999) e cerca de um quarto desse total é fumante (WHO, 2000). O consumo de drogas ilícitas atinge 4,2% da população mundial, sendo a maconha a droga mais consumida (183 milhões de pessoas), seguida por anfetaminas, cocaína e os opiáceos (UNODCCP, 2015).

Estima-se que 1 a cada 20 pessoas entre 15 e 64 anos fez uso de pelo menos algum tipo de droga em 2014. O número de pessoas que apresenta transtornos relacionados com o consumo de drogas vem aumentando significativamente, chegando a cerca de 29 milhões de pessoas em todo o mundo. Apenas uma minoria tem acesso ao tratamento ou a serviços de saúde (Figura 19.1). São esperadas, aproximadamente, 207 mil mortes por ano relacionadas com o uso de substâncias psicoativas, um terço delas por superdosagem/*overdose* (UNODCCP, 2015).

Esse mesmo estudo aponta que, na América do Sul, após um período de estabilidade em relação ao uso da cocaína, desde 2010, houve um aumento no uso da droga. O consumo de anfetaminas se mostra estável. Cada vez mais pessoas que fazem uso de drogas, de modo regular ou ocasional, utilizam mais de um tipo de substância ao mesmo tempo, de forma combinada ou sequencial, dificultando a distinção entre os tipos de drogas utilizadas (Marques e Ribeiro, 2002).

No Brasil, aproximadamente 10% dos homens e 4% das mulheres são dependentes de álcool; 17% da população é dependente de tabaco – houve uma diminuição de quase 4 pontos percentuais no número de tabagistas na última década. O Brasil tem sido apontado como umas das nações onde o uso de cocaína, tanto inalada (pó) quanto fumada (pedra de *crack*), vem aumentando, enquanto na maioria dos países do mundo seu consumo está diminuindo. Em estudo recente, pouco mais de 5 milhões de brasileiros declararam já ter usado cocaína e aproximadamente 2 milhões confessaram ter utilizado nos últimos 12 meses. Do total da população adulta, 5,8% declarou já ter usado maconha alguma vez na vida, ou seja, 7,8 milhões de brasileiros adultos já usaram maconha pelo menos uma vez (UNODCCP, 2015).

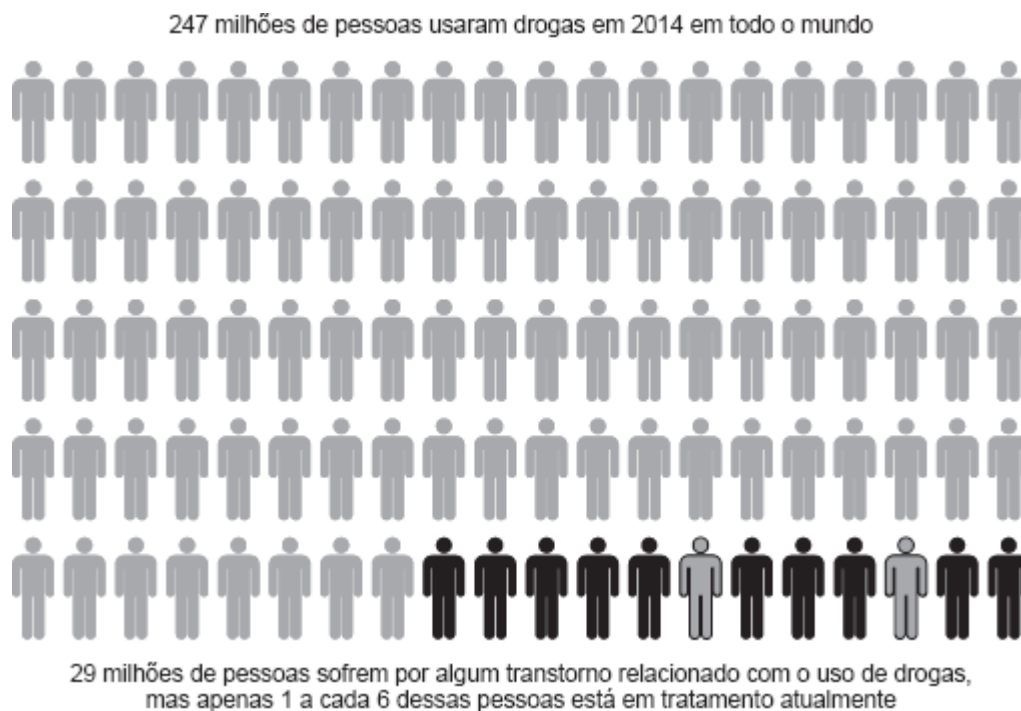


Figura 19.1 Apenas uma minoria da população mundial que sofre de algum transtorno relacionado com o uso de drogas está em tratamento atualmente. Adaptada de UNODCCP (2015).

Uso, abuso e dependência química

Substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a autoadministração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo do consumo (APA, 1994). Tolerância é a necessidade do aumento das quantidades da substância para alcançar o efeito desejado. Não existe uma fronteira clara entre uso, abuso e dependência química. É possível definir:

- Uso: qualquer consumo de substância, seja para experimentar, seja esporádico ou episódico
- Abuso ou uso nocivo: consumo de substâncias já associado a algum tipo de prejuízo (biológico, psicológico ou social)
- Dependência: consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário.

Isso dá uma ideia de continuidade, como uma evolução progressiva entre esses níveis de consumo: os indivíduos passam, inicialmente, por uma fase de uso, alguns evoluíram, posteriormente, para um estágio de abuso e, por fim, uma parcela se tornaria dependente (Laranjeira *et al.*, 2010).

Portanto, ainda de acordo com os autores, nem todo uso de álcool ou drogas é devido à dependência, na verdade, a maior parte das pessoas que apresenta uso disfuncional não é dependente. Estudos populacionais demonstram que, do total de pessoas que fazem uso nocivo do álcool, 60% não progredirão para a dependência nos próximos 2 anos, 20% voltarão para o uso considerado normal e 20% ficarão dependentes.

Qualquer problema de consumo pode trazer problemas ao indivíduo (IOM, 1990). Desse modo, o consumo de álcool em baixas doses, cercado das precauções necessárias à prevenção de acidentes relacionados, faz dele um consumo de baixo risco. Há indivíduos que bebem eventualmente, mas são incapazes de controlar ou adequar seu modo de consumo. Isso pode levar a problemas sociais (brigas ou falta de emprego), físicos (acidentes) e psicológicos (heteroagressividade). Diz-se que esses indivíduos fazem um uso nocivo do álcool. Por fim, quando o consumo se mostra compulsivo e destinado a evitar sintomas de abstinência, cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e psicológicos, fala-se em dependência.

A Figura 19.2 apresenta essas duas dimensões; no eixo horizontal, está a dimensão “dependência”, entendida como um fenômeno gradativo que pode ser caracterizado em tantos graus quantos se queira, conforme a necessidade clínica, terapêutica ou de pesquisa; já o eixo vertical representa a ampla variedade de problemas associados ao uso de drogas, incluindo os de natureza física, psicológica, familiar e social, que também podem ser categorizados em diversos graus. A sobreposição dos dois eixos forma quatro quadrantes (Laranjeira *et al.*, 2010):

- Quadrante I: representa os indivíduos cujos padrões de ingestão encontram-se, evidentemente, associados a danos, prejuízos, complicações ou problemas, e que apresentam inequivocamente algum grau de dependência. Esses indivíduos são os dependentes propriamente ditos

- Quadrante II: indivíduos cujo padrão de ingestão já lhes traz algum tipo de dano, prejuízo, complicações ou problema que afeta seu funcionamento físico, psíquico, familiar ou social. No entanto, não evidenciam o menor grau de dependência. Na literatura especializada, são conhecidos como usuários problemáticos e de uso definido como nocivo
- Quadrante III: indivíduos que, independentemente de seus padrões de ingestão, não apresentam nenhuma indicação de dependência, nem de problemas associados ao uso. Em relação ao álcool, seriam chamados de bebedores sociais
- Quadrante IV: é uma possibilidade inexistente, uma vez que é inconcebível um indivíduo com algum grau de dependência, ainda que mínimo, sem que ao menos o próprio diagnóstico de dependência não seja considerado um problema.

CrITÉRIOS diagnÓsticos de uso nocivo ou abuso

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) define uso nocivo como um padrão de uso de substâncias psicoativas que esteja causando dano à saúde, podendo ser de natureza física ou mental. A presença de síndrome de abstinência ou de transtornos mentais relacionados ao consumo, como demência alcoólica, exclui esse diagnóstico.

CrITÉRIOS diagnÓsticos da dependência química

A dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir determinada substância psicotrópica. A avaliação inicial começa pela identificação dos sinais e sintomas que caracterizam essa situação (Edwards *et al.*, 1999). A síndrome de dependência alcoólica, proposta pelos psiquiatras Griffith Edwards e Milton Gross, em 1976, apresenta elementos-chave que também podem ser utilizados para diagnosticar dependência de outras drogas. São eles (Laranjeira *et al.*, 2010):

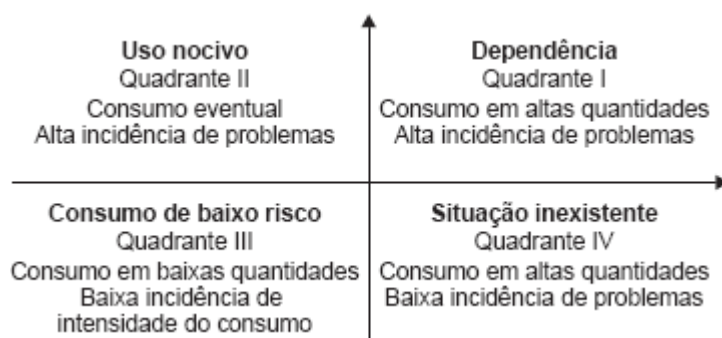


Figura 19.2 Frequência de problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas. Adaptada de Laranjeira *et al.* (2010).

- Estreitamento ou empobrecimento de repertório: conforme a dependência avança, os estímulos relacionam-se de modo crescente com o alívio ou a evitação da abstinência. Logo o repertório pessoal torna-se cada vez mais restritivo, com padrões cada vez mais fixos: o indivíduo passa a ingerir a mesma bebida ou droga, nos mesmos horários e nas mesmas condições; as companhias, o estado de humor ou as circunstâncias vão se tornando cada vez menos relevantes
- Saliência do uso: com o avanço da dependência, o indivíduo passa a priorizar a manutenção da ingestão da droga. O consumo torna-se cada vez mais importante do que a família, o trabalho, a casa e a saúde. O sujeito passa a centrar seu comportamento e suas atividades em função da droga, organizando sua vida e seus compromissos conforme a existência ou não dela
- Aumento da tolerância: o sistema nervoso central é capaz de desenvolver tolerância ao álcool e às drogas. Tolerância é definida como a diminuição da sensibilidade aos efeitos da droga, que ocorre como resultado da prévia exposição a ela. Clinicamente, a tolerância se manifesta no ato de, por exemplo, a pessoa ser capaz de ingerir grandes quantidades de bebida alcoólica e conseguir fazer coisas com uma alcoolemia que incapacitaria um bebedor não tolerante. É observada tanto em dependentes quanto em usuários pesados. Nos estágios mais avançados da dependência alcoólica, por motivos que ainda não estão claros, o indivíduo começa a perder sua tolerância e fica incapacitado com a ingestão de quantidades de álcool que antes suportaria normalmente (p. ex., cair bêbado na rua)
- Sintomas de abstinência: resultam de adaptações feitas pelo cérebro à interrupção ou redução do uso das substâncias. As manifestações clínicas da abstinência variam conforme a droga ingerida. Por exemplo: a abstinência do álcool caracteriza-se principalmente por tremores, náuseas, sudorese e perturbação do humor, entre outros. A depressão, a ansiedade e a paranoia são sintomas típicos de abstinência de cocaína
- Alívio ou evitação de sintomas de abstinência pelo aumento do consumo: constitui o mecanismo adaptativo do indivíduo ao aparecimento da síndrome de abstinência, envolvendo comportamentos que a evitem. O indivíduo pode tentar manter um

nível de consumo estável da substância, que aprendeu a reconhecer como confortável e acima de um nível perigoso. Assim, seu consumo agora é desencadeado com o objetivo de evitar os desagradáveis sintomas de abstinência

- Percepção subjetiva da compulsão para o uso: é a percepção que o indivíduo tem de sua falta de controle. O paciente pode relatar isso como uma sensação de estar nas garras de algo indesejado, como fissura ou *craving*, desejo intenso ou ainda de um jeito bem particular
- Reinstalação após a abstinência: é o processo pelo qual uma síndrome que levou anos para se desenvolver pode se reinstalar dentro de 72 h de ingestão. A dependência reemerge como se houvesse uma “memória” irreversível instalada. Quanto mais avançado tiver sido o grau prévio de dependência, mais rapidamente o paciente exibirá níveis elevados de tolerância.

Classificação Internacional de Doenças para uso nocivo (abuso) de substâncias

São critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para uso nocivo (abuso) de substâncias:

- O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário
- Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não ser aprovado por outra pessoa, pela cultura ou por ter levado a consequências socialmente negativas, como prisão ou brigas conjugais, não é por si só evidência de uso nocivo
- O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool estiver presente (Marques e Ribeiro, 2002).

Critérios da CID-10 para dependência de substâncias

Um diagnóstico definitivo de dependência deve, em geral, ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experimentados ou exibidos em algum momento do ano anterior:

- Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância
- Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo
- Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência
- Evidências de tolerância, de modo que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas
- Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade necessária de tempo para se recuperar de seus efeitos
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência explícita de consequências claramente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano (Marques e Ribeiro, 2002).

Tratamento

Pode ajudar as pessoas a interromper o uso de drogas, a evitar a recaída e a viver em sobriedade, praticando hábitos de vida mais saudáveis (NIDA, 1999; Washton e Zweben, 2009). Com base em pesquisas, o National Institute on Drugs Abuse (NIDA) estabeleceu 13 princípios-chave para que os programas de tratamento possam ser efetivos (NIDA, 1999), como mostrado no Quadro 19.1.

Para o início do tratamento, é essencial que exista uma avaliação adequada, por meio do estabelecimento de um diagnóstico do problema, que pode ser obtido com auxílio de instrumentos de rastreamento, avaliação e mensuração de comportamentos relacionados ao abuso de substâncias psicoativas (NTASM, 2002). A prioridade deve ser dada para métodos que encorajem e ofereçam apoio aos usuários a partir do momento em que eles adentrem ao serviço, ou seja, é essencial incorporar o sistema chamado *drop in* (traduzido como “porta aberta”). Assim, de maneira ideal, os serviços devem oferecer um contato inicial e rápido, para garantir que a motivação do paciente, em relação ao tratamento, não seja perdida (CREMESP, 2010).

Quadro 19.1 Treze princípios para o tratamento de interrupção do uso de drogas.

Princípio 1	Não há um único tratamento apropriado para todas as pessoas

Princípio 2	O tratamento precisa estar prontamente disponível o tempo todo
Princípio 3	Um tratamento eficaz é aquele que atende às diversas necessidades dos indivíduos, e não somente ao uso de drogas
Princípio 4	Deve ser avaliado e modificado permanentemente, de acordo com as necessidades do usuário
Princípio 5	A duração do tratamento por um período adequado de tempo é essencial para sua eficácia
Princípio 6	A psicoterapia (individual e/ou em grupo) é componente essencial para um tratamento eficaz
Princípio 7	Devem ser promovidas abordagens farmacoterápicas
Princípio 8	Deve-se visar ao tratamento integrado das comorbidades
Princípio 9	A desintoxicação é apenas o primeiro estágio do tratamento
Princípio 10	O tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo
Princípio 11	O possível uso de droga durante o tratamento deve ser monitorado continuamente
Princípio 12	Deve-se desenvolver programas para DST/AIDS
Princípio 13	O tratamento da dependência química é um processo a longo prazo, que requer múltiplas etapas

DST/AIDS: doença sexualmente transmissível/síndrome da imunodeficiência adquirida.

A farmacoterapia para os períodos de desintoxicação e alívio de sintomas de abstinência, diminuição da fissura, prevenção de recaída e tratamento das comorbidades psiquiátricas associadas é essencial nesse processo. Clínicos e psiquiatras devem adequar suas tomadas de decisão na prática clínica com base em intervenções farmacológicas com respaldo e evidência científica (Diehl *et al.*, 2010).

A tendência atual é oferecer o chamado “cardápio de opções terapêuticas”, isto é, estratégias de reconhecida evidência científica, as quais combinam farmacoterapia, abordagens comportamentais (terapia cognitivo-comportamental, entrevista motivacional, prevenção de recaídas, treinamento de habilidades sociais e manejo de contingência), intervenções de grupos de 12 passos, espiritualidade e terapias complementares (p. ex., relaxamento, atividade física, acupuntura; Galanter e Kleber, 2008; Florentinos e Lopes, 2010).

O dependente químico necessita de uma ampla rede de cuidados, conforme a complexidade de cada caso, o tratamento é a longo prazo, pois se trata de uma doença crônica que cursa com possíveis recaídas. Os melhores programas de tratamento tendem a oferecer uma ampla gama de estratégias terapêuticas e a combinação de recursos necessários para atender as demandas específicas e múltiplas de usuários de substâncias psicoativas (Diehl *et al.*, 2011). A Figura 19.3 ilustra algumas dessas necessidades. Entretanto, trabalhar em rede é um grande desafio para profissionais da saúde em geral, em especial na dependência química. Reconhecer a complexidade dessas ações e integrar essas práticas são esforços que merecem ser incentivados para que haja maiores chances de sucesso (Thornicroft e Tansella, 2009).

Embora os tratamentos atuais para dependência química caminhem com o intuito de estimular o caráter comunitário e vinculado à comunidade, não deve ser confundido com tratamento sem necessidade de internação. Tanto a internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico quanto a internação em leitos de hospital geral são recursos extremamente necessários em algum momento do processo de recuperação do dependente químico. A internação também não significa o tratamento em si, uma vez que ele deve ser longo e englobar uma série de etapas que vão muito além da mera internação (Weiss *et al.*, 2008; NIDA, 1999; Diehl *et al.*, 2010).

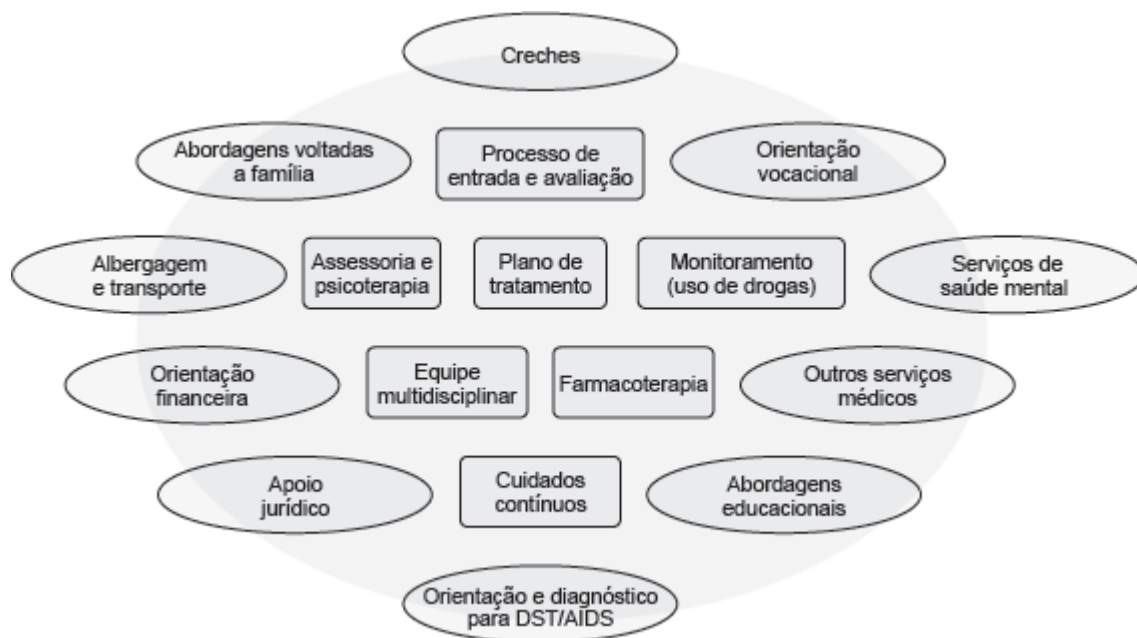


Figura 19.3 Combinação de recursos necessários para o atendimento de dependentes químicos. Adaptada de Ribeiro (2010).

Caso clínico

O Exemplo 19.1 apresenta o histórico e o quadro clínico de um paciente em enfermaria de saúde mental por intoxicação por substâncias psicoativas.

Exemplo 19.1

Paciente em enfermaria de saúde mental por intoxicação por substâncias psicoativas.

Identificação

Paciente masculino, 45 anos, casado há 18 anos, tem dois filhos (18 e 15 anos), está desempregado (é açougueiro) e é evangélico.

Atendimento inicial

O paciente chegou desacordado à sala de urgência do hospital, após episódio de intoxicação por substâncias psicoativas.

Descrição do atendimento

Realizadas abordagens de urgência e estabilização do quadro clínico, o paciente foi encaminhado para a enfermaria de saúde mental, internação voluntária por dependência química.

Ele contou que, desde pequeno, faz uso “esporádico” de bebidas alcoólicas, pois, quando criança, era costume em sua família servirem vinho com açúcar e água para as crianças da sua idade e, quando adolescente, também fez uso de “bebidas mais fortes” nos eventos familiares. Sempre teve o hábito de beber aos fins de semana, mas, há aproximadamente 10 anos, consome aguardente diariamente. No início, consumia de 1 a 2 doses de aguardente ao chegar do trabalho, porém, há 4 anos, relata uso ao longo do dia: 1 a 2 doses no horário de almoço e 1 a 2 doses antes de jantar. Há 1 ano, apresentou aumento desse consumo, bebendo ao acordar para parar os tremores e durante o dia, também com objetivo de parar os tremores, sobretudo nas mãos, e para “se sentir bem”.

O paciente contou que eventualmente faz uso de cocaína inalatória, a qual experimentou durante a adolescência, ficou anos abstinente e, há 4 anos, retomou uso esporádico em eventos sociais com amigos, sempre após a ingestão de bebida alcoólica em grande quantidade. Negou fissura ou vontade de usar cocaína, porém, no evento em que foi levado ao pronto-socorro, tinha feito uso de grande quantidade, não sabendo descrever a quantidade.

Referiu que há 4 anos, após a morte do pai, de quem ele era muito próximo, “as coisas não são mais as

mesmas". Descreveu desânimo progressivo, falta de vontade para fazer suas atividades e falta de energia, apontando o uso de álcool como forte aliado para a melhora desses sintomas e o alívio da angústia, mesmo que momentaneamente. Relatou sensação de perda de controle sobre si mesmo, o que culminou com sua demissão. Queixou-se de insônia e mal-estar constante, além de tremores pelo corpo todo e forte desejo de consumir bebida alcoólica.

Seus exames e sua avaliação clínica não apresentaram alterações. Negou antecedentes pessoais psiquiátricos e contou que seu pai faleceu em decorrência de infarto agudo do miocárdio (IAM), e que ele também fazia uso de bebidas alcoólicas.

Discussão

O caso clínico ilustra o importante papel da internação hospitalar indicada em um momento de crise em que o prejuízo pelo uso de substâncias foi reconhecido e o paciente apresentou motivação para o tratamento.

O tratamento hospitalar deve ser oferecido por uma equipe multiprofissional que atue no momento de crise no tratamento da abstinência alcoólica e da cocaína, na prevenção de recaída, no diagnóstico e tratamento das comorbidades clínicas e psiquiátricas, na reabilitação do paciente em um curto período de tempo, dando suporte a ele e à sua família, por meio de atendimento rápido e eficaz. A internação hospitalar faz parte da primeira etapa do tratamento e o encaminhamento do paciente na pós-alta para outro equipamento da rede de atenção psicossocial depende de como ele evoluirá durante a internação e dos diversos investimentos terapêuticos realizados.

A abordagem terapêutica deve discutir não apenas o manejo da intoxicação e os sintomas de abstinência, mas também possíveis quadros comórbidos. Define-se como comorbidades psiquiátricas a ocorrência conjunta de dois ou mais transtornos mentais ou outras condições clínicas gerais. Investigar a presença de comorbidades entre os usuários de álcool e drogas é importante sob vários aspectos, pois a melhora do transtorno psiquiátrico associado pode ser benéfica para a evolução do quadro de dependência estabelecido (Marques, 2003).

No caso clínico descrito, um possível transtorno depressivo deve ser investigado e tratado para melhores resultados no tratamento da dependência química. O próprio paciente apontou o aumento do consumo de álcool para melhorar sintomas depressivos há 4 anos. Além das comorbidades psiquiátricas, há outras condições para serem investigadas durante a internação, como risco de suicídio, ausência de suporte social adequado, auto e heteroagressão e até a necessidade de aumentar a motivação de pacientes que não apresentaram sucesso terapêutico em outros tratamentos.

Além do diagnóstico da dependência química e de suas comorbidades, é importante compreender também a motivação para a mudança apresentada pelo paciente. O modelo teórico, desenvolvido por Prochaska e DiClemente (Knapp, 1997), auxilia o planejamento para cada paciente. Toda abordagem com dependentes de drogas deve respeitar o estágio de motivação de cada paciente. São seis estágios e, para cada um, há uma conversa mais efetiva e adequada (Quadro 19.2).

Identificado o estágio de ação na motivação do paciente, a equipe multiprofissional, que o acompanhará durante a internação, deverá estar devidamente conscientizada da importância dessa etapa. O trabalho integrado desses profissionais é fundamental para o processo, e quem deve encabeçar essa ideia é o profissional de referência destacado no caso, responsável por integrar e coordenar as ações desenvolvidas para o paciente. Os profissionais destacados para as abordagens terapêuticas devem, por meio de uma postura aberta, acompanhar essa reestruturação e dar o suporte necessário. É preciso procurar estabelecer um relacionamento de confiança com o paciente, não criticar ou menosprezar seu comportamento, oferecer apoio quando ele se mostrar ansioso por causa da falta da substância, estabelecer limites na presença de comportamentos manipulativos, orientar e supervisionar os cuidados físicos quando necessário (Stuart e Laraia, 2002).

A abordagem multidisciplinar durante a internação hospitalar é de inegável importância, pois a complexidade da dependência química tem demandas multifatoriais. Sabendo disso, é importante destacar o papel do psicólogo na condução do caso clínico.

Quadro 19.2 Abordagem com dependentes de drogas relacionadas com os seis estágios de motivação.

1º estágio: pré-contemplação, no qual o paciente não tem ideia do problema nem planos de mudar, acredita que seu consumo de drogas não faz mal e está sob controle, assim, é melhor evitar o confronto

2º estágio: contemplação, no qual o paciente percebe um problema, mas está ambivalente para promover mudança; nesse estágio, o paciente deve ser sensibilizado objetivamente

3º estágio: determinação, em que o paciente percebe que tem o problema e que precisa promover mudanças e pede ajuda, devendo o terapeuta oferecer soluções e negociar planos de abordagem

4º estágio: caracterizado pela ação; o paciente está pronto para começar mudanças. Nesse período, é necessário prover o suporte e definir a assistência a ele, e a família deve mostrar-se disposta a participar do tratamento

5º estágio: manutenção, no qual há incorporação da mudança ao estilo de vida, sendo importante reforçar o sucesso, reavaliar a farmacoterapia, aplicar a prevenção de recaída e avaliar a situação de risco

6º estágio: chamado de recaída, é aquele no qual o paciente retorna para a contemplação ou pré-contemplação; nesse estágio, o profissional deve reforçar para retomar e continuar o tratamento e solicitar a participação da família. Para isso, a equipe dá prioridade ao diálogo sem confrontos, a fim de fazer o próprio paciente se autoavaliar. Desse modo, pode-se utilizar técnicas como o quadro de análise de vantagens e desvantagens de usar e não usar substância (Knapp, 1997)

Abordagem do psicólogo no hospital geral

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem sido apontada como o referencial teórico de maior eficácia no tratamento da dependência química. Com resultados satisfatórios no ambiente clínico, hospitalar, ambulatorial e domiciliar, tanto em modalidades individuais, como grupais e familiares (Silva e Serra, 2004).

É importante ressaltar que as internações em enfermaria de saúde mental são de breve permanência, com média de 15 dias de internação, sendo as intervenções focadas na atenção à crise, considerando sempre o momento delicado em que o paciente se encontra e a necessidade de estimulá-lo para o tratamento após alta hospitalar.

Um dos primeiros passos na internação é identificar o estágio de motivação do paciente. No caso clínico do Exemplo 19.1, o indivíduo apresentava-se no estágio de ação, sendo fundamental o suporte para a manutenção de atitudes que corroborem para o tratamento.

Durante todo o contato com o paciente, de acordo com Sales e Figlie (2009), “o profissional deve expressar empatia, desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas do cliente, evitar argumentação, acompanhar a resistência e promover a autoeficácia”.

O psicólogo que atua no ambiente hospitalar inicia sua intervenção planejando e colocando em prática um programa de tratamento, elaborado com base em uma análise feita junto com o paciente, dos estímulos que colaboram para a dependência química. Deve ajudá-lo a discriminar os fatores antecedentes e as consequências do uso de drogas, colaborando para a modificação do comportamento de adição e instalação de novos repertórios comportamentais.

Terapeuta e paciente deverão especificar o problema e estabelecer objetivos em parceria, sendo necessário que o indivíduo se comprometa com a mudança. O envolvimento das pessoas de referência colabora muito no tratamento e na prevenção de recaídas, visto que contingências mediadas por outras pessoas são importantes fontes de manutenção do comportamento dos pacientes (Silva e Serra, 2004). No caso clínico apresentado, por exemplo, a esposa do paciente foi encaminhada para o Grupo de Famílias para participar ativamente do planejamento e da implantação do tratamento.

Estudos constatarem que a TCC para casais tem mostrado maior efetividade do que a abordagem individual, observando-se melhora nas relações conjugais e diminuição da frequência do uso de álcool e outras drogas (Zanelato, 2011).

Um programa de autocontrole deve ser traçado com o paciente, identificando-se a origem dos problemas de autocontrole, a discriminação dos antecedentes que levam ao comportamento indesejado e as consequências que mantêm esse comportamento.

Programas de autocontrole são muito utilizados para a prevenção de recaídas, combinando procedimentos de treinos de habilidades comportamentais com intervenções e mudanças no estilo de vida, ensinando o indivíduo a prever e a lidar com o problema da recaída. Esses programas aplicam técnicas de mudança ou modificação de comportamento para aumentar a probabilidade de o indivíduo manter-se em abstinência e evitar reincidência: reconhecendo as possíveis causas da recaída, tomando medidas para minimizá-las; identificando as situações de risco que podem ser evitáveis e tomando medidas de proteção para quando as situações de risco forem inevitáveis.

No caso clínico descrito, o profissional deveria ensinar o relaxamento progressivo muscular e respiratório ao paciente, para que ele conheça as tensões musculares e perceba que é possível sentir-se relaxado e confortável sem fazer uso de álcool ou drogas, proporcionando relaxamento em momentos de impulsividade, fissura, raiva e/ou ansiedade (Range e Marlatt, 2008).

O consumo de álcool e de outras drogas costuma estar associado à busca do prazer imediato e fuga de situações aversivas.

Muitas vezes, a vida do dependente químico é desprovida de reforços e o indivíduo tende a apresentar dificuldade em lidar com situações negativas, críticas e frustrações, e com os efeitos desagradáveis da abstinência, utilizando o álcool e outras drogas como um reforço momentâneo.

O terapeuta comportamental deve encorajar o paciente a encontrar novos prazeres e o ajudar no manejo da síndrome de abstinência, buscando outros reforços que não venham pelo uso de álcool e drogas. Visto que diversas atividades consideradas prazerosas não fornecerão ao indivíduo prazer proporcional ao uso das substâncias, o profissional deve prever isso com o paciente, evitando expectativas infundadas que possam frustrá-lo e romper o engajamento no processo terapêutico.

Por fim, pensando na necessidade da manutenção do tratamento após a alta hospitalar, o paciente deve ser encaminhado para o Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD), para tratamento da dependência química e comorbidades associadas após o período de internação. Assim, dada a importância do vínculo na continuidade do processo terapêutico, os profissionais do CAPS-AD se deslocarão até a enfermaria de Saúde Mental para iniciar esse contato ainda durante a internação. Um dos papéis do psicólogo é utilizar seu vínculo criado com o paciente para aproximá-lo do novo terapeuta do CAPS-AD, estimulando-o para o tratamento pós-alta.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais (DSM- IV). Porto Alegre: Artmed, 1994.
- Cremsp constatava falhas no atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Jornal do Cremesp*, v. 269, p. 8-9, 2010.
- Diehl, A.; Cordeiro, D. C.; Laranjeira, R. Dependência química – prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- Diehl, A.; Cordeiro, D. C.; Laranjeira, R. Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica a prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- Edwards, G. O Tratamento do alcoolismo – um guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- Florentinos, C.; Lopes, C. Modelo Matrix para tratamento da dependência química. In: Gogliotti, A.; Guimarães, A. Diretrizes gerais para tratamento da dependência química. Rio de Janeiro: Rubio, 2010.
- Galanter M., Kleber H. D. The american publishing textbook of substance abuse treatment. 4. ed. Washington: American Psychiatric, 2008.
- Institute of Medicine (IOM). Broadening the bases of treatment of alcohol problems. Washington: National Academy Press, 1990.
- Knapp, P. Prevenção de recaída. In: Bertolote, J. M.; Ramos, S. P. Alcoolismo hoje. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Laranjeira, R. *et al.* Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2010.
- Marques, A. C. P. R. Abordagem geral. In: Laranjeira, R.; Alves, H. N. P.; Baltieri, D. A. *et al.* Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Associação Médica Brasileira, 2003.
- Marques, A. C. P. R.; Ribeiro, M. Usuários de substâncias psicoativas – abordagem, diagnóstico e tratamento. São Paulo: CREMESP/AMP, 2002.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Drinking in United States: main finds from the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES). Bethesda, NIH, 1998.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). Thirteen principles of effective drug addiction treatment. NIDA Notes, 1999.
- National Treatment Agency for Substance Misuse (NTASM). Models of care for the treatment of drug misusers. London, 2002.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- Range, B. P.; Marlatt, G. A. Terapia cognitivo comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 30, suppl.2, p. s88-s95, 2008.
- Ribeiro, M. Organizações de serviços de tratamento para a dependência química. In: Laranjeira, R. *et al.* Aconselhamento em dependência química. São Paulo: Roca, 2010.
- Sales, C. M. B.; Figlie, N. B. Revisão de literatura sobre a aplicação da entrevista motivacional breve em usuários nocivos e dependentes de álcool. *Psicologia em Estudo*, vol. 14, n. 2, p. 333-40, 2009.
- Silva, C. J.; Serra, A. M. Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, p. 33-9, 2004.
- Stuart, G. W.; Laraia, M. T. Enfermagem psiquiátrica. 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Afono Editores, 2002.
- Thornicroft, G.; Tansella, M. Better mental health care. Cambridge: Cambridge University, 2009.

- United Nations Office for Drugs Control and Crime Prevention (UNODCCP). World drug report 2015. New York: Oxford Press, 2015.
- Washton, A. M.; Zweben, J. E. Prática psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Weiss R. D.; Potter J. S.; Iannucci, R. A. Inpatient treatment. In: Galanter, M., Kleber, H. D. The American Psychiatric publishing textbook of substance abuse treatment. Washington: American Psychiatric, 2008.
- World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol. Geneva: WHO, 1999.
- World Health Organization (WHO). Tobacco Free Initiative. Tobacco control country profiles. Geneva: WHO, 2000.
- Zanelato, N. Terapia cognitivo comportamental aplicada a dependência química. In: Diehl, A.; Cordeiro, D. C.; Laranjeira, R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Trabalho em Equipe em Ambulatório de Atenção Psicossocial

Samira Reschetti Marcon • Roselma Lucchese •
Hugo Gedeon Barros dos Santos • Carla Gabriela Wunsch

Introdução

Este capítulo tem como objetivo apresentar considerações teórico-práticas do trabalho em equipe no cuidado à pessoa/família em sofrimento mental em um ambulatório de atenção psicossocial.

O trabalho em equipe na saúde mental, em especial no modelo de atenção psicossocial, busca atender as necessidades da pessoa em sofrimento, assegurando-lhe atenção digna em sua territorialidade, evitando-se (re)internações hospitalares, e potencializando a sua autonomia e a qualidade de vida. Esses direitos são afiançados pela Lei da Saúde Mental n. 10.216 (Brasil, 2001), proveniente de transformações sociais, culturais e técnicas para compreender a pessoa que sofre mentalmente e sua família, bem como os meios de redução de agravos e tratamento. Nesse sentido, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) se faz presente como uma metodologia de cuidado sincronizada com a clínica ampliada, com vistas na promoção da qualidade de vida, reinserção social e integralidade do cuidado (Boccardo *et al.*, 2011; Jorge *et al.*, 2015).

O PTS se direciona sistematicamente para atender às necessidades da pessoa, considerando variáveis individuais e coletivas referentes aos aspectos biopsicossociais, daí a necessidade de conhecimento do modo de vida e das relações, limites e potencialidades da pessoa/família que se pretende cuidar (Jorge *et al.*, 2015). No entanto, para atender demanda tão complexa, orienta-se que o PTS seja conduzido por uma equipe multiprofissional, com competência para dinamizar o conhecimento em dimensão transdisciplinar, pois uma só categoria profissional não consegue responder assertivamente a essa estratégia. Ressalta-se ainda que o saber em uma única vertente de conhecimento não abarca a amplitude do sofrimento mental.

A opção pela concepção transdisciplinar se faz em decorrência da precisão de sincronia entre as mudanças paradigmáticas, inerentes ao modelo psicossocial; em outras palavras, a perspectiva da transdisciplinar é conduzida pela lógica do pensamento complexo aplicado na área da saúde, portanto, coerente com a atenção psicossocial. Uma produção no sentido de superação do modelo centrado na doença, antenado com a integridade de atenção (Feriotti, 2009).

A transdisciplinaridade, como o prefixo “trans” indica, diz respeito àquilo que está ao mesmo tempo entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina. Seu objetivo é a compreensão do mundo presente, para o qual um dos imperativos é a unidade do conhecimento (Nicolescu, 2000, p. 11).

Projeto Terapêutico Singular | Potencializador do trabalho em equipe no cuidado à pessoa em sofrimento psíquico

O PTS é uma metodologia de cuidado desenvolvida por condutas terapêuticas articuladas às pessoas e/ou famílias que apresentem riscos e/ou agravos à saúde mental. A denominação “singular” substitui o antigo termo “individual” considerando que sua construção é feita no sujeito, valorizando sua inserção na família, na comunidade, na rede de atenção à saúde e na sociedade em geral. Segundo a Secretaria de Atenção à Saúde (Brasil, 2007), o PTS busca a singularidade (a diferença) como

elemento central para articulação e trocas.

O PTS não deve ser construído exclusivamente por determinado profissional, por exemplo, enfermeiro ou médico; ao contrário, pressupõe trabalho transdisciplinar pautado na construção coletiva e convergente. Além disso, deve-se considerar a participação da pessoa e da família durante a sua construção, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de saúde e doença.

A horizontalidade deve ser característica central na relação entre os profissionais, de modo que todas as ações sejam integradas e construídas dialogicamente, com complementaridade, ampliando o foco da assistência. Assim, ela deixa de ser centrada em um ou dois profissionais para se tornar compartilhada, na qual todos os membros da equipe tenham direito e poder de voz. É importante que a equipe construa espaços de diálogo e de escuta entre seus membros por meio de reuniões, encontros e discussões periódicas que podem ser mediadas ou não por supervisão de profissionais externos ao serviço, possibilitando reflexões, realinhamento e revisão das práticas e processo de trabalho (Castro, 2013).

Ressalta-se que, se o PTS for considerado uma diretriz/referência do tratamento para a equipe e a pessoa/família, parte-se do princípio de que ele deve obrigatoriamente envolver não apenas os profissionais, mas também familiares e o sujeito, reforçando sua corresponsabilização em seu processo terapêutico. É nessa perspectiva de gestão compartilhada que o PTS visa à organização do cuidado considerando o ser humano integralmente e de maneira individualizada.

Vale enfatizar que o foco não deve ser dado no diagnóstico único e isolado, pois diagnósticos tendem a igualar os sujeitos, mas sim diferentes variáveis devem ser consideradas. Assim, as variáveis clínicas (descrição dos sinais e sintomas, diagnóstico, tratamentos, internações) que possibilitam a elaboração de um diagnóstico clínico são importantes. No entanto, outras variáveis extracônicas, que compreendem os recursos individuais da pessoa (*status* social, sexo e elementos culturais e de gênero), os recursos do contexto (composição familiar, solidariedade e/ou hostilidade da família, vizinhos, *status* social da família, nível de agregação e/ou desagregação da família e da comunidade) e os recursos dos serviços de saúde (modo de organização do trabalho, recursos materiais e rede de atenção), são fundamentais no processo de adoecimento e de recuperação. Portanto, embora algumas vezes a equipe possa considerar as variáveis extracônicas irrelevantes, é provável que a evolução de um paciente ocorra mais por esses aspectos do que pelo diagnóstico clínico estabelecido (Saraceno *et al.*, 2001).

Com enfoque nos aspectos descritos anteriormente, o objetivo do PTS é o incremento/ampliação da autonomia da pessoa e da família nos aspectos individuais (autocuidado, autoestima), interpessoais e sociais (convívio familiar, trabalho, escola, lazer, entre outros). Deve ser completo, claro, objetivo, conciso e flexível para tornar possível, simultaneamente, a compreensão global do sujeito e a leitura rápida por toda a equipe.

Com vistas a sistematizar o cuidado, o PTS pode ser constituído por algumas etapas, descritas a seguir.

Acolhimento

O acolher é definido como “estar com” e “estar perto de”, uma ação de aproximação da pessoa e seu familiar. Essa atitude de inclusão refere-se ao compromisso com o reconhecimento do outro, acolhendo-o em suas diferenças, sofrimento, alegrias e modos de viver, sentir e estar na vida. Deve estar presente em todas as relações e encontros realizados, garantindo o acesso com responsabilização e resolutividade no serviço (Brasil, 2006). É o momento inicial para que se estabeleça o relacionamento terapêutico, e isso requer dos profissionais, no plano objetivo, conhecimento teórico-prático e, no plano subjetivo, um nível mínimo de autoconscientização e autoconhecimento.

Desde o primeiro momento, espera-se que o profissional utilize, de modo positivo, sua personalidade, ferramenta básica para se estabelecer o vínculo e a confiança do relacionamento terapêutico. Para isso, é necessário que continuamente seja ampliada a consciência e o conhecimento de si mesmo, por meio da análise de seus sentimentos, reações e atitudes. Dessa maneira, as emoções poderão ser reelaboradas e se constituirão em instrumentos de trabalho adequados para a efetiva abordagem da pessoa em sofrimento mental. Assim, o uso de si mesmo surge como uma importante ferramenta terapêutica (Oliveira, 2013), não apenas no primeiro contato, mas em todos os momentos a partir da inserção do sujeito no serviço. Nessa perspectiva, o acolhimento exige que os profissionais abandonem posturas prescritivas e burocráticas, e que não utilizem o saber exclusivamente técnico, da medicalização do cuidado e de processos de trabalho realizados por meio de protocolos engessados de ações e condutas (Gonçales e Martines, 2013).

O acolhimento requer uma escuta qualificada de quem chega ao serviço quase sempre em condição de sofrimento intenso. Significa ouvir, muitas vezes coisas sem nexos, histórias de vida conflituosas, acontecimentos ligados a situações ilícitas (roubo, uso de substâncias psicoativas, comportamentos de risco), entre outras inúmeras situações. Significa estar disposto a esclarecer familiares, dar espaço para que cada um fale em separado e em conjunto, se possível. Assim, essa atividade é muito mais do que uma mera triagem (Gonçales e Martines, 2013) e deve ir além do primeiro encontro.

Nos serviços, o acolhimento pode se constituir no primeiro momento, no qual se recepciona o sujeito/família, e, posteriormente, a cada (re)encontro durante o processo de acompanhamento. Portanto, a qualidade da comunicação é um elemento fundamental no processo de construção de um relacionamento terapêutico. É importante que a equipe utilize os elementos da comunicação como: estímulo à pessoa para descrever sua experiência, clarificar ideias, devolver a pergunta para a pessoa, validar a compreensão da mensagem, tentar compreender os sentimentos expressos por meio não verbal, explorar o assunto, mostrar a realidade, entre outros. Contudo, a equipe deve evitar comportamentos que tragam prejuízos para a pessoa/família (p. ex., dar conselho, fazer falsa tranquilização, julgar o comportamento, induzir respostas, comunicar-se unidirecionalmente e colocar a pessoa à prova; Stefanelli e Carvalho, 2012). É importante ressaltar que, ao término de um acolhimento, se possível, o profissional deve discutir com os demais membros da equipe o encaminhamento mais adequado para a continuidade do cuidado do sujeito no serviço.

Avaliação biopsicossocial

O objetivo da avaliação é fornecer elementos para o cuidado integral. Trata-se de um momento de escuta ativa possibilitado pela entrevista embasada pelos elementos da comunicação terapêutica. Nesse momento, começa a se desenvolver um vínculo terapêutico fundamental para a continuidade do processo, conforme vai se estruturando a história do sujeito de modo mais completo, com todas as suas variáveis clínicas e extraclínicas. O fato de o sujeito expor seu sofrimento já passa a ser terapêutico, na medida em que situa os sintomas em sua vida e possibilita a fala, o que implica algum grau de análise sobre a própria situação. Além disso, a avaliação psicossocial, com a realização do exame mental, possibilita, além do reconhecimento das singularidades, os limites das classificações diagnósticas.

A partir da percepção da complexidade do sujeito acometido pelo sofrimento psíquico, os profissionais devem começar a reconhecer que muitos determinantes do problema (variáveis extraclínicas) não estão ao alcance de intervenções pontuais e isoladas. Fica evidente a necessidade do protagonismo do sujeito em seu projeto de recuperação com a potencialização de sua autonomia (Brasil, 2007).

Listagem de problemas e planejamento de objetivos e intervenções

O levantamento de problemas ocorre na medida em que os profissionais já conhecem a historicidade do sujeito, com suas singularidades e necessidades. Inicialmente os problemas são descritos com base em uma discussão coletiva entre os membros da equipe e, posteriormente, são apresentados para a pessoa/família, na intenção de validar as percepções dos profissionais sobre o caso. A partir daí, são planejados objetivos com as respectivas intervenções a serem desenvolvidas com tempos previamente estabelecidos (ações a curto, médio e longo prazo). Nesse processo, é valorizada a autonomia do sujeito quanto à participação em seu plano terapêutico e sua necessidade de resolução dos problemas mais imediatos.

Divisão de responsabilidades entre os profissionais e a promoção de corresponsabilidade do cuidado

As divisões de responsabilidade envolvem os profissionais da saúde, gestores e usuários. Esse é o objetivo dessa etapa, buscando acompanhar a pessoa/família por meio das intervenções propostas pelos profissionais discutidas conjuntamente.

A Política Nacional de Humanização (PNH) discute a necessidade do protagonismo dos usuários, destacando princípios diretamente relacionados com o modo de produção de poder em saúde. Para tanto, pensando no relacionamento terapêutico, deveria se basear de forma igualitária, sem posições superiores e/ou inferiores, ou seja, compartilhando decisões e responsabilidades como consequência de se considerar o outro de maneira igual. Assim, é necessário que a equipe considere o acesso da pessoa/família ao diagnóstico, tratamento e suas consequências (efeitos colaterais de medicações), discutindo os problemas, planejando as ações e construindo relações menos desiguais no cuidado à saúde (Brasil, 2006).

Reavaliação

Embora a reavaliação seja a etapa final, cabe ressaltar que todas as fases são interativas e devem se comunicar dinamicamente, tornando-se um aspecto fundamental para a efetividade do processo terapêutico. Por consequência, a fase final é denominada de “reavaliação”, pois se analisam os movimentos objetivos e subjetivos da pessoa/família, bem como os objetivos estabelecidos e as intervenções propostas no PTS. Nessa fase, assim como no restante das etapas, é possível retroalimentar o planejamento dos objetivos e da intervenção de acordo com as demandas que surgem ao longo do acompanhamento.

Serviço de atenção às pessoas em sofrimento psíquico | Unidade de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário Júlio Müller

A Unidade de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), Cuiabá, MT, foi criada em novembro de

2014 com o objetivo de ofertar suporte psicossocial, *a priori*, para as demandas emergentes internas (dentro do HUJM) e, *a posteriori*, à comunidade externa. No início, foram convocados profissionais aprovados em concurso público (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH) para compor a equipe multiprofissional, formada por uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga, dois médicos psiquiatras, um enfermeiro e uma assistente social.

Embora no HUJM as ações/intervenções de cuidado às pessoas internadas que apresentassem alguma demanda relacionada com os aspectos emocionais e psíquicos sempre tenham sido desenvolvidas pelas diferentes categorias profissionais distribuídas nas clínicas, somente após a implantação da Unidade de Atenção Psicossocial, ou seja, com o ambulatório, a instituição começou, de maneira contínua e sistematizada, a oferecer a assistência em saúde mental.

O fato de ser um serviço inédito na instituição exigiu que os profissionais se articulassem, estudassem e se reunissem constantemente para elaborar o desenvolvimento das atividades, bem como organizar os aspectos relativos a administração, gerenciamento e assistência.

A primeira dificuldade enfrentada foi a estruturação de um serviço no modelo ambulatorial sem denotar um simples serviço de dispensação de medicamentos, como se configuram os serviços ambulatoriais. Cabe ressaltar que no ambulatório não são dispensados medicamentos. Outro aspecto importante foi definir como esse serviço poderia inserir-se na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS foi criada por meio da Portaria n. 3.088/11 (Brasil, 2011) e estabelece a criação de uma rede de serviços e componentes que prestem assistência às pessoas com transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Após constantes reuniões e discussões entre os membros da equipe, a etapa inicial foi a definição de como o ambulatório se constituiria em um componente da RAPS, e como seria definido o fluxo de atendimento. Considerou-se, para isso, o público externo (comunidade) e o público interno (pacientes em condição de hospitalização no HUJM). Desse modo, como serviço que iniciara sua atuação na RAPS, foram dispensadas vagas para Central de Regulação visando a atender as demandas da comunidade. Para o atendimento do público interno, inicialmente, foi implementada a busca ativa nas clínicas de internação do HUJM visando à identificação dos “possíveis casos”. Em seguida, quando identificado um paciente com necessidade de avaliação, a interconsulta era feita pelos profissionais do ambulatório e, se evidenciada a necessidade de um acompanhamento psicossocial ao paciente hospitalizado, este era referenciado para o serviço ambulatorial. Ressalta-se que a interconsulta também objetivava divulgar a implantação da Unidade dentro do HUJM. O fluxo ocorria também nos casos em que os pacientes já estavam em acompanhamento por outra especialidade do HUJM, se observada a necessidade. Assim, o paciente recebia um encaminhamento interno para acessar as vagas da Unidade Psicossocial.

Após o estabelecimento das vias de acesso ao ambulatório, ocorreu a organização interna dos atendimentos. E após consultas a outras instituições ambulatoriais e considerando a prática profissional dos membros da equipe, chegou-se ao consenso de que seria necessário um profissional para realizar o acolhimento e a triagem dos pacientes. Desse modo, definiu-se que o enfermeiro seria o responsável por essa atividade: após sua avaliação, faria o encaminhamento aos demais componentes da equipe de acordo com a demanda evidenciada.

No decorrer da organização das atividades, foram estabelecidas reuniões interdisciplinares semanais para discussão dos casos atendidos, sempre com respeito e valorização da pluralidade de saberes das diferentes categorias profissionais. As discussões tinham como objetivo estabelecer a conduta mais adequada da equipe para cada caso, e independentemente de o paciente ter sido atendido apenas por um membro da equipe, se fosse percebida a necessidade de outras intervenções, novos encaminhamentos seriam feitos, sendo reavaliada constantemente a condução dos casos.

Atualmente, o ambulatório realiza a contrarreferência para outros componentes da RAPS, caso seja constatada na triagem e/ou no decorrer do tratamento essa necessidade. Esse contexto possibilitou que a unidade psicossocial ficasse conhecida na rede e se aproximasse dos diferentes serviços do município integrantes da RAPS.

O processo de estruturação da unidade de Atenção Psicossocial, desde seu planejamento e início das atividades de atendimento à população, ocorreu em 2 meses. Vale ressaltar que o ambulatório não realiza atendimento a pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, sendo estas encaminhadas para serviços específicos da RAPS, como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) do município.

Atualmente, após 2 anos e meio de funcionamento, o serviço está solidificado como referência institucional de saúde mental em Cuiabá. O trabalho desenvolvido no ambulatório é conhecido, hoje, pelos componentes da RAPS e pela Central de Regulação, o que ocasionou um aumento da demanda e, conseqüentemente, exigiu dos profissionais maior organização interna com o intuito de aprimorar a assistência prestada.

A unidade tem atualmente cerca de 500 pacientes cadastrados oriundos em sua maioria dos municípios de Cuiabá e Várzea Grande. Os transtornos mais prevalentes são os de humor (depressão e transtorno de humor bipolar), seguidos dos psicóticos,

das síndromes ansiosas e dos transtornos de personalidade. A população tem uma média etária de 25 a 45 anos, prevalecendo o sexo feminino, casados, escolaridade Ensino Médio (in/completo), cor parda e a grande maioria realiza prática religiosa e tem vínculos empregatícios. O ambulatório funciona nos períodos matutino e vespertino e atende uma média de 35 pacientes por dia (todas as categorias profissionais).

Por estar inserida em uma instituição cujas missões são voltadas ao ensino e à pesquisa, a unidade se posiciona como um campo de prática para os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Psicologia. Além disso, há a inserção de residentes de Psiquiatria e da residência multiprofissional com profissionais de Psicologia e Serviço Social. Diante da participação ativa de docentes, discentes e profissionais do serviço, há uma expectativa de que produções científicas comecem a ser realizadas pelos profissionais em parcerias com os discentes e docentes dos diferentes cursos, contribuindo para a qualidade da assistência prestada.

Caso clínico

O Exemplo 20.1 apresenta a descrição do atendimento de uma paciente com queixa de sintomas depressivos com psicose na Unidade de Atenção Psicossocial do HUJM.

Exemplo 20.1

Paciente com queixa de sintomas depressivos com psicose.

Identificação

I. C. T. B., 48 anos, casada, Ensino Médio incompleto, católica, desempregada, procedente de Cuiabá, MT, chega acompanhada pelo marido. Foi acolhida pela Unidade de Atenção Psicossocial do HUJM no dia 16 de abril de 2015, referenciada pelo ambulatório de Reumatologia.

Atendimento inicial e histórico da paciente

Apresentou como queixa principal sintomas depressivos com psicose. Já realizava acompanhamento na instituição com outras especialidades: Reumatologia, Nutrição, Cardiologia, Dermatologia e Pneumologia, em virtude de apresentar diagnóstico fechado de lúpus eritematoso, fibromialgia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), além de ser integrante do grupo de tabagismo (fumava cerca de dois maços de cigarro/dia).

Relata ter tido uma infância e adolescência tranquila, com momentos felizes e sem eventos negativos marcantes. Casou-se aos 19 anos (31 anos de união), tem dois filhos e refere relações familiares afetuosas e tranquilas, inclusive recebe apoio de todos em seu processo de adoecimento. Trabalhou por 10 anos como vigilante em uma agência bancária e nesse local vivenciou a experiência de inúmeros assaltos e tentativas de assaltos. Desde então, tem percebido progressivas alterações em seu estado emocional e psíquico, refletindo inclusive em suas atividades da vida diária. Refere que percebeu seu estado de humor e ânimo diminuírem progressivamente, conforme a sobrecarga de atividades laborais e os eventos dos assaltos no local de trabalho foram acontecendo. Nessa época, não sentia vontade de sair de casa, perdeu a volição com as atividades de entretenimento que gostava de executar, a interação com amigos e vizinhos diminuiu, passou a ficar incomodada ao receber visitas, diminuiu o diálogo com os familiares mantendo-se reclusa no quarto, começou a faltar no trabalho, os episódios de choro começaram se manifestar com intensa frequência sem causa aparente, não conseguia mais tomar decisões com segurança, o padrão de sono e alimentar diminuíram, qualquer situação que até então era prazerosa deixou de ser, percebeu-se mais lenta no curso das atividades que desenvolvia e houve queda de autoestima, sensação de angústia e aflição persistentes. Começou a apresentar alucinações visuais, auditivas e sensoriais, o que potencializou declínio afetivo e de humor. Aliado aos sintomas descritos, teve manifestações de desespero e incompreensão, acompanhadas da percepção de que estava ficando louca, situação que desencadeou ideias suicidas. Há 4 anos recebeu o diagnóstico de lúpus eritematoso, fato que lhe causou grande impacto emocional, dada a sintomatologia e a característica dessa doença. Na ocasião do diagnóstico, foi demitida do trabalho e, sem sucesso até o momento, tentou lutar por seus direitos trabalhistas (processo em curso).

Durante a consulta, percebeu-se aparência com traços de prejuízo no autocuidado, visivelmente fragilizada emocionalmente (chorou copiosamente durante os relatos) e se mostrou disposta a iniciar um tratamento com a equipe de saúde mental desejando melhora em seu quadro psicossocial.

Exame mental

- Consciência: acordada e vígil sem alterações quantitativas ou qualitativas
- Orientação: orientada em espaço e autopsiquicamente, porém, apresentou confusão com as datas e horários denotando prejuízo em tempo
- Atenção: manteve atenção espontânea durante a consulta, com prejuízo em concentrar-se nas atividades de entretenimento e perda de foco em casa com algumas atividades da rotina
- Memória: imediata, recente e remota preservada no ato da consulta
- Afetividade: além da fragilidade evidenciada durante a consulta, perceptíveis sintomas depressivos ao relatar que se sentia anulada e apagada, anedonia, falta de volição para algumas situações da vida, ansiedade (evidenciada nos relatos de angústia e aflição principalmente relacionadas às vivências de assalto no trabalho), dificuldade em aguardar que as situações seguissem seu tempo, por exemplo, impaciência ao ter que aguardar uma consulta, ter que enfrentar fila em bancos e supermercados, interação com a família prejudicada caso fosse contrariada etc., crises de choro constantes e isolamento social
- Inteligência: sem alterações que sugeririam algum grau de retardamento ou incapacidade cognitiva
- Pensamento: em relação ao curso, foi observado alentecimento e interceptação; e quanto ao conteúdo não foram evidenciados delírios. Informou que no passado pensou em suicídio, porém as ideias suicidas não existem atualmente
- Psicomotricidade: preservada
- Linguagem: acentuada bradilalia, porém, não causou danos no entendimento do discurso da paciente
- Sensopercepção: relatou ver animais pela casa com comportamentos irreais: porcos dando gargalhadas, cobras voando, vacas conversando (alucinações visuais) e que às vezes os quadros ganhavam formas de aranhas gigantes (ilusão)
- *Insight*: condição de autopercepção e compreensão do contexto e ambiência preservados. Tem juízo crítico.

Medicações em uso

Após consulta com psiquiatra:

- Olanzapina 15 mg, 1 vez/dia
- Fluoxetina 20 mg, 1 vez/dia
- Haloperidol 10 mg, 1 vez/dia
- Duloxetina 60 mg, 1 vez/dia
- Prometazina 50 mg, 1 vez/dia
- Clonazepam 2,5 mg, 1 vez/dia
- Bupropiona 15 g, 1 vez/dia + nicotinel 2 adesivos/dia.

Contexto atualizado

Após 2 anos em acompanhamento no ambulatório, a paciente deixou de responder bem às medicações apresentando quadro de piora (tanto no campo clínico físico quanto no psíquico), tornou-se negligente com o tratamento e todas as alterações se acentuaram com constantes tentativas de suicídio. Houve um distanciamento da família mediante esses elementos, o que possibilitou a conclusão de que o serviço de um CAPS seria mais apropriado para a situação apresentada. Desse modo, sua última consulta com a Unidade foi no dia 20 de abril de 2017, sendo então referenciada ao CAPS do município de Cuiabá, MT.

Diante do caso apresentado e com base no referencial teórico que subsidia o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, serão discutidas, a seguir, as possibilidades de condução.

Construindo o Projeto Terapêutico Singular

Acolhimento

O início da interação ocorre por meio do acolhimento, em que o profissional apresenta-se e expõe o objetivo da entrevista de forma amistosa e empática. Nesse momento, estabelece-se o vínculo terapêutico, sendo a técnica mais apropriada a escuta terapêutica, ou seja, escuta qualificada, estimulando a manifestação e clarificação do sofrimento mental, bem como a investigação da condição em que a pessoa/família se encontra (Silva e Monterio, 2011).

Oportunizar esse momento faz a pessoa se sentir protagonista do processo, o fato de ser ouvida e acolhida ameniza os sentimentos perturbadores, estabelece relação de ajuda pautada na confiança, encaminhando-se para um contrato terapêutico pelo PTS.

É importante, também, estabelecer um ambiente terapêutico e confortável visando a estimular e facilitar a fala do sujeito. Portanto, o profissional deve se apresentar e, se possível, também os demais membros da equipe, explicando a dinâmica do serviço e os prováveis encaminhamentos a serem dados mediante a demanda do paciente. Assim, podem-se utilizar perguntas (p. ex., “Como podemos ajudá-lo?”) ou ainda solicitar que o paciente conte um pouco, de modo resumido, sua história de vida, de preferência em ordem cronológica (p. ex., “Conte o que lhe trouxe até o ambulatório”).

Após esse primeiro contato, o profissional pode seguir direcionando as informações com perguntas sobre a infância/juventude: como é seu convívio familiar e social, se há perdas que lhe afetam, se tem alguma doença orgânica ou psíquica, se fez ou faz uso de medicações, entre outras. O objetivo é buscar informações para uma primeira avaliação, descrevendo a história e realizando o exame mental. Nesse momento, já é possível evidenciar e elencar os principais problemas que afetam o sujeito.

Dependendo do modo como ocorreu o acolhimento, e caso tenham ficado pontos a serem esclarecidos, o profissional pode reiterar algumas falas, utilizando elementos da comunicação terapêutica verbal de clarificação e validação, em busca dessas informações, visando a otimizar as condutas futuras.

Avaliação biopsicossocial

São levantadas todas as informações relevantes (variáveis clínicas e extraclínicas) para o planejamento do cuidado. É a partir da avaliação que as demais etapas são construídas de maneira efetiva.

Listagem de problemas e planejamento de objetivos e intervenções

Processo realizado de modo conjunto com o usuário, definindo o tempo necessário para que os objetivos sejam cumpridos. Deve ser estabelecido um cronograma com objetivos descritos a curto, médio e longo prazos.

A definição desses objetivos e das intervenções pode ter como direcionador o profissional de referência que tem maior vínculo com o usuário e, conseqüentemente, melhores condições de argumentar e discutir, assim como ser o elo entre o usuário/família e demais profissionais da equipe.

Visando à participação ativa de usuário/família, deve ser estabelecida uma interação horizontal, valorizando singularidade, autonomia, opiniões, sonhos e projetos de vida.

Com relação ao caso clínico do Exemplo 20.1, nessa etapa, foram levantados os problemas com suas respectivas intervenções (Tabelas 20.1 e 20.2).

Tabela 20.1 Apresentação das variáveis clínicas com o levantamento de problemas evidenciados no caso, objetivos a serem alcançados e intervenções propostas.

Variáveis clínicas		
Problemas	Objetivos	Intervenções
Sintomas de depressão, ansiedade e psicóticos interferindo diretamente nas atividades de vida diária	Reduzir os efeitos incapacitantes dos sintomas	Estabelecer um relacionamento terapêutico, procurando vincular a pessoa ao serviço, com membros da família e/ou com outros usuários durante atividades grupais/coletivas Observar a comunicação não verbal, que pode ser transmitida por gestos, postura, expressão facial, vestimentas e empatia Estimular a relatar seus sentimentos. Estes podem ser expressos em forma de diário, solicitando que a pessoa descreva suas angústias diariamente. Esse diário pode ser utilizado durante as consultas como forma de reflexão conjunta (sujeito/profissional)

		Identificar e potencializar (reforçar) atitudes de resiliência
		<p>Elaborar projetos de vida como retornar aos estudos, religiosidade, produção de artesanato, entre outras, respeitando a motivação individual, limitações e potencialidades</p> <p>Estimular a autoconfiança por meio de <i>feedback</i> positivo</p> <p>Encorajar para a realização de atividades diárias, desde o autocuidado até a realização de exercícios físicos frequentes, estipulando junto com a pessoa horário para cada uma delas (rotina)</p> <p>Observar a quantidade de sono diário relatada pela pessoa. Deve-se estar atento a casos de hipersonia, seja pelos sintomas apresentados ou como consequência do uso das medicações</p> <p>Estimular a pessoa a observar e anotar a quantidade de ingesta hídrica e alimentar</p> <p>Ajudar a pessoa a identificar se os sintomas ansiosos decorrem de algum estímulo específico</p> <p>Explicar os sinais e sintomas que podem levar ao aumento da ansiedade</p> <p>Orientar como interromper a progressão dos sintomas ansiosos com a utilização de técnicas de relaxamento, meditação e exercícios de respiração</p> <p>Deixar claro que suas experiências de alteração de sensopercepção são sentidas e vividas somente por ela, ajudando a perceber o que é de fato real. Nunca realizar comentários ou estimular por meio de perguntas que possam ser interpretadas como uma confirmação de sua alucinação. Deixar claro que, embora não veja, ouça ou perceba a mesma vivência da pessoa, acredita no que ela diz</p> <p>Disponibilizar atendimento em terapia ocupacional e grupos de convivência social</p> <p>Incentivar um membro da família a permanecer ao lado da pessoa durante as alucinações e ilusões, a fim de tentar trazê-la para a realidade e evitar uma possível agitação psicomotora</p>
Comorbidades crônicas não transmissíveis – lúpus eritematoso, fibromialgia, HAS	Reduzir agravos crônicos à saúde	<p>Incentivar atividade física de alongamento</p> <p>Orientar uma prática de alimentação saudável – redução do sódio, aumento de ingesta líquida</p> <p>Realizar monitoramento da pressão arterial</p> <p>Solicitar exames laboratoriais como hemograma, elementos anormais dos sedimentos (EAS) ou urina tipo 1, função renal, entre outros pertinentes ao quadro</p> <p>Acompanhar a assiduidade às avaliações de profissionais especialistas</p>
Patologia em investigação: DPOC	Esclarecer a hipótese diagnóstica	Manutenção da referência – contrarreferência com serviço especializado
Ideação e histórico de tentativa de suicídio	Reduzir a ocorrência desejo de morrer	<p>Investigar fatores de risco: histórico familiar, existência de planos para a prática de suicídio, momentos do dia em que se encontra mais triste e mais isolada</p> <p>Incentivar projetos de vida ou seguimento daqueles que estão parados no momento</p> <p>Identificar e mobilizar rede social de apoio (familiar, outros setores da comunidade, setor religioso) no sentido de fornecer suporte à pessoa</p> <p>Oferecer suporte terapêutico e medicamentoso se necessário</p> <p>Na presença de ideação suicida ativa, acionar a família (fazendo educação em saúde) e realizar a “internação domiciliar” na qual um membro da família fica sempre com a pessoa. Estratégia necessária em casos de ausência de condição para internação institucional</p>

		<p>Disponibilizar o contato do profissional com maior vínculo e estabelecer condições para que a pessoa possa contatar esse profissional quando a ideação estiver presente</p> <p>Buscar realizar com a pessoa atividades do dia a dia (ações de terapia ocupacional) que possam ter finalidade preventiva e às quais a ela tenha interesse: ocupação para os momentos de tristeza mais intensa</p> <p>Fortalecer ao máximo os fatores de proteção que forem identificados: laços familiares/fé etc.</p>
Tabagismo	Promover hábitos saudáveis de vida	<p>Reduzir gradualmente o uso do tabaco até sua total abstinência, com orientações sobre os efeitos do abuso de tabaco, sobretudo quanto ao aumento de danos para doenças preexistentes (hipertensão arterial, doença autoimune, ansiedade, depressão e patologia em investigação – DPOC)</p> <p>Atuar no controle do tabagismo: avaliar o nível de dependência nicotínica, por meio do <i>Fagerstrom Test for Nicotine Dependence</i>, auxiliar na terapêutica adotada, identificação e enfrentamento de gatilhos, <i>craving</i> (desejo de repetir a experiência dos efeitos de certa substância)</p> <p>Após a avaliação por meio de instrumento específico, dar retorno à pessoa quanto ao nível de dependência, aproveitando para discutir e estimular mudança de atitude ante o hábito de fumar</p> <p>Discutir conjuntamente um plano de abandono com metas semanais utilizando os princípios da redução de danos (abandono gradual do hábito de fumar)</p> <p>Sugerir a participação de grupos de apoio para o abandono do fumo</p>
Uso de substâncias que atuam diretamente no sistema nervoso central (dois antipsicóticos), o que pode expor a paciente a efeitos adversos: olanzapina 15 mg, 1 vez/dia; e haloperidol 10 mg, 1 vez/dia	Acompanhar os resultados terapêuticos e os possíveis efeitos adversos	<p>Controlar mensalmente o peso e níveis de marcadores biológicos sanguíneos para alterações metabólicas</p> <p>Controlar os sinais sugestivos de efeitos extrapiramidais por antipsicóticos, como: irritação, robotização da marcha, inquietação subjetiva, balanço do tronco, deambulação no mesmo local, tremores, temperatura corporal elevada, dificuldade na fala e deglutição, rigidez e espasmos de grupos musculares</p> <p>Orientar quanto ao aparecimento de efeitos colaterais dos medicamentos, como: sedação diurna, boca seca, visão turva, constipação intestinal, lactação e amenorreia, diminuição da libido e ganho de peso. Reforçar a necessidade de comunicar a equipe sobre esses sintomas</p> <p>Orientar a levantar-se lentamente (risco de hipotensão e quedas pelo uso do medicamento)</p> <p>Monitorar a pressão arterial e o pulso tanto em pé quanto deitada (hipotensão ortostática)</p> <p>Explicar os possíveis efeitos sobre a libido e assegurar sua reversibilidade (diminuição da libido)</p> <p>Proporcionar segurança sobre a reversibilidade dos sintomas de amenorreia (ausência do fluxo menstrual) e da necessidade do uso de anticoncepcional</p> <p>Explicar a importância da cessação do tabaco, pois o fumo aumenta a metabolização dos antipsicóticos exigindo doses maiores para obter efeito terapêutico</p> <p>Orientar a não consumir bebidas alcoólicas (potencializam o efeito do medicamento e vice-versa)</p> <p>Observar o aparecimento de sintomas negativos do transtorno psicótico, sobretudo o isolamento social e perda da vontade para a realização de atividades diárias</p> <p>Observar efeitos desejados, redução de sintomas psicóticos</p> <p>Reavaliar constantemente alterações do pensamento e</p>

		<p>sensorceptivas</p> <p>Discutir com membros da equipe sobre as possíveis interações medicamentosas, além do uso de dois antipsicóticos, dois antidepressivos e, ainda, o ansiolítico, o que pode predispor a pessoa a efeitos adversos importantes a médio e longo prazos, além de interferir nas atividades diárias por excesso de sedação</p>
<p>Uso de substâncias que atuam diretamente no sistema nervoso central (dois antidepressivos) o que pode expor a paciente a efeitos adversos:</p> <p>fluoxetina 20 mg, 1 vez/dia; e</p> <p>bupropiona 15 g, 1 vez/dia</p>	<p>Acompanhar os resultados terapêuticos e os possíveis efeitos adversos</p>	<p>Observar os efeitos desejados – redução de sintomas depressivos e aumento da vontade e elevação do humor</p> <p>Manter vigília constante acerca da ideação e tentativas de suicídio, uma vez que a utilização de antidepressivos eleva o humor e a vontade de modo mais rápido do que ameniza o desejo de morte. Assim, a pessoa tem maior risco de colocar em prática planos de suicídio nesse período</p> <p>Monitorar e identificar alterações de pressão arterial como efeito adverso de antidepressivos</p> <p>Orientar caso haja presença de efeitos colaterais como diminuição do apetite, náuseas, alteração da motilidade intestinal, vômitos, retenção urinária, agitação, ansiedade, tremor, cefaleia e insônia</p> <p>Reavaliar o uso da fluoxetina e da bupropiona concomitantemente, pois podem causar interação medicamentosa</p> <p>Orientar a não suspender a droga abruptamente, pois pode causar um quadro de abstinência</p> <p>Orientar que o efeito terapêutico do medicamento pode demorar de 3 a 4 semanas para iniciar, evitando, assim, a descontinuação da medicação</p>
<p>Uso de substância que atua diretamente no sistema nervoso central (anti-histamínico) o que pode expor a paciente a efeitos adversos:</p> <p>prometazina 50 mg, 1 vez/dia</p>	<p>Acompanhar os resultados terapêuticos e os possíveis efeitos adversos</p>	<p>Investigar a perda de energia para realização de práticas de vida diária</p> <p>Descrever e investigar alterações de sono e repouso</p> <p>Orientar a comunicar alterações sistêmicas (falta de ar, redução de hemoglobinas, taquicardia, erupções cutâneas, vermelhidão e elevação da temperatura corporal), pois o uso concomitante de medicações psicotrópicas, anti-histamínicas e o quadro de morbidade autoimune corroboram para determinada toxicidade manifestada sistematicamente</p>
<p>Uso de substância que atua diretamente no sistema nervoso central (ansiolítico) o que pode expor a paciente a efeitos adversos:</p> <p>clonazepam 2,5 mg, 1 vez/dia</p>	<p>Acompanhar os resultados terapêuticos e os possíveis efeitos adversos</p>	<p>Orientar a pessoa e seu familiar quanto a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não dirigir ou operar máquinas (sonolência, letargia e confusão mental) • Não descontinuar a medicação de maneira abrupta (tolerância e dependência física e psicológica – pode colocar em risco a vida e resultar em efeitos colaterais graves) • Não ingerir bebidas alcoólicas ou drogas depressoras do SNC (potencialização dos depressores do SNC – sedação e depressão respiratória) <p>Estimular a família a avaliar seu estado de ânimo diariamente (possibilidade de agravamento dos sintomas depressivos)</p> <p>Estimular a beber água, chupar pedras de gelo, mascar chicletes ou utilizar saliva artificial (para amenizar sintomas de boca seca)</p> <p>Indicar o melhor horário para a administração do medicamento (período noturno), já que tem efeito sedativo</p>
<p>Uso de nicotinel (2 adesivos/dia)</p>	<p>Reavaliar o uso desse fármaco</p>	<p>Investigar o uso concomitante do adesivo com o hábito de fumar, em vista do risco de superdosagem de nicotina e efeitos sistêmicos</p>

Tabela 20.2 Apresentação das variáveis extraclínicas com o levantamento de problemas evidenciados no caso, objetivos a serem alcançados e intervenções propostas.

Variáveis extraclínicas		
Problemas	Objetivos	Intervenções
Relações familiares	Reestabelecer funcionalidade familiar	Investigar a qualidade das relações e vínculos familiares Promover atendimento individual para o familiar e núcleo familiar Fomentar atividades de lazer entre os membros da família Propor grupo de apoio aos familiares, sobretudo em relação à psicopatologia e aos enfrentamentos de sintomas, como anedonia e humor deprimido, uso do antidepressivo e aumento do risco de suicídio Utilizar instrumentos de avaliação do funcionamento e dinâmica familiar (genograma e outros) visando compreender os laços e figuras de apoio dentro desse sistema Incluir e orientar a família para a participação ativa no cuidado Convocar a família para reunião no ambulatório, realizar visita domiciliar e se possível conferência familiar
Perda do emprego e ausência de atividade laboral	Mobilizar apoio às condições trabalhistas	Possibilitar o atendimento com o profissional da assistência social visando a buscar auxílio trabalhista mediante incapacidade laboral por doença crônica autoimune
Não menção de rede social de apoio	Promover interação social	Buscar dispositivos sociais na localidade de moradia da pessoa (clubes, escolas e centro de convivência), bem como contato com UBS para visita domiciliar Investigar outras redes sociais de apoio: amigos, vizinhos, clubes populares, grupos religiosos, locais de práticas de atividade física e esportiva, cursos de atualização e formação

Divisão de responsabilidades entre os profissionais e promoção de corresponsabilidade do cuidado

Essa etapa ocorreu concomitantemente à anterior, na medida em que as intervenções eram discutidas em reuniões de equipe e discussão com sujeito/família.

Reavaliação

Pelo contexto atualizado do histórico da paciente do caso clínico apresentado, observou-se que as ações planejadas foram frustradas em relação ao alcance dos objetivos com sinais visíveis de negligência ao plano terapêutico e com constantes tentativas de suicídio e piora da funcionalidade familiar. Um momento de se (re)planejar a atenção à saúde dessa pessoa/família. Para isso, os aspectos relacionados na Tabela 20.3 devem ser considerados.

Considerações finais

Este capítulo teve o intuito de apresentar o PTS como um potencializador do trabalho em equipe no cuidado integral à pessoa em sofrimento psíquico.

Embora o PTS se constitua em uma metodologia de cuidado promissora no campo psicossocial, garantindo a assistência integral e participativa do sujeito/família, sua construção e implementação ainda são um desafio para a equipe de saúde na medida em que rompe com um paradigma hegemônico de assistência centrada na doença com valorização das várias clínicas, papéis profissionais fortemente estabelecidos e enrijecidos e verticalidade nas ações. Entretanto, essa nova forma de cuidado, impulsionada pela reflexão das práticas e produção de conhecimento com valorização da horizontalidade dos saberes coletivos, é promissora e está em constante transformação rumo à atenção ao sujeito/família inseridos em seus contextos socioculturais.

Tabela 20.3 Pontos fortes e fracos evidenciados na reavaliação do processo terapêutico.

Pontos fortes	A existência de uma rede de atenção à saúde mental capaz de prosseguir com o tratamento
---------------	---

	<p>Profissionais em condições técnicas para avaliar o caso, identificar a vulnerabilidade e rever condutas</p> <p>O trabalho orientado pelo PTS possibilita a reavaliação contínua, desse modo, não se perde dados da dinâmica de abordagem da pessoa/família e possibilita a crítica e reflexão acerca das práticas de saúde, corroborando, com a análise dos fatos reais, rever atitudes e avaliar a equipe</p> <p>Existência de medicamentos na rede</p> <p>Manutenção da vida de uma paciente em risco de suicídio</p>
Pontos frágeis	<p>Disfuncionalidade familiar e falta de rede social de apoio</p> <p>Equipe de atenção psicossocial com processo de trabalho com caráter ambulatorial, características de acompanhamento breve impossibilitando uma assistência mais próxima e intensificada proporcionada por uma equipe transdisciplinar, ainda que haja mobilização dos profissionais para isso. As práticas executadas de modo multidisciplinar contemplam as discussões de casos e construção de alternativas de cuidado e assistência, com a manutenção da autonomia de cada saber, o que não significa que esse saber esteja isolado</p> <p>Fragilidade institucional no que compete à educação em saúde com a usuária sobre aspectos medicamentosos, podendo comprometer, de certo modo, uma evolução eficaz nas terapias tanto da condição mental como de outras comorbidades orgânicas</p> <p>Trata-se de um caso complexo, envolvendo uma pessoa/família com comorbidades no âmbito do físico, biológico, social e psíquico. Assim, as ações assertivas preveem atuações transdisciplinares, reflexivas e corresponsáveis para a constituição de autonomia. Sugere-se, então, que a equipe e o tipo de serviço ambulatorial não sejam a melhor escolha para abordagem das necessidades de saúde dessa pessoa e sua família nessa etapa do processo saúde-doença</p>
Conduta da equipe	Encaminhamento para tratamento intensivo em CAPS

Referências bibliográficas

- Boccardo, A. C. S.; Zane, F. C.; Rodrigues, S.; Mângia, E. F. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização dos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ.*, v. 22, n. 1, p. 85-92, 2011.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde, 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- Brasil. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 2011.
- Castro, R. C. B. Comunicação e relacionamento terapêuticos nos encontros do cuidado em saúde mental. In: Marcolan, J. F.; Castro, R. C. B. (Orgs.). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto de cuidar*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 19-34.
- Ferioti, M. L. Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo*, v. 6, n. 2, p. 1, 79-190, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007.
- Gonçalves, C. A. V.; Martines, W. R. V. Acolhimento e triagem: pelo enfermeiro em equipe. In: Marcolan, J. F.; Castro, R. C. B. (Orgs.). *Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto de cuidar*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 261-279.
- Jorge, M. S. B.; Diniz, A. M.; Lima, L. L. *et al.* Matrix support, individual therapeutic project and production in mental health care. *Texto & Contexto Enfermagem*, v. 24, p. 112-20, 2015.
- Nicolescu, B. Um novo tipo de conhecimento: transdisciplinaridade. In: UNESCO. *Educação e transdisciplinaridade*. Brasília: UNESCO, 2000. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001275/127511por.pdf>.
- Oliveira, A. G. B. Entrevista inicial e exame psíquico. In: Marcolan, J. F.; Castro, R. C. B. (Orgs.). *Enfermagem em saúde*

- mental e psiquiátrica: desafios e possibilidades do novo contexto de cuidar. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. p. 3-17.
- Saraceno, B.; Asilo F.; Tognoni, G. Manual de saúde mental: guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 19-34.
- Silva, K.V.; Monteiro, A. R. The family in mental health: support for clinical nursing care. Rev Esc Enferm USP, v. 45, n. 5, p. 1237-42, 2011.
- Stefanelli, M. C.; Carvalho, E. C. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. 2. ed. Barueri: Manole, 2012.

Programas de Apoio Psicológico a Profissionais de Saúde

Neide Aparecida Micelli Domingos •
Nelson Iguimar Valerio • Carla Rodrigues Zanin •
Eduardo Santos Miyazaki • Eliane Regina Lucânia Dionísio

Introdução

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), fatores relacionados com a sistematização do trabalho, como exigência de produtividade, represálias, condições inadequadas de segurança, falta de acesso a treinamentos e orientações, sobrecarga de tarefas, chefia inadequada, autocobrança, falta de união e cooperação na equipe, salário insuficiente, baixa expectativa de melhoria profissional e o próprio cargo exercido pela pessoa, são considerados estressores ocupacionais (WHO, 2011). Situações de riscos biológicos, como exposição a materiais tóxicos e contaminação, divisão e parcelamento das tarefas, falta de autonomia e de reconhecimento profissional, pressão, perseguição e/ou situações de assédio moral, podem contribuir para o adoecimento psicológico de profissionais (Carreiro *et al.*, 2013; Oliveira e Cunha, 2014).

De acordo com dados do Ministério da Previdência Social, os transtornos mentais e comportamentais estão em 3º lugar entre as causas de concessão de auxílio-doença no Brasil. Em 2011, as doenças que mais afastaram funcionários de seus empregos foram os transtornos ansiosos, os episódios depressivos, as reações ao estresse grave e os transtornos de adaptação (Brasil, 2012).

Especificamente na área da saúde, o profissional tem que conviver diariamente com situações de adoecimento, sofrimento e morte, além de alta demanda de serviços que contribuem para seu desgaste (Urbanetto *et al.*, 2013). Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), fatores psicossociais podem afetar os trabalhadores, contribuindo para alterações no estado geral de equilíbrio (OIT, 2010).

Pesquisas sobre problemas relacionados com as condições físicas e mentais têm contribuído para conscientização das instituições, no sentido de elaborar medidas preventivas para o ambiente de trabalho, considerado estressante em virtude da presença de diversas condições que podem predispor os indivíduos à ansiedade, à depressão e ao estresse, além de outras formas de adoecimento (Schmidt *et al.*, 2011).

Ansiedade e depressão

A ansiedade é considerada uma sensação fundamental para a sobrevivência do indivíduo, porém, em excesso, pode se tornar um fator crítico, que causa prejuízos significativos. A alta incidência de diagnóstico de transtornos de ansiedade na população adulta em geral, em décadas recentes, tornou-se uma questão preocupante (Guimarães *et al.*, 2015).

Dados da literatura indicam que os transtornos de ansiedade podem se apresentar de diferentes maneiras na população, porém, a principal característica é o comportamento de esquiva, em que o indivíduo evita determinadas situações consideradas ansiogênicas. Os transtornos de ansiedade podem ter ainda em comum a presença de sintomas físicos (p. ex., taquicardia, sudorese, tontura, náuseas, falta de ar) e psíquicos (p. ex., inquietação, irritabilidade, sobressalto, insegurança, insônia,

dificuldade de concentração; APA, 2013; Lucânia-Dionísio e Valerio, 2015). Ansiedade e depressão costumam ser transtornos que se manifestam associados, na população geral e em profissionais de diversos seguimentos.

Para Zanelli (2010), Schmidt *et al.* (2011) e Oliveira e Pereira (2012), a ocorrência de ansiedade e depressão nos trabalhadores prejudica o bem-estar e as atividades diárias, e pode contribuir para o absenteísmo, presenteísmo, afastamentos, queda de produtividade, doenças físicas e mentais, diminuição da qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, causar prejuízos para as empresas.

Um estudo realizado por Oliveira e Gomes (2013) com 39 profissionais de Enfermagem, técnicos e auxiliares de um Hospital Geral particular de médio porte, da cidade de São Paulo, que trabalham em diversos setores [clínica médica, pronto-atendimento, unidade de terapia intensiva (UTI) e centro cirúrgico], verificou que 85% apresentaram nível mínimo de ansiedade, 13% nível médio e 2% nível moderado. Quanto à depressão, foi constatado que 82% desses trabalhadores apresentavam nível mínimo e 18% nível leve. De acordo com os autores, embora a maioria tenha tido intensidade leve, os níveis de sintomas de ansiedade e depressão identificados na amostra demonstram que os profissionais dessa área estão sujeitos a problemas de saúde mental, com possível sofrimento psíquico.

Pereira *et al.* (2017) realizaram uma pesquisa para identificar níveis de depressão e uso de medicamentos em 86 profissionais da Enfermagem, de ambos os sexos, com faixa etária de 23 a 64 anos. Verificaram que 40,7% apresentaram algum quadro de depressão; e quanto à medicação, 70,9% referiram que não fazer uso. Na parcela que fazia uso de medicações, as mais comuns eram analgésicos, anti-inflamatórios, polivitamínicos, ansiolíticos, antidepressivos e antiulcerosos.

Um estudo com 25 profissionais da área de Enfermagem de uma unidade de saúde de Coimbra, em Portugal, que utilizou a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD; Botega *et al.*, 1995), encontrou 88% dos avaliados com ansiedade e 64% com depressão (Oliveira e Pereira, 2012). Segundo Lucânia-Dionísio e Valerio (2015), esses resultados foram ainda maiores do que os observados nas seguintes pesquisas brasileiras:

- O estudo com 141 agentes comunitários de Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo (Silva e Menezes, 2008)
- A pesquisa com os trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu, SP (Braga *et al.*, 2010)
- O trabalho com 211 profissionais de Enfermagem dos hospitais de Londrina, PR (Schmidt *et al.*, 2011)
- O estudo com profissionais de Enfermagem de um hospital de grande porte na Bahia (Rodríguez *et al.*, 2014).

Como a depressão e a ansiedade, o estresse também tem se tornado um problema de saúde e um tema bastante estudado em razão de suas conseqüências para a vida das pessoas. Quando o estresse se torna intenso e frequente, pode causar comprometimentos para a saúde e a qualidade de vida do indivíduo (Weber *et al.*, 2015).

Estresse

Tem sido definido como uma “reação psicofisiológica muito complexa que tem em sua gênese a necessidade de o organismo fazer face a algo que ameaça sua homeostase interna” (Lipp, 2003). Essa reação psicofisiológica é desencadeada independentemente do tipo de estressor – físico ou cognitivo. Essas reações foram descobertas por Hans Selye, em 1956, que propôs um modelo de três fases no desenvolvimento do estresse, chamado síndrome de adaptação geral. Em estudos recentes, Lipp (2003) acrescentou mais uma fase a esse modelo, chamado modelo quadrifásico do estresse. As fases do estresse ficaram então definidas como: alerta, resistência, quase exaustão e exaustão (Lipp, 2003).

Na fase de alerta, há um aumento de energia considerada positiva, pois pode haver melhora da motivação e produtividade. Contudo, o mecanismo de luta ou fuga desencadeia reações que ativam vários sistemas, sendo o nervoso autônomo e o endócrino os principais deles. Assim, há quebra da homeostase interna que se restabelece quando o estressor não é mais percebido. Resistência: o indivíduo necessita de mais energia para lidar com o estressor e precisa de intenso esforço para adaptar-se. Se o estressor persistir em frequência ou intensidade, há uma quebra na resistência da pessoa e ela passa à fase de quase exaustão. O processo de adoecimento inicia e, se o estressor não for removido ou o indivíduo não tiver estratégias de enfrentamento para lidar com esse estressor, o estresse chega à fase de exaustão. Nesta última e mais grave (exaustão), há uma quebra total da resistência e doenças graves podem aparecer, podendo tornar o processo irreversível e precipitar até mesmo a morte, por complicações sistêmicas do organismo.

O estresse excessivo causa uma série de alterações não somente ao indivíduo mas também à família e à instituição a que pertence. As reações variam desde problemas físicos (p. ex., cefaleia, cansaço, diarreia, problemas dermatológicos, relacionados com sono, alimentares, sexuais e arterial) a aspectos psicológicos (p. ex., depressão, ansiedade, vontade de fugir, problemas com memória e concentração; Lipp, 2003).

O estresse está presente no dia a dia, mas, quando se torna excessivo, é perigoso e o indivíduo precisa fazer algo para se

recuperar. Lipp e Malagris (2001) propõem estratégias de caráter educativo para o manejo de controle de estresse. O treino é composto por avaliação do estresse e sintomatologia, avaliação de estressores, modificação cognitivo-comportamental (reestruturação cognitiva, resolução de problemas, autocontrole da ansiedade, assertividade, administração do tempo, redução da excitabilidade física e emocional), mudança de estilo de vida (hábitos alimentares, atividade física e relaxamento), plano de prevenção de recaída e *follow-up*.

Uma pesquisa realizada por Assis *et al.* (2015) teve como objetivo investigar os níveis de estresse e suas manifestações predominantes em 37 trabalhadores da área da saúde de hospitais da cidade do Rio de Janeiro, entre eles, oito médicos, dois nutricionistas, dois farmacêuticos, 12 enfermeiros, 10 técnicos de Enfermagem e três maqueiros. Os resultados mostraram que os maiores índices de estresse ocorreram entre nutricionistas e enfermeiros, com manifestações físicas e psicológicas. Por outro lado, nenhum maqueiro apresentou essa condição.

Um estudo realizado por Barreto *et al.* (2016) com seis enfermeiros, sendo três do setor de emergência e três de doenças infectoparasitárias, do Hospital Universitário Antonio Pedro (HUAP), no Rio de Janeiro, mostrou uma diversidade de fontes causadoras de estresse que podem interferir no profissional de Enfermagem. Entre os fatores com probabilidade de prejudicar os profissionais, provocando sobrecarga de trabalho, está a falta de qualificação de trabalhadores e o não cumprimento das atribuições nos setores, além do enfrentamento de pacientes em situações de doença graves, com possibilidade de morte. Foi observado que, apesar do estresse relatado, os profissionais da Enfermagem não desenvolveram doenças crônicas, mas apresentaram sintomas como palpitações e depressão. Entretanto, os autores ressaltam que o estresse não manejado pode ser fator de risco para o aparecimento de doenças crônicas (Barreto *et al.*, 2016).

Na pesquisa de Andrade e Siqueira-Junior (2014), com relação aos níveis de estresse ocupacional na equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da cidade de Marília, SP, foi utilizada a Escala de Estresse em 60 participantes divididos entre enfermeiras, técnicos de Enfermagem, recepcionistas, médicos e motoristas. Os resultados apontaram altos níveis de demanda (exigências e pressões psicológicas exercidas pelo trabalho), controle (capacidade do indivíduo em empregar suas habilidades intelectuais para exercer seu trabalho e ter autoridade para decidir como realizá-lo) e apoio social (qualidade das relações desenvolvidas pelo participante da pesquisa com seus superiores e colegas de trabalho). Esses dados sugerem que, embora os profissionais apresentem altas demandas, também têm níveis elevados de controle e apoio social, o que demonstra um desempenho ativo, havendo pouca probabilidade de manifestação do estresse ocupacional.

Burnout

Outra consequência associada aos problemas ocupacionais é a síndrome de *Burnout*, ou de estafa profissional. É uma síndrome relacionada com profissionais que interagem excessivamente com pessoas no ambiente de trabalho (p. ex., saúde e educação) e tem por base três dimensões: exaustão emocional, baixa realização profissional e despersonalização. Exaustão emocional é a característica central da síndrome e está relacionada com cansaço extremo. Baixa realização profissional associa-se com um sentimento de incapacidade, dúvidas sobre a própria competência profissional e autodesvalorização. Despersonalização caracteriza-se por um distanciamento do objeto de trabalho (Maslach *et al.*, 2001; Glória *et al.*, 2016). Segundo Moss *et al.* (2016), os fatores de risco para a síndrome foram descritos em quatro categorias:

1. Características pessoais.
2. Questões da instituição.
3. Qualidade das relações interpessoais no ambiente de trabalho.
4. Exposição a eventos de fim de vida (p. ex., morte).

Maroco *et al.* (2016), em estudo que utilizou o instrumento *Maslach Burnout Inventory – Human Service Survey* (MBI-HSS; Maslach *et al.*, 1996) em médicos e enfermeiros portugueses, afirmam que os níveis de *Burnout* variaram entre moderado (21,6%) e alto (47,8%) nos anos de 2011 a 2013. Os autores relacionam também que profissionais com mais tempo de trabalho foram os menos acometidos, ressaltando que condições ruins de trabalho foram preditores importantes para a síndrome.

O estudo realizado por Tironi *et al.* (2016), também utilizando o MBI em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras, cuja carga horária de trabalho semanal era alta (entre 49 e 72 h), refere que o nível de exaustão emocional foi de 50,6%; o de despersonalização, 26,1%; e o de ineficácia, 15%.

Uma pesquisa sobre *Burnout* e estratégias de enfrentamento ao estresse laboral com 193 profissionais de Enfermagem (152 técnicos e 41 enfermeiros) de três hospitais públicos da Paraíba revelou resultados significativos. Os dados apontaram altos níveis de *Burnout* e baixa eficiência no uso de estratégias para combater os estressores laborais na amostra. Exaustão emocional, reduzida realização profissional e despersonalização surgem quando os profissionais não conseguem combater os fatores

associados ao estresse no trabalho. A despersonalização destacou-se como fator mais ameaçador, manifestada por atitudes de frieza do profissional diante dos colegas e usuários, sendo essas atitudes indesejáveis nas profissões que exigem cuidados e proteção à vida humana (Silva *et al.*, 2015).

Prevenir e intervir podem ser úteis tanto para o profissional da saúde quanto para o usuário do serviço. Corrêa *et al.* (2013) afirmam que o estresse interfere na qualidade de vida e na prestação de serviço em enfermeiros; já Pellicciotti e Kimura (2010) reforçam que baixa qualidade de vida pode estar associada a maior quantidade de erros na administração de medicações entre profissionais de Enfermagem.

Qualidade de vida

Resultados sobre estresse e *Burnout* encontrados em investigações são preocupantes e afetam a qualidade de vida dos profissionais. Uma revisão sistematizada da literatura realizada por Freire e Costa (2016) demonstra que o ambiente laboral oferece riscos à qualidade de vida dos profissionais da área da saúde, sendo os principais relacionados com as condições inadequadas de trabalho, a desvalorização e as relações hierárquicas conflituosas.

Qualidade de vida é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

Em estudo recente para analisar a relação entre qualidade de vida percebida e níveis de *Burnout* entre profissionais da saúde de cinco hospitais da província de Girona, na Espanha, com uma amostra composta por 1.095 participantes (enfermeiros, médicos, auxiliares de Enfermagem e consultores), foi aplicado o Questionário de Qualidade de Vida SF36 e o Inventário de *Burnout* Maslach. Com relação aos níveis de *Burnout*, os resultados indicaram que 78% eram mulheres, com média de idade de 36 anos. A qualidade de vida relatada pelos participantes apresentou valores inferiores ao da população de referência, especialmente no domínio saúde mental. Ao comparar os domínios do SF36 entre médicos e enfermeiros e outros profissionais, os autores identificaram que os médicos percebem melhor a saúde no domínio do aspecto físico do que enfermeiros e outros profissionais ($p < 0,01$). Não foram observadas diferenças estatísticas entre profissão e o domínio da saúde mental ($p > 0,05$). Além disso, a saúde percebida foi pior entre aqueles que relataram um alto nível em qualquer um dos componentes do *Burnout* (Suñer-Soler *et al.*, 2013).

Em estudo com profissionais de UTI (equipe médica, de Fisioterapia e de Enfermagem) foi verificado que, em três das quatro UTI estudadas, o pior índice de qualidade de vida estava relacionado com o ambiente (Miyazaki, 2015). O mesmo resultado foi encontrado em estudo feito por Vitorino *et al.* (2014) em profissionais das equipes de urgência e emergência.

Alguns pesquisadores referem que uma possibilidade para melhorar a qualidade de vida e o *Burnout* nesses profissionais seria a prática de atividade física. Freire *et al.* (2015) associaram baixa prática de atividade física com jornada de trabalho e qualidade de vida e afirmam que indivíduos classificados como ativos apresentam melhor qualidade de vida e menor jornada de trabalho. No estudo de Neto *et al.* (2013), a variável prática de atividade física influenciou na qualidade de vida dos participantes e resultados semelhantes foram observados na pesquisa de Nagamine (2007). Freire e Costa (2016) sugerem que programas de saúde tanto de prevenção quanto de intervenção podem ser úteis.

Habilidades de vida

Além da ansiedade, depressão, estresse e *Burnout*, prejuízos significativos nas habilidades de vida têm sido identificados na literatura para essa população da área da saúde. Uma pesquisa realizada por Lucânia-Dionísio e Valerio (2015) sobre ansiedade, depressão, estresse e habilidades de vida, com 36 colaboradores da área da saúde, um grupo diversificado e relativamente jovem (média de idade de 40 anos), demonstrou que 66,7% apresentaram sintomas significativos de ansiedade, 55,6% de depressão e 80,6% em situação de estresse, sendo 52,8% na fase de resistência e 27,8% na fase de quase exaustão. Nenhum trabalhador foi identificado nas fases de alerta ou exaustão, de acordo com os sintomas encontrados. A amostra apresentou baixas habilidades de vida que tiveram correlação negativa com a saúde mental, ou seja, quanto menores essas habilidades, maiores os prejuízos para ansiedade, depressão e estresse.

Os dados da pesquisa de Lucânia-Dionísio e Valerio (2015) apontam para uma situação preocupante, indicando a necessidade de ações curativas e preventivas, bem como estabelecimento de relações entre as variáveis diversas como saúde mental e habilidades de vida nessas populações. A OMS (WHO, 1997) propõe programas de ensino de habilidades de vida com o objetivo de desenvolver capacidades emocionais, sociais e cognitivas que possam contribuir para os indivíduos enfrentarem melhor as situações de conflitos do dia a dia. Entretanto, para trabalhadores das áreas da saúde, programas dessa natureza, visando à promoção e à prevenção à saúde mental, são escassos, apesar de serem fundamentais.

De acordo com a literatura, o desenvolvimento de habilidades de vida pode contribuir para o indivíduo lidar de modo mais construtivo com as demandas da vida cotidiana que, se não forem solucionadas de maneira adequada, podem causar tensões, desgaste, sofrimento e, conseqüentemente, problemas à sua saúde física e mental, além de prejuízos à qualidade de vida. São definidas como habilidades de comportamento adaptativo e positivo, que contribuem para o sujeito lidar melhor com as demandas e os desafios da vida cotidiana (WHO, 1997). As habilidades de vida, de acordo com as definições de OMS (WHO, 1997), Minto *et al.* (2006), Murta *et al.* (2010) e Ravindra (2012), são descritas a seguir.

Tomada de decisão: capacidade que o indivíduo tem de lidar de maneira construtiva com as decisões a serem tomadas. Essa habilidade possibilita avaliar as diferentes opções de decisões e os efeitos que elas podem ter e, assim, analisar as conseqüências, os riscos e benefícios de uma situação ou um comportamento e escolher a alternativa com maior probabilidade de sucesso.

Resolução de problemas: capacidade que o indivíduo tem de enfrentar os problemas ou situações adversas de forma construtiva, utilizando habilidades pessoais e os recursos do meio, sem prejudicar o outro. Problemas significativos que não são solucionados podem contribuir para causar estresse mental, sendo fundamental enfrentá-los de maneira eficaz.

Pensamento criativo: habilidade que contribui para a tomada de decisão e a resolução de problemas, pois se trata da capacidade do indivíduo de explorar recursos e alternativas disponíveis, para responder de modo adaptativo e flexível às situações do dia a dia.

Pensamento crítico: capacidade que o indivíduo tem de analisar informações e/ou situações de maneira objetiva, considerando diferentes pontos de vista, assim como aspectos positivos e negativos. Essa habilidade pode ajudar o indivíduo a reconhecer e avaliar fatores que influenciam as atitudes e comportamentos, como valores, pressão de colegas, mídia, entre outros.

Comunicação eficaz: capacidade que o indivíduo tem de expressar verbalmente, ou não, opiniões, desejos, sentimentos, medos e necessidades, de maneira assertiva e adequada às culturas e situações, buscando conciliar os direitos de ambas as partes. Essa habilidade pode facilitar o pedido de conselhos ou ajuda em momento de necessidade.

Relacionamento interpessoal: capacidade que o indivíduo tem de se relacionar de forma positiva com as pessoas com quem interage, ou seja, fazer, manter, aprofundar e terminar relacionamentos sociais, familiares, afetivos ou sexuais que podem ser muito significativos para o seu bem-estar e para a saúde mental. Manter boas relações é fundamental, pois representa fonte importante de apoio social ou familiar.

Autoconhecimento: capacidade que o indivíduo tem de observar o próprio comportamento e reconhecer seu caráter, suas qualidades, dificuldades, desejos, aversões e recursos; ajuda a reconhecer quando está estressado ou sentindo-se sob pressão. É importante para a comunicação eficaz e para boas relações interpessoais, assim como para desenvolver empatia pelos outros.

Empatia: capacidade que o indivíduo tem de se colocar no lugar do outro, imaginar como este pensa ou sente. Procurar compreender e não julgar, mesmo em uma situação a que pode não estar familiarizado. Essa habilidade pode ajudar na compreensão e aceitação das diferenças dos outros e contribuir para melhorar as interações sociais; pode colaborar para o altruísmo e generosidade entre as pessoas, e estimular comportamentos de ajuda.

Lidar com sentimentos e emoções: capacidade que o indivíduo tem de reconhecer as próprias emoções e as dos outros; ter consciência do quanto elas influenciam o comportamento; ser capaz de manejá-las de maneira adequada e expressá-las de maneira assertiva. Emoções como raiva ou tristeza podem ter efeitos negativos sobre a saúde do indivíduo se ele não souber lidar adequadamente.

Lidar com o estresse: capacidade que o indivíduo tem de reconhecer situações causadoras de estresse, como isso o afeta e desenvolver estratégias de enfrentamento adequadas para solucionar ou reduzir seus efeitos. Isso significa tomar medidas para reduzir estressores, como fazer mudanças no ambiente físico ou no estilo de vida, aprender a relaxar, de modo que as tensões provocadas pelo estresse não deem origem a problemas de saúde.

Essas dez habilidades podem ser aplicadas a todos os indivíduos, independentemente dos contextos social e cultural em que estejam envolvidos. São estratégias que podem contribuir para diminuir comportamentos de risco, apoiar populações vulneráveis, capacitar os indivíduos para lidar com os desafios que enfrentam e participar de maneira produtiva na sociedade (Unicef, 2012).

A existência, na área da Saúde, de condições desencadeadoras de ansiedade, depressão, estresse, *Burnout* e prejuízos na qualidade de vida relacionadas com o trabalho é uma realidade observada nas instituições e em estudos descritos na literatura, o que indica a necessidade de ações para manejo, controle e prevenção de agravos desses trabalhadores. Fundamentando-se nessas considerações iniciais, serão apresentados, a seguir, propostas e programas de acompanhamento dos colaboradores de uma

instituição de saúde de grande porte do interior do estado de São Paulo.

Exemplo de programa de acompanhamento de profissionais da área da saúde

Caracterização da instituição hospitalar

A Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), instituição privada criada em 1968, foi estadualizada em 1994 (Lei n. 8.899, de 27 de setembro de 1994) e integra um complexo de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade, denominado complexo FAMERP/Fundação Faculdade Regional de Medicina (Funfarme), cuja parceria está institucionalizada por meio de convênio. A FAMERP tem cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Psicologia (este último criado em 2016). Oferece também Programa de Residência Médica em diferentes especialidades, Programas de Residência Multiprofissional (a Psicologia integra os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança, Reabilitação e Atenção ao Câncer), Programa de Aprimoramento/Aperfeiçoamento Profissional (Psicologia da Saúde, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social, Farmácia, Terapia Ocupacional e Enfermagem) e três cursos de pós-graduação *stricto sensu*: Ciências da Saúde, Enfermagem e Psicologia e Saúde.

A Funfarme, por sua vez, é composta por: Hospital de Base (HB), hospital geral de alta complexidade e de referência para várias doenças, com 800 leitos de internação, 117 leitos em UTI e 2.300 cirurgias/mês; Hospital da Criança e Maternidade (HCM), 180 leitos, sendo 56 leitos de UTI e 35 de UTI neonatal; Ambulatórios; Hemocentro; e Rede de Reabilitação Lucy Montoro. A Funfarme realiza 53 mil atendimentos por mês, para 102 municípios da região noroeste do estado de São Paulo.

O serviço de Psicologia teve início em 1981, quando a primeira psicóloga (Cristina Miyazaki) foi contratada pelo Departamento Maternoinfantil. Nessa época, contava com aproximadamente 500 funcionários entre médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de Enfermagem, profissionais administrativos, assistentes sociais, nutricionistas e farmacêuticos.

A diretoria do HB caracterizava-se por ser arrojada e tinha uma preocupação com a qualidade dos serviços prestados. Assim, os anos seguintes foram marcados pelo desenvolvimento de uma estrutura hospitalar de alta complexidade que implica diagnósticos e tratamentos sofisticados, e, com isso, o atendimento integral ao paciente necessitou de novas abordagens, e equipes multi e interdisciplinares tornaram-se a nova marca desse hospital. Atualmente, a instituição conta com mais de 5 mil funcionários.

Consequentemente, houve a necessidade de contratação de profissionais de diferentes áreas e especialidades, incluindo psicólogos. Em 2017, o Serviço contou com 29 psicólogos contratados entre Funfarme e FAMERP, 27 psicólogos aprimorando e aperfeiçoando e 11 psicólogos da residência multiprofissional, que atuam nas mais diversas especialidades médicas.

O complexo FAMERP/Funfarme tem ampla tradição de extensão de serviços à comunidade na área da saúde, com destaque para o atendimento psicológico aos funcionários (avaliação, treinamento/cursos/palestras e psicoterapia individual e em grupo). Há um setor específico denominado “Setor de Bem-estar e Qualidade de Vida no Trabalho”, cuja finalidade é cuidar dessa temática.

Setor de Bem-estar e Qualidade de Vida no Trabalho | Programa de acompanhamento

No HB da Funfarme, há significativa demanda de atendimentos psicológicos e psiquiátricos por colaboradores, que envolvem principalmente transtornos de ansiedade, depressão e estresse, com números expressivos de atestados e afastamentos.

Um levantamento específico sobre saúde mental (F00-F99) no período de janeiro a dezembro de 2016, realizado no Setor de Bem-estar e Qualidade de Vida no Trabalho, apontou um total de 385 atestados, sendo 134 de horas (que justificam apenas as horas em que o funcionário ficou fora do setor de trabalho para ir às consultas) e 251 atestados que variam de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho. No período de janeiro a abril de 2017, foram 117 atestados, sendo 30 de horas e 87 afastamentos por período que variou de 1 a 15 dias.

Nesse setor, são realizados atendimentos aos funcionários do HB por uma equipe que conta com duas psicólogas, uma terapeuta ocupacional, um médico do trabalho e um psiquiatra, com finalidades de promoção e intervenções em prol da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida dos trabalhadores, conforme demonstrado na Figura 21.1.

Esse serviço tem como objetivo atender às demandas relacionadas com saúde mental, dor, hipertensão, tabagismo, obesidade, diabetes e demais problemas de saúde que estejam causando prejuízos a essa população. A atenção a esses problemas favorece o bem-estar e pode levar a uma reflexão quanto aos próprios comportamentos no contexto laboral, na construção de um ambiente baseado no respeito, na colaboração, no diálogo e no compromisso com a instituição. Desse modo, contribui para a melhoria da qualidade de vida e para os relacionamentos interpessoais por meio do desenvolvimento de estratégias para lidar com as demandas necessárias nos contextos profissional e pessoal.

O atendimento psicológico prestado aos colaboradores no Setor de Bem-Estar e Qualidade de Vida do Trabalhador é realizado a partir das solicitações médicas, dos chefes dos setores e também por busca espontânea dos funcionários, sendo agendada uma triagem para verificação das queixas e das necessidades, bem como para os encaminhamentos pertinentes, divididos em:

- Orientações psicológicas breves
- Abordagens em grupos para manejos de ansiedade, depressão e estresse
- Palestras e treinamentos para o desenvolvimento de habilidades
- Acolhimentos e orientações psicológicas, nos respectivos setores
- Avaliações e atendimentos psiquiátricos no ambulatório da própria instituição, caso sejam necessários
- Treinos de habilidades de vida.

Por exemplo, com relação ao treino de habilidades de vida, implantado inicialmente em 2013 e feito em grupo, são realizados nove encontros: um para avaliação inicial, cinco para o desenvolvimento das habilidades, um para avaliação final, um para *follow-up* e um para encerramento, com uma devolutiva dos resultados para os participantes (Tabela 21.1).

A Tabela 21.2 apresenta mais detalhadamente a estrutura desses encontros, isto é, os objetivos, a metodologia e os materiais utilizados em cada encontro.

O treino de habilidades de vida foi aplicado até o momento em 36 colaboradores e foi parte de uma pesquisa de mestrado. Os resultados encontrados indicaram que, após o treino de habilidades de vida, houve melhora significativa dessas habilidades e redução dos sintomas de ansiedade, depressão e estresse nos trabalhadores que se submeteram ao treino (Dionisio, 2015).

Considerações finais

Dados de pesquisas recentes demonstram prejuízos significativos relacionados com estresse, *Burnout*, qualidade de vida, ansiedade e depressão em profissionais da saúde.

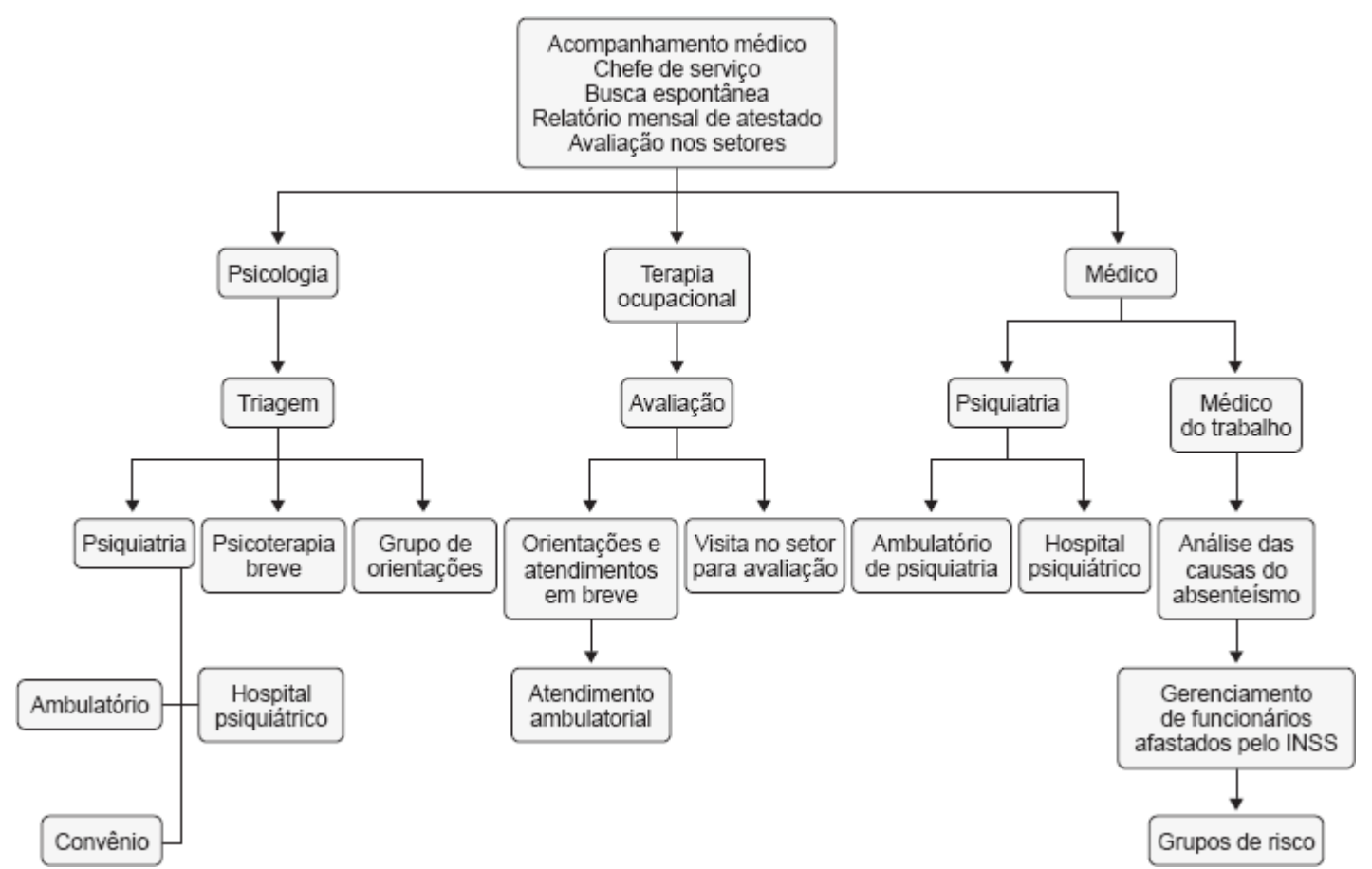


Figura 21.1 Fluxograma de avaliação e atendimento no Setor de Bem-Estar e Qualidade de Vida no Trabalho da FAMERP/Funfarme.

Tabela 21.1 Encontros, objetivos e instrumentos do treino de habilidades de vida.

--	--	--

Encontros	Objetivos	Instrumentos
1º encontro Avaliação inicial	Estabelecer vínculo, formular o contrato terapêutico Assinatura do termo de consentimento livre e pós-esclarecido Preenchimento do protocolo de avaliação e motivação para o treinamento	Ficha de identificação HADS, ISSL e EHV
2º ao 6º encontro Intervenção em grupo	Treino das habilidades de vida	Psicoeducação Dinâmicas e jogos Técnicas cognitivo-comportamentais
7º encontro Avaliação final	Reavaliar	HADS, ISSL e EHV
8º encontro <i>Follow-up</i> após 30 dias	Verificar a manutenção das novas habilidades aprendidas	HADS, ISSL e EHV
9º encontro Encerramento	Apresentação de resultados para os grupos	<i>Feedback</i>

HAD: Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; ISSL: Inventário de Sintomas de Estresse de Lipp; EHV: Estratégia de Habilidade de Vida.

Tabela 21.2 Estrutura dos encontros do treino de habilidades de vida.

Encontro	Objetivos	Metodologia	Materiais
1º encontro – avaliação inicial	Apresentar os objetivos do treino de habilidade de vida Estabelecimento de vínculo Formulação do contrato terapêutico e motivação para o treinamento Assinatura do termo de consentimento esclarecido Preenchimento do protocolo de avaliação individual e da Escala de Habilidade de Vida de modo coletivo	Apresentação do grupo e estabelecimento dos vínculos Estabelecer o contrato terapêutico e motivação para o treinamento Orientações para o preenchimento do protocolo de avaliação Atividade em grupo para o preenchimento da escala de habilidades de vida de modo coletivo Agendar próximo encontro para início da intervenção	Para aplicação individual: <ul style="list-style-type: none"> • Termo de consentimento livre e esclarecido • Ficha de identificação • HADS, ISSL e EHV Aplicação em grupo do EHV: cada participante do grupo apresentará a pontuação que atribuiu a cada habilidade de vida no momento em que respondeu a escala individualmente e após essa reflexão, a partir de um consenso do grupo, escolherá uma pontuação para cada habilidade de vida que represente o grupo
2º encontro – intervenção	Contato inicial: acolhimento do grupo; apresentação da proposta do encontro; treino das habilidades	Informação: realizar uma dinâmica que possibilite introduzir os conceitos de habilidades de vida: autoconhecimento e empatia Dinâmicas: caixa de objetos e o feitiço vira contra o feiticeiro Esclarecimento: detalhar aspectos específicos de cada habilidade visando à compreensão	

		<p>cognitiva racional dos sujeitos sobre o conteúdo fornecido</p> <p>Orientação: relacionar as habilidades de vida com as condições gerais e específicas de vida, por meio do uso de técnicas cognitivo-comportamentais: ensaio comportamental</p>	
3º encontro – intervenção	<p>Contato inicial: acolhimento do grupo; apresentação da proposta do encontro; treino das habilidades</p>	<p>Informação: realizar uma dinâmica que possibilite introduzir os conceitos de habilidades de vida: comunicação eficaz e relacionamento interpessoal</p> <p>Dinâmica: telefone sem fio</p> <p>Esclarecimento: detalhar aspectos específicos de cada habilidade visando à compreensão cognitiva racional dos sujeitos sobre o conteúdo fornecido</p> <p>Orientação: relacionar as habilidades de vida com as condições gerais e específicas de vida, por meio do uso de técnicas cognitivo-comportamentais: ensaio comportamental</p>	
4º encontro – intervenção	<p>Contato inicial: acolhimento do grupo; apresentação da proposta do encontro; treino das habilidades</p>	<p>Informação: realizar uma dinâmica que possibilite introduzir os conceitos de habilidades de vida: tomada de decisão e resolução de problemas</p> <p>Dinâmica: carta problema</p> <p>Esclarecimento: detalhar aspectos específicos de cada habilidade visando à compreensão cognitiva racional dos sujeitos sobre o conteúdo fornecido</p> <p>Orientação: relacionar as habilidades de vida com as condições gerais e específicas de vida, por meio do uso de técnicas cognitivo-comportamentais: ensaio comportamental</p>	
5º encontro – intervenção	<p>Contato inicial: acolhimento do grupo; apresentação da proposta do encontro; treino das habilidades</p>	<p>Informação: realizar uma dinâmica que possibilite introduzir os conceitos de habilidades de vida: pensamento criativo e pensamento crítico</p> <p>Dinâmica: tempestade de ideias e debate</p> <p>Esclarecimento: detalhar aspectos específicos de cada habilidade visando à compreensão cognitiva racional dos sujeitos sobre o conteúdo fornecido</p> <p>Orientação: relacionar as</p>	

		habilidades de vida com as condições gerais e específicas de vida com uso de técnicas cognitivo-comportamentais: ensaio comportamental	
6º encontro – intervenção	Contato inicial: acolhimento do grupo; apresentação da proposta do encontro; treino das habilidades	<p>Informação: realizar uma dinâmica que possibilite introduzir os conceitos de habilidades de vida: lidar com sentimentos e emoções e lidar com estresse</p> <p>Dinâmica: crenças e sentimentos e figuras e colagem</p> <p>Esclarecimento: detalhar aspectos específicos de cada habilidade visando à compreensão cognitiva racional dos sujeitos sobre o conteúdo fornecido</p> <p>Orientação: relacionar as habilidades de vida com as condições gerais e específicas de vida, por meio do uso de técnicas cognitivo-comportamentais: ensaio comportamental</p>	
7º encontro – avaliação pós-intervenção	Verificar as habilidades de vida do grupo de forma individual e coletiva Avaliar a saúde mental (estresse, ansiedade e depressão)	Dinâmica para aquecimento Atividade em duplas para refletir sobre as habilidades aprendidas e compartilhar em grupo acerca dos encontros. Em seguida, o grupo responde de modo coletivo à escala de habilidades de vida	Responder individualmente: HADS, ISSL e EHV Responder em grupo: EHV
8º encontro – follow-up	Verificar as habilidades de vida do grupo de forma individual e coletiva Avaliar a saúde mental (estresse, ansiedade e depressão) Verificar a manutenção das novas habilidades aprendidas	Dinâmica para aquecimento Atividade em duplas para refletir sobre as habilidades aprendidas e compartilhar em grupo acerca dos encontros. Em seguida, o grupo responde de modo coletivo à Escala de Habilidades de Vida	Responder individualmente: HADS, ISSL e EHV Responder em grupo: EHV
9º encontro – encerramento	Apresentação de resultados do treinamento para o grupo Finalização do trabalho com o grupo Confraternização e encerramento	Exposição dos resultados Dinâmica: “Eu vou embora: o que vou levar e o que deixo para você” Confraternização e encerramento <i>Feedback</i>	

Os fatores identificados e mapeados nos ambientes hospitalares como precipitadores e mantenedores de problemas associados à

saúde/doença dessa população são:

- Riscos biológicos
- Exposição a materiais tóxicos e contaminação
- Organização e precarização do trabalho
- Falta de autonomia e de reconhecimento profissional
- Pressão e exigência de produtividade
- Baixos salários
- Ausência de atuação em equipe, de plano de cargos e salários
- Perseguição e/ou situações de assédio moral
- Lideranças punitivas
- Escassez de recursos materiais
- Baixa resiliência pessoal
- Enfrentamento permanente de condições adversas à vida.

O trabalho nessa área tem características próprias, portanto, a saúde mental dos trabalhadores configura uma situação que exige mais pesquisas e conhecimento para determinar medidas coerentes e efetivas de intervenção. Estudos sobre estresse ocupacional, qualidade de vida, ansiedade, depressão e outros problemas relacionados têm contribuído para melhor compreensão da situação laboral de profissionais desse campo, para a conscientização das instituições e para a elaboração de medidas preventivas.

Os dados indicam que, além de problemas como estresse, *Burnout*, transtornos do humor e da ansiedade, também estão presentes déficits em habilidades de vida na população de trabalhadores da área da saúde. Desse modo, esforços para lidar com o adoecimento dos colaboradores são fundamentais, uma vez que enfrentam situações adversas ao bem-estar e à qualidade de vida. O aumento do número de trabalhadores da saúde com transtornos mentais tem levado à implementação de programas com a ampliação da atuação de serviços no âmbito psicológico aos colaboradores das instituições.

Destaca-se a importância da realização de pesquisas para ampliar os conhecimentos nessa área e tornar possível a implementação de programas de promoção, prevenção e de intervenção à saúde mental do trabalhador, a partir, por exemplo, do treino dessas habilidades. O emprego do programa desenvolvido na FAMERP/Funfarme, no Setor de Bem-Estar e Qualidade de Vida do Trabalhador, para outras instituições e públicos semelhantes, é recomendado.

Referências bibliográficas

- American Psychiatry Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5. ed. Washington: APA, 2013.
- Andrade, M. C. M.; Siqueira-Junior, A. C. Estresse ocupacional no serviço de atendimento móvel de urgência. REME Revista Mineira de Enfermagem, v. 18, n. 2, p. 376-83, 2014.
- Assis, M. R.; Caraúna, H.; Karine, D. Análise do estresse ocupacional em profissionais da saúde. Conexões, v. 3, n. 1, p. 62-71, 2015.
- Barreto, B. M. F.; Silva, R. P.; Camacho, A. C. L. F. *et al.* A interferência do estresse no trabalhador de Enfermagem no ambiente hospitalar e sua relação como fator de risco para a ocorrência de câncer. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 8, n. 2, p. 4154-67, 2016.
- Botega, N. J.; Bio, M. R.; Zomignani, M. A. *et al.* Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Revista de Saúde Pública, v. 29, n. 5, p. 355-63, 1995.
- Braga, L. C.; Carvalho, L. R.; Binder, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu. Ciências & Saúde Coletiva, v. 15 (supl.1), p. 1585-96, 2010.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Previdência em questão. Informativo Eletrônico, nº 59, de 16 a 29 de fevereiro de 2012. Disponível em: http://www.mps.gov.br/arquivos/office/4_120326-105114-231.pdf.
- Carreiro, G. S. P.; Filha, M. O. F.; Lazarte, R. *et al.* O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia de Saúde da Família. Revista. Eletrônica de Enfermagem. v. 15, n. 1, p. 146-55, 2013.
- Corrêa, R. Z. A.; Souza, M. S.; Baptista, M. N. Vulnerabilidade ao estresse no trabalho e qualidade de vida de enfermeiros. Psicologia Argumento, v. 31, n. 75, p. 599-606, 2013.
- Dionísio, E. R. L. Ansiedade, depressão, estresse e habilidades de vida de trabalhadores de um hospital de ensino o interior do estado de São Paulo. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Rio Preto, São José do Rio Preto, 2015.

- Freire, C. B.; Dias, R. F.; Schwingel, P. A. *et al.* Qualidade de vida e atividade física em profissionais de terapia intensiva do submédio São Francisco. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 68, n. 1, p. 26-31, 2015.
- Freire, M. N.; Costa, E. R. Qualidade de vida dos profissionais de Enfermagem no ambiente de trabalho. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 5, n. 1, 2016.
- Glória, M. E.; Marinho, V. L.; Mota, D. S. Síndrome de Burnout nos profissionais da área de saúde. *Amazônia: Science & Health*, v. 4, n. 3, p. 29-37, 2016.
- Guimarães, A. M. V.; Neto, A. C. da S.; Vilar, A. T. S. *et al.* Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. *Ciências Biológicas e da Saúde*, Maceió, v. 31, n. 1, p. 115-28, 2015.
- Lipp, M. E. N. Mecanismos neuropsicofisiológicos do *stress*: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- Lipp, M. E. L. O modelo quadrfásico do *stress*. In: Lipp, M. E. L. (Org.). Mecanismos psicofisiológicos do *stress*: teorias e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 17-21.
- Lipp, M. E. N.; Malagris, L. E. N. O *stress* emocional e seu tratamento. In: Rangé B. (Ed.). Psicoterapias cognitivo-comportamentais. Um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001. p. 475-790.
- Lucânia-Dionísio, E. R.; Valerio, N. I. Ansiedade, depressão, estresse e habilidades de vida em trabalhadores de um hospital de ensino. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Rio Preto, São José do Rio Preto, 2015.
- Marôco, J.; Marôco, A. L.; Leite, E. *et al.* Burnout em profissionais da saúde portugueses: uma análise a nível nacional. *Acta Médica Portuguesa*, v. 29, p. 24-30, 2016.
- Maslach, C.; Jackson, S. E.; Leiter, M. P. Maslach Burnout Inventory – Manual. 3. ed. Palo Alto: University of California; Consulting Psychologists Press, 1996.
- Maslach, C.; Schaufeli, W. B.; Leiter, M. P. Job Burnout. *Annual review of psychology*, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.
- Minto, E. C.; Pedro, C. P.; Netto, J. R. C. *et al.* Ensino de habilidades de vida na escola: uma experiência com adolescentes. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 561-8, 2006.
- Miyazaki, E. S. Burnout, qualidade de vida e atividade física em profissionais de Unidade de Terapia Intensiva de hospital escola. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Rio Preto, São José do Rio Preto, 2015.
- Moss, M.; Good, V. S.; Gozal, D. *et al.* A Critical Care Societies collaborative statement: Burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, v. 194, n. 1, p. 106-13, 2016.
- Murta, S. G.; Del Prette, A.; Del Prette, Z. Prevenção ao sexismo e ao heterossexismo entre adolescentes: contribuições do treinamento em habilidades de vida e habilidades sociais. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, v. 2, 2010. Disponível em: <http://www.rihs.ufscar.br/wp-content/uploads/2015/02/prevencao-ao-sexismo.pdf>.
- Nagamine, K. K. Mulheres em programa de atividade física: ansiedade, depressão, fadiga, Burnout e qualidade de vida. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Rio Preto, São José do Rio Preto, 2007.
- Neto, A. C. F. A.; Araújo, R. C.; Pitangui, A. C. R. *et al.* Qualidade de vida e nível de atividade física de profissionais de saúde de UTI. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 18, n. 6, p. 711-9, 2013.
- Oliveira, R. J.; Cunha, T. Estresse do profissional de saúde no ambiente de trabalho: causas e consequências. *Caderno Saúde e Desenvolvimento*, v. 3, n. 2, 2014.
- Oliveira, V.; Pereira, T. Ansiedade, depressão e Burnout em enfermeiros – impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência* III, n. 7, 2012.
- Oliveira, V. B.; Gomes, R. K. Depressão, ansiedade e suporte social em profissionais de enfermagem. *Boletim de Psicologia*, v. LXIII, n. 138, p. 23-33, 2013.
- Organização Internacional do Trabalho (OIT). Riscos emergentes e novas formas de prevenção num mundo de trabalho em mudança. Geneva, 2010. Disponível em: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/28abril_10_pt.pdf.
- Pellicciotti, J. S.; Kimura, M. Medications errors and health-related quality of life of nursing professionals in Intensive Care Units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 6, p. 1062-9, 2010.
- Pereira, I. F.; Faria, L.C.; Vianna, R. S. M. *et al.* Depressão e uso de medicamentos em profissionais de Enfermagem. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 24, n. 1, p. 70-4, 2017.
- Ravindra, H. N. Life skills approach – An interactive nursing approach. *Journal of Nursing and Health Science*, v. 1, n. 1, p. 29-32, 2012. Disponível em: <http://iosrjournals.org/iosr-jnhs/papers/vol1-issue1/F0112932.pdf?id=1642>.
- Rodriguês, E. P.; Rodriguês, U. S.; Oliveira, L. M. M. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de Enfermagem em um hospital da Bahia. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 2, p. 296-301, 2014.
- Schmidt, D. R. C.; Dantas, R. A. S.; Marziale, M. H. P. Ansiedade e depressão entre profissionais de Enfermagem que atuam blocos cirúrgicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 45, n. 2, p. 487-93, 2011.

- Silva, A. T. C.; Menezes, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*. v. 42, n. 5, p. 921-9, 2008.
- Silva, R. P.; Barbosa, S. C.; Silva, S. S. *et al.* Burnout e estratégias de enfrentamento em profissionais de Enfermagem. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 67, n. 1, p. 130-45, 2015.
- Suñer-Soler, R.; Grau-Martín, A.; Font-Mayolas, S. *et al.* Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, n. 20, p. 305-13, 2013.
- Tironi, M. O. S.; Teles, J. M. M.; Barros, D. D. S. *et al.* Prevalência de síndrome de Burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 28, n. 3, p. 270-7, 2016.
- United Nations Children's Fund (Unicef). Global evaluation of life skills education programmes. New York, 2012. Disponível em: https://www.unicef.org/evaluation/files/GLSEE_Booklet_Web.pdf.
- Urbanetto, J. S.; Magalhães, M. C.; Maciel, V. O. *et al.* Estresse no trabalho segundo o modelo demanda controle e distúrbios psíquicos menores em trabalhadores de Enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 47, n. 3, p. 1186-93, 2013.
- Vitorino, L. M.; Monteiro, F. P.; Silva, J. V. *et al.* Qualidade de vida da equipe de Enfermagem em unidades de urgência emergência. *Revista de Ciências Médicas*, v. 23, n. 2, p. 83-9, 2014.
- Weber, L. N. D.; Leite, C. R.; Stasiak, G. R. *et al.* O estresse no trabalho do professor. *Imagens da Educação*, v. 5, n. 3, p. 40-52, 2015.
- WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p. 1403-9, 1995.
- World Health Organization (WHO). About WHO. Geneva: OMS, 2011. Disponível em: http://www.who.int/topics/mental_health/es/.
- World Health Organization (WHO). Life skills educations for children and adolescents in schools. Geneva: WHO, 1997. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf.
- Zanelli, J. C. Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Bibliografia

- Carvalho, L.; Malagris, L. E. N. Atenção básica: estresse e estressores ocupacionais em médicos e enfermeiros. In: Falcone, E. M. O.; Oliva, A. D; Figueiredo, C. (Orgs.). *Produções em terapia cognitivo comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 435-43.
- Lipp, M. E. L.; Malagris, L. E. N. Estresse: aspectos históricos teóricos e clínicos. In: Rangé, B. (Org.). *Psicoterapias cognitivas comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 617-32.

Assistência Domiciliar e Atuação Multiprofissional

Jaqueline Feitoza de Araújo Zanobi •
Adriana Said Daher Baptista • Lidiane Soares Campos

Introdução

Discorrer sobre o tema da atividade assistencial de *home care*, isto é, o atendimento domiciliar, é um tanto desafiador, já que envolve paciente, familiares e equipe de saúde em um ambiente fora de proteção institucional, e o diagnóstico e as intervenções vão além do paciente, estendendo-se para o contexto. No planejamento deste capítulo, foi possível observar que são muitos os caminhos que poderiam ser percorridos, pois essa atividade envolve uma gama de ações em equipe que, muitas vezes, são direcionadas para todos os envolvidos na assistência, inclusive a equipe de saúde e a dinâmica da residência.

Muito se discutiu sobre as questões deontológicas por serem de extrema importância na condução das atividades domiciliares, pois o ambiente não é controlado pelas regras institucionais e os profissionais envolvidos no atendimento precisam lidar com questões morais, crenças e valores familiares, além de seus próprios valores. Portanto, não se pode perder de vista a reflexão das sensações que são provocadas ao profissional a todo momento; não se deve ignorá-las, mas sim estar sempre alerta para o grau de envolvimento emocional nessas relações. É importante lembrar que muitas informações observadas pela equipe no contexto domiciliar, nem o paciente nem sua família optou por revelar, então, é preciso respeitar os hábitos dos moradores, sem alterar o que não for de extrema importância.

Outro item de relevância é o contrato a ser combinado, que define previamente o dia, o horário e a periodicidade do atendimento e, assim, todos podem se organizar para o encontro. Ressalta-se que esse tipo de serviço atende uma clientela diversificada e com condições de saúde diversas, o que impede de instituir um protocolo predeterminado para os atendimentos, isto é, a condição socioeconômica e cultural, além da dinâmica familiar e do problema de saúde, direcionam a maneira que cada acompanhamento deve ser realizado, impondo à equipe uma flexibilização de determinadas ações preestabelecidas.

Dispor de um eixo em comum para os atendimentos, que alinhe as condutas, é outro foco relevante que a equipe deve apresentar. Para isso, mais que um diagnóstico de saúde amplo, necessita-se de instrumentos de trabalho que possibilitem avaliar os resultados propostos no planejamento das ações. Nesse contexto, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que faz parte da “família” do sistema de classificações propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), destaca-se como instrumento de avaliação e reavaliação assistencial. É importante lembrar que ações baseadas somente no diagnóstico se mostram ineficazes, pois a dinâmica das relações interpessoais (equipe, paciente e familiares) exige a constante reavaliação das ações empregadas. Essa estratégia mais flexível possibilita a abrangência de fatores inesperados, mas determinantes, na qualidade de vida do paciente (Battistella e Brito, 2002).

O propósito deste capítulo não é apresentar nem discutir a utilização da CIF, embora seja importante citá-la com a intenção de promover considerações acerca desse modo de atuação, pois a CIF provoca nos profissionais a comunicação, objetivos em comum e inter-relação, além de incluir atividade junto à comunidade em que o indivíduo está inserido.

É importante que, a cada caso acompanhado nesse sistema de atendimento, sejam realizadas pesquisas sobre os temas que envolvem o paciente, pois as leituras nos ajudam a dispor de informações relevantes quanto ao manejo das intervenções, levando a uma atuação adequada e abrangente da equipe de saúde.

A assistência domiciliar atende tanto os propósitos da CIF como também as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS),

que tem como característica a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde (Brasil, 1990), visando a restabelecer a autonomia do paciente, oferecendo orientações e condições para essa independência.

Os critérios técnico-científicos devem embasar as decisões da equipe por meio de evidências científicas e clínicas na condução dos casos. Para esse tipo de assistência, é necessária a avaliação da complexidade não somente do paciente, mas também do meio em que está inserido, dos tipos de cuidados exigidos, dos recursos, das condições psicofísicas do paciente e o manejo de suas patologias.

A seguir, será contextualizado o atendimento domiciliar historicamente e suas principais características.

Histórico e caracterização

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta à própria existência das famílias como unidade de organização social. No entanto, o conceito atual de assistência domiciliar, que engloba convivência entre profissionais de saúde e cuidadores familiares, foi se formando a partir do século 18. Ainda assim, após tantos anos, inúmeras situações de dependência cronicamente assumidas pelas famílias sequer foram incluídas nas iniciativas de atenção domiciliar organizadas pelo sistema de saúde. O objeto atenção domiciliar, portanto, nos moldes atuais, ainda está em aprimoramento (Feuerwerker e Mehry, 2008).

Os primeiros relatos históricos de cuidados em saúde realizados no domicílio são descritos no Egito Antigo e também na Grécia (Benjamin, 1993). Amaral *et al.* (2001) comentam que Imhotep, médico da terceira dinastia do Egito (século 18 a.C.), realizava atendimentos com seus pacientes tanto em suas residências quanto em consultórios ou hospitais, e o Faraó, por exemplo, era atendido no próprio palácio.

Na Grécia antiga, o sacerdote Aslépio também costumava realizar atendimento médico na residência de seus pacientes, e seus seguidores o faziam em locais denominados templos, os quais, apesar de serem considerados locais de estrutura primitiva na época, se transformaram em hospitais (Amaral *et al.*, 2001).

Ainda no século 5 a.C., Hipócrates, em seu *Tratado sobre os ares, as águas e os lugares*, abordou a importância do atendimento realizado em domicílio, enfatizando em suas observações que esse cuidado apresentava bons resultados. Ao final do século 17, Samuel Hanneman, fundador da homeopatia, acreditava que os médicos tinham o dever de lutar, sem pausa, em prol da cura para as enfermidades que acometiam seus pacientes; para isso, visitava constantemente os enfermos em seus domicílios e permanecia por longos períodos (Amaral *et al.*, 2001). Em 1796, em Boston, originou-se uma maneira organizada de cuidados em assistência domiciliar à saúde (ADS), tendo como primeira referência o dispensário, atualmente o *New England Medical Center* (Fabrício *et al.*, 2004).

Até no final do século 18, antes do surgimento dos hospitais (nos moldes mais próximos dos atuais) e dos ambulatorios, o atendimento domiciliar era muito comum. Foi no século 19 que se iniciou o processo de transformação do sujeito em paciente, e o hospital era tido como o local que contribuía para a neutralização das perturbações externas, de modo que a configuração ideal da doença aparecesse aos olhos do médico, no abismo que se instaurava entre eles. Assim, um dos destinos da manifestação do sofrimento, a partir do século 19, foi o hospital, que surgiu como o espaço de consolidação da identidade do doente, de assistência, de segregação e de exclusão (Brant e Minayo-Gomes, 2004).

Como uma imensa vitrine, a hospitalização deu visibilidade ao paciente reafirmando-o como paciente na família, no trabalho e na comunidade. Uma vez internado, não havia dúvidas de sua condição de doente, mesmo quando ainda não se tinha diagnóstico. A partir da instituição do hospital no século 19, a residência deixou de ser o lugar de sofrimento do doente. Assim, a família perdeu a autoridade sobre a maneira de cuidar de seu ente, que seria isolado e observado cientificamente, vendo-se cada vez mais obrigada a solicitar atenção médica por se perceber impotente diante das manifestações do sofrimento, que foram imediatamente representadas como sinais de doença (Brant e Minayo-Gomes, 2004).

No entanto, esse modelo médico hegemônico não foi capaz de suprir as demandas de toda população e iniciou-se uma crise desse modelo liberal, em vista das novas necessidades decorrentes do envelhecimento populacional e da transição epidemiológica. As demandas por melhor qualidade da atenção, cuidados integrais e contínuos têm fortalecido práticas anti-hegemônicas, além de fomentar a formulação de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde (Silva *et al.*, 2010). Dessa maneira, a atenção domiciliar surgiu como alternativa ao cuidado hospitalar, provocando a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado, e uma via para a desinstitucionalização do cuidado, com novas ferramentas de trabalho em saúde, por fim, trazendo grande potencial de inovação (Feuerwerker e Mehry, 2008).

Assim, o atendimento em domicílio retoma seu papel mais próximo aos moldes antigos, conforme introduzido nos EUA, em 1780, pelo Hospital de Boston, ao implantar o primeiro *home care*. Em 1885, diferentes atividades realizadas voluntariamente em igrejas e outras instituições religiosas, como as enfermeiras visitadoras, também retomaram o atendimento em domicílio

(Bellehumeur, 2007).

Após a Segunda Guerra Mundial, com a carência de leitos e necessidade de diminuição do tempo de internação, os chamados *home care* passaram a complementar e dar seguimento aos atendimentos hospitalares, como o Hospital Montefiori, de Nova Iorque, em 1947. Esses atendimentos muitas vezes eram constituídos de enfermeiras visitadoras e foram crescendo, enquanto os atendimentos domiciliares realizados por médicos foram declinando (Fabrício *et al.*, 2004).

Nos EUA, o desenvolvimento da assistência domiciliar nas últimas décadas foi impulsionado por um esforço nacional de redução nas despesas com a saúde. Para uma população crescente de pacientes cada vez mais debilitados, essa modalidade tornou-se a alternativa adequada para oferecer o atendimento no domicílio, e não nos hospitais ou em outras instituições, que, necessariamente, acabavam apresentando um custo maior (Bellehumeur, 2007).

Amaral *et al.* (2001) relatam que, nos EUA, existiam aproximadamente 20 mil empresas de assistência domiciliar à saúde em 2001, com destaque para o trabalho da Enfermagem, pois as intervenções foram classificadas como atendimentos de baixa complexidade que necessitam de pouca participação dos médicos.

Em suma, como descreve Falcão (1999), a origem mais recente do atendimento domiciliar surgiu após a Segunda Guerra Mundial, por volta de 1947, quando equipes de Enfermagem se colocavam à disposição para tratar de pacientes em casa. A partir disso, com o aumento do número de doenças e o aumento populacional, esse tipo de atendimento se propôs a reduzir as filas para internação hospitalar e também ser uma alternativa às despesas da hospitalização.

No Brasil, as primeiras atividades de assistência domiciliar também foram vinculadas à filantropia e surgiram em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. Havia no país, nessa época, várias epidemias que comprometeram a economia, impediram a imigração e a exportação de produtos, o que, conseqüentemente, forçou as autoridades a tomarem medidas diferenciadas (Diogo e Duarte, 2000).

A atenção no domicílio, no Brasil, contou inicialmente com os médicos de família, profissionais legais de Medicina que atendiam seus abastados clientes em casa, proporcionando assistência humanizada e de qualidade; aos menos favorecidos, cabia a filantropia, o curandeirismo e a medicina caseira (Savassi e Dias, 2006). O Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), fundado em 1949 e vinculado ao Ministério do Trabalho, foi a primeira experiência de atendimento domiciliar brasileira organizada como serviço, em que os médicos plantonistas eram acionados aos atendimentos de urgência, especificamente aos pacientes com doenças crônicas (Fabrício *et al.*, 2004). No entanto, a atenção domiciliar foi iniciada como uma atividade planejada pelo setor público com o Serviço de Assistência Domiciliar do Hospital de Servidores Públicos do Estado de São Paulo (HSPE), que funciona desde 1963 (Rehem e Trad, 2005).

Segundo Amaral *et al.* (2001), o HSPE tinha como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados e, para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando cuidados que não exigissem muita complexidade.

Complementando a ideia, Fabrício *et al.* (2004) acrescentam que, exatamente nos anos 1960, houve uma valorização dos ambientes familiares como espaço para realização de atendimentos, apresentando o programa de assistência domiciliar no HSPE como pioneiro, já que, após a implantação desse serviço, outros foram surgindo em razão das necessidades da clientela assistida. A princípio, eram serviços destinados a atender pacientes com alguma patologia crônica e/ou enfermidades que exigiam repouso.

Em 1988, foi organizado, no Brasil, o SUS pertence às políticas destinadas a promover ações e serviços de saúde, buscando alternativas adequadas às demandas em cada contexto. O Programa de Saúde da Família (PSF), parte do SUS, tem como intuito atender a família por meio de ações com caráter preventivo, sendo essa modalidade objetiva uma estratégia mais abrangente, pois não reduz a saúde apenas ao cuidado clínico, mas também considera a integração com a comunidade e realiza um trabalho interdisciplinar dos profissionais dessas equipes, conforme descrito por Giacomozzi e Lacerda (2006). O PSF configura-se, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma proposta de atendimento e utilização da assistência domiciliar, principalmente por visita domiciliar, que acaba instrumentalizando o profissional e facilitando o processo de tratamento na medida em que a realidade do contexto domiciliar se apresenta e o profissional considera todos os aspectos da família no tratamento.

A partir de 1990, houve o surgimento e a expansão da Assistência Domiciliar Privada em Saúde (ADPS) no Brasil, modalidade de atendimento que seguia os princípios da Atenção Gerenciada. A ADPS foi definida como uma modalidade de cuidados desenvolvidos em níveis secundário e terciário do subsistema privado de atenção à saúde, na qual era necessária a participação de uma equipe multiprofissional geralmente composta por profissionais de diferentes áreas de atuação, como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, além de auxiliares de Enfermagem (Cunha e Morais, 2007).

De acordo com Santos (2003), a implementação desse tipo de serviço se deu efetivamente em 1991, com os Programas de

Agentes Comunitários de Saúde. Em 1994, com a implantação das primeiras equipes do PSF, foi incluída a atuação desses agentes comunitários no programa, o que ampliou o trabalho da equipe. Falcão (1999) afirma que a importância dessa modalidade de atendimento *home care* no país se deve a alguns fatores, como o envelhecimento populacional verificado, o aumento da necessidade de tratamento das doenças crônicas, o aumento cada vez maior do interesse do cidadão em seus cuidados próprios e no gerenciamento de sua saúde, os recursos insuficientes do governo direcionados à saúde (o que justifica a criação de alternativas) e as dificuldades verificadas nas instituições hospitalares.

Até dezembro de 1997, estavam cadastrados no serviço de assistência domiciliar 11.144 pacientes, sendo as patologias mais comuns neoplasias, acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca, doença pulmonar, diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica (HAS; Fabrício *et al.*, 2004).

Atualmente, os serviços de assistência domiciliar no Brasil, assim como Bellehumeur já afirmava em 2007, alcançaram um caráter altamente técnico e regulamentado, exigindo que não só enfermeiros, mas também outros profissionais de saúde, ajam com autonomia, habilidade clínica e responsabilidade fiscal em seus atendimentos. Assim como Diogo e Duarte (2002) já pontuavam, ressalta-se que o maior número de serviços do atendimento domiciliar brasileiro se relaciona com a área de saúde pública, na qual a assistência domiciliar também tem como objetivo a promoção de saúde e a prevenção de doenças, ou seja, está vinculada às atividades de vigilância epidemiológica e materno-infantil.

No fim dos anos 2000, houve um crescimento no número de empresas privadas do sistema de ADS no cenário nacional, passando de cinco, em 1994, para uma marca superior a 180 empresas, em 1999, que ofereciam dois tipos de atendimento: um grupo de atendimento segmentar, com cuidados exclusivos de Enfermagem ou Fisioterapia; e outro com um atendimento multiprofissional, promovendo atenção integral ao paciente. Ambos podem estar contidos em serviços públicos ou privados (Amaral *et al.*, 2001).

Em abril de 2002, foi sancionada, pelo Ministério da Saúde, a Lei n. 10.424 (Brasil, 2002), que estabelece, no âmbito do SUS, o atendimento e o Programa de Internação Domiciliar. Essa lei inclui principalmente os procedimentos médicos, de Enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social necessários ao cuidado integral dos usuários em seu domicílio.

O Ministério da Saúde preconiza a internação domiciliar como uma diretriz para a equipe básica de saúde, destacando que ela não substitui a internação hospitalar e que deve ser sempre utilizada no intuito de humanizar e garantir maior conforto à população. Para tanto, deve ser realizada quando as condições clínicas do paciente e a situação da família o permitirem (Schwonke *et al.*, 2008).

Para Rehem e Trad (2005), o que aconteceu na realidade brasileira é uma ausência de políticas para a regulamentação dessa modalidade de assistência, embora já seja possível identificar iniciativas parciais dessa regulamentação no Congresso Nacional e no Ministério da Saúde, com a abertura de um processo de discussão iniciado para configurar uma proposta para assistência domiciliar em atenção básica.

As instituições públicas ou privadas têm se preocupado com o crescimento dos custos dos serviços em saúde, principalmente em hospitais (Rehem e Trad, 2005), sendo alguns dos motivos para esse aumento a incorporação de novas tecnologias assistenciais e o envelhecimento populacional, os quais aumentam consideravelmente a demanda por atendimentos de maior complexidade.

A Assistência Domiciliar Privada permanece como um serviço que precisa ser explorado e entendido entre os profissionais da saúde em geral. Por esse motivo, existe um esforço em objetivar as pesquisas a fim de ampliar os conhecimentos da lógica e das estratégias organizacionais, ainda não tão claras (Cunha e Moraes, 2007).

Nesse contexto, a assistência domiciliar tornou-se custo-efetivo, pois um de seus objetivos é diminuir as internações e o tempo de permanência em hospitais, possibilitando a humanização no tratamento, pois, por meio de intervenções realizadas no contexto diário, o profissional pode avaliar não somente as condições fisiológicas ou biológicas, mas também as características psicológicas, econômicas e sociais em que o paciente vive. Com base nessa avaliação, é possível propor intervenções multidisciplinares que promovam mais bem-estar ao paciente (Rehem e Trad, 2005).

Em setembro de 2013, foi criado um serviço de atenção domiciliar no SUS, o Melhor em Casa, indicado para pessoas que têm dificuldades temporárias ou definitivas de locomoção até uma unidade de saúde e para aquelas em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para seu tratamento (idosos, pós-cirurgia e pacientes neurológicos). O Melhor em Casa representa um avanço para a gestão de todo o sistema público de saúde, já que desocupa os leitos hospitalares, proporcionando um melhor atendimento e regulação dos serviços de urgência dos hospitais, com estimativa de economia de até 80% nos custos de um paciente quando comparado ao custo de uma internação em um hospital (Brasil, 2013).

É importante ressaltar que esse atendimento deve priorizar a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde do paciente. A

OMS considera o termo *saúde* “o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente à ausência de doença”. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), o *atendimento domiciliar* é definido como um atendimento multiprofissional ao indivíduo e à família, que ocorre em cenários e contextos únicos.

Refletindo sobre essa ideia, pode-se afirmar que é de grande importância atender o paciente no contexto domiciliar, pois se trata do local onde cada doente e também sua família apresentam seus modos particulares de entender a vida e o processo saúde-doença. É nesse contexto também que eles se expressam, dizendo o que pensam ou sentem, expondo seus valores e crenças, o modo como se relacionam e como explicam os eventos de suas vidas. Daí a necessidade de uma equipe multiprofissional capaz de construir um corpo de conhecimentos e uma competência para atuar no domicílio apoiados em outras disciplinas, como a Psicologia, a Sociologia, a Filosofia, a Educação etc., que fundamentam uma ação profissional ampliada para além da clínica, ou seja, a equipe representa um grupo de profissionais que tem como objetivo restaurar e promover “saúde” (Amaral *et al.*, 2001).

Nesse complexo fenômeno saúde × doença, cabe à equipe educar o cuidador e a família para que as potencialidades e capacidades funcionais do paciente se sobressaiam às dificuldades e perdas observadas, e esse processo depende diretamente do modo como os membros, que oferecem cuidados, enxergam e estimulam a recuperação do enfermo (Schwonke *et al.*, 2008).

Cuidado domiciliar, assistência domiciliar ou mesmo atendimento domiciliar são denominações que se baseiam na interação do profissional com o paciente, considerando-se o contato com o cuidador e com a família. Além disso, essa categoria de atendimento apresenta uma ampla variedade de atividades que englobam tanto as atividades de caráter ambulatorial (podendo ser instrumentalizadas pela visita) ou internação domiciliar quanto as atividades programadas no hospital e continuadas em domicílio (Giacomozzi e Lacerda, 2006).

Para tanto, a assistência domiciliar é um tema que, atualmente, traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Assim, o *home care* pode ser definido como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na residência do paciente e abrange ações de saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional, baseadas em diagnóstico do contexto no qual o paciente está inserido (Fabrício *et al.*, 2004).

De acordo com Santos (2003), o sentido do atendimento domiciliar é acompanhar o doente e seus familiares, ensinando e auxiliando o cuidador, o que se caracteriza como algo de grande responsabilidade para o profissional que atua em domicílios. A recuperação do doente e a relação entre ele e seus familiares são os grandes desafios nesse atendimento.

Segundo Cunha e Morais (2007), vale ressaltar que, atualmente, as Empresas de Assistência Domiciliar Privada em Saúde (EPADS), comumente conhecidas como *home care* ou hospitais residência, oferecem diversos serviços, como os internamentos domiciliares, as atividades denominadas monitoramento de casos, atendimentos de urgência e emergência, remoções, além da assistência prestada em eventos com a participação de grande quantidade de pessoas. O serviço oferecido na residência tenta substituir o modelo tradicional de atendimento, reorganizando as atividades desenvolvidas, priorizando a qualidade de vida, ampliando as ações e intervenções à família e eliminando a passividade dos serviços de saúde (Giacomozzi e Lacerda, 2006).

Ressalta-se ainda que a diferença da assistência oferecida no domicílio daquela oferecida no hospital, ou em outro tipo de instituição, ultrapassa a questão do ambiente ou local onde ocorrem os atendimentos. Sem dúvida, os profissionais necessitam de conhecimentos e habilidades técnicas excelentes em todos os lugares, mas a semelhança acaba nesse aspecto, pois, para participar efetivamente da assistência domiciliar, os traços profissionais podem diferir daqueles necessários em um hospital. Um desses traços valiosos é a capacidade de agir como parte de uma equipe, principalmente porque a assistência em domicílios depende de uma comunicação clara e de uma coordenação planejada entre a equipe interdisciplinar, que trabalha em conjunto para atender os pacientes, e suas famílias, os quais podem apresentar problemas multidimensionais e complexos (Bellehumeur, 2007).

Para Giacomozzi e Lacerda (2006), o atendimento realizado no domicílio vai além de simplesmente fazer uma intervenção com algum tipo de problema específico de locomoção. Prestar assistência à saúde no domicílio é muito mais que realizar apenas orientações ou informações sobre bons hábitos. Na verdade, o atendimento domiciliar busca compreender todo o contexto em que o paciente se insere para que seja executado um atendimento integral. Considerando o todo e, principalmente, a estrutura familiar, a cultura e os costumes em que o paciente se enquadra, buscando entender como o atendido compreende seu problema, sua doença, e como avalia sua família e seu contexto. Com base nessas informações e observações realizadas no ambiente domiciliar, o profissional deverá pensar em estratégias que cumpram com o objetivo de um atendimento integral. A equipe também necessita interagir com o ambiente hospitalar ou outros profissionais externos quando necessário (contrarreferência) para tratar da evolução clínica do paciente.

Com relação ao desenvolvimento de um serviço de atendimento domiciliar, Santos (2003) descreve que esse desenvolvimento acontece de duas maneiras: a primeira é quando um paciente internado recebe alta e continua necessitando de

cuidados; a segunda é quando o paciente em casa necessita de cuidados que não sejam referentes aos cuidados hospitalares. Para cada caso, deve-se seguir um protocolo de atendimento ao paciente antes internado, que deve ter um encaminhamento do médico (referência) que o acompanhou no hospital e, portanto, conhece seu estado após a alta.

Sobre o paciente em domicílio, aquele que necessita de cuidados, alguns pontos devem ser minuciosamente observados, como o tempo em que se encontra nessa situação, sua condição de saúde geral, o motivo que levou a família a procurar por esse tipo de atendimento ou, ainda, quais adaptações já foram realizadas ou que poderão ser feitas. Sobre o contexto do paciente, assim como de seus familiares, todos deverão ser observados e questionados para que se estabeleça ou não esse tipo de atendimento. Para tanto, deve-se observar alguns critérios, como os diagnósticos primário e secundário, história clínica, histórico de exames, identificação dos medicamentos que o paciente faz uso, além de considerar e entender a modalidade de tratamento proposto.

O atendimento no domicílio requer cuidados minuciosos ao adentrar no lar do paciente. Entender a dinâmica familiar é o primeiro passo para um bom trabalho em equipe. As visitas domiciliares são de extrema importância para além do reconhecimento dos membros familiares e seu papel na assistência com o paciente, bem como na identificação do cuidador responsável para um elo com os profissionais (Amaral *et al.*, 2001).

O termo “família” é um conjunto de todos os parentes de uma pessoa, e, principalmente, dos que moram com ela, ou seja, é a base estrutural que exercerá suporte e assistência em saúde de acordo com a necessidade do enfermo. O conceito de família ao longo do tempo foi incorporando significados diferentes, concebido atualmente para além dos laços de consanguinidade, valorizando as relações de vínculo e afeto (Schwonke *et al.*, 2008).

É nesse âmbito que pode surgir o cuidador informal, como cônjuge, filhos, pais, que muitas vezes não escolheram este papel e não têm capacitação mínima para os cuidados. Nesse aspecto, é relevante salientar que o familiar que adoece causa uma mudança na rotina doméstica, principalmente se era ativo física e economicamente na renda familiar, o que exigirá da família adaptação e enfrentamento da situação de crise, pois dela advém necessidades econômicas e de cuidados anteriormente dispensáveis (Amaral *et al.*, 2001).

Ao considerar o sujeito inserido em um contexto familiar, passa-se também a ver essa família como parte do processo, porém, nem sempre a família está preparada ou tem condições para prover cuidados de saúde (Schwonke *et al.*, 2008).

É a família, junto com o cuidador, que exercerá a continuidade da terapêutica realizada pelos profissionais que o assistem, seja na administração medicamentosa, seja em higiene, suporte emocional e outros cuidados necessários (Schwonke *et al.*, 2008).

Em suma, a assistência em domicílios em seu sentido holístico, sua implementação, suas normas e interações sociais, constitui uma nova fronteira dos serviços de saúde, uma vez que pode atender os pacientes em suas diversas complexidades e de forma humanizada. Apresenta-se, a seguir, três conceitos de assistência domiciliar para melhor compreensão.

Conceitos

Optou-se por abordar os conceitos de maior relevância, que auxiliam na compreensão das atuações no âmbito da atenção domiciliar. Serão apresentados três conceitos fundamentais: visita, atendimento e internação domiciliar, e cada qual tem um objetivo e atende complexidades diferentes, exigindo profissionais especializados.

Visita domiciliar. É um atendimento realizado por profissional e/ou equipe de saúde na residência do cliente, com o objetivo de *avaliar as necessidades* deste, de seus familiares e do ambiente onde vivem, para estabelecer um plano assistencial voltado à recuperação e/ou reabilitação. As visitas são realizadas levando em consideração a necessidade do paciente e a disponibilidade do serviço. São realizadas orientações ao cuidador e familiares pela continuidade do cuidado no domicílio (Lacerda *et al.*, 2006). Assim, as ações são de baixa complexidade, visam à promoção e à proteção da saúde, bem como à prevenção de doenças e seus agravos.

Atendimento domiciliar. Contempla as *atividades assistenciais* exercidas por profissionais e/ou equipe de saúde na residência do cliente, para executar procedimentos mais complexos, que exigem formação técnica para isso. Pode ser operacionalizado pela internação ou pela visita domiciliar, mas também simplesmente pelo atendimento domiciliar, pois os profissionais podem realizar atividades e procedimentos no domicílio, sem configurar o tratamento intensivo da internação domiciliar ou os objetivos de educação e levantamento de dados da visita domiciliar, constituindo o atendimento domiciliar propriamente dito (Lacerda *et al.*, 2006). São atividades de média complexidade, portanto, os profissionais devem optar pelo padrão de assistência mais adequado ao caso.

Internação domiciliar. Descrita por Schwonke *et al.* (2008) visa ao *cuidar intensivo e multiprofissional* no domicílio,

caracterizado por deslocamento de uma parte da estrutura hospitalar para a casa do paciente, promovendo um cuidado de moderada a alta complexidade, semelhante a um mini-hospital no domicílio. O formato atual de *home care* empregado no Brasil remete a essa ideia. Trata-se de uma atividade de alta complexidade e que necessita de uma equipe multiprofissional.

Assim, as modalidades apresentadas têm diferenças e são complementares e interdependentes, como pode ser observado na representação esquemática da Figura 22.1.

Tendo em vista os três conceitos apresentados, espera-se ter esclarecido que a atenção domiciliar atende aos mais diversos níveis de necessidade do paciente, no contexto do domicílio, não só visando à melhora dos sintomas, mas se preocupando também com sua funcionalidade, isto é, buscando a recuperação do paciente dentro de seu contexto sociocultural e econômico, com abordagem integral, interdisciplinar, buscando sempre a autonomia do paciente. Ao intervir na situação existente, nunca se deve esquecer do prognóstico dos indicadores de saúde; isso possibilitará presumir os acontecimentos futuros e norteará as escolhas das metas, que até podem ser otimistas desde que sejam possíveis.

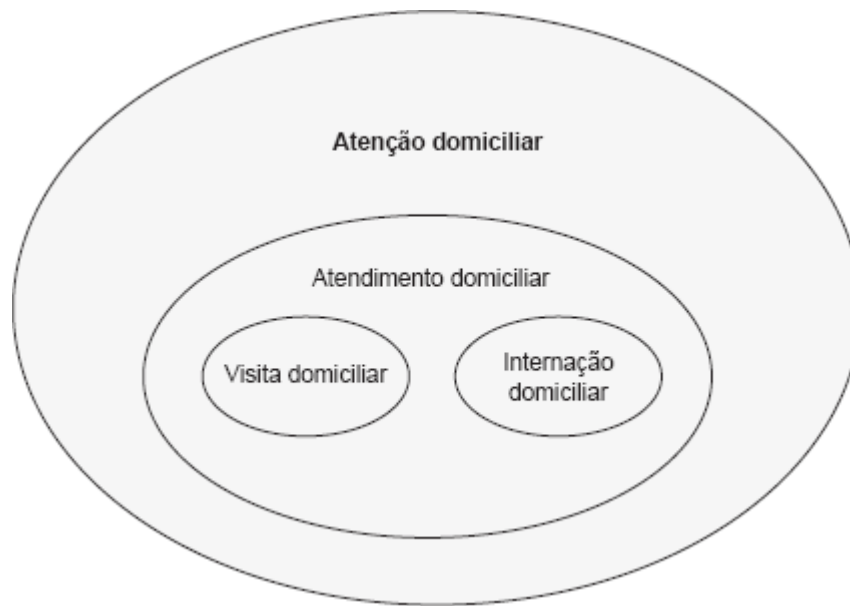


Figura 22.1 Fluxograma de atendimento e encaminhamento médico. Adaptada de Lacerda *et al.* (2006).

Caso clínico

O Exemplo 22.1 descreve um atendimento de atenção multiprofissional realizada no atendimento domiciliar. É relevante informar que esse atendimento foi feito por meio de uma instituição educacional, fato que implica atitudes éticas nessa exposição. Houve permissão dos envolvidos no relato do caso, uma vez que há consentimento documentado no prontuário do paciente, quando se trata de atividades de cunho acadêmico e científico. Os dados de identificação foram alterados/omitidos para que, em hipótese alguma, sejam reconhecidos.

São fornecidos apenas os dados necessários para esclarecer o processo de atendimento domiciliar. No relato, muitas vezes pode não ficar claro qual profissional está na liderança da atividade, o que ocorreu naturalmente, pois as ações em equipe, pelo menos naquelas que não agem de maneira limitada pela formação, mas guiadas pelo eixo da intervenção, são norteadas por esse eixo, independentemente do profissional que esteja atuando com o paciente, alterando-se apenas a abordagem, uma vez que todos os profissionais trabalham para o mesmo fim, cada qual com sua especificidade.

Exemplo 22.1

Atendimento de paciente pós-AVE.

Identificação

Paciente, 56 anos, sexo feminino, divorciada, três filhos casados, baixa escolaridade, moradora de uma cidade do interior de São Paulo, trabalhava como cozinheira em uma escola estadual.

Histórico

A paciente estava voltando do trabalho quando teve mal súbito, foi socorrida e levada ao hospital, permaneceu internada por 1 semana na UTI e 2 semanas na enfermaria. Recebendo alta do hospital em

janeiro de 2017 com diagnóstico de acidente vascular encefálico (AVE), foi referenciada para assistência domiciliar.

Atendimento inicial

Equipe interdisciplinar envolvida no atendimento:

- Fisioterapeuta
- Médica
- Psicóloga.

Todos os encontros foram agendados com o ex-marido antes do deslocamento para a residência. Foi realizado o contrato de trabalho e a cada encontro agendava-se ou confirmava-se a próxima visita, sempre com base na avaliação realizada no fim do atendimento, para seguir o planejamento inicial. Nem sempre todos os profissionais compareciam aos atendimentos juntos, embora os objetivos e ações fossem realizados a partir de discussões semanais.

Durante a primeira visita dos três profissionais ao domicílio da paciente, foi identificado que ela não apresentava controle esfinteriano (uso de fraldas), além de sequelas que necessitavam de auxílio para atividades como rolar, sentar, se movimentar na cama. Era totalmente dependente para realização de algumas atividades de vida diária, como banho e vestuário, e semidependente para alimentação, a qual fazia no próprio leito. Os cuidados em saúde e higiene básica eram precários e realizados pelo ex-marido, em razão da incapacidade dos filhos em fazê-los (moravam em outra cidade). Os atendimentos da equipe iniciaram em fevereiro de 2017, ou seja, 1 mês após a alta hospitalar, e, na ocasião, o cuidador referiu-se muito cansado e exausto por motivo dos cuidados com a paciente.

Em conversa com o ex-marido, ele informou que estavam separados há 14 anos, no entanto, a relação dos dois era muito boa. Apesar de não morarem juntos, residiam no mesmo terreno, pois o ex-marido morava na casa dos fundos. Quando os filhos vinham para visitá-los, se reuniam na casa da paciente. O ex-marido referiu que a separação foi sem brigas e nem soube relatar os motivos reais para isso.

Apesar de ele ser aposentado, realizava a atividade de jardinagem para complementar o pagamento das despesas, já que ambos dividiam as contas em comum (água, luz, telefone fixo e IPTU). A situação econômica estava bastante agravada em razão da não remuneração da paciente, que estava sem auxílio doença, uma vez que a perícia estava agendada para abril de 2017.

Como a paciente estava dependente, o ex-marido mudou-se para a casa dela. A princípio tinha a expectativa de melhora rápida, mas foi entendendo que teria de cuidar dela por muito tempo e que precisaria da ajuda dos filhos, já que não moram na cidade. Relatou também que a paciente estava apresentando comportamentos diferentes, “esquisitos”, pois, em alguns momentos estava irritada, logo em seguida chorava e dizia sentir tristeza.

A paciente era diabética, hipertensa e ex-tabagista, fumou por 40 anos a média de um maço ao dia, fazia uso de sete tipos de medicações, entre eles um anti-hipertensivo que precisava ser administrado 3 vezes/dia, sendo esse o motivo de falhas em uma das doses do medicamento, geralmente a do almoço. O ex-marido referiu que desde a alta a paciente não tinha passado por avaliação médica, nem realizado exames de controle após o AVE, nem mesmo aferiu a pressão ou mediu a glicemia.

Ao exame clínico, apresentou fraqueza em todo o lado esquerdo do corpo, poupando apenas terço médio e superior da face, instabilidade de tronco, além da fala estar empastada (disartria) e com deglutição prejudicada (disfagia). No exame da pele, notou-se a presença de úlcera por pressão grau I (inflamação com vermelhidão da pele) em calcanhar e parte lateral da perna esquerda, além de assaduras na região das fraldas. Percebia-se atrofia muscular na metade esquerda do corpo e ausência de controle do tronco.

Na avaliação da estrutura de sua residência, observou-se que algumas mudanças deveriam ocorrer: mudar a posição da cama, pois estava muito próxima ao guarda-roupa; colocar barras para apoio, para auxiliar durante o banho; realizar as refeições na mesa ou com uso de bandeja de cama no leito, para melhor

posicionamento do paciente. Assim, o ex-marido foi orientado a providenciar uma cama hospitalar e uma cadeira de rodas e de banho (pois sua higiene estava precária), por meio de uma instituição filantrópica ou de promoção social do município que oferecesse empréstimo desse tipo de material.

Com base nas informações anteriores, a equipe se reuniu para planejar a abordagem no domicílio, visando à recuperação da independência nas atividades de vida diária, além de adesão às medidas de prevenção de novo AVE (eixo central da equipe).

Objetivos da equipe

- Seguimento fisioterápico 2 vezes/semana, com treinamento para transferência da cama para a cadeira de banho (rolar e sentar) e treinamento da musculatura enfraquecida com estímulo à movimentação a curto prazo, equilíbrio do tronco e controle de musculatura da pelve a médio prazo. Instrução de manobras para mudança de decúbito com objetivo de facilitar a implementação de horários fixos (a cada 2 h), a fim de evitar surgimento de novas úlceras por pressão e, conforme evolução, manter-se o maior tempo possível sentada e realizar alimentação fora do leito
- Ajustar as medicações, com o intuito de facilitar os horários das tomadas, trocar o anti-hipertensivo por um que a dose seja a cada 12 h. Acionar agente de saúde e enfermeiro para visita domiciliar, visando ao melhor controle de glicemia e pressão arterial, além de agendamento e coleta de exames
- Fornecer relatório médico com detalhamento da condição de dependência da paciente, incluindo escalas de funcionalidade Barthel e Rankin modificados (SBDC, 1999). Dar ênfase à necessidade de manter cessação do tabagismo, prescrição de ansiolítico para minimizar efeitos da abstinência, além de manter uso regular das medicações para se evitar novo AVE. Orientações sobre o cuidado com a pele, com inclusão da enfermagem nos cuidados com a ferida
- Fornecer treinamento para controle esfinteriano da paciente, com o objetivo do desfralde, uma vez que uso de fraldas aumenta o risco de infecção do trato urinário (ITU), além de criar estratégias para que a paciente tenha certa independência no banho, vestuário, alimentação. Avaliar e fornecer repertório para o ex-marido melhorar os cuidados com a higiene básica. Assim como realizar avaliação cognitiva e depressão da paciente.

Objetivos da equipe com o cuidador (ex-marido) e os familiares

- Entrar em contato com os filhos da paciente e o ex-marido, visando a compreender a percepção que estão tendo da complexidade do problema de saúde da paciente, assim como investigar como se organizaram para a divisão de tarefas, apesar de o pai não ter solicitado. Discutir a possibilidade da contratação de uma cuidadora para aliviar as condições de sobrecarga do ex-marido, assim como auxílio no pagamento de despesas fixas
- Avaliar a queixa de exaustão do ex-marido e discutir maneiras de enfrentamento, assim como estruturar a rotina e ajustar a expectativa de melhora
- Dar atenção e avaliar as queixas físicas do ex-marido, com foco nas queixas álgicas, em virtude da sobrecarga nos cuidados, e com isso prescrever e orientar um programa de exercícios para a realização no domicílio, bem como realizar treinamento e orientações de posicionamento adequado para manejo da paciente – postura no leito, transferências, banho, vestuário e alimentação
- Organizar a rotina dos medicamentos conforme receita médica, nas doses e horários prescritos e dar informações e orientações para prevenção de situações de perigos e quedas.

Intervenções

As intervenções com a paciente foram realizadas com base nos objetivos propostos, sendo estabelecidas ações que promovessem mudanças imediatas, consideradas a curto prazo, de fácil realização, necessitando de disponibilidade dos envolvidos no processo e alguns recursos financeiros.

Já as mudanças a médio prazo requerem ações com uma certa complexidade na realização. Um detalhe importante nessa experiência é que essas atividades precisam de supervisão contínua dos profissionais, já

que os resultados previstos levam mais tempo que o desejado e a paciente e seus familiares/cuidadores tendem a não persistir até o final do processo.

Assim, a participação da família e a compreensão da dimensão do problema atual e do prognóstico devem estar muito claras e, por diversas vezes, a função do psicólogo é trabalhar principalmente no *aceite* da situação para que as dificuldades no processo de recuperação ou compensação das perdas possam ser ajustadas à nova condição.

A Tabela 22.1 apresenta os objetivos, uma descrição de como foram operacionalizadas as ações e o prazo que a equipe considerou legítimos para a ocorrência do início das mudanças e sua efetivação. Já com relação à intervenção com o cuidador, um resumo do planejamento das ações e orientações repassadas pode ser visto na Tabela 22.2.

Tabela 22.1 Resumo do planejamento das ações programadas e as orientações operacionais oferecidas.

Objetivos com a paciente	Operacionalização	Planejamento a curto prazo	Planejamento a médio prazo
Transferência da cama para a cadeira de banho	Treino de rolar para sentado na cama, após deitado para em pé, com auxílio do terapeuta no braço e quadril, e logo em seguida sentar na cadeira de banho	X	
Treinamento da musculatura enfraquecida com estímulo a movimentação	Fortalecimento muscular do MSE com uso de elásticos e pesos. Uso funcional do MSE durante as atividades de rolar e sentar na cama, levantar e ficar em pé para a transferência para a cadeira de banho, no banho e vestimenta e alcances de objetos na posição sentada	Início do uso funcional do MSE	X
Equilíbrio do tronco	Paciente sentado na bola suíça e com os pés apoiados no disco proprioceptivo deve permanecer sentado estático sem desequilíbrios, e conforme a evolução realizar alcance de objetos com os braços em diferentes alturas, também sem desequilíbrios		X
Controle de musculatura da pelve	Fortalecimento dos músculos do assoalho pélvico (com uso de comando verbal de segurar a urina), sendo exercícios mantidos e de força máxima associados a exercícios respiratórios	Início do treinamento	X
Manobras para mudança de decúbito	Treinamento de rolar para lado direito e esquerdo na cama e permanecer nessa posição no mínimo 2 h	Treinamento de rolar para lado direito e esquerdo na cama	Permanecer nessa posição no mínimo 2 h
Manter-se sentada	Após o treino de equilíbrio de tronco, permanecer sentada na cama sem apoio nas costas e com apoio dos pés no chão		X
Realizar alimentação fora do leito. Independência para se	Orientação sobre a atitude de comer na mesa para preservar a socialização,	Início da atividade com	Aquisição completa do

alimentar	além trabalhar postura, mais adequada. Manter hábitos que tinha antes do problema de saúde Orientar a paciente a comer no seu tempo e só receber auxílio se houver necessidade Organizar a comida no prato de modo que a paciente possa garfar os alimentos de forma adequada e de tamanhos que não precise utilizar a faca para cortar alimentos	pequenas mudanças	comportamento
Troca do anti-hipertensivo	Fornecimento de receitas e orientações das mudanças	X	
Acionar agente de saúde e enfermeiro para visita domiciliar, visando melhor controle de glicemia e pressão arterial	Abordagem com UBS	X	
Agendamento e coleta de exames	Abordagem com UBS	X	
Fornecer relatório médico	—	—	—
Cessação do tabagismo, prescri�o de ansiolítico para minimizar efeitos da abstinência	Como o hábito de fumar, foi investigado com a paciente e tomada a decisão que a quantidade de cigarro seria dimin�ida gradativamente. Foi feita uma tabela diária, com dias e horas para fumar. Além disso, ficou acordado que não fumaria o cigarro inteiro, observaria a sensa�o de se saciar Inser�o do ansiolítico para ajudar no controle	Diminui�o do consumo de cigarro	Aquisi�o do comportamento
Orienta�es sobre o cuidado com a pele, com inclusão da enfermagem nos cuidados com a ferida	Abordagem com UBS	X	
Treinamento para controle esfincteriano	Treino do controle da musculatura do esfíncter urinário, em que a paciente deveria, ao perceber que tinha urina na bexiga, ser colocada na cadeira de banho e orientada para soltar pequenas porões de urina e depois contrair a musculatura do esfíncter (interromper a saída da urina)	X	
Independência no banho	Colocar a paciente embaixo do chuveiro e dar comando das partes do corpo que devem ser lavadas. Caso não consiga, o cuidador deve auxiliar o mínimo necessário	X	Banho completo com independência
Independência para se vestir	Auxiliar a paciente para escolher roupas que ela possa se vestir no dia a dia com a menor necessidade de ajuda, e	X	Vestimenta completa com independência

	quando possível auxiliar dando comandos de como deve se movimentar para se organizar e conseguir sozinha. Caso não consiga, o cuidador deve auxiliar o mínimo necessário		
Repertório para o ex-marido melhorar os cuidados com a higiene básica	Orientação para a troca de fraldas com frequência durante o dia. Uso adequado dos produtos de higiene: escovar os dentes, uso de hidratante, perfume e maquiagem (fazia parte da rotina da paciente antes do problema de saúde)	X	
Avaliação cognitiva	Utilização de instrumentos de rastreamento de déficits cognitivo – Mini Mental	X	
Avaliação da depressão	Utilização de instrumentos de rastreamento de sintomatologia depressiva	X	
Solicitação da enfermagem para cuidar das escaras	Solicitação no Posto de Saúde de referência	X	
Encaminhamento para a fonoaudióloga	Encaminhamento para o serviço público da cidade	X	

MSE: membro superior esquerdo.

Tabela 22.2 Resumo do planejamento das ações programadas e as orientações operacionais oferecidas para o cuidador (ex-marido).

Objetivos com o ex-marido	Operacionalização	Planejamento a curto prazo	Planejamento a médio prazo
Contato com os filhos da paciente e com o ex-marido	Presença de um filho e uma nora; foi discutida a importância de que todos deveriam assumir os cuidados da mãe. Mudança de paradigma entre “ajudar” e responsabilidade de cuidar	X	
Organização e divisão de tarefas	Discussão com o ex-marido, filho e nora sobre a organização da rotina e pagamentos		X
Contratação de uma cuidadora	Em razão da sobrecarga física e na lida do dia a dia, a necessidade do contrato de uma cuidadora, além de ajuda da vizinha		X
Sobrecarga do ex-marido	Discussão sobre a importância do ex-marido manter a vida social (lazer), trabalho e vida familiar	X	
Auxílio dos filhos para o pagamento de despesas fixas	Criação de uma planilha com os gastos. Visualização de gastos permanentes e divisão dos valores: filhos, a paciente e o ex-marido	X	

Ajustar a expectativa de melhora	Apresentação das condições reais de saúde da paciente. Mostrando o que poderia ser melhorado e aquilo que por meio da estimulação poderia ser reabilitado ou compensado por meio de treinos	X	
Avaliar as queixas físicas do ex-marido, com foco nas queixas álgicas	Avaliação da queixa, tipo, local e intensidade da dor, bem como estruturas articulares e muscular prejudicadas	X	
Prescrever e orientar um programa de exercícios para o ex-marido	Prescrito um programa de exercícios de alongamentos e fortalecimentos musculares a ser realizado diariamente, e uso de compressas quentes no local da dor quando esta for presente	X	
Organizar a rotina dos medicamentos	Separar remédios por dia da semana e horários	X	
Orientações para prevenção de situações de perigos e de quedas	Atenção às orientações	X	
Adaptações na estrutura física da casa	Realizar ajustes necessários	Pequenos ajustes X	Grandes mudanças X

Reavaliação do caso clínico

O Exemplo 22.2 apresenta a reavaliação da paciente após 3 meses do atendimento inicial.

Exemplo 22.2 Reavaliação posterior da paciente e de seu cuidador.

Reavaliação após 3 meses

Ao examinar a paciente, verificou-se que mantinha fraqueza em hemisfério esquerdo, mesmo com a melhora da força em membro inferior esquerdo e estabilidade do tronco, podendo andar pequenas distâncias com apoio. A úlcera de pressão estava cicatrizada, mas paciente mantinha assaduras pelo uso de fraldas no período em que seu ex-marido tinha que sair para fazer pequenos serviços (2 vezes/semana). As adaptações solicitadas no banheiro com as barras ainda não tinham sido realizadas, fato que dificultava independência da paciente para uso do banheiro. Houve melhora na assiduidade dos medicamentos com as mudanças de horário, com a pressão e a glicemia controladas. Paciente retornou a fumar, mas em menor quantidade (3 cigarros/dia) e referiu não desejar acompanhamento em grupo antitabaco. Em relação ao humor, estava melhor, apenas com períodos de desânimo. No momento, necessita de auxílio apenas para cortar alguns alimentos, com a Fonoaudiologia aprendeu a evitar os engasgos, tendo já recebido alta.

Os filhos da paciente não a estão visitando, mas o ex-marido continuava sentindo-se sobrecarregado, apesar de, às vezes, uma vizinha, amiga do casal, ajudar a família. Houve dificuldade de os filhos se organizarem financeiramente para auxiliar nos gastos, motivo pelo qual a equipe solicitou novos encontros com eles, que alegavam não poder comparecer em função das atividades profissionais.

Em razão do trabalho do ex-marido (voltou a fazer pequenos serviços de jardinagem) 2 vezes/semana, a paciente fica sozinha em casa; por vezes, ela se alimenta apenas de pão e banana, alimentos de fácil acesso.

Foram checados os resultados de exames, estando todos normais, exceto a glicemia de jejum.

Objetivos da equipe após reavaliação

A Fisioterapia continuará com o trabalho, realizado 2 vezes na semana, com treino funcional do membro superior esquerdo para auxiliar na execução das atividades, como alimentação, vestuário, treino de levantar da cadeira e marcha com uso da bengala em ambiente interno e equilíbrio dinâmico para evitar quedas. Como houve evolução motora da paciente, foi encaminhada ao serviço de atendimento ambulatorial, já que os recursos para estimulação no ambulatório são mais ricos. Para isso, já que o ex-marido não pode acompanhá-la, foi orientado a solicitar o auxílio da vizinha, pelo menos durante as sessões na clínica de Fisioterapia e, se necessário, agendando transporte pela prefeitura.

Reforçou-se a necessidade de cessar o tabagismo, mas, na impossibilidade de fazê-lo, foi solicitado que a paciente não aumentasse a quantidade de cigarros consumidos ao longo do dia. Além disso, foi reafirmada a necessidade de manter adesão às medicações e melhorar a qualidade das refeições quando a paciente estiver sozinha, evitando a sobrecarga de carboidratos.

Após novo ajuste de antidepressivo e de anti-hipoglicemiantes orais (remédios para o diabetes), solicitou-se ao ex-marido, sempre que possível, deixar refeições prontas para quando a paciente estiver sozinha e motivá-la a se alimentar nos horários certos, além de fazer o cadastro no serviço de transportes urbanos para obter isenção de passagem.

Aos dois, solicitou-se o aumento de atividades sociais, pequenos passeios, a fim de que retomassem os vínculos de amizades.

Sugeriu-se mudar os móveis, de maneira que a poltrona da sala ficasse mais próxima à janela, facilitando o apoio ao levantar e a ida ao banheiro, mesmo quando sozinha (assim que houver barras no banheiro), com o intuito de ajudar no desfralde total e consequente resolução das assaduras que apareceram no decorrer dos 3 meses seguintes.

Para o atendimento em domicílio posterior, a equipe se reunirá antes para discutir se ainda será mantido o mesmo eixo de trabalho, aprimorando-o baseado no que não foi conquistado e/ou de acordo com as novas demandas da paciente e de seu cuidador.

Considerações finais

Concluiu-se, ao fim dos dois atendimentos apresentados no caso clínico, que muitas das intervenções realizadas modificaram aquilo que a equipe entendia como primordiais para o bom andamento. Contudo, fica claro que, na consulta de reavaliação, percebeu-se quais foram os objetivos alcançados e quais não foram, a fim de se estabelecer novos objetivos. Portanto, a abordagem no domicílio necessita desses ajustes para ser efetiva. Por exemplo, na consulta de reavaliação da paciente, percebeu-se que ela não conseguiria parar de fumar e, para não criar atrito com ela e, mais que isso, para traçar metas possíveis, reajustou-se a meta para fumar o mínimo possível, deixando implícito que o ideal seria não fumar. No entanto, ao notar a irritação e a resistência da paciente com relação ao assunto, foi necessário retroceder, pelo menos naquele momento. Essa flexibilidade possibilitou manter um bom relacionamento com a paciente, além de demonstrar empatia.

Outro aspecto importante nesse atendimento domiciliar é que se alcançou uma abordagem interdisciplinar coerente e baseada em um eixo central, atitude que possibilitou mais acertos que erros, já que uma equipe que trabalha em conjunto consegue reforçar os mesmos objetivos diversas vezes com abordagens diferentes, permitindo uma maior repetição dos objetivos de maneira harmoniosa, menos cansativa e, consequentemente, levando a melhor adesão ao tratamento.

No âmbito de atendimento domiciliar, foi notório que o foco, a princípio, era a paciente, embora o cuidador inserido no contexto familiar apresentasse sobrecarga em virtude dos cuidados, o que passou também a ser responsabilidade da equipe, antes acionada apenas para o enfermo. Essa dinâmica e flexibilidade são primordiais para um bom trabalho da equipe que almeja frutos e evolução clínica do paciente e que enxerga o cuidador como peça fundamental no processo de recuperação funcional do paciente, já que este é de extrema relevância para a comunicação, progressão e continuidade do tratamento, como observado no caso clínico.

É necessário reafirmar que a atividade em equipe, quando bem executada, diminui a chance de erros, refletindo ganhos ao paciente, aos familiares e à própria equipe de trabalho, uma vez que, ao longo do processo, “treinam-se” e adquirem-se novos aprendizados.

Referências bibliográficas

- Amaral, N. N.; Cunha, M. C. B.; Labronici, R. H. D. D. *et al.* Assistência Domiciliar à Saúde: sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev. Neurociências*, n. 9, v. 3, p. 111-7, 2001.
- Battistella, L. R.; Brito, C. M. M. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica*, n. 9, v. 2, p. 98-101, 2002.
- Bellehumeur, C. *Home Care: cuidados domiciliares: protocolos para a prática clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- Benjamin, A. E. An historical perspective on home care policy. *The Milbank Quartely*, n. 1, v. 1, 1993.
- Brant L. C.; Minayo-Gomes C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 9, n. 1, p. 213-23, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: 1990. Disponível em: http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10424.htm. Acesso em: 24 jul. 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. v. 2, il. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- Cunha, M. A. O.; Moraes, H. M. M. A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias: aparentes e ocultas. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 6, p. 1651-60, 2007.
- Diogo, M. J. D.; Duarte, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: Freitas, E. V. *et al.* Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 762-67.
- Fabício, S. C. C.; Wehbe, G.; Nassur, F. B. *et al.* Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado no interior paulista. *Rev. Latino-am. Enferm.*, v. 5, n. 12, p. 721-6, 2004.
- Falcão, H. A. *Home Care* – uma alternativa ao atendimento da Saúde. *Medicina Online – Revista Virtual de Medicina*, v. 2, n. 7, ano II, 1999.
- Feuerwerker, L. C. M.; Merhy, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*, v. 24, n. 3, p. 180-8, 2008.
- Giacomozzi, C. M.; Lacerda, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 4, n. 15, p. 645-53, 2006.
- Lacerda, M. B.; Gioacomozzi, C. M.; Oliniski, S. R. *et al.* Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. *Rev. Saúde e Sociedade*, v. 2, n. 15, p. 88-95, 2006.
- Rehem, T. C. M. S. B.; Trad, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 10, [s.n.], p. 231-42, Suplemento, 2005.
- Santos, S. M. A. Idosos, família e cultura: um estudo sobre a construção do papel do cuidador. Campinas: Alínea, 2003.
- Savassi, L. C. M.; Dias, M. F. Grupos de estudo em Saúde da Família: módulo visita domiciliar. 2006. Disponível em: <http://www.smmfc.org.br/gesf/gesfvd.htm>. Acesso em: 7 abr. 2012.
- Schwonke, C. R. G. B.; Silva, J. R. S.; Casalinho, A. L. D. *et al.* Internação domiciliar: reflexões sobre a participação do cuidador/família/enfermeiro no cuidado. *Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde*, v. 12, n. 1, 2008.
- Silva, K. L.; Sena, R. R.; Seixas, C.T. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 166-76, 2010.