

PSICOLOGIA HOSPITALAR

TEORIA, APLICAÇÕES E CASOS CLÍNICOS

Makilim Nunes Baptista
Rosana Righetto Dias

Segunda Edição
Revisada e Ampliada



GUANABARA



KOOGAN

PSICOLOGIA HOSPITALAR

TEORIA, APLICAÇÕES E CASOS CLÍNICOS



O GEN | Grupo Editorial Nacional, a maior plataforma editorial no segmento CTP (científico, técnico e profissional), publica nas áreas de saúde, ciências exatas, jurídicas, sociais aplicadas, humanas e de concursos, além de prover serviços direcionados a educação, capacitação médica continuada e preparação para concursos. Conheça nosso catálogo, composto por mais de cinco mil obras e três mil e-books, em www.grupogen.com.br.

As editoras que integram o GEN, respeitadas no mercado editorial, construíram catálogos inigualáveis, com obras decisivas na formação acadêmica e no aperfeiçoamento de várias gerações de profissionais e de estudantes de Administração, Direito, Engenharia, Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Educação Física e muitas outras ciências, tendo se tornado sinônimo de seriedade e respeito.

Nossa missão é prover o melhor conteúdo científico e distribuí-lo 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, sem comprometer o crescimento contínuo e a rentabilidade do grupo.

PSICOLOGIA HOSPITALAR

TEORIA, APLICAÇÕES E CASOS CLÍNICOS

Makilim Nunes Baptista

Psicólogo Clínico. Pesquisador. Mestrado em Psicologia Clínica pela PUC-Campinas. Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina (UNIFESP). Docente do Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* e Graduação em Psicologia da Universidade São Francisco (USF) — Itatiba, São Paulo. Bolsista Produtividade CNPq

Rosana Righetto Dias

Psicóloga Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica pela PUC-Campinas. Doutoranda do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Campinas (CIPED-UNICAMP). Docente do Centro Universitário Hermínio Ometto-Uniararas

Segunda Edição

Revisada e Ampliada



GUANABARA  KOOGAN

NOTA DA EDITORA: A área da saúde é um campo em constante mudança. As normas de segurança padronizadas precisam ser obedecidas; contudo, à medida que as novas pesquisas ampliam nossos conhecimentos, tornam-se necessárias e adequadas modificações terapêuticas e medicamentosas. Os autores desta obra verificaram cuidadosamente os nomes genéricos e comerciais dos medicamentos mencionados, bem como conferiram os dados referentes à posologia, de modo que as informações fossem acuradas e de acordo com os padrões aceitos por ocasião da publicação. Todavia, os leitores devem prestar atenção às informações fornecidas pelos fabricantes, a fim de se certificarem de que as doses preconizadas ou as contraindicações não sofreram modificações. Isso é importante, sobretudo, em relação a substâncias novas ou prescritas com pouca frequência. Os autores e a editora não podem ser responsabilizados pelo uso impróprio ou pela aplicação incorreta dos produtos apresentados nesta obra.

Os autores e a editora empenharam-se para citar adequadamente e dar o devido crédito a todos os detentores dos direitos autorais de qualquer material utilizado neste livro, dispondo-se a possíveis acertos caso, inadvertidamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

Direitos exclusivos para a língua portuguesa

Copyright © 2010 by

EDITORA GUANABARA KOOGAN LTDA.

Uma editora integrante do GEN | Grupo Editorial Nacional

Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na internet ou outros), sem permissão expressa da Editora.

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
www.editoraguanabara.com.br

Editoração Eletrônica: *Gabi e Lucas Serviços de Datilografia L. A. Gráfica Ltda.-ME*

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

B172p
2.ed.

Baptista, Makilim Nunes
Psicologia hospitalar : teoria, aplicações e casos clínicos / Makilim Nunes Baptista,
Rosana Righetto Dias. - 2.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2017.
il.

Inclui bibliografia
ISBN 978-85-277-1589-8

1. Hospitals - Aspectos psicológicos. 2. Pacientes hospitalizados - Psicologia. 3.
Psicologia clínica da saúde. I. Dias, Rosana Righetto. II. Título.

09-3396.

CDD: 362.11
CDU: 614.21

COLABORADORES

Adriana Saïd Daher Baptista

Psicóloga Clínica. Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Doutoranda do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina (UNIFESP). Docente do Centro Universitário Hermínio Ometto-Uniararas

Ana Paula Ferrari Pregnoatto

Psicóloga Clínica. Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Aprimoramento no Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC-Campinas)

César de Moraes

Psiquiatra da Infância e Adolescência. Professor de Psiquiatria do Curso de Ciências Médicas e do Curso de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Mestre e Doutorando em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas-UNICAMP

Cláudio Garcia Capitão

Psicólogo Formado pela PUC-SP. Especialista em Psicologia Clínica e em Psicologia Hospitalar. Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Doutor em Educação pela UNICAMP. Pós-Doutorado em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Professor de Graduação e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade São Francisco

Diana Tosello Lalon

Doutora em Psicologia Ciência e Profissão pela PUC-Campinas. Docente do Curso de Psicologia da PUC-Campinas. Psicóloga Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC-Campinas) de 1988 até 2008

Evelyn Kuczinsky

Pediatra. Psiquiatra da Infância e Adolescência. Doutora em Psiquiatria pela FMUSP. Médica Assistente 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-HC-FMUSP)

Fátima Iara Abad Sanchez

Psicóloga Clínica. Mestre pelo Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP. Instituto SER (Campinas)

Francisco B. Assumpção Jr.

Psiquiatra da Infância e Adolescência. Livre-Docente em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Diretor Técnico 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-HC-FMUSP)

Karina Magalhães Brasio

Psicóloga Clínica. Mestre em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Doutora pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Membro do Serviço de Psicologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC-Campinas)

Lídia Straus

Psiquiatra da Infância e Adolescência. Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professora do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Luciana Gomes Tarelho

Psiquiatra. Médica Residente 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-HC-FMUSP)

M. Cristina O. S. Miyazaki

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica (USP). Pós-Doutorado pela Universidade de Londres. Professora Adjunta da FAMERP. Serviço de Psicologia do Hospital de Base/FUNFARME e Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP. Bolsista do CNPq

Marina Stahl Merlin

Mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica pela UNIFESP. Graduada em Psicologia pela PUC-Campinas

Mônica Ferreira da Silva Rodrigues

Especialista em Análise do Comportamento (Especialização em Terapia Comportamental e Cognitiva — USP/2005). Graduada em Psicologia pela Fundação Hermínio Ometto-Uniararas (2003). Docente no Curso de Psicologia da Uniararas e do Serviço da Clínica de Psicologia, com Atendimentos em: Triagem, Avaliação e Encaminhamento (NAOAC — Núcleo de Apoio e Orientação ao Acadêmico e Colaborador). Docente das Faculdades Integradas Einstein de Limeira (FIEL), com Supervisão de Estágio na Área Clínica. Psicóloga Clínica

Neide A. M. Domingos

Psicóloga. Doutora em Psicologia Clínica (PUC-Campinas). Pós-Doutorado pela PUC-Campinas e Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress. Professora Adjunta da FAMERP. Membro do Serviço de Psicologia do Hospital de Base/FUNFARME e Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP. Bolsista do CNPq

Nelson I. Valerio

Psicólogo. Doutor em Psicologia Clínica (PUC-Campinas). Professor Adjunto da FAMERP. Serviço de Psicologia do Hospital de Base/FUNFARME e Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP

Patrícia Maria Furquim

Psicóloga Clínica. Serviço de Psicologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC-Campinas)

Queila Pierre Fernandes

Psicóloga Clínica. Psicóloga Assistencial do Ambulatório de Psicologia Clínica do Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC-Campinas)

Randolfo Santos Junior

Psicólogo. Especialista em Psicologia da Saúde e em Psicologia Clínica (Terapia Cognitivo-comportamental) pela FAMERP. Doutorando em Ciências da Saúde pela FAMERP. Serviço de Psicologia do Hospital de Base/FUNFARME e Laboratório de Psicologia e Saúde da FAMERP

Valéria Batista Menezes Agostinho

Psicóloga Clínica. Graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Aperfeiçoamento pelo Hospital e Maternidade Celso Pierro (PUC-Campinas)

DEDICATÓRIAS

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.

A 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 especialmente este trabalho 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 e Luzia, por terem me ensinado a lutar pelos meus ideais e proporcionado meu crescimento pessoal e profissional.

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

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

Rosana Righetto Dias

AGRADECIMENTOS

À Dra. Diana Tosello Lalone, 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 muito do material apresentado neste livro, de forma dedicada, séria e empenhada, contribuindo para a elaboração e aplicação de práticas clínicas psicológicas na área da saúde.

Ao Dr. Francisco Baptista Assumpção Junior, pelo prefácio e importante participação neste livro.

Aos colaboradores deste trabalho, pela convicção de que, compartilhando suas práticas, muito se faz 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 da aplicação científica.

PREFÁCIO DA SEGUNDA 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.

Campinas, março de 2009

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 Hospital e Maternidade

Celso Pierro (PUC-Campinas) de 1988 até 2008

Endereço para correspondência eletrônica:

diana.laloni@terra.com.br

PREFÁCIO DA PRIMEIRA EDIÇÃO

O trabalho com a saúde mental é discriminado desde a sua origem, quando ela era agrupada dentro da categoria das doenças morais e, assim, era excluída do convívio social, restringindo-se a liberdade de seus portadores, que permaneciam reclusos ou abandonados. No Brasil, esse trabalho é relativamente novo e pouco estruturado, uma vez que, somente a partir do século XIX é que passamos a nos preocupar com ela, a saúde mental, e, só a partir do início do século XX, é que ele alcança o *status* de especialidade médica. Considerando-se que, por formação e por influências culturais, costumamos pensar mais em termos de lucros e vantagens imediatas, dentro do mais puro espírito capitalista e pragmático do que do ponto de vista humanístico, é esperado que a saúde mental seja relegada a uma das últimas categorias a serem pensadas dentro da questão saúde.

Isso porque seu objeto de estudo e cuidado, o portador de transtornos mentais, por não se constituir em força de trabalho, não é motivo dessa preocupação e cuidado, em que pesem os discursos oficiais que o colocam sempre como motivo de preocupação e cuidados humanitários.

Da mesma maneira, os programas de treinamento profissional, e mesmo o interesse das Universidades em criar recursos especializados, passam, nos últimos anos, por uma questão mercadológica, dominada por interesses econômicos que privilegiam determinados aspectos de pesquisa e ensino em detrimento de outros, que privilegiam o atendimento clínico.

Ficamos numa situação na qual, por um lado, exigimos uma produção técnica e científica de Primeiro Mundo em ambientes de Terceiro, enganando a nós mesmos ou alimentando a vaidade pessoal, que, em detrimento dos grandes problemas na área, procura produzir material que terá pouca ou nenhuma valia em termos do benefício a essa população.

Dessa maneira, a produção de livros didáticos, destinados à criação e fomento de recursos humanos, passa para segundo plano, uma vez que não são pontuados pelas agências de pesquisa e, em consequência, deixam de interessar às Universidades, que desestimulam seus autores, uma vez que, ao não receberem a pontuação adequada, perdem eles recursos financeiros e lugares no *ranking* acadêmico, o que leva os profissionais a estabelecerem, de maneira inconsciente (ou, quem sabe, consciente e voluntária?), uma hierarquia na qual, em um país de “analfabetos funcionais”, procure-se “escrever em inglês” em veículos, na maior parte das vezes, inacessíveis à grande parte dos profissionais. Como consequência, o ensino passa a ser relegado a segundo plano, e o atendimento clínico, a ser francamente desprezado, numa típica política de Robin Hood às avessas, pois temos que “defender os fortes e opressores contra os fracos e

oprimidos”, o que faz com que “percamos tempo precioso”, publicando em veículos internacionais, atendendo pacientes ou ensinando.

Claro que seria absurdo pensarmos que não é importante o estímulo a essas publicações ou a nossa inserção na comunidade científica internacional. O que questionamos é somente a perversão desse interesse, que desestimula aqueles que poderiam auxiliar na construção de uma realidade um pouquinho melhor.

Dentro desse panorama caótico e, por que não dizer, atópico e anacrônico, insere-se este trabalho, fruto da iniciativa de dois jovens profissionais que “perderam seu tempo” em organizá-lo, tendo em vista outros jovens profissionais que não têm acesso (ou condições de acesso) aos “centros de excelência” (nem tantos e nem de tanta excelência) existentes nessa área em nosso País.

Acredito que seus objetivos são louváveis, mesmo dentro das perspectivas de um Primeiro Mundo do qual não fazemos parte. Isso porque diferentes trabalhos, publicados em diferentes periódicos, têm mostrado a gradual desumanização do atendimento, com preocupações cada vez mais tecnológicas, perdendo o profissional de saúde a concepção humanística que lhe permite compartilhar a dor do paciente e preocupando-se, assim, mais com seu desempenho profissional e econômico que com as necessidades dessa população.

Dessa maneira, um trabalho como este é merecedor dos maiores elogios. Em primeiro lugar, por sua concepção, realizada por jovens profissionais, visando disseminar conceitos e propostas. Em segundo lugar, por tentar conciliar aspectos considerados muito pouco importantes, a Psicologia e a Psiquiatria, bem como por sua teórica incompatibilidade, que reflete o pouco conhecimento do psiquismo humano e a maior preocupação com um mercado de trabalho.

Entretanto, estabelecem-se os serviços de ligação através da penetração dessas duas áreas dentro do hospital geral, fato esse bastante recente e, podemos dizer, exceção feita a programas de cunho universitário, incipiente em nosso meio.

O primeiro organizador, por sua seriedade, acompanhada por mim desde o início de sua atividade profissional (tive a honra e o prazer de participar de suas bancas de Mestrado e Doutorado), mostra, aqui, sua maturidade e, principalmente, sua seriedade e dedicação.

Essas qualidades, em conjunto com a segunda organizadora, refletem-se neste trabalho, que, espero, alcance o público desejado, mesmo não sendo pontuado pelas Universidades e agências de financiamento. Assim, quem sabe, conseguiremos, gradativamente e a despeito dos esforços em contrário, construir propostas de atendimento e profissionais capazes de seguir a máxima hipocrática, que refere que a diminuição da dor é uma atividade divina, que não permite a confusão do bastão de Asclépios (com uma só cobra enrolada), padroeiro dos médicos, com o caduceu de Hermes (com duas cobras enroladas e adotado por várias escolas e entidades médicas), padroeiro dos comerciantes e ladrões.

Os autores, mais que os nossos agradecimentos, merecem assim o nosso respeito, por tentarem colaborar com um espírito humanístico, hoje pouco valorizado e estimulado.

Espero que o leitor perceba o espírito da obra e a aproveite como ela merece.

Francisco B. Assumpção Jr.

CONTEÚDO

CAPÍTULO 1

Avaliação Psicológica da Saúde: Um Campo em Construção, 1

Cláudio Garcia Capitão e Makilim Nunes Baptista

- Contextos da Psicologia na Saúde, 3
- Fatores Desencadeadores de Problemas de Saúde, 6
- A Importância da Avaliação Psicológica na Psicologia da Saúde, 9
- A Utilização de Protocolos na Psicologia da Saúde, 11
- Considerações Finais, 12
- Referências Bibliográficas, 13

CAPÍTULO 2

A Psicologia da Saúde no Mundo e a Pesquisa no Contexto Hospitalar, 17

Makilim Nunes Baptista, Adriana Said Daher Baptista e Rosana Righetto Dias

- Mas o que é a Psicologia da Saúde?, 17
- A Psicologia da Saúde e Outras Áreas Importantes, 19
- A Psicologia da Saúde ao Redor do Mundo, 20
- A Pesquisa como Ponto de Partida ou de Chegada, 23
- Comentários Finais, 25
- Referências Bibliográficas, 25

CAPÍTULO 3

Assistência Domiciliar e Atuação do Psicólogo, 27

Adriana Said Daher Baptista, Mônica Ferreira da Silva Rodrigues e Makilim Nunes Baptista

- Histórico e Caracterização, 27
- Histórico do Serviço de Psicologia da Saúde na Assistência Domiciliar em um Serviço de *Home Care*, 33
- Um Modelo da Rotina do Serviço de Psicologia no Atendimento Domiciliar, 34
- Apresentação do Caso, 37
- Conclusão, 43
- Referências Bibliográficas, 43

CAPÍTULO 4

Atuação do Psicólogo em uma Unidade de Transplante de Fígado: Características do Trabalho e Relato de Caso, 45

M. Cristina O. S. Miyazaki, Randolfo Santos Junior, Neide A. M. Domingos e Nelson I. Valerio

- Relato de Caso, 49
 - Paciente, 49
 - Queixas Principais, 49
 - Histórico de Vida Recente, 49
 - Avaliação Inicial, 50
 - Encaminhamento, 51
 - Seguimento Após o Transplante, 56
- Conclusões, 56
- Referências Bibliográficas, 56

CAPÍTULO 5

AIDS no Contexto Hospitalar: Manejo Psicológico, 58

Karina Magalhães Brasio

- Origem e Evolução do Vírus de Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), 58
 - Aspectos Psicológicos e AIDS, 59
 - Reações Psicológicas às Diferentes Fases de Evolução da Doença, 60
 - As Fases do Processo de Adaptação e Convivência com o HIV+ e AIDS, 60
 - Crenças Frente à AIDS, 61
 - Programa de Avaliação e Intervenção Psicológica Destinado ao Paciente Soropositivo e/ou com AIDS, 62
 - Assistência Psicológica ao Paciente com Vírus HIV+ e/ou AIDS, 63
 - Características Gerais do Ambulatório de AIDS, 63
 - Sistematização do Serviço, 64
 - Tratamento Multidisciplinar Fornecido pelo Ambulatório, 65
 - Histórico do Serviço de Psicologia no Ambulatório de HIV+ e AIDS, 67
 - Caso Clínico do Ambulatório de AIDS, 69
- Conclusão, 73
- Referências Bibliográficas, 73

CAPÍTULO 6

Psiquiatria de Ligação e Interconsulta Psiquiátrica na Infância e Adolescência, 75

Francisco B. Assumpção Jr., Evelyn Kuczinsky e Luciana Gomes Tarelho

- Histórico, 75
- Definição e Campo de Atuação da Interconsulta Psiquiátrica e Psiquiatria de Ligação, 76

Incidência e Prevalência de Transtornos Psiquiátricos em Populações Atendidas por Serviços Pediátricos, 76	
Características e Modelos de Atuação, 78	
Quadro Clínico, 80	
Tratamento, 81	
A Prática de Serviços de Psiquiatria de Ligação e Interconsulta Psiquiátrica na Infância e na Adolescência, 81	
Dados de uma Pesquisa Sobre Avaliação e Principais Motivos da Interconsulta de uma Amostra Hospitalar, 82	
Discussão de Caso Clínico, 83	
Discussão, 86	
Conclusões, 86	
Referências Bibliográficas, 88	

CAPÍTULO 7

Ambulatório Especializado no Atendimento de Crianças Autistas, 91

César de Moraes e Lídia Straus

A História do Autismo Infantil, 92	
Autismo Infantil e as Classificações Diagnósticas, 93	
Comportamentos Inespecíficos Associados ao Autismo, 95	
Patologias Comumente Associadas ao Diagnóstico de Autismo Infantil, 95	
Retardo Mental, 95	
Síndrome do X Frágil (X FRA), 95	
Esclerose Tuberosa de Bourneville, 96	
Fenilcetonúria, 96	
Epilepsia, 96	
Infecção Pré-natal, 97	
Considerações Importantes para a Compreensão da Síndrome Autista, 97	
Características Gerais do Núcleo de Autismo Infantil de uma Universidade Estadual, 97	
Acessibilidade ao Serviço, 98	
Orientação e Consentimento das Famílias, 98	
Equipe Técnica, 99	
Rotina da Avaliação Neuropsiquiátrica, 99	
Pesquisa, 101	
Caso Clínico, 101	
Conclusão, 102	
Referências Bibliográficas, 103	

CAPÍTULO 8

Serviço de Psicologia Ambulatorial em Hospital Geral, 105

Diana Tosello Laloni e Queila Pierre Fernandes

Introdução, 105	
Ambulatório de Psicologia, 109	

Encaminhamento Médico e Triagem, 112
Caso Clínico 1, 113
Caso Clínico 2, 115
Caso Clínico 3, 117
Referências Bibliográficas, 119

CAPÍTULO 9

Atuação Psicológica em Unidade de Terapia Intensiva

Neonatal — UTI-Neo, 121

Adriana Said Daher Baptista, Valéria Batista Menezes Agostinho, Makilim Nunes Baptista e Rosana Righetto Dias

Histórico e Caracterização da UTI-Neonatal, 121
Mas Quem é o Paciente da UTI-Neo para o Psicólogo?, 122
A Importância da Interação Mãe-Bebê, 123
Pesquisas na Área de Vinculação Mãe-Bebê, 125
Rotina Diária do Serviço de Psicologia na UTI-Neo em um Hospital-escola, 128
Caso Clínico UTI-Neonatal, 129
 Dados de Identificação e Dados Clínicos, 129
 História Familiar, 129
 Acompanhamento Psicológico, 129
Acompanhamento Psicológico no Ambulatório de Seguimento dos Bebês de Alto Risco, 136
Acompanhamento Psicológico da Mãe no Ambulatório de Psicologia, 136
Conclusão, 136
Referências Bibliográficas, 137

CAPÍTULO 10

O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva — Adulto, 139

Ana Paula Ferrari Pregnolato e Valéria Batista Menezes Agostinho

Considerações Sobre a Unidade de Terapia Intensiva, 139
Considerações Sobre a Estrutura Física e o Ambiente, 140
Considerações Sobre Visitas e Familiares, 141
Considerações Sobre os Pacientes, 142
Considerações Sobre a Equipe de Saúde, 144
Rotina de Atendimento Psicológico em uma Unidade de Terapia Intensiva — Adulto, 146
 Rotinas de Atendimento Psicológico com o Paciente, 146
 Rotina de Atendimento Psicológico com os Familiares, 147
Caso Clínico, 148
 Dados do Paciente, 148
Conclusão, 152
Referências Bibliográficas, 152

CAPÍTULO 11

Enfermaria de Obstetrícia, 154

Adriana Said Daher Baptista e Patrícia Maria Furquim

- Introdução, 154
- Gravidez, 155
- Gestação de Alto Risco, 158
- Parto, 162
- Puerpério, 163
- Modelo de Atendimento Psicológico em uma Enfermaria de Obstetrícia, 164
- Um Modelo de Assistência Psicológica às Gestantes de Alto Risco, 166
- Assistência Psicológica à Família das Gestantes, 169
- Assistência Psicológica à Equipe de Saúde, 169
- Caso Clínico, 170
- Conclusão, 173
- Referências Bibliográficas, 173

CAPÍTULO 12

Enfermaria de Pediatria: Avaliação e Intervenção Psicológica, 176

Rosana Righetto Dias, Makilim Nunes Baptista e Adriana Said Daher Baptista

- Considerações Iniciais, 176
- A Relação Entre Prática e Teoria, 176
- Desenvolvimento Psicológico, 177
- Doença e Hospitalização Infantil, 179
- Aspectos Psicológicos, 180
- A Importância da Avaliação Psicológica, 184
- Uma Proposta de Atuação, 185
 - Caracterização da Enfermaria de Pediatria, 186
 - Características da Atuação Psicológica, 187
 - Objetivos do Atendimento Psicológico, 187
 - Práticas do Atendimento Psicológico, 188
 - Avaliação e Intervenção Psicológicas, 188
- Estudo de Caso, 190
- Conclusão, 193
- Referências Bibliográficas, 193

CAPÍTULO 13

Neuropsicologia, 197

Marina Stahl Merlin

- Definição e História, 197
- Objetivos da Avaliação Neuropsicológica, 199
- Procedimento da Avaliação Neuropsicológica, 201
- A Interpretação dos Resultados Neuropsicológicos, 204
- Caso Ilustrativo, 205

Conclusão, 210
Referências Bibliográficas, 210

CAPÍTULO 14

Sistema Familiar de Crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento, 212

Fátima Iara Abad Sanchez

Introdução, 212
Transtorno Global do Desenvolvimento, 213
Autismo, 213
Esquizofrenia, 215
Sistema Familiar, 219
Caso Clínico — Funcionamento e Estrutura Familiar: Um Encontro
Terapêutico, 224
Considerações Finais, 226
Referências Bibliográficas, 227

CAPÍTULO 15

Humanização em Ambientes Médicos, 230

*Ana Paula Ferrari Pregnotatto, Valéria Batista Menezes Agostinho, Rosana Righetto Dias e
Makilim Nunes Baptista*

Introdução, 230
Objetivos, 231
Metodologia, 231
Resultados, 232
Equipe Médica, 232
Outros Profissionais, 234
Equipe de Enfermagem, 235
Discussão, 237
Críticas ao Estudo, 241
Comentários Finais, 242
Referências Bibliográficas, 242

Índice Alfabético, 244

Avaliação Psicológica da Saúde: Um Campo em Construção

*Cláudio Garcia Capitão
Makilim Nunes Baptista*

A partir de 1948, a Organização Mundial da Saúde (Sampaio, 1998) passou a definir saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença. Essa definição, se, por um lado, amplia a concepção de saúde, por outro coloca todos no campo da doença, ora visto a impossibilidade de ter um completo estado de bem-estar nas três esferas abrangidas pela definição. No entanto, é possível conceber doença como uma interrupção do curso do bem-estar (Borsoi, 2005).

Atualmente, com o fenômeno da globalização, é oferecida ao homem a possibilidade de conhecer o planeta extensiva e aprofundadamente. Ou seja, com a globalização, e por meio da empirização da universalidade que ela possibilitou, estamos cada vez mais perto de construir uma filosofia das técnicas e das ações correlatas, que também seja uma forma de conhecimento concreto do mundo tomado como um todo e das particularidades dos lugares, que incluem condições físicas, naturais ou artificiais, e condições políticas. A cognoscibilidade de todas as formas de vida, de comportamentos e manifestações culturais constitui um passo essencial para um conhecimento científico universal, que contemple a individualidade e a especificidade de cada região, entendendo crenças, costumes e noções das mais variadas que hoje coexistem com a vida (Santos, 2001).

Nessa perspectiva, a avaliação psicológica no contexto da saúde se coloca como um dos métodos necessários para todos aqueles que pesquisam e atuam no campo da saúde. A avaliação psicológica está baseada no método científico, e a aplicação de instrumentos psicológicos representa uma parte significativa, que possui várias orientações importantes. Noronha (1999) relata que a avaliação psicológica pode ser considerada como um processo que pode incluir ou não testes padronizados como um dos recursos para atingir seus objetivos. Na avaliação psicológica, como processo,

encontram-se interligados a obtenção de informação, os instrumentos utilizados e as inúmeras formas de medidas para chegar a determinada conclusão. Ou seja, o processo de avaliação psicológica pode incluir diferentes procedimentos de medida, identificar dimensões específicas do sujeito, do seu ambiente e da relação entre eles. Cada procedimento de medida, como aponta Pasquali (2001), ou de investigação requer uma síntese como resultado, que pode confundir-se com o resultado final, pois está relacionado com a análise de todos os dados colhidos durante o processo.

Os testes psicológicos, como postulados por Anastasi e Urbina (2000), podem ser considerados essencialmente como uma medida objetiva e padronizada de uma mostra de comportamentos. Os testes não medem diretamente as capacidades ou funções, mas são amostras que devem representar o melhor possível o fenômeno estudado. Assim, enquanto instrumentos de medida, devem apresentar certas características que possam justificar como confiáveis os dados que por intermédio deles foram produzidos.

Observa-se que, apesar da confusão entre avaliação psicológica e aplicação de testes, que muitas vezes é encontrada na população em geral e em certos profissionais, a avaliação deve sempre manter um compromisso ético e humanitário, que leva obrigatoriamente a compreender as técnicas utilizadas, suas funções, vantagens e limitações. Seu objetivo não é dar um rótulo, mas, sim, descrever por meio de técnicas reconhecidas e de um vocabulário apropriado, a melhor compreensão de alguns aspectos da vida de um indivíduo ou de um grupo de pessoas (Tavares, 2004).

A avaliação psicológica no contexto da saúde concorda com a definição atual do conceito de saúde e das causas das enfermidades. Não considera a saúde como a ausência de sintomas, ora visto que uma pessoa pode estar muito enferma sem apresentar nenhuma sintomatologia, mesmo porque o ser humano não deve ser avaliado do ponto de vista de uma única determinação, mas sim multideterminado.

A Psicologia da Saúde possui aplicações práticas na área da saúde, e o surgimento dessa área como um campo de saber tem sido muito influenciado pelas transformações que ocorreram como consequência da inserção do psicólogo nos serviços de saúde. Nota-se que, até bem pouco tempo, o campo da atuação da psicologia clínica basicamente se resumia em duas opções. A primeira caracterizada por atividades desenvolvidas em consultórios particulares, limitadas a uma clientela pertencente às classes mais abastadas. Uma atividade exercida de forma autônoma por profissionais liberais e, de uma maneira geral, não inserida no contexto dos serviços de saúde. A segunda dimensão compreendia as atividades exercidas nos hospitais e ambulatórios de saúde mental, atuação que até muito recentemente estava subordinada aos paradigmas da psiquiatria clássica, em que o foco era essencialmente a hospitalização e medicalização (Spink, 2003). Apesar das descobertas de Freud, de Pavlov e de Cannon, que conduziram ao retorno de uma abordagem psicológica na prática e na pesquisa médica, desvendando o sentido inconsciente dos sintomas, ou medindo a importância das emoções no funcionamento corporal, viu-se o desenvolvimento de um modelo psicológico neurofisiológico de unidade do homem (Wittkover, 1977).

Não existem duas psicologias, isto é, uma psicologia da saúde e uma psicologia da doença. Na realidade, quando há uma referência à psicologia da saúde, também está subentendido o processo de adoecimento de uma pessoa. As enfermidades geralmente possuem aspectos psicológicos e envolvem múltiplos fatores que devem ser avaliados, tais como o estilo de vida, hábitos, cultura, mitos familiares, dentre outros.

Boltanski (1989) considera que o corpo realiza as condições de vida. Nesse sentido, a expressão e a representação de saúde e doença são resultados da inserção das pessoas em determinada classe social, cultura etc. Pode-se deduzir, a partir dessa afirmação, que a percepção de um estado saudável ou doente depende, em muito, do ponto de vista do indivíduo em questão, ponto de vista esse construído a partir de uma forma de viver e de conceber a vida, o que não significa que a percepção da pessoa sobre a saúde tenha que ser tomada no sentido médico *stricto sensu*. Conclui-se que a representação social da saúde e da doença é o encontro de experiências individuais e de modelos sociais em um dado modo de apreensão particular da realidade e que sempre carrega uma carga afetiva, e, muitas vezes, pode não demandar um padrão de lógica aparente (Laplatine, 2001).

O corpo não está separado dos processos mentais e afetivos. Tanto o físico quanto o mental são pertencentes a um único ser humano, que está inserido em um vasto campo social. Nesse sentido e dentro dessa perspectiva, Lipowski (1985) cita alguns fatores psicossociais e biológicos que poderiam conduzir uma pessoa com doença física, por exemplo, em direção ao desenvolvimento de transtornos mentais ou de personalidade, tais como frustração na realização de projetos e necessidades, agravamento de conflitos intrapsíquicos, perda do sentimento de autoestima, alteração da imagem corporal, ruptura do ciclo sono-vigília, uso de medicamentos e de procedimentos que afetam o sistema nervoso central, bem como o isolamento social. Como propõe Cassorla (1994), é necessário reconhecer que comparar a detecção clínica de um problema mental com a detecção obtida por meio de instrumentos padronizados de pesquisa pode não fazer justiça à atuação do profissional clínico. O que frequentemente ocorre é que os clínicos lidam com muitos pacientes apresentando problemas mentais sem saber exatamente com quais termos descrevê-los. Enfim, não há dúvida de que a falha na detecção e na consideração da atuação de fatores psíquicos e sociais sobre o paciente pode influenciar a evolução das enfermidades, quer mantendo o quadro clínico, quer agravando-o (Paykel, 1994). Logo, é importante relevar que a avaliação psicológica em contextos de saúde pode ser muito mais ampla do que somente o desenvolvimento de métodos e instrumentos de investigação focados apenas no problema de saúde primário.

CONTEXTOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE

A Psicologia na saúde surge na década de 1970, em uma época de transformações radicais no conceito de saúde, como é acentuado por Richmond (1979), como a segunda revolução da saúde e propõe programar as mudanças necessárias para responder às novas exigências da área. Duas mudanças fundamentais marcaram esse momento: a superação do modelo biomédico centrado na doença, cuja mudança de foco colocou a saúde dentro de uma perspectiva ecológica que atribui ao comportamento humano a principal causa de morbidade e mortalidade. Dessa forma, constata-se que, nos países desenvolvidos, as doenças que mais contribuem para a mortalidade são doenças de etiologia no comportamento. Richmond (1979) cita como principais fatores de risco, responsáveis pela maioria das doenças e mortes prematuras nos Estados Unidos, o hábito de fumar, consumir álcool e drogas, colocar-se em situações de riscos que dão origem a acidentes de trânsito nos jovens, entre tantos outros.

Tomando em consideração essas evidências, a relação entre causa e efeito implícita nas antigas teorias epidemiológicas das enfermidades começou a enfraquecer em seus pilares de sustentação. Os estudos epidemiológicos alertavam que as doenças não evidenciavam mais uma origem exclusiva em organismos patogênicos, e o equivalente para o germe para as novas epidemias passa a ser o comportamento da pessoa. Assim, as “vacinas modernas” teriam que combater as doenças de origem no comportamento e teriam que ser efetivas na mudança desse comportamento (Ribeiro, 1998).

Dentro dessa perspectiva, em 1973, nos Estados Unidos foi criada, na American Psychological Association (APA), uma *task force on health research*, com o objetivo de estudar a natureza e extensão da contribuição dos psicólogos na investigação básica e aplicada sobre os aspectos do comportamento, nas doenças físicas e na manutenção da saúde (*APA task force on health research*: 263). Em 1976, foi publicado um informe sobre as relações entre a psicologia e os contextos tradicionais de saúde e enfermidade, propondo orientações doutrinárias para a área em estudo. Esse informe constituiu o embrião da nova área da Psicologia conhecida como Psicologia da Saúde. Em 1978, constituiu-se a divisão de Psicologia da Saúde na American Psychological Association (Divisão 38) com o objetivo de compreender os processos de saúde e de doença por meio da pesquisa básica e clínica, procurando promover a integração das comunidades da psicologia e biomédica. Em 1982, inicia-se a editoração do periódico denominado *Journal of Health Psychology*, a partir do qual surgem outros periódicos especializados. Na Europa foi publicado *Psychology & Health*, bem como, mais recentemente, *Psychology, Health & Medicine*, ou periódicos vinculados a setores específicos, como o *Psycho-Oncology*.

A segunda revolução da saúde foi consequência de pesquisas que, de maneira crescente, alertaram sobre as novas epidemias e cujos resultados começaram a ser efetivos e a ganharem notoriedade na década de 1970 (Lalonde, 1974; Michael, 1982; Richmond, 1979). Para atender a essa emergente epidemia de comportamento, Lalonde (1974) propôs uma política nacional de saúde orientada para a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização dos cuidados à saúde. O modelo começou a ser utilizado em meados do século XX. Vários estudos das principais causas de morte nos países economicamente desenvolvidos apontavam que a metade das mortes prematuras eram consequências de comportamentos inadequados ou do estilo de vida (Richmond, 1979), tais como fatores ambientais e cuidados de saúde inadequados (Ribeiro, 1998, p. 64).

Além da mudança na etiologia da doença e da morbidade, outros fatores, como as alterações demográficas, o envelhecimento da população, a diversificação da família e a revolução tecnológica, auxiliaram no aumento das possibilidades de intervenção na doença e exigiram profissionais muito mais qualificados. O crescimento dos custos da assistência à saúde, a extensão dos serviços de saúde à comunidade, o aumento da capacidade crítica nas instituições de saúde contribuíram para o surgimento de uma nova compreensão de saúde (Ramos, 1988).

No Brasil, a psicologia hospitalar foi consolidada na década de 1980, quando o psicólogo foi incluído nos hospitais públicos, na assistência aos pacientes e familiares, em sua maioria de nível socioeconômico baixo ou médio, com o objetivo de ultrapassar o tradicional dualismo mente-corpo e otimizar o tratamento ao motivar a adesão ao tratamento médico (Felício, 1998; Neder, 1992). A estruturação das novas

fronteiras teve suas raízes décadas antes e contou com o empenho de vários profissionais, entre eles a Dra. Mathilde Neder, pela sua inserção, em 1954, na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A Dra. Neder, então, iniciou seu trabalho de acompanhamento de pacientes submetidos à cirurgia de coluna, desenvolveu experiências e investigações que preconizaram a psicoterapia breve, a interconsulta psicológica e a terapia familiar. Destaca-se também a sua participação na criação da Divisão de Psicologia no Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1987 (Felício, 1998).

Ao redor da disseminação e da institucionalização dos serviços de psicologia hospitalar no Brasil, destaca-se o do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da USP, implementado em 1974, pela Dra. Belkiss Romano Lamosa, que também organizou o primeiro evento nacional de psicólogos interessados na área. O desenvolvimento de investigações, dissertações de mestrado e teses resultou em várias publicações sobre os significados emocionais que surgem no processo de adoecimento. Entre os temas de estudo, destacam-se os aspectos psicológicos dos doentes coronarianos, a criança com doença crônica, a pessoa hospitalizada e a tentativa de suicídio.

Em relação aos países em desenvolvimento, Cuba, segundo Averasturi (1985), foi o único país da América Latina, e talvez do mundo, que conseguiu integrar plenamente a prática psicológica aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção – primária, secundária e terciária – com a participação não somente nas práticas assistenciais, mas também nas áreas de pesquisa e treinamento de recursos humanos. Dessa maneira, a Psicologia da Saúde ampliou seu objeto de estudo, passou a abarcar não somente os processos psicológicos e psicopatológicos, que caracterizam a Psicologia Clínica tradicional, mas também integrou o conhecimento dos processos sociopsicológicos relevantes para a manutenção da saúde e a compreensão da origem e do desenvolvimento das doenças, assim como diferentes aspectos da prática médica, entre eles a relação médico-paciente, a satisfação da população com os serviços, as formas de utilização dos serviços e a participação da comunidade em sua avaliação. É importante lembrar também que a avaliação psicológica no campo da saúde pode abarcar os temas citados anteriormente como, por exemplo, avaliar qual o impacto da relação médico-paciente na adesão ao tratamento e intervenções específicas, bem como avaliar quais são os tipos de equipes e perfis mais aptos a trabalharem com eficácia em ambientes de saúde específicos.

Fica cada vez mais evidente que a Psicologia da Saúde é um campo que estuda as influências psicológicas na saúde, os fatores responsáveis pelos processos de adoecimento, as mudanças de comportamento das pessoas ao adoecer (Taylor, 2002). Não se limita unicamente a ambientes hospitalares ou a centros de saúde, mas também a todos os programas que priorizem a saúde física e mental coletiva (Baptista e Dias, 2003). A Psicologia da Saúde é definida como um ramo da Psicologia que se aproveita de todos os conhecimentos oriundos dos mais variados campos da Psicologia e de áreas correlatas, com o objetivo de promover e proteger a saúde, prevenir e tratar as enfermidades, identificar a etiologia e o diagnóstico relacionado à saúde, doença e disfunções associadas, analisar e melhorar o sistema de cuidados de saúde, além de aperfeiçoar as políticas públicas de saúde (Matarazzo, 1982, p. 4).

Segundo a APA (2005), a Psicologia da Saúde se desenvolve para uma busca cada vez maior de conhecimentos básicos da ciência psicológica e suas extensões na área

da saúde, bem como o impacto do comportamento na saúde e a influência de fatores psicológicos nos estados de saúde e doença. O vínculo entre os estudos psicossociais e psicofisiológicos atinge seu ápice nas pesquisas para compreender os fenômenos tais como o estresse e suas associações com as doenças. Fine (1988) apontava que, na sociedade norte-americana, as pessoas estavam sendo alertadas para a base emocional das reações fisiológicas, a qual deve ser levada em consideração se o desejo é o de ter uma vida mais saudável. Pode-se, atualmente, ir além e afirmar que existem influências mútuas entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e que nenhum deles prevalece como o mais importante, mas todos possuem a sua relevância tanto na determinação de uma vida saudável, como na determinação das enfermidades (Straub, 2005).

FATORES DESENCADEADORES DE PROBLEMAS DE SAÚDE

Estudos americanos de prevenção de doenças reconhecem que um sistema variado de fatores, como diferenças pessoais, traços de personalidade, sistema de crenças e atitudes, comportamentos, rede de suporte social, o ambiente, pode afetar e influenciar os resultados da saúde do indivíduo. Ainda que a evidência experimental seja inconsistente, em alguns casos os dados de pesquisas sobre a saúde e o comportamento sugerem fortemente que os processos psicológicos e os estados emocionais influenciam o processo de adoecimento, contribuindo para a resistência ou a vulnerabilidade às doenças (Baum e Posluszny, 1999).

Nesse sentido, até mesmo no Brasil, alguns estudos já apontam, por exemplo, para a associação entre fatores sociais e psicológicos na saúde. Nesse sentido, Souza, Baptista e Alves (2008) encontraram associações importantes entre o suporte familiar percebido e a avaliação em saúde mental geral e suporte familiar e sintomatologia de depressão, demonstrando que variáveis sociais de suporte podem ser fundamentais no bem-estar psicológico e, por que não, também no bem-estar biológico, já que a divisão cartesiana entre mente-corpo pode ser considerada apenas um artifício didático. Santos, Bohon e Sánchez-Sosa (1998) examinaram a associação das relações familiares na infância, conflitos matrimoniais e relações de trabalho e condições de saúde mental em imigrantes mexicanos. A pesquisa revelou que as relações familiares disfuncionais contribuem diretamente para o sofrimento mental de seus componentes e que as condições de trabalho influenciam e determinam a qualidade das relações conjugais, colocando todos os membros da família em condições de vulnerabilidade ao estresse e a complicações de ordem psicológica.

Em geral, fatores psicossociais ou de comportamento exercem influência sobre a saúde ou a doença em três formas básicas (Krantz, Grunberg e Baum, 1985). Primeiro, algumas dessas influências envolvem mudanças biológicas diretas, que, por assim dizer, ocorrem de forma paralela, anterior, posterior ou se manifestam como parte de uma reação emocional ou de comportamento padrão. Em tal dimensão, as interações com o meio ambiente proporcionariam ao organismo uma quantidade de estimulação que, quando adequada, desencadeia processos de adaptação e promovem o desenvolvimento físico e mental (McDonald e cols., 2005).

Ainda que a cultura e o grau de instrução sejam fatores que afetam significativamente o desempenho cognitivo, é muito difícil distinguir entre os efeitos da instrução e os efeitos da cultura, especialmente pelo fato de que o nível cultural influencia

diretamente a condição socioeconômica da pessoa. Pesquisas mostram que a cultura ditaria o que é mais importante para a sobrevivência, e o grau de instrução poderia ser considerado como um tipo de subcultura, o qual facilitaria ou não o desenvolvimento de determinadas habilidades cognitivas (Ostrosky-Solís, Ramírez, Lozano, Picasso e Vélez, 2004).

Selye (1974/1976), ao explicar a teoria do estresse, refere-se à síndrome geral de adaptação (SGA) como um processo essencial à vida, uma resposta não específica a um estímulo que segue as fases de alarme, resistência e esgotamento. O restabelecimento do equilíbrio em um novo nível depende da relação entre essas três fases e a intensidade dos estímulos, sabendo que a ausência de estimulação ou a estimulação exagerada podem provocar danos à saúde (Ribeiro, 1998). Quando o organismo consegue adaptar-se e resistir ao estresse, o processo de estresse é interrompido e, como consequência, a saúde da pessoa é preservada. No entanto, caso essa condição não venha a ocorrer, o estresse avança até as fases mais graves e pode comprometer a habilidade do corpo em permanecer em homeostase (Baum e Posluszny, 1999).

Existem pesquisas que sugerem, por exemplo, que o estresse elevado pode contribuir para o aumento da pressão arterial e influenciar os batimentos cardíacos (Santagostinho e cols., 1996; Krantz e Manuck, 1984) e leva a mudanças hematológicas que podem estar diretamente vinculadas às doenças cardíacas e hipertensão. Da mesma forma, o estresse parece afetar o sistema imunológico por meio de uma série de caminhos neurais e hormonais (Besedovsky e Del Rey, 1991; Maier e Watkins, 1998). Esses caminhos no sistema imunológico podem ser suficientes para aumentar a vulnerabilidade às infecções virais, diminuir o tempo de cicatrização de feridas, aumentar a probabilidade do desenvolvimento de cânceres e doenças em consequência de vírus, tais como ocorre no caso de pacientes soropositivos (Andersen, Kiecolt-Glaser e Glaser, 1994; Baum e Nesselhof, 1988; Cohen e Williamson, 1991; Kiecolt-Glaser, Stephens, Lipetz, Speicher e Glaser, 1985).

Uma segunda maneira pela qual a saúde e a doença são influenciadas é pelo comportamento, que coloca a pessoa em risco ou que a protege. Comportamentos que ajudam na manutenção da saúde são atividades que trazem benefícios ou que protegem as pessoas contra as enfermidades. Por outro lado, comportamentos que deterioram a saúde são considerados insalubres. Dieta e exercícios são comportamentos protetores (quando bem orientados), e são frequentemente citados como aqueles que podem ajudar a minimizar condições subjacentes às doenças cardiovasculares e o câncer. O uso do tabaco e o abuso do álcool estão associados a mudanças biológicas nos pulmões, coração e outros sistemas corporais que parecem predispor às doenças, sendo considerados comportamentos que deterioram a saúde.

Da mesma maneira, o uso de drogas, a atividade sexual de alto risco e outros comportamentos potencialmente prejudiciais são altamente relacionados aos processos de adoecimento (Baum e Posluszny, 1999; Orford e cols., 2001; Reynoso e Seligson, 2002). Os dados de pesquisas epidemiológicas têm chamado a atenção dos profissionais e pacientes sobre a importância dos hábitos e o estilo de vida (Ribeiro, 1998). A modificação de alguns comportamentos, tais como deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o estresse, praticar atividades físicas com regularidade, dormir um número de horas adequado, fazer exames periódicos, pode contribuir para a redução da mortalidade.

Uma terceira influência do comportamento sobre a saúde e a doença, conforme Baum e Posluszny (1999), é a que se observa por meio de condutas associadas às enfermidades ou à possibilidade de adoecer. Iniciando pela constatação precoce, essas influências incluem prevenção secundária, vigilância, detecção e interpretação de sintomas, assim como a iniciativa em buscar ajuda. A aceitação dos conselhos médicos e a de sua prescrição podem afetar o diagnóstico e o tratamento, assim como os resultados. A interferência sobre qualquer dos aspectos mencionados poderá perturbar o processo de análise dos sintomas, a obtenção de cuidados médicos imediatos e efetivos, a ação em conformidade com o tratamento, vigilância ou medidas de prevenção.

A elaboração desse modelo básico de saúde e comportamento foi desenvolvida para ajudar a explicar a comorbidade dos problemas físico e mental, assim como a etiologia e avanço do câncer e das doenças relacionadas com o estresse (Andersen e cols., 1994; Cohen, 2004). Evidências que relacionam partes importantes desses modelos têm sido relatadas, ainda que não sejam completas em muitos casos, sustentando a ideia de que as variáveis comportamentais afetam a saúde e o desenvolvimento de doenças, nos três níveis descritos (Baum e Posluszny, 1999).

Em 80% dos artigos publicados em 2002 pela *Health Psychology* (citado por Montgomery, 2004), os fatores cognitivos foram considerados como fundamentais para a predição do comportamento relativo à saúde, assim como experiências de sinais e sintomas das doenças. Estudos sobre componentes cognitivos têm levado tanto a intervenções inovadoras como efetivas. Isto não quer dizer que os temas na Psicologia da Saúde serão explicados apenas por componentes cognitivos, mas que a cognição é um fator necessário — entre outros essenciais — à compreensão das vivências da doença por parte dos pacientes, assim como para a prevenção e controle das doenças por meio do comportamento.

Nos últimos 30 anos, abordagens comportamentais têm sido aplicadas a uma variedade de doenças e condições, tais como o câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, HIV, obesidade e gravidez, demonstrando resultados eficazes (Baum, Gatchel e Krantz, 1997; Montgomery, 2004). Tipicamente, a Psicologia da Saúde e a Medicina Comportamental buscam prevenir e controlar enfermidades. Durante todo esse tempo, sem dúvida, a aplicação de técnicas comportamentais em ambientes de cuidado da saúde humana gradualmente se distanciou de seu foco de atenção original mais rígido, “fundamental”. Apesar de seu nome, a Medicina Comportamental agora pode incluir em seus aspectos de avaliação e intervenção a importância das mediações cognitivas.

Muitas clínicas atualmente buscam não somente modificar o ambiente dos pacientes e sua resposta a estímulos, mas também tratam de modificar seus pensamentos, crenças, sentimentos e atitudes a respeito da saúde. Se o paciente sabe, por exemplo, que suas crenças o estão levando às emoções e a comportamentos desadaptados e são propiciadores de enfermidades, tem assim a possibilidade de atuar para diminuir essa influência. Fica claro que isso não é simples e fácil e implica um trabalho psicológico com referencial teórico específico e manejo adequado. As abordagens cognitiva e cognitivo-comportamental se encontram instrumentadas, em termos de desenvolvimento de estratégias e pesquisas em eficácia, para que o profissional de saúde possa trabalhar por intermédio de reestruturação cognitiva, estratégias positivas de enfrentamento do estresse e diminuição de hábitos e comportamentos de risco (Dobson,

2006). A maneira como o paciente cognitivamente lida com a enfermidade, as crenças sobre a doença, o tratamento para a recuperação necessita, às vezes, de alguns ajustes, e estes são fundamentais para a recuperação e manutenção da saúde.

Assim, a importância da avaliação psicológica do paciente, em contextos da saúde humana, torna-se fundamental. O processo de avaliação, além de se adequar à natureza da solicitação e às condições do paciente, deve também levar em conta as características do ambiente (ambulatorios, enfermarias) que nem sempre são adequadas. A seleção de instrumentos, como, por exemplo, entrevistas, protocolos, questionários, testes psicológicos psicométricos, projetivos, ou de outras técnicas, como a da observação, deve ajustar-se e ser bem planejada para não colocar a avaliação em risco e os seus resultados sem nenhuma possibilidade de uso.

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NA PSICOLOGIA DA SAÚDE

A avaliação psicológica em ambientes médicos pode ser considerada uma adequada ferramenta na tomada de decisões sobre o diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário e prognóstico. A constatação precoce de problemas de comportamento e/ou distúrbios psicológicos/psiquiátricos em pacientes imersos em ambientes médicos pode significar um grande diferencial no que concerne ao tipo e qualidade da atenção oferecida ao paciente, assim como à diminuição do sofrimento e dos custos operacionais das instituições, sabendo que a avaliação psicológica não necessariamente deve estar vinculada a pacientes hospitalizados, mas também a vários espaços e especialidades na saúde, tais como clínicas particulares ou centros de saúde (Stout e Cook, 1999).

A avaliação psicológica em ambientes médicos deve ter como base um corpo de conhecimentos acumulados por intermédio do binômio prática/pesquisa, podendo-se destacar um trabalho contínuo e constante dos pesquisadores para a criação de protocolos específicos de avaliação psicológica em diferentes nichos e ambientes de saúde (Baptista e Dias, 2003; Belar, 2008). Algumas pesquisas em Psicologia da Saúde e Medicina Comportamental, sobretudo as internacionais, têm crescido exponencialmente nas últimas três décadas (Montgomery, 2004).

A Psicologia da Saúde baseada em evidências tem ganhado terreno nos meios científicos e confirmado resultados práticos de atuação do profissional desse campo, sobretudo nos países desenvolvidos. Gildron (2002) assinala a execução de ensaios clínicos randomizados com o objetivo de demonstrar a eficácia das avaliações e, conseqüentemente, das intervenções de psicólogos em ambientes médicos, enfatizando a utilização de ferramentas de avaliação baseadas em estudos de validade e precisão mais elaborados, o que evitaria a avaliação baseada somente na intuição clínica.

O desenvolvimento de protocolos de avaliação de pacientes é fundamental para o estabelecimento de condutas de tratamento mais eficientes. Como mostram Belar e Deardorff (1995), o tipo de serviço oferecido e o objetivo do profissional influenciam diretamente a maneira como o psicólogo colocará à disposição protocolos de avaliação psicológica. De uma forma geral, as informações necessárias para uma avaliação minimamente adequada estão relacionadas com o estado geral do paciente, com as mudanças ocorridas desde o princípio da doença e com o histórico, especialmente

aquele relacionado com o enfrentamento de situações de enfermidade anteriores; no entanto, essas informações poderão ser mais ou menos enfocadas, dependendo do serviço oferecido, podendo variar bastante para ambientes ambulatoriais e enfermarias.

Apesar das diferentes visões de distintos autores sobre os objetivos e etapas de uma avaliação psicológica no contexto da saúde, Belar e Deardorff (1995) apresentam um modelo das principais metas da avaliação de um psicólogo da saúde em ambientes hospitalares, metas essas divididas em domínios (biológico/físico, afetivo, cognitivo e contexto sociocultural) e a seguir resumidas:

- Metas biológicas – avaliação de aspectos tais como a natureza, localização, frequência dos sintomas, tipos de tratamento recebidos e suas características (ex.: exames altamente invasivos), informações de sinais vitais e exames (ex.: a presença de álcool no sangue), além de informações genéticas e procedimentos médicos anteriores à hospitalização.
- Metas afetivas – avaliação dos sentimentos do paciente com respeito à doença, tratamento, futuro, limitações e histórico de variação do humor.
- Metas cognitivas – conhecimento do paciente sobre o seu quadro e da sua condição de saúde, manutenção de funções como a percepção, memória, inteligência, tipo de modelo de avaliação da situação, capacidade de avaliação de custo/benefício, de opções de tratamentos, expectativas sobre as intervenções.
- Metas comportamentais – reações do paciente, tais como expressões, sinais de ansiedade (postura, contato), estilos de comportamento frente à hospitalização (hostil, ansioso), hábitos de risco ou protetores.

Segundo a compreensão de Noronha e Baptista (2007), a Avaliação Psicológica compreende um amplo espectro de avaliações do indivíduo ou grupo, podendo-se utilizar fontes de dados múltiplas, que variam entre observações sistemáticas, entrevistas (abertas, semidirigidas e estruturadas), análises funcionais do comportamento, testes válidos e fidedignos capazes de avaliar um ou vários construtos psicológicos uni- ou multifatoriais, dentre outras. Os mesmos autores difundem a ideia de que a avaliação psicológica provavelmente seria um dos atributos mais genuínos do profissional de psicologia, já que grande parte do trabalho de um psicólogo é avaliar competências e perfis do ser humano, independente da área de atuação.

A avaliação proposta deve também levar em consideração as peculiaridades do sistema de saúde, assim como os suportes sociais/familiares que o paciente recebe, com o fim de contextualizar o tipo de avaliação psicológica e, conseqüentemente, o tipo de intervenção mais adequado (Belar e Deardorff, 1995). Para o registro das informações listadas anteriormente, Karel (2000), Belar e Deardorff (1995) apresentaram as vantagens e desvantagens de diferentes estratégias que se podem utilizar para a coleta de dados, por meio de questionários, dados dos prontuários e instrumentos com qualidades psicométricas.

Os questionários podem ser de grande utilidade, pois estes, assim como as entrevistas semidirigidas, tomam pouco tempo; os diários são importantes para a recuperação da informação sobre comportamentos e pensamentos que abordam a saúde. É também possível realizar observações de forma estruturada durante as visitas ou superestruturada, com situações de *role-playing* filmadas; já as medidas psicofisiológi-

cas são adequadas quando se utilizam técnicas de *biofeedback*. Os dados de prontuários, apesar de muito úteis, necessitam de um exame cuidadoso, pois dependem da cultura do hospital/país e de profissionais que registram as informações sobre o paciente.

Por último, Karel (2000), Belar e Deardorff (1995) relatam a importância da utilização de instrumentos com qualidades psicométricas comprovadas. É possível dividir alguns instrumentos em duas categorias, ou seja, de longo ou curto espectro, sempre levando em consideração variáveis tais como o objetivo da avaliação psicológica, contexto em que está inserida, tempo disponível do profissional e do paciente, treinamento do profissional, características do quadro do paciente, entre outras.

As medidas de longo espectro se referem a instrumentos que tentam avaliar características da personalidade do paciente, tais como o *Sixteen Personality Factor Inventory* (16PF), *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), *Million Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI), *Symptom Check List-90 Revised* (SCL-90-R), tendo-se consciência de que alguns deles estão em fase de estudo. Os instrumentos de curto espectro seriam os mais específicos para determinada condição ou situação, tais como o *Beck Depression Inventory* (BDI), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), *Minimal- State Exam* (MMS), *Family Environment Scale* (FES), *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLC), *Cancer Inventory of Problem Situations* (CIPS), entre outros. Vários desses instrumentos já estão adaptados à língua portuguesa e outros ainda estão em fase de estudo por equipes de especialistas em avaliação psicológica no Brasil. Alguns dos instrumentos brasileiros, já avaliados pelo SATEPSI ou em trânsito (CFP, 2001, 2003), que podem ser utilizados em ambientes hospitalares podem ser encontrados na página do Conselho Federal de Psicologia, mais especificamente no campo destinado ao SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos).

A UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLOS NA PSICOLOGIA DA SAÚDE

Alguns protocolos de avaliação psicológica no contexto da saúde podem ser considerados como padrões de avaliação para especialidades e serviços com características próprias, como, por exemplo, em casos de acompanhamento pré- e pós-operatório na gastrologia, dirigidos à obesidade mórbida, seguimento de obesos nos centros de tratamento para obesos (SPAS), avaliação e seguimento de pacientes com transtornos do humor, em ambulatórios e enfermarias, condições psicológicas secundárias à presença de doenças, desordens psicofisiológicas associadas a problemas orgânicos, avaliações relacionadas à adesão ao tratamento; enfermidades consideradas psicossomáticas, programas de avaliação para auxiliar pacientes e familiares a desenvolver estratégias de enfrentamento de doenças crônicas, modificação de comportamentos de risco, avaliação de mães com bebês de alto risco hospitalizados em unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, entre outras possibilidades (Baptista e Dias, 2003; Stout e Cook, 1999; Zambrana, Scrimshaw, Collins e Dunkel-Schetter, 1997). É importante assinalar que, segundo Matarazzo (1990), a avaliação psicológica é mais adequada quando não apenas considera o uso de testes psicológicos, mas também é complementada por entrevista clínica focada no problema, observação sistemática do comportamento, troca de informações com equipes de saúde (enfermeiras, médicos, terapeutas ocupacionais etc.), entre outras estratégias.

Segundo Spikoff e Oss (1995), diferentes protocolos de avaliação psicológica na saúde possuem objetivos, tais como a busca sistemática de informação de distintos

aspectos do funcionamento do paciente, como a percepção, motricidade, manifestação verbal, que são maneiras objetivas de obter dados sem a necessidade de avaliação subjetiva, com a função de elucidar hipóteses necessárias à intervenção. Os testes mais utilizados em ambientes médicos são aqueles que avaliam funções intelectuais, escalas autoadministradas (quando é possível), inventários de personalidade, testes projetivos, além dos neuropsicológicos, que podem ser utilizados para realizar um diagnóstico diferencial. Sem dúvida, os autores também indicam que a utilização dos testes não é sempre necessária nos casos em que o diagnóstico se mostra claramente aos profissionais ou nos quais os níveis de funcionamento do paciente estão evidentemente relacionados com fatores de estresse específicos do ambiente de saúde, além de destacar que alguns testes somente são necessários em casos particulares, como os testes projetivos, os quais requerem altos níveis de sofisticação na interpretação e tomam muito tempo para uma avaliação mais pormenorizada, além de serem inviáveis em determinados setores, tais como as enfermarias de curta internação.

Os protocolos de avaliação psicológica em ambientes médicos também devem ser pensados não apenas em termos das medidas que serão avaliadas ou provadas em determinadas situações, mas igualmente levar em consideração que existe uma relação entre condições crônicas de saúde, intervenções farmacológicas, fatores psicológicos, sociais e econômicos associados a uma investigação compreensiva com o objetivo de identificar as causas de um problema de certo paciente (e, por que não, também das instituições ou setores ou da equipe?). Sendo assim, a qualidade da avaliação dependerá, em grande parte, da habilidade do avaliador em recorrer e relativizar diferentes variáveis sobre o estado de saúde (Schneider e Amerman, 1997). No entanto, faz-se necessário ter um cuidado especial para não transformar protocolos de avaliação em formas “congeladas” de avaliação que, em vez de propiciar linhas e direção para o tratamento, acabem por limitar a compreensão do problema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Psicologia da Saúde reconhece que o ser humano está em permanente mudança em consequência da variação de fatores orgânicos, ambientais e psicossociais, e tem enfatizado cada vez mais o seu papel ativo no processo saúde-doença. Por serem a saúde e a doença entendidas como determinadas por múltiplos fatores etiológicos/genéticos, bioquímicos, de comportamento/psicodinâmicos e socioambientais, que podem interatuar de modos complexos, e sabendo que a sua compreensão requer um entendimento sofisticado e não apenas especializado das relações entre esses fatores, justificam-se a construção, validação e aplicação de instrumentos psicológicos que possam sustentar a avaliação psicológica no contexto da saúde.

Torna-se importante a construção de protocolos que levem em consideração variáveis socioculturais, regionais e diferenças ambientais, especialmente porque se deve considerar um conjunto de variáveis que podem influenciar diretamente o estado de saúde e o desenvolvimento de enfermidades. Países como o Brasil, Argentina, Uruguai, com realidades socioculturais próximas, desde o ponto de vista da Psicologia da Saúde, possuem um desafio em relação ao desenvolvimento de instrumental propício na avaliação psicológica, não apenas para que tenhamos reconhecimento histórico, mas, acima de tudo, para a construção de uma rede de saberes e de trocas de

experiências que se faz hoje necessária. Especialmente no campo da saúde, por sua amplitude e complexidade, estamos lidando com problemas complexos, que não se limitam a um único país, a uma única região, apesar de todas as particularidades que estão envolvidas.

É importante levar em consideração que existem hoje, no Brasil, diversos profissionais altamente qualificados no desenvolvimento de instrumental apropriado em diversas áreas, inclusive para os contextos de saúde. Uma “autópsia” mais detalhada na literatura especializada, tanto em termos de bases de dados de dissertações e teses como de bases referentes às revistas em Psicologia e áreas afins, revelará que o desenvolvimento de instrumental de avaliação psicológica no Brasil vem se desenvolvendo e se mostra um campo promissor para o futuro. Alguns programas de pós-graduação já dão ênfase à construção, adaptação e validação de instrumentos psicológicos em diversas áreas, inclusive na saúde mental. O desafio do profissional de psicologia moderno não está somente em encontrar instrumentos ou métodos específicos e adequados na avaliação psicológica na área da saúde, mas também em compreender a importância dessa área na detecção de problemas psicológicos e, consequentemente, no processo de intervenção e eficácia da atuação do psicólogo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2005). **Health Psychology: division 38**, Disponível em 02/05/2005 em <http://www.health-psychology.org/>
- Anastasi, A. e Urbina, S. (2000). **Testagem psicológica**. 7.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andersen, B. L.; Kiecolt-Glaser, J. K. e Glaser, R. (1994). A Biobehavioral Model of Cancer, Stress and Disease Course. **American Psychology**, 49(5): 389-404.
- APA Task Force on Health Research. (1976). Contributions of Psychology to Health Research: Patterns, Problems and Potentials. **American Psychologist**, 31: 263-274.
- Averasturi, M. (1985). A psicologia social da saúde. In: Nunes, E. D. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina**. Brasília: OPAS.
- Baptista, M. N. e Dias, R. R. (Orgs.) (2003). **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N.; Souza, M. S. e Alves, G. A. S. (2008). Evidências de Validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (EDEP). **Psico-USF**, 13: 211-220.
- Baum, A. e Nesselhof, S. E. (1988). Psychological Research and the Prevention, Etiology and Treatment of AIDS. **American Psychologist**, 43(11): 900-906.
- Baum, A. e Posluszny, D. M. (1999). HealthPsychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness. **Annual Reviews Psychology**, 50: 137-163.
- Baum, A.; Gatchel, R. J. e Krantz, D. (1997). **An Introduction to Health Psychology**. New York: McGraw-Hill.
- Belar, C. D. e Deardorff, W. W. (1995). Clinical Health Psychology Assessment. In: Belar, C. D. e Deardorff, W. W. **Clinical Health Psychology in Medical Settings: A Practitioner's Guidebook**. Washington: APA.
- Belar, C. D. (2008). Clinical health psychology: A health care specialty in professional psychology. **Professional Psychology: Research and Practice**, 39(2): 229-233.
- Besedovsky, H. O. e Del Rey, A. (1991). Psychological Implications of the Immune-Neuro-Endocrine Network. In: Ader, R., Felten, D. L. e Cohen, N. (Eds.). *Psychoneuroimmunology*. 2nded. San Diego, California: Academic Press, p. 589-608.
- Boltanski, L. (1989). **As Classes Sociais e o Corpo**. 3.^a ed. Rio de Janeiro: Graal.

- Borsoi, I. C. F. (2005). Acidente de trabalho, morte e fatalismo. **Revista Psicologia e Sociedade**, 17: 1 21-28.
- Cassorla, R. M. S. (1994). Dificuldades no lidar com aspectos emocionais da prática médica: estudo com médicos no início de grupos Balint. **Revista ABP-APAL**, 16(1): 18-24.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. **American Psychologist**, 59: 676-84.
- Cohen, S. e Williamson, G. M. (1991). Stress and Infectious Disease in Humans. **Psychological Bulletin**, 109(1): 5-14.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2001). Resolução 25/2001. Disponível em www.pol.org.br. Consulta feita em 02/12/2001.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2003). Resolução 02/2003. Disponível em www.pol.org.br. Consulta feita em 02/12/2003.
- Dobson, K. S. (2006). **Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais**. Porto Alegre: Artmed.
- Felício, J. L. (1998). A Psicologia Hospitalar no Brasil. **O Mundo da Saúde**, 22(5): 302-306.
- Fine, R. (1988). **Troubled Men. The Psychology, Emotional Conflicts, and Therapy of Men**. Jossey-Bass: San Francisco.
- Gildron, Y. (2002). Evidence-Based Health Psychology: Rationale and Support. **Psicologia, Saúde & Doenças**, 3(1): 3-10.
- Karel, M. J. (2000). The Assessment of Values in Medical Decision Making. **Journal of Aging Studies**, 14(4): 403-423.
- Kiecolt-Glaser, J. K.; Stephens, R. E.; Lipetz, P. D.; Speicher, C. E. e Glaser, R. (1985). Distress and DNA repair in human lymphocytes. **Journal of Behavioral Medicine**, 8(4): 311-20.
- Krantz, D. S. e Manuck, S. B. (1984). Acute Psychophysiologic Reactivity and Risk of Cardiovascular Disease: a Review and Methodologic Critique. **Psychological Bulletin**, 96(3): 435-464.
- Krantz, D. S.; Grunberg, N. E. e Baum, A. (1985). Health Psychological. **Annual Review Psychology**, 36: 349-383.
- Lalonde, M. (1974). **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Laplatine, F. (2001). Antropologia dos sistemas de representações da doença: sobre algumas pesquisas desenvolvidas na França contemporânea reexaminadas à luz de uma experiência brasileira. In: D. Jodelet (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, p. 63-92
- Lipowski, Z. J. (1986). Consultation-liaison psychiatry and psychosomatic Medicine - Clinical aspects. **Psychosomatic Medicine**, 29(3): 201-224.
- Maier, S. F. e Watkins, L. R. (1998). Cytokines for Psychologists: Implications of Bi-Directional Immune-to-Brain Communication for Understanding Behaviour, Mood and Cognition. **Psychology Review**, 105: 83-107.
- Matarazzo, J. (1990). Psychological Assessment Versus Psychological Testing: Validation from Binet to the School. Clinic and Courtroom. **American Psychologist**, 45: 999-1017.
- _____. (1982). Behavioral Health's Challenge to Academic Scientific and Professional Psychology. **American Psychologist**, 37(1): 1-14.
- McDonald, E. J.; McCabe, K.; Yeh, M.; Lau, A.; Garland, A. e Hough, R. L. (2005). Cultural Affiliation and Self-Esteem as Predictors of Internalizing Symptoms Among Mexican American Adolescents. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, 34(1): 163-171.
- Michael, J. (1982). The Second Revolution in Health: Health Promotion and its Environmental Base. **American Psychologist**, 37(8): 936-941.
- Montgomery, G. H. (2004). Cognitive Factors in Health Psychology and Behavioral Medicine. **Journal of Clinical Psychology**, 60(4): 405-413.

- Neder, M. (1992). O psicólogo Hospitalar. **Revista de Psicologia Hospitalar do HC**, 9(1): 22-28.
- Noronha, A. P. P. e Baptista, M. N. (2007). Relação entre Metodologia e Avaliação Psicológica. In: M. N. Baptista e D. C. Campos. **Metodologias de Pesquisa em Ciências: análises quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC.
- Noronha, A. P. P. (1999). **Avaliação psicológica segundo psicólogos: uso e problemas com ênfase nos testes**. Tese de Doutorado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Orford, J.; Natera, G.; Velleman, R.; Copello, A.; Bowie, N.; Bradbury, C.; Davies, J.; Mora, J.; Nava, A.; Rigby, K. e Tiburcio, M. (2001) Ways of coping and the health of relatives facing drug and alcohol problems in Mexico and England. **Addiction**, 96: 761-774.
- Ostrosky-Solís, M.; Ramírez, A. Lo.; Picasso, H. e Vélez, A. (2004). Culture or education? Neuropsychological test performance of a Maya indigenous population. **International Journal of Psychology**, 39: 36-46.
- Pasquali, L. (Org.) (2001). **Técnicas de Exame Psicológico – TEP**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. **Acta Psychiatrica Scand**, 377 (suppl.): 50-58.
- Ramos, V. (1988). Prever a Medicina das Próximas Décadas: que Implicações para o Planejamento da Educação Médica? **Acta Médica Portuguesa**, 2; 171-179.
- Reynoso, L. e Seligson, I. (2002). Psicologia y salud en México. In: Reynoso, L. e Seligson, I. (Eds.). **Psicología y Salud**. México: UNAM/CONACYT, p. 13-51.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). **Psicologia e Saúde**. Lisboa: ISPA.
- Richmond, J. (1979). **Health People: the Surgeon General Report on Health Promotion and Disease Prevention**. Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Sampaio, J. J. C. (1998). **Epidemiologia da Imprecisão: Processo Saúde-doença como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Santagostinho, G.; Amoretti, G.; Frattini, P.; Zerbi, F. e Cucchi, M. L. (1996). Catecholaminergic, Neuroendocrine and Anxiety Responses to Acute Psychological Stress in Healthy Subjects: Influence of Alprazolam Administration. **Neuropsychobiology**, 34(1): 36-43.
- Santos, M. (2001). **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**. Rio de Janeiro: Record.
- Santos, S. J.; Bohon, L. M. e Sánchez-Sosa, J. J. (1998). Childhood Family Relationships, Marital and Work Conflict, and Mental Health Distress in Mexican Immigrants. **Journal of Community Psychology**, 26(5): 491-508.
- Schneider, B. e Amerman, E. (1997). Clinical Protocols: Guiding Case Management Assessment and Care Planning. **Generations**, 21(1): 68-73.
- Selye, H. (1974). **Stress and Sans Détress**. Ottawa: La Press.
- Selye, H. (1976). **The Stress of Life**. New York: McGraw-Hill.
- Souza, M. S.; Baptista, M. N. e Alves, G. A. S. (2008). Suporte Familiar e Saúde Mental: evidências de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia (ULBRA)**, 28: 45-59.
- Spikoff, M. e Oss, M. E. (1995). Value Behavioral Health's Protocols for Psychological Testing. **Behavioral Health Management**, 15(5): 27-30.
- Spink, M. J. P. (2003). **Psicologia Social e Saúde: Práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Vozes.
- Stout, C. E. e Cook, L. P. (1999). New Areas for Psychological Assessment in General Health Care Settings. What to Do Today to Prepare for Tomorrow? **Journal of Clinical Psychology**, 55(7): 797-812.
- Straub, R. O. (2005). **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, M. (2004). Validade Clínica. **Psico-USF**, 8(2): 125-136.

Taylor, S. E. (2002). **Health Psychology**. 5thed. New York: McGraw-Hill.

Wittkover, E. D. (1977). **Historical perspective of contemporary psychosomatic medicine**. New York: Oxford University Press.

Zambrana, R. E.; Scrimshaw, S. C.; Collins, N. e Dunkel-Schetter, C. (1997). Prenatal health behaviors and psychosocial risk factors in pregnant women of Mexican origin: the role of acculturation. **American Journal of Public Health**, 87(6), 1022-1026.

A Psicologia da Saúde no Mundo e a Pesquisa no Contexto Hospitalar

*Makilim Nunes Baptista
Adriana Said Daher Baptista
Rosana Righetto Dias*

MAS O QUE É A PSICOLOGIA DA SAÚDE?

Em primeiro lugar, é interessante apontar que a Psicologia da Saúde não se restringe somente aos ambientes hospitalares, mas também aos centros de saúde ou quaisquer programas que venham a enfocar a saúde coletiva, como, por exemplo, programas preventivos, cartilhas explicativas, treinamentos comunitários em diagnosticar ou prevenir doenças específicas, políticas de saúde, etiologia, manutenção da saúde, além de outras áreas. É importante salientar que a Psicologia da Saúde abarca tanto a saúde física quanto a saúde mental, podendo se estender do Hospital Geral ao Hospital Psiquiátrico. No entanto, este livro se direcionará especificamente ao Hospital Geral.

Antes mesmo de especificar melhor a definição e os objetivos da Psicologia da Saúde, é fundamental uma abordagem superficial sobre os níveis de atendimento em saúde pública, a saber: primário, secundário e terciário. Esses níveis de assistência estão relacionados com a complexidade da doença e seus níveis epidemiológicos para diagnóstico e tratamento.

Nem sempre há concordância sobre a especificidade de cada nível de atendimento, referindo-se o atendimento primário às Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde) e os níveis secundário e terciário podendo compreender a assistência de profissionais especializados em tecnologias avançadas, no diagnóstico e tratamento das doenças (Ministério da Saúde, 1990). Os níveis secundário e terciário referem-se à assistência nos ambulatórios de especialidades médicas, atendimentos em crise e/ou internações hospitalares.

De acordo com Taylor (1995, p. 3), a Psicologia da Saúde é um campo que estuda as influências psicológicas na saúde, como, por exemplo, quais os fatores responsáveis pelo adoecimento, por que as pessoas são saudáveis ou quais as mudanças de comportamento

quando se começa a adoecer. Da mesma maneira, os pesquisadores em Psicologia da Saúde podem se interessar em saber por que as pessoas fumam (mesmo sabendo de seus malefícios), que tipos de informação são mais eficientes para os indivíduos se inserirem em programas de utilização de medicamentos para doenças crônicas, quais os programas mais eficazes para auxiliar o indivíduo a entender sua patologia, até que ponto a informação é importante na adesão medicamentosa, quais os melhores programas de promoção de saúde, aspectos de prevenção e tratamento de diversas doenças, como ensinar as pessoas a lidar com o estresse provindo da doença, dentre outros pontos importantes.

Como anteriormente citado, a pesquisa em Psicologia da Saúde é fundamental para avaliar, inclusive, a eficácia de programas de intervenção. De nada adiantaria um psicólogo atendendo pacientes crônicos, por exemplo, diabéticos, se esse profissional não tiver conhecimento das últimas pesquisas sobre qual o tipo de programa que realmente é eficaz para melhorar o engajamento desses indivíduos em comportamentos saudáveis, como exercícios, dietas regulares, compreensão adequada das variáveis biológicas e psicológicas que se relacionam com a doença.

Da mesma forma, a pesquisa é fundamental para adaptar programas de saúde em populações específicas. O psicólogo deveria entender quais as razões que o levam a aplicar determinada técnica em detrimento de outra, ou seja, através da pesquisa o profissional pode saber se uma técnica específica (por exemplo, o relaxamento) funciona de forma mais eficaz do que somente a informação, com determinados pacientes, ou ainda se as duas estratégias em conjunto são mais eficazes que em separado, com determinada população.

Além da compreensão objetiva do porquê de esse profissional estar procedendo de tal ou qual maneira, aonde se quer chegar e qual o problema em questão, deve-se avaliar o ser humano como um todo biológico, estruturado com base em sua herança e experiência individual, relacionando-se com o meio ambiente. Essa experiência se constitui na sua dimensão psicológica e se torna fundamental para examinar as condições que o distinguem em seu funcionamento biológico (Iñesta, 1990, p. 17).

Ainda para Iñesta, a Psicologia da Saúde compõe um campo vasto, que acaba por se inter-relacionar com diversas outras profissões e áreas de atuação, sendo que nem sempre é clara a sua distinção de outras áreas ou interdisciplinas. Sendo assim, torna-se importante estabelecer quais as principais áreas de atuação e assuntos estudados pela Psicologia da Saúde.

Segundo Belar (1997), alguns problemas estudados pelos Psicólogos Clínicos da Saúde são:

- “condições psicológicas derivadas da doença, como, por exemplo, depressão pós-infarto do miocárdio e sequelas psicológicas de derrame cerebral;
- representações somáticas de disfunções psicológicas (dor no peito em ataques de pânico);
- desordens psicofisiológicas (dor de cabeça em decorrência de tensão);
- sintomas físicos em decorrência de intervenções comportamentais (incontinência fecal, náuseas antecipatórias);
- complicações somáticas associadas a fatores comportamentais (gerenciamento inadequado da diabetes, falha em adesão medicamentosa do hipertensivo);

- consequências psicológicas de problemas orgânicos, como depressão associada ao hipotireoidismo, psicose induzida por esteroides;
- prevenção de complicações físicas e psicológicas em consequência de procedimentos médicos estressantes, como cateterismo cardíaco e cirurgias;
- fatores de risco comportamental em decorrência de doença ou incapacidade (fumo, peso excessivo); e
- problemas decorrentes de planos de saúde, como relacionamento profissional-paciente ou *burnout* (espécie de esgotamento do sujeito no trabalho) da equipe de saúde.”

Um outro ponto interessante que merece comentários é justamente o inverso da questão principal que os autores deste capítulo discutem no ponto denominado “A pesquisa como ponto de partida ou de chegada” (na sequência deste texto), ou seja, é função do Psicólogo da Saúde, através de boa formação e pesquisa séria, demonstrar que esta área tem muito a oferecer para as instituições públicas e privadas que trabalham diretamente com saúde.

Nesse sentido, a importância de concluir pesquisas que demonstrem que a Psicologia pode diminuir o número de reinternações, aumentar a qualidade de vida dos pacientes, desenvolver programas funcionais de prevenção de diversas doenças, desenvolver programas de adesão a aspectos relacionados à boa saúde (utilização adequada de medicamentos, avaliações periódicas de saúde, adesão a exercícios físicos e dietas balanceadas, diminuição de ingestão de álcool, fumo e drogas nocivas à saúde), dentre outras contribuições. Sendo assim, o Psicólogo da Saúde, através de programas bem definidos e frequentemente avaliados, pode favorecer ganhos, em nível de qualidade e custos, ao sistema de saúde vigente.

Porém, por outro lado, o próprio sistema de saúde também pode favorecer mudanças significativas para o desenvolvimento e a maior inserção desse profissional no mercado de trabalho. Vale lembrar que este aspecto depende, em primeira mão, das políticas de saúde do País, bem como da organização da classe, no sentido de demonstrar a importância desse profissional no cenário da saúde. Dessa forma, Johnstone e cols. (1995) afirmam que as mudanças provocadas pelo sistema de saúde acabam por produzir efeitos importantes no desenvolvimento da Psicologia da Saúde, principalmente no sentido de as intervenções se tornarem mais baratas, eficazes e precisas.

A PSICOLOGIA DA SAÚDE E OUTRAS ÁREAS IMPORTANTES

Ainda em relação às políticas de saúde, é importante lembrar que o psicólogo de outras áreas pode também contribuir para a ação contra comportamentos de risco na saúde. Como citam Johnstone e cols. (1995), a Psicologia na mídia (por exemplo, *outdoors*, propagandas, folhetos), que aborda a utilização de drogas pela população ou a prática de exercícios ou dietas alimentares, e o psicólogo no trânsito, que pode auxiliar na reformulação de leis que diminuam os acidentes com vítimas fatais ou com consequências graves. Outras formas de prevenção são também importantes para o auxílio nas políticas de saúde, como programas contra armas de fogo ou armas brancas, bem como o combate à violência, programas contra doenças sexualmente transmissíveis (que também podem ser desenvolvidas por psicólogos da saúde), bem como outras iniciativas que podem diminuir as consequências de diversos problemas ligados à saúde do ser humano.

Na outra mão, espera-se que o próprio Estado possa cumprir com algumas funções que auxiliam na saúde coletiva, como, por exemplo, a questão do saneamento básico, prover programas esportivos e culturais para a população (no intuito de criar práticas sem risco para a saúde), além de financiamento de programas de educação continuada aos profissionais de saúde, bem como verbas para a aquisição de equipamentos e tecnologia a serviço da saúde. Sendo assim, como afirma Reis (1994), as condições da miséria social, a alienação, a exploração acabam contribuindo por consequenciar problemas diretamente relacionados à saúde como um todo, já que se pode definir saúde como o completo estado físico, mental e bem-estar social, e não somente a inexistência de alguma doença, segundo a Organização Mundial da Saúde.

Todas essas variáveis ainda devem contar com outros programas que deveriam estar sendo desenvolvidos paralelamente aos programas direcionados à saúde do indivíduo, como, por exemplo, a questão salarial, transporte, alimentação e educação, dentre outras, pois o indivíduo necessita ter o mínimo de instrução para que entenda por que ele deve tomar aquele medicamento de oito em oito horas, e não dois comprimidos a cada 16 horas. O indivíduo precisa tomar o remédio, mas não tem dinheiro para adquiri-lo ou não tem dinheiro para pegar um ônibus para fazer parte de um grupo de discussão de cuidados básicos do seu filho recém-nascido, que tem problemas crônicos de saúde e que deve ser acompanhado, ou mesmo trabalha 12 horas por dia e não tem tempo de aderir a algum programa que discutirá o seu problema de doença em específico, sem contar na importância de programas relacionados ao controle de natalidade, que muitas vezes esbarra em ideologias religiosas.

Como afirma Iñesta (1990, p. 18), as formas produtivas, a cultura da alimentação, as práticas de higiene, atividades de recreação e muitos outros aspectos da vida social acabam por modular e determinar as condições físicas e biológicas de um indivíduo. Campos (1995, p. 51) ainda atenta para um outro fator importante de avaliar em políticas de saúde, ou seja, a questão dos grupos etários, que requerem estratégias específicas e demandam problemas relativos a cada faixa etária, como, por exemplo, as várias diferenças no atendimento do idoso e do adolescente.

Pode-se observar, então, que a saúde se inter-relaciona com diversas variáveis psicológicas, sociais e culturais e que o adequado entendimento e a atuação do Psicólogo da Saúde dependem da capacidade deste profissional em considerar todos esses aspectos, a fim de proporcionar uma atenção específica às características idiossincráticas da população atendida.

A PSICOLOGIA DA SAÚDE AO REDOR DO MUNDO

A seguir, serão abordados alguns aspectos da Psicologia da Saúde em alguns países da Europa e Estados Unidos, a fim de o leitor obter uma visão mais global dessa área em outros países.

Inicialmente, Rodríguez-Marín (1994) comenta que a Psicologia da Saúde na Espanha começou a ser foco de atenção nos anos 70, paralelamente ao grande interesse pela Psicologia Comportamental, através de diversos congressos, simpósios, surgimento de novas revistas (periódicos) e de sociedades de terapias comportamentais. Porém, somente nos anos 80 é que a Psicologia da Saúde começou a ser reconhecida como um campo diferenciado e com características próprias.

Ainda na Espanha, o primeiro congresso nacional em que surge uma seção denominada Psicologia e Saúde ocorre em 1984. Em 1987 diversas universidades criam um departamento de Psicologia da Saúde, e, dois anos mais tarde, surge a primeira revista da área, denominada *Revista de Psicología de la Salud*. Em 1990, no II Congresso Nacional de Psicologia, a Saúde foi o terceiro tópico mais apresentado nas subáreas de pesquisa, principalmente com temas ligados à promoção de saúde, estresse e doenças cardiovasculares, aspectos psicológicos de doenças como a diabetes, obesidade, AIDS, cirurgia e medo, intervenções através de *biofeedback* (técnica utilizada para modificar uma resposta fisiológica em função da informação que se tem de como essa variável varia) e prevenção e intervenção com abuso de substâncias (Rodríguez-Marín, 1994).

Blanco e León (1994) e Rodríguez-Marín (1994) citam pesquisas de diversos autores, realizadas na Espanha, com ênfase na Psicologia da Saúde, em temas como:

- relação entre comportamento e doenças físicas, como, por exemplo, estresse e supressão do sistema imunológico, os efeitos da exposição de indivíduos com padrão de comportamento tipo A a situações incontrolláveis, padrões de comportamento e doenças coronárias, relação entre eventos estressantes, saúde e aspectos fisiológicos e sociais, *burnout* em instituições hospitalares;
- comportamentos de risco e estilo de vida, como, por exemplo, a relação entre hábitos alimentares, obesidade e intervenções;
- intervenções psicossociais como suplemento ou substitutas de terapias médicas, como a utilização de *biofeedback* em reabilitação neuromuscular e dores de cabeça ou aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais em pacientes hipertensos e regulação de pressão alta;
- estratégias de enfrentamento de doenças e do estresse médico ou cirúrgico, como reações psicológicas e enfrentamentos utilizados por pacientes mastectomizadas (retirada parcial ou total de mamas), laringotomizados e ostomizados; pensamentos prévios sobre os efeitos colaterais da quimioterapia e sua relação com a intensidade de ansiedade e náuseas experienciadas após o tratamento em pacientes com câncer, além da qualidade de vida destes pacientes. Outros pontos estudados foram estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com doenças crônicas e o efeito da hospitalização em mulheres que acabaram de parir; e
- promoção de saúde, como programas envolvendo educação em saúde para a diminuição de comportamentos de risco em grupos e comunidades, como comportamentos de risco sexual, abuso de substâncias, gravidez indesejada e problemas ginecológicos.

Da mesma forma, na Áustria, a Psicologia da Saúde se estabeleceu como uma área especializada da Psicologia Científica, a partir dos anos 80, através da concepção de que variáveis psicológicas ligadas à experiência e ao comportamento são consideradas pontos fundamentais na causa, desenvolvimento, formação e manutenção dos processos de saúde e doença. A Psicologia da Saúde investiga esses fatores que estão envolvidos na manutenção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos processos doentes e ajustamento às doenças crônicas (Egger, 1994).

Na Áustria, observam-se algumas diferenças na política de saúde que começaram a vigorar a partir de 1991, com o Sistema Nacional de Seguros cobrindo serviços

psicoterapêuticos, incluindo serviços dos Psicólogos da Saúde, ou seja, a maioria da população pode utilizar esses serviços, cobertos pelos seguros de saúde. No entanto, para que o profissional possa estar credenciado a esse tipo de atendimento (Psicólogo da Saúde), exigências mais controladas são feitas ao profissional, como, por exemplo, qualificação acadêmica (universitária), pós-graduação (competências específicas) e entrevista em um Conselho Psicológico. As leis de proteção ao profissional especializado também são consideradas severas, e qualquer outro profissional não psicólogo que praticar psicologia sobre falso pretexto pode ser indiciado e punido (Egger, 1994).

Já que é de suma importância a questão da política de saúde de um país, observa-se na Suíça uma organização descentralizada, isto é, funciona diferentemente do Brasil, em que o Sistema Único de Saúde (SUS) determina as regras para serem seguidas (ou que deveriam) em todo o Brasil. Na Suíça ocorrem distribuições financeiras desiguais para as diferentes regiões. No entanto, a descentralização favorece a participação democrática para o destino dos fundos, mesmo porque regiões específicas, com diferentes línguas de referência, cultura e economia necessitam de uma flexibilidade no ajustamento das políticas de saúde (Hornung e Gutscher, 1994).

Os mesmos autores referenciam algumas áreas de atuação do Psicólogo da Saúde, como, por exemplo, manejo de estresse e enfrentamento de doença, mais especificamente como pacientes com câncer enfrentam tal situação, estudos prospectivos (acompanhamento) com pacientes que sofreram ataque cardíaco, programas de prevenção de doenças organizacionais (do trabalho), relações entre diferentes crenças sobre *locus* de controle e bem-estar, investigações relacionando suporte social e doenças, influência do parceiro(a) e família nas situações de doença e programas com tabagistas. Outros temas pesquisados naquele país estão relacionados a casamento e suporte social, violência institucional e nutrição na terceira idade e sua relação com demência senil e cuidados familiares, além de programas de redução de acidentes no trânsito.

Já na Alemanha, Schroder (1994) comenta que a Psicologia da Saúde foi formalmente estabelecida a partir de 1992, além de apontar a qualidade do treinamento e as aplicações apropriadas do conhecimento da Psicologia da Saúde derivado do trabalho de pesquisa. Alguns assuntos estudados por diversos autores, na Alemanha, se referem à percepção de risco em saúde e comportamento preventivo, saúde nos esportes e intervenções primárias e crise social relacionada à saúde.

Nos Estados Unidos, Terborg (1998) aponta uma crise na Psicologia da Saúde (divisão 38 da American Psychological Association — APA), principalmente porque as pesquisas, segundo o autor, deixam de considerar, de maneira mais veemente, aspectos culturais, sociopolíticos e condições econômicas que contribuem para a saúde ou a doença; no entanto, ressalta uma franca expansão e desenvolvimento dessa área. O mesmo autor ainda aponta que a Psicologia da Saúde pode ser considerada uma área relativamente nova naquele país, já que uma das mais importantes revistas (periódico) de Psicologia da Saúde (*Journal of Health Psychology*) começou a ser publicada pela APA em 1982. A maioria das publicações nessa área, segundo Marks (1996), não passa de 25 anos.

Os objetivos dessa Divisão de Psicologia da Saúde são: promover contribuições da Psicologia como disciplina para o entendimento da saúde e da doença, através da pesquisa básica e clínica, e promover a integração das informações biomédicas sobre saúde e doença com o conhecimento psicológico atual; promover educação e serviços em Psicologia junto a aspectos de saúde e doença; informar à comunidade bio-

médica e psicológica, bem como ao público, os resultados das pesquisas e resultados dos programas e serviços desenvolvidos nessa área (Division 38, 1997).

Da mesma forma, os objetivos dessa Divisão são facilitar a colaboração entre psicólogos e profissionais de outras áreas das ciências da saúde, entender a etiologia das doenças e promover a manutenção da saúde, promover a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças físicas e mentais, estudar os fatores psicológicos, sociais, emocionais e comportamentais relacionados às doenças físicas e mentais, além de aperfeiçoar os sistemas e políticas de saúde daquele país (Division 38, 1997).

Apesar de não ser objetivo deste capítulo se referenciar ao histórico da Psicologia da Saúde no Brasil, Romano (1999, p. 101) atenta para o fato de que, em 1987, o desenvolvimento dessa área se encontrava em sua fase inicial, o que acaba por coincidir com o desenvolvimento da Psicologia da Saúde em diversos outros países já citados.

O leitor deve estar se questionando da superioridade de outros países nessa área da saúde sobre o Brasil, porém é interessante lembrar que todos esses e outros países têm seus problemas políticos e falhas nos sistemas de saúde. Outro ponto importante a ser lembrado se refere a diversos programas em saúde primária (prevenção) e secundária que são desenvolvidos no Brasil pelo Ministério da Saúde, tais como programas relacionados à saúde no trânsito, tabagismo, alcoolismo, câncer (mama, útero, próstata), programas direcionados à visão da população (operações de cataratas), dentre outras, sem contar com os programas de saúde desenvolvidos pelas Universidades Federais e Estaduais, tais como a Escola Paulista de Medicina, a Universidade de São Paulo (Hospital das Clínicas) e a Universidade de Campinas (UNICAMP), dentre outras instituições. É claro que existe muito trabalho a ser realizado, porém não se pode falar em uma postura inerte no sentido de desenvolvimento de programas relacionados à saúde no Brasil.

Outro ponto importante de se refletir diz respeito à quantidade de pesquisas expostas nos Congressos de Psicologia Hospitalar, podendo-se observar pesquisas com qualidade e boa metodologia. Talvez o problema esteja muito mais direcionado à falta de incentivo a pesquisas que ocorre na formação, falta de departamentos de pesquisa organizados e bem direcionados e bons pesquisadores como mentores aos alunos. Somente há poucos anos algumas universidades vêm se preocupando em dar formação específica na área da Saúde. Muitos cursos de Psicologia ainda não possuem uma matéria específica nessa área, porém espera-se que esse panorama se modifique em poucos anos.

É bom ressaltar que os Conselhos Federais e Regionais de Psicologia também estão trabalhando no sentido de favorecer algumas mudanças para identificar profissionais especialistas nas áreas (independente de toda a controvérsia sobre o assunto). Nesse sentido, o profissional especialista teria direito a essa denominação, pela comprovação da sua atuação nessa área, o que resultaria em profissionais especialistas.

A PESQUISA COMO PONTO DE PARTIDA OU DE CHEGADA

Alguns pontos que talvez sejam fundamentais para pesquisar em ambientes de saúde estão relacionados aos resultados dos serviços do Psicólogo da Saúde nos imperativos financeiros das instituições (Sweet, Rozensky e Tovian, 1991). Sendo assim, o Psicólogo da Saúde no Brasil deveria estar preocupado em comprovar que o seu serviço

realmente auxilia na diminuição de reinternações nos casos atendidos pela instituição de saúde, diminuindo assim os custos hospitalares.

Outra linha de pesquisa importante está relacionada com o binômio serviços psicológicos e diminuição de mortalidade de determinada população hospitalar, como, por exemplo, se alguns programas de informação ou conscientização de doenças crônicas realmente auxiliam no aumento de anos de vida ou na qualidade de vida desses pacientes. Uma outra questão interessante seria avaliar a presença de psicólogos nos prontos-socorros, no sentido de averiguar, através de grupos-controle e experimentais, quais são os desfechos clínicos de pessoas que receberam a intervenção psicológica logo ao entrarem em um hospital e daquelas que não receberam tal atenção. Da mesma forma, há muito a aprender e pesquisar sobre os tipos de tratamento e sua eficácia em determinadas situações (Belar, 1997).

Provavelmente, essas pesquisas longitudinais (que são avaliadas em um período de tempo) demandariam conhecimentos especializados em delineamentos de pesquisa (metodologia), custo e tempo, porém poderiam fornecer subsídios para a maior inserção do psicólogo em serviços de saúde públicos e, principalmente, privados, favorecendo a saúde.

É surpreendente notar, como aponta Romano (1999, p. 125), que a pesquisa não se mostra uma atividade desenvolvida pelo psicólogo que atua em hospitais, havendo pouca publicação e pouca divulgação. Apesar de algumas limitações metodológicas de amostragem e retorno de mala direta, observada nas pesquisas de mestrado e doutorado da autora, e levando-se em conta a importância de seu trabalho pioneiro em levantamento profissional da área, nota-se que o psicólogo que faz pesquisa geralmente está vinculado a um programa de pós-graduação. Sendo assim, o psicólogo clínico hospitalar que não está vinculado à pós-graduação de maneira geral não se interessa por pesquisa ou mesmo não sabe como fazer pesquisa de qualidade.

Da mesma forma, a autora comenta alguns argumentos utilizados por psicólogos que trabalham em hospitais para não se interessarem ou realizarem pesquisa, sendo os argumentos mais utilizados aqueles que se referem à grande demanda das atividades de rotina, falta de pessoal e falta de incentivo da instituição (p. 126).

Nesse sentido, em total concordância com Romano (1999), talvez o profissional que trabalha no hospital não consiga perceber que a pesquisa pode ser realizada dentro de sua própria rotina, como, por exemplo, a sistematização dessa rotina ou a realização de levantamento de dados dos pacientes enquanto está sendo feita a triagem ou atuação. Deve-se lembrar que os psicólogos, quando contratados, têm a função assistencial e não de pesquisador, o que também dificulta o desenvolvimento de pesquisas, já que estes não têm tempo nem incentivo reservado para tal conduta.

De qualquer maneira, é importante salientar que a pesquisa acaba por favorecer um vasto conhecimento técnico e teórico a respeito do tema estudado.

É realmente uma catástrofe que a maioria dos psicólogos não se interesse por pesquisa, pois é a partir dela que se detectam os problemas enfrentados por esse profissional e suas respostas. Sabe-se que a formação acadêmica nem sempre está preocupada em desenvolver o espírito científico e proporcionar motivação ou condições necessárias ao desenvolvimento e importância da pesquisa. Geralmente, o aluno não é levado a se interessar pela pesquisa, nem a saber criticar uma publicação, provavelmente por uma cultura baseada na metodologia clínica de atendimento de consultó-

rio. Mesmo assim, talvez algumas indagações sejam pertinentes para que se possa refletir sobre essa restrição acadêmica e prática da profissão:

- Como um psicólogo pode exercer sua tarefa se não consegue perfazer uma relação entre prática, pesquisa e teoria?
- Como um psicólogo pode saber quais estratégias são mais eficazes para o problema levantado se não sabe ou não tem o costume de ler as pesquisas recentes sobre o tema estudado?
- Até que ponto é ético ao profissional não estar integrado e ter conhecimento sobre as últimas pesquisas (nacionais e internacionais) na sua área de atuação, já que a falta de conhecimento pode trazer sérias consequências ou não trazer resultado algum ao seu paciente?
- Sabe-se que a maioria das universidades não possui (este quadro está mudando com a intervenção do MEC) um departamento de pesquisas com programas, linhas de pesquisa e profissionais com essa formação, porém pode o psicólogo culpar sua formação e deixar de fazer sua parte para conhecer essa realidade maravilhosa que é o substrato da pesquisa?
- Pode a Psicologia da Saúde ser considerada uma área da Psicologia Científica se não for baseada em pesquisa?

COMENTÁRIOS FINAIS

Provavelmente é o pesquisador que tem essa maravilhosa missão de demonstrar a utilidade do Psicólogo da Saúde em instituições médicas através de pesquisas sérias e bem delineadas.

Segundo Belar (1997), as pesquisas sobre intervenções psicológicas também podem consequenciar diretrizes (linhas de conduta ou *guidelines*) para intervenções em determinados problemas de saúde, baseadas em pesquisas e experimentos bem controlados, a fim de o profissional de saúde obter algumas dicas em diversas situações. Da mesma maneira, muitas das intervenções cognitivas, comportamentais e psicoterapêuticas utilizadas em ambientes médicos são baseadas em teoria e pesquisa, e não somente na prática clínica (Johnstone e cols., 1995), sendo essas práticas intercambiáveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Belar, C. D. (1997). Clinical Health Psychology: a specialty for the 21st century. **Health Psychology**, 16(5): 411-416.
- Blanco, A. e León, J. M. (1994). Health Psychology in Spain. **European Review of Applied Psychology**, 44(3): 185-193.
- Campos, T. C. P. (1995). **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: E.P.U.
- Division 38 (1997). **Mission Statement**. Web page: <http://www.health-psych.org>
- Egger, J. (1994). Health Psychology in Austria. **European Review of Applied Psychology**, 44(3): 197-203.
- Hornung, R. e Gutscher, H. (1994). Health Psychology in Switzerland. **European Review of Applied Psychology**, 44(3): 213-220.
- Iñesta, E. R. (1990). **Psicología y Salud: um análisis conceptual**. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

- Johnstone, B.; Frank, R. G.; Belar, C.; Berk, S.; Bieliauskas, A.; Bigler, E. D. e cols. (1995). Psychology in Health Care: future directions. **Professional Psychology: Research and Practice**, 26(4): 341-365.
- Marks, D. F. (1996). Health Psychology in Context. **Journal of Health Psychology**, 1: 7-21.
- Ministério da Saúde (1990). **ABC do SUS – Doutrinas e Princípios**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.
- Reis, J. R. T. (1994). Psicoterapia na Rede Pública de Saúde. **Temas em Psicologia**, 2: 177-197.
- Rodríguez-Marín, J. (1994). Health Psychology. **Applied Psychology: An International Review**, 43(2): 213-230.
- Romano, B. W. (1999). **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Schroder, A. (1994). Health Psychology in Germany. **European Review of Applied Psychology**, 44(3): 223-227.
- Sweet, J. J.; Rozensky, R. H. e Tovian, S. M. (1991). Clinical Psychology in Medical Settings: past and present. In: J. Sweet. **Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings**. New York: Plenum Press.
- Taylor, S. E. (1995). **Health Psychology**. New York: McGraw-Hill.
- Terborg, J. R. (1998). Health Psychology in United States: a critique and selective review. **Applied Psychology: An International Review**, 47(2): 199-217.

Assistência Domiciliar e Atuação do Psicólogo

*Adriana Said Daher Baptista
Mônica Ferreira da Silva Rodrigues
Makilim Nunes Baptista*

HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO

Quando se pensa em um tema de interesse, é importante localizar temporalmente o desenvolvimento desse conhecimento, uma vez que é necessária sua contextualização. Essa contextualização faz com que entendamos a sua evolução e aplicabilidade. Sendo assim, este capítulo iniciará com os aspectos históricos da assistência domiciliar. Ressalta-se que essa nomenclatura é contemporânea.

Falar em medicina ou em serviços de saúde nos remete a pensar nas mais antigas descrições sobre o tema que se refere aos atendimentos realizados em domicílios e hospitais, considerando que Imhotep, médico da terceira dinastia do Egito (século XVIII a.C.), realizava atendimentos com seus pacientes tanto na casa destes como em consultórios ou hospitais. Imhotep era quem atendia o Faraó no próprio palácio. Na Grécia antiga, um médico conhecido como Asklépios também costumava atender seus pacientes nas residências, e seus seguidores realizavam os atendimentos em locais denominados Templos, que, apesar de serem considerados na época locais de estrutura primitiva, transformaram-se em hospitais, ou seja, o espaço onde se tinha acesso aos medicamentos e materiais necessários para o tratamento. Já no século V a.C, foi escrito por Hipócrates um tratado sobre os ares, as águas e os lugares, abordando a importância do atendimento realizado em domicílio, isso porque, segundo Hipócrates e suas observações, tal cuidado apresentava bons resultados (Amaral e cols., 2001).

Samuel Hanneman, conhecido como o fundador da homeopatia, no final do século XVII, iniciou seu trabalho com a realização de atendimentos no domicílio defendendo a ideia de que um bom médico deve desempenhar seu papel independente do lugar onde realiza seus atendimentos, sempre priorizando a saúde e o bem-estar

de seus pacientes. Para ele, não havia descanso até que o atendimento fosse concluído, tudo em busca da cura (Amaral e cols., 2001).

Bellehumeur e cols. (2007) descrevem que a assistência domiciliar, nos moldes atuais, teve sua origem no século XIX, com diferentes atividades realizadas voluntariamente em igrejas e outras instituições religiosas. Os Estados Unidos foram pioneiros com essa modalidade de atendimento, implantando o *home care*, no hospital de Boston, em 1780. No ano de 1885, criou-se um estabelecimento de enfermeiras visitadoras que realizavam, portanto, esse tipo de atendimento em domicílio. Em 1947, também nos Estados Unidos, o hospital Montefiori (Nova York) passou a utilizar o *home care* como um seguimento dos atendimentos hospitalares realizados. Após a Segunda Guerra Mundial, esses serviços com enfermeiras visitadoras foram crescendo, enquanto os atendimentos domiciliares realizados por médicos foram declinando (Fabrício e cols., 2004).

Portanto, como descreve Falcão (1999), a origem mais recente do atendimento domiciliar aparece no pós-guerra, por volta de 1947, quando equipes de enfermagem se colocavam à disposição para tratar os pacientes em casa. A partir disso, com o aumento do número de doentes e o aumento populacional, esse tipo de atendimento se propôs reduzir as filas para internação hospitalar, e também como uma alternativa às despesas da hospitalização.

No Brasil, as primeiras atividades de assistência domiciliar surgem em 1919, com a criação do Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro. Ocorria no país, nessa época, várias epidemias que comprometiam a economia, impediam a imigração e a exportação de produtos, o que, conseqüentemente, forçava as autoridades a tomar medidas diferenciadas (Diogo e Duarte, 2000).

Em 1949, também no Brasil, surgiu o Serviço de Assistência Médica e de Urgência (SAMDU), em decorrência do descontentamento e insatisfação apresentada pelos integrantes dos sindicatos de trabalhadores, que contrariavam o atendimento de urgência vigente. Os moldes de atendimento previam que qualquer médico do plantão sairia em ambulâncias para realizar seus atendimentos, que a demanda seria realizada via telefônica diretamente aos postos de urgência e que haveria visitas domiciliares regulares por médicos a previdenciários com doenças crônicas (Fabrício e cols., 2004).

Segundo Amaral e cols. (2001), o primeiro sistema de ADS (Assistência Domiciliar em Saúde) foi criado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, em 1967, e tinha como objetivo principal reduzir o número de leitos ocupados; para tanto, foi implantado um tipo restrito de atendimento domiciliar, englobando os cuidados que não exigiam tamanha complexidade nos atendimentos.

Complementando a ideia anterior, Fabrício e cols. (2004) acrescentam que, exatamente nos anos de 1960, houve uma valorização dos ambientes familiares como espaço para realização de atendimentos, apresentando o programa de assistência domiciliar no Hospital do Servidor Público Estadual como pioneiro, já que, após a implantação desse serviço, outros foram surgindo em função das necessidades da clientela assistida. A princípio eram serviços destinados a atender pacientes com alguma patologia crônica e/ou enfermidades que exigiam repouso.

Giacomozzi e Lacerda (2006) referem que, no ano de 1988, foi instituído no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS), que se apresentava como as políticas destinadas a promover ações e serviços de saúde, buscando alternativas adequadas às demandas

em cada contexto. Faz parte deste o Programa de Saúde da Família (PSF), cujo objetivo é atender a família com uso de ações com caráter preventivo. Sendo assim, essa modalidade objetiva uma estratégia mais abrangente, não reduzindo a saúde apenas ao cuidado clínico, mas considerando também a integração com a comunidade e realizando um trabalho interdisciplinar dos profissionais que fazem parte das equipes. O PSF se configura através da ESF (Estratégia de Saúde da Família) em proposta de atendimentos e utilização da assistência domiciliar, principalmente a 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 no Brasil, modalidade de atendimento que seguia os princípios da Atenção Gerenciada (Cunha e Moraes, 2007). A ADPS (Assistência Domiciliar Privada em Saúde) foi definida, de acordo com Cunha e Moraes (2007), como uma modalidade de cuidados desenvolvidos em níveis secundário e terciário do subsistema privado de atenção à saúde, entendendo que, para atender nesses serviços, é necessária a participação de uma equipe multidisciplinar geralmente composta por profissionais de diferentes áreas de atuação, tais como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, além dos auxiliares de enfermagem.

De acordo com Santos (2005), a implementação desse tipo de serviço se deu em 1991, com os Programas de Agentes Comunitários de Saúde. Em 1994, com a implantação das primeiras equipes do PSF, foi incluída no programa a atuação desses agentes comunitários, o que ampliou o trabalho da equipe. Falcão (1999) afirma que, atualmente, no País, há uma estimativa de cerca de 30.000 profissionais de saúde atuando no setor. A importância dessa modalidade de atendimento *home care* no País se deve a alguns fatores: o envelhecimento populacional verificado, aumento da necessidade de tratamento das doenças crônicas, aumento cada vez maior do interesse do cidadão em seus cuidados próprios e no gerenciamento de sua saúde, recursos insuficientes do Governo dado à saúde (o que justifica a criação de alternativas) e as dificuldades verificadas nas instituições hospitalares.

Até dezembro de 1997, conforme Fabrício e cols. (2004), haviam sido cadastrados, em serviço de assistência domiciliar, 11.144 pacientes; dentre as patologias mais comuns nos atendidos, destacavam-se: neoplasias; acidente vascular cerebral (AVC); insuficiência cardíaca; doença pulmonar; *diabetes mellitus*; e hipertensão arterial sistêmica. A partir disso, essa atividade evoluiu muito, atingindo um caráter altamente técnico e regulamentado, exigindo não só que as enfermeiras, como também outros profissionais de saúde, ajam com autonomia, habilidade clínica e responsabilidade fiscal em seus atendimentos (Bellehumeur e cols., 2007).

Observa-se que, no Brasil, o maior número de serviços de atendimento domiciliário sempre esteve de alguma forma relacionado à área de saúde pública, tendo como objetivo a promoção de saúde e a prevenção de doenças. Hoje, nesse campo específico, a atuação baseia-se nas atividades de vigilância epidemiológica e materno-infantil (Diogo e Duarte, 2000).

Nos Estados Unidos, o desenvolvimento da assistência domiciliar, nas últimas décadas, tem sido impulsionado por um esforço nacional de redução nas despesas com

a saúde. Para uma população crescente de pacientes cada vez mais debilitados, essa modalidade de assistência tornou-se a alternativa adequada para oferecer o atendimento no domicílio e não nos hospitais ou em outras instituições que, necessariamente, acabam apresentando um custo maior (Bellehumeur e cols., 2007).

Amaral e cols. (2001) relatam que, atualmente, nos EUA, existem aproximadamente 20 mil empresas de assistência domiciliar à saúde, sendo o trabalho da enfermagem o que mais se destaca nesse tipo de atendimento, visto que as intervenções realizadas são classificadas como atendimentos de baixa complexidade que necessitam de pouca participação dos médicos.

Em relação ao Brasil, existe, hoje, um crescimento no número de empresas privadas do sistema de ADS, passando de cinco empresas, no ano de 1994, para uma marca superior a 180 empresas, em 1999. A ADS, no Brasil, divide-se em um grupo de atendimento segmentar, com cuidados exclusivos de enfermagem ou fisioterapia, e outro com um atendimento multiprofissional, propiciando atenção ao paciente como um todo. Ambos podem estar contidos em serviços públicos ou privados (Amaral e cols., 2001).

A Assistência Domiciliar Privada permanece como um serviço que precisa ser explorado e entendido entre os profissionais da saúde em geral. Por essa razão, existe um esforço em objetivar as pesquisas para que se ampliem os conhecimentos da lógica e das estratégias organizacionais, ainda não tão claras, dessa nova modalidade de assistência (Cunha e Moraes, 2007).

Para Rehem e Trad (2005), o que acontece 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 através de um processo de discussão iniciado com o objetivo de configurar uma proposta para Assistência Domiciliar em atenção básica.

Os serviços que prestam assistência à saúde, conhecidos por médicos/hospitalares, por necessidade advinda das mudanças tecnológicas e econômicas no contexto da saúde, vêm sofrendo transformações no que se refere às modalidades de intervenções dos profissionais em diferentes áreas. Com o intuito de reduzir os custos nos atendimentos e também para um melhor acompanhamento de pacientes portadores de diferentes patologias, houve a necessidade de pensar em novas estratégias de atendimento e intervenção que beneficiassem o usuário. O *home care* é uma dessas modalidades que visam atender às necessidades dos pacientes considerando tais mudanças no cenário atual, beneficiando, dessa forma, todos os atendidos.

Como afirmam Rehem e Trad (2005), as instituições públicas ou privadas de saúde têm se preocupado com o crescimento dos custos desses serviços, principalmente em hospitais. Para os mesmos, alguns motivos que explicam esse aumento são: a incorporação de novas tecnologias assistenciais e o envelhecimento populacional, que aumentam consideravelmente a demanda por atendimentos de maior complexidade.

A assistência domiciliar é uma das estratégias de atendimento que visam oferecer benefícios ao paciente. Segundo Fabrício e cols. (2004), muitas são as suas vantagens e, dentre elas, destacam-se a maior humanização no tratamento e a diminuição de internações e tempo de permanência em hospitais. Através de intervenções realizadas no contexto diário, o profissional consegue avaliar não só as condições fisiológicas ou biológicas, mas também as características psicológicas, econômicas e sociais

em que o paciente vive, podendo, a partir dessa avaliação, propor intervenções multidisciplinares que promovam melhor bem-estar ao paciente. Outra vantagem, porém difícil de ser mensurada, é a satisfação do paciente e de seus familiares ao receber o tratamento em casa.

Confirmando a ideia anteriormente descrita, Rehem e Trad (2005) afirmam também que esse tipo de assistência em domicílios é uma estratégia racionalizadora, ou seja, uma estratégia que visa à redução de atendimentos hospitalares e a permanência em internações, incluindo também a preocupação com uma humanização da atenção.

Para tanto, a assistência domiciliar é um tema que, atualmente, traz muita discussão entre profissionais da área da saúde e entre administradores. Essa modalidade de assistência, também conhecida como *home care* (do inglês, cuidado no lar), pode ser definida como um conjunto de procedimentos hospitalares possíveis de serem realizados na casa do paciente. Abrangem ações de saúde desenvolvidas por equipe multiprofissional, baseadas em diagnóstico da realidade na qual o paciente está inserido (Fabrício e cols., 2004).

Vale ressaltar que esse atendimento deve priorizar a prevenção, promoção e recuperação da saúde do paciente, considerando que o termo “Saúde” (conforme definido pela OMS) refere-se ao “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas à ausência de doença”. Para Puschel e cols. (2005), o atendimento domiciliar é definido como sendo um atendimento multiprofissional ao indivíduo e à família, que acontece em cenários e contextos únicos.

Cuidado domiciliar, assistência domiciliar ou mesmo atendimento domiciliar são denominações que se baseiam na interação do profissional com o paciente, considerando nessa interação o contato com o cuidador e com a família. 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, como também as programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio (Giacomozzi e Lacerda, 2006).

Completando ainda a ideia de Puschel e cols. (2005), a importância de atender o paciente no contexto domiciliar reside no fato de que é exatamente nesse contexto que cada doente e também a 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, expõem seus valores e crenças, o modo como se relacionam e como explicam os eventos de suas vidas. Daí a necessidade de participação de uma equipe multiprofissional, porque mister se faz 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, dentre outras, que fundamentem uma ação profissional ampliada para além da clínica.

De acordo com Santos (2005), 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. Surgem como grande desafio desse tipo de atendimento a recuperação do doente e a relação entre ele e seus familiares.

A assistência em domicílios vem demonstrando ser uma nova fronteira dos serviços de saúde. Apesar de se falar nisso há tempos, essa modalidade de atenção à saúde tem sido abordada e enfatizada nas duas últimas décadas nos EUA, sendo no Brasil assunto mais recente (Diogo e Duarte, 2000).

Segundo Cunha e Moraes (2007), vale ressaltar que, atualmente, as EPADS (Empresas de Assistência Domiciliar Privada em Saúde), comumente conhecidas como *home care* ou “hospitais-residência”, oferecem diversos serviços, tais 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 um grande número 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).

Muitos são os fatores que contribuíram para o desenvolvimento desse setor de assistência à saúde. Esses fatores parecem basear-se em questões relacionadas à diminuição de custos do sistema de saúde e ao incremento do conforto e da privacidade oferecidos pelo domicílio do cliente atendido (Diogo e Duarte, 2000).

Pensando no público que mais se beneficiaria de uma atenção domiciliária, Kerber e cols. (2008) apresentam a atenção domiciliária como uma estratégia assistencial para os idosos e acrescentam que isso ocorre em função do número de idosos que buscam cuidados fora de casa e da necessidade de serviços de atendimento formal para essa população. Ainda segundo Kerber e cols. (2008), existem estudos que demonstram os benefícios aos idosos atendidos, dentre eles: a redução das admissões hospitalares, o tempo de permanência de uma internação, diminuição dos gastos com saúde, melhora da adesão ao uso das medicações, possibilidade de auxiliar nas questões que envolvem o suporte social e algumas mudanças nos hábitos de vida, contribuindo, assim, para o melhor reconhecimento dos sinais e sintomas que denunciam a piora do quadro clínico.

O que diferencia a 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. Claro que os profissionais necessitam de conhecimentos e habilidades técnicas excelentes em todos os lugares, mas a semelhança acaba nesse aspecto, ou seja: 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 as equipes multidisciplinar e multiprofissional que trabalham em conjunto para atender os pacientes e suas famílias, pois estes podem ter problemas multidimensionais e complexos (Bellehumeur e cols., 2007).

Para Giacomozzi e Lacerda (2006), o atendimento realizado no domicílio vai além de, pura e 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 para isso o todo e, principalmente, a estrutura familiar, a cultura e os costumes em que o paciente se enquadra, buscando entender como o atendido concebe seu problema, sua doença, e como avalia sua família e todo o seu contexto. A partir dessas informações e observações realizadas no ambiente domiciliar, o profissional deverá pensar em estratégias que cumpram com o objetivo de um atendimento integral.

Na pesquisa realizada por Giacomozzi e Lacerda (2006), profissionais que atuam em assistência domiciliar relataram que o contexto residencial apresenta-se com dinâmicas específicas que são particulares de cada casa e de fatores que influenciam a família de formas diferentes, ou seja, o modo como entendem a religião ou um costume, onde vivem, condições de moradia, cultura e as estratégias de enfrentamento que utilizam frente às diferentes situações. Completando essa ideia, o domicílio foi considerado por Furtado *apud* Kerber e cols. (2008) um contexto onde o profissional pode prestar assistência não somente restrita à questão médica, mas levando em conta as questões emocionais e afetivas; desse modo se vê diante da necessidade de atuar em equipe multiprofissional para atender à demanda de queixas que não se referem apenas aos problemas clínicos.

Em relação ao desenvolvimento de um serviço de atendimento domiciliar, Santos (2005) descreve que esse desenvolvimento acontece de duas maneiras: a primeira é quando um paciente internado recebe alta e continua necessitando de cuidados, e 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; este deve possuir um encaminhamento do médico que o acompanhou no hospital e que conhece seu estado após a alta. Em relação ao paciente em domicílio, necessitando de cuidados, alguns pontos devem ser cuidadosamente observados, como, por exemplo: o tempo 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 as adaptações que já foram realizadas ou que poderão ser feitas. Cabe aqui uma ressalva sobre o contexto do paciente, assim como de seus familiares, no sentido de que os mesmos deverão ser observados e questionados para que se estabeleça ou não esse tipo de atendimento. Para tanto, deve-se observar alguns critérios, tais como os diagnósticos primário e secundário, história clínica, histórico de exames, identificação dos medicamentos que o paciente faz uso, bem como considerar e entender a modalidade de tratamento proposto.

A seguir será apresentado um protocolo de atendimento psicológico no serviço de *home care* e o atendimento de um caso.

HISTÓRICO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DA SAÚDE NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR EM UM SERVIÇO DE *HOME CARE*

A experiência do atendimento psicológico na assistência domiciliar – *home care* – junto a uma clínica-escola de Fisioterapia, que será descrita neste capítulo, partiu da necessidade do curso de Fisioterapia, por meio de um pedido de acompanhamento a um paciente idoso, que chorava muito durante o atendimento fisioterápico, e a outro paciente, que apresentava comportamentos de sedução. Ao se depararem com essas dificuldades, que iam além dos conhecimentos técnicos, os alunos-estagiários e supervisores do referido curso consideraram que a psicologia poderia estar junta nos atendimentos, oferecendo um suporte.

Essa experiência ocorre desde 2003, quando os primeiros estagiários de psicologia do Projeto de Extensão junto a essa clínica-escola iniciaram os acompanhamentos. Naquele momento, o objetivo era realizar uma análise das contingências presentes no processo, já que não havia um modelo de atenção psicológica nesse setor. Essa

experiência partiu de algumas questões: Como será a atuação do psicólogo nesse contexto? A quem se destina? Como será o protocolo de atuação? A triagem psicológica será realizada com quem? Quem primeiro vai ser atendido: a família, os cuidadores formais, os informais ou o paciente? As respostas a essas questões dariam condições iniciais de direcionar/delimitar o papel e a ação do psicólogo nesse campo.

Eram tantas as questões a serem respondidas que pensar/refletir apenas não foi suficiente, tendo-se optado então por uma melhor compreensão das contingências, ir a campo, observar, colher dados, realizar o levantamento de necessidades (paciente e cuidadores formais e informais), para dar início a um protocolo de atendimento psicológico. Essa opção foi reforçada, uma vez que já fazia parte da rotina utilizada pelo serviço ao implantar o atendimento psicológico nos setores da clínica-escola.

É importante ressaltar que, ao realizar o levantamento bibliográfico sobre o tema no ano de 2003, a grande maioria dos textos sobre o atendimento *home care* estavam associados ao atendimento de enfermagem. Não foram encontrados artigos que envolvessem equipe multi- ou interdisciplinar e nada da psicologia na língua portuguesa; portanto, não havia um modelo para que se pudesse refletir sobre a proposta.

Na busca para conhecer o campo, outras questões foram observadas no processo, questões das quais a psicologia deveria ocupar-se, como: a falta de adesão às orientações pelos pacientes e cuidadores informais; paciente apresentando medos diversos (ficar em pé, cair, exercitar os membros inferiores ou superiores e provocar outras lesões, entre outros); famílias pouco colaborativas durante as sessões de fisioterapia; falta de higiene na casa (lixo espalhado pela casa, no cômodo em que o paciente está; insetos e animais pela casa), dos pacientes (falta de banho, sem troca de fraldas) e do leito (sujo, com urina, fezes, vômito, restos de alimento); dificuldades sociais, como: falta de alimento, desemprego, amigos que se afastaram; falta de habilidade dos estagiários de fisioterapia em lidar com questões intervenientes ao tratamento (esperado, já que estão em formação), entre outras queixas.

Sendo assim, resolveu-se construir um modelo de atendimento, que vem ganhando forma diferente com o passar dos anos, uma vez que sempre é considerada a argumentação dos alunos ao proporem mudanças nos protocolos. Outro detalhe importante a ser mencionado é que esse estágio não está mais vinculado aos alunos do Projeto de Extensão e, sim, ao Projeto Supervisionado de último ano da graduação de Psicologia na Área da Saúde. Cada aluno envolvido nesse estágio realiza 8 horas de atendimento domiciliar semanal e tem 4 horas/aula de supervisão em grupo, também semanal.

UM MODELO DA ROTINA DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NO ATENDIMENTO DOMICILIAR

É importante esclarecer que esse atendimento psicológico, segundo o SUS (Sistema Único de Saúde), está locado em nível secundário; portanto, o atendimento psicológico só ocorre se as queixas apresentadas pelo paciente ou pelos cuidadores formais (profissionais que são contratados para o cuidado, como, por exemplo, profissionais da saúde, pessoa capacitada para os cuidados) ou informais (pessoa da família ou conhecido que presta assistência sem remuneração) estiverem associadas ao problema de saúde em questão. As ações podem ser de promoção, prevenção, proteção ou recuperação da saúde, dependendo da compreensão psicológica da triagem realizada.

O traslado para o domicílio do paciente dos alunos que compõem a equipe para o atendimento fisioterápico e psicológico é realizado por uma van, que é contratada pela instituição de ensino. Para tornar eficaz o trabalho da equipe, estabeleceu-se um contrato entre ambas. Nesse contrato ficou estipulado que a equipe de fisioterapia deveria realizar inicialmente a sua avaliação junto ao paciente, e a de psicologia, junto à família, uma vez que esse projeto de *home care* prevê o atendimento fisioterápico como sendo o carro-chefe para a assistência ao paciente, isto é, os pacientes chegam ao serviço por meio da solicitação do atendimento fisioterápico, e não psicológico. Ressalta-se aqui que muita das discussões e planejamentos de atuação ocorrem durante o trajeto dos estagiários na van, e quem coordena a discussão é a supervisora de fisioterapia.

Assim, para que esse protocolo funcione, é discutido previamente, entre a equipe, o tempo que cada especialidade necessita para a assistência, ou mesmo se é o paciente que deve receber o atendimento. Por que essa discussão? É que cada equipe tem seu plano de ação junto ao paciente ou cuidador, e a equipe de psicologia nem sempre precisa oferecer atendimento semanal ao paciente e, sim, aos cuidadores informais (que pode ser a família) ou formais, ou acompanhar o atendimento fisioterápico para verificar a relação entre paciente-fisioterapeuta, ou ainda orientar apenas a equipe durante a atuação.

Os casos acompanhados pelas estagiárias de Psicologia no *home care* partem de demandas específicas, tais como: alguns casos que chegam pela equipe de fisioterapia; outros, por meio da visita psicológica quando o paciente é novo no serviço; ou quando há solicitação do paciente ou cuidadores formais ou informais. Todos são submetidos à triagem psicológica, pela qual é possível identificar a presença ou não de queixa psicológica.

A triagem psicológica tem a função de levantar e conhecer a(s) queixa(s) apresentada(s), com o objetivo de identificar se as mesmas estão associadas com o problema de saúde atual. Então, vale aqui apresentar essa “Ficha de Triagem”, que norteia a avaliação. Tem o título de “Triagem Psicológica – Serviço de Psicologia do *Home Care* (Nome da Instituição de Ensino)”. Essa ficha é composta de quatro partes. A primeira se refere aos “Dados de Identificação”, que têm como objetivo formalizar o aluno em conhecer o paciente que está sendo atendido. Sabe-se que a muitos dos dados os alunos têm acesso pelo prontuário do paciente; sendo assim, o aluno deve preencher esses dados anteriormente ao atendimento e, em caso de dúvidas, confirmar os dados. Os dados não encontrados no prontuário do paciente ele adquirirá durante a triagem. Esses dados são: nome; telefone de contato; data de nascimento e idade; sexo; escolaridade; religião; estado civil; ocupação; moradores da casa (composição familiar e pessoas que moram realmente no domicílio); e, por fim, cuidador(es) (informais e formais).

Em seguida, constam os “Dados do Encaminhamento”, isto é, quem identificou a necessidade do atendimento psicológico no caso. Esse dado faz com que o aluno compreenda o motivo da solicitação da avaliação psicológica do caso e direcione a investigação psicológica. Sendo assim, os dados a serem preenchidos são: quem encaminhou/solicitou; motivo do encaminhamento (o que foi identificado como queixa para psicologia); motivo do tratamento fisioterápico (contato formal e técnico do aluno de psicologia com o problema de saúde); e horários e dias da fisioterapia (possibilidades de atendimento psicológico). Esses dados são fundamentais para que se possa di-

recionar a avaliação psicológica, uma vez que possibilita conhecer a queixa apresentada e, de início, verificar se ela tem relação com o problema de saúde.

O terceiro bloco de informações refere-se às “Características Psicológicas”; nesse campo, os estagiários de psicologia continuarão a triagem, agora com o olhar da psicologia. A questão que ajuda a caracterizar uma boa resposta para tal é: “Alguma coisa o tem incomodado em relação ao seu estado de saúde: algum pensamento/sentimento vem se repetindo com frequência e deixando-o diferente do que você é?” O primeiro item refere-se à descrição da queixa (terá que pormenorizar a queixa, o que facilitará a compreensão psicológica, sendo colhidos dados referentes à história do problema), lembrando que a queixa pode vir de várias fontes (pacientes e cuidadores formais e informais), e, portanto, todas as fontes devem ser consultadas; início da manifestação da queixa: antes ou depois do diagnóstico; quanto tempo apresenta a queixa? As respostas a essas perguntas determinarão o atendimento psicológico nesse nível de atenção, uma vez que essa análise indicará se a queixa está relacionada de fato com o problema de saúde atual, pois o aluno terá que compreender se a manifestação que o paciente está apresentando relaciona-se com outro evento. Ressalte-se que o problema de saúde apresentado pode ter agravado os sintomas que já existiam; portanto, isso deve ser bem investigado e, nesse caso, ocorre a intervenção.

Por meio das respostas obtidas, chegarão ao quarto item, ou seja, “Conclusão”, em que o estagiário compreenderá de que forma as queixas se apresentam: alterações emocionais e/ou comportamentais em função da doença e/ou tratamento; ou há alterações emocionais e/ou comportamentais sem relação com a doença e/ou tratamento; e a última alternativa é se há adaptação e ajustamento frente às condições atuais da doença e/ou tratamento. Sendo assim, essa compreensão norteará o atendimento.

Finalizando o atendimento, na ficha, estabelece-se a “Conduta”. Isto é, se a psicologia a seguir realizará: avaliação psicológica/intervenção; encaminhamento (caso ocorra, para onde); finalização; e outra conduta (descrição). Então, a ficha de triagem é assinada e colocada no prontuário do paciente, para que toda a equipe possa ter contato com os dados do atendimento e compreender o porquê da escolha da conduta.

Havendo a necessidade do acompanhamento psicológico, é anexada ao prontuário outra ficha, que faz parte do protocolo de atendimento. Essa outra ficha tem o título de “Evolução Psicológica – Serviço de Psicologia do *Home Care* (Nome da Instituição de Ensino)”, contendo espaço para que o aluno anote a data do atendimento; o atendimento; quais as orientações que ele realizou e se ele, no atendimento anterior, acordou algo com alguém envolvido no processo (ex.: paciente, familiar, cuidador) e se foi cumprido.

É importante salientar que, nesse campo, ao descrever o atendimento, o aluno deve manter a ética, não relatando questões que comprometam a relação entre o informante e o cuidado com o paciente. Apesar de se tratar de um atendimento em equipe, não há necessidade de relatar pormenorizadamente o atendimento psicológico, pois não se trata de um relatório psicológico e, sim, de um breve relato do atendimento. Sendo assim, de uma maneira sintética, relata-se o atendimento.

Exemplo da queixa: sensação de solidão. 17/03/2009 – no início do atendimento foi verificado junto ao paciente se ele, por meio da orientação/treino de assertividade anterior, solicitou aos familiares que o acompanhassem até o abrigo/calçada da casa para que pudesse ver o movimento da rua. Foi constatado que o paciente realizou a

tarefa adequadamente e foi orientado a aumentar a frequência desse comportamento. No próximo atendimento, o psicólogo tem que verificar se houve o aumento da frequência de ir até o abrigo/calçada da casa.

A seguir será apresentado o relato de um caso, que foi realizado por uma aluna quintanista.¹ Em todos os casos que são acompanhados, já no primeiro contato os pacientes e cuidadores são informados sobre os propósitos dos atendimentos, como também de que se trata de um acompanhamento por meio de uma clínica-escola. Sendo assim, assinam uma “carta de consentimento livre esclarecido”, pela qual o paciente permite que o atendimento seja utilizado em situações que envolvam eventos científicos e publicações. Os dados apresentados estão de acordo com a ética estabelecida nesse documento. Mesmo assim, alguns dados foram alterados visando preservar o nosso colaborador.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Será apresentado o processo e raciocínio realizados no atendimento domiciliar de um caso. Sempre que é detectada a necessidade do atendimento psicológico, por meio das triagens psicológicas, deve-se fazer um relatório. Esse modelo de relatório tem como um dos objetivos a organização dos dados coletados durante os atendimentos e a sistematização da compreensão psicológica. Os itens em negrito são as chamadas para a descrição do conteúdo que deve ser relatado.

Paciente: José

Sexo: masculino

Data da triagem: 2/4/2008

Data de nascimento: 6/10/1965 – 44 anos

H.D.: diagnóstico interrogado – portanto, não definido.

Motivo do atendimento psicológico: a pedido da Fisioterapia – auxiliar na verificação das necessidades do paciente, para um melhor planejamento da fisioterapia e orientação à mãe.

Atendimento psicológico oferecido para: paciente e sua mãe (D. Maria).

Histórico do problema de saúde: até aos 7 anos, José era uma criança com desenvolvimento físico, cognitivo e social compatível com a idade. Aos 7 anos, apresentou febre reumática, após a qual não andou mais, tendo permanecido acamado. A mãe acompanhou o filho no processo de cuidados à saúde na época, mas, no momento de relatar o desenrolar do tratamento, apresentou dificuldades em fornecer dados mais precisos.

Aqui se lança uma questão: Para o bom desempenho do atendimento psicológico, é necessário que o psicólogo compreenda o que significa febre reumática? A resposta é *sim*. A pesquisa pode ser simples, valendo-se da Internet (*sites* confiáveis), pois o objetivo é ter conhecimento breve sobre o assunto, e não um aprofundamento. Nesse caso, buscou-se

¹Gostaríamos de parabenizar **Valdeléa Gomes da Silva**, aluna dedicada que, com muita sabedoria (atenção, dedicação, criatividade), realizou esse atendimento psicológico. Esse acompanhamento, dentre outros, durante as supervisões, motivava os alunos a buscar formas psicológicas para lidar com as dificuldades que vão além de sua formação e de todas as informações obtidas durante a graduação.

uma definição no site da Sociedade Brasileira de Pediatria (http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=21&id_detalhe=2020&tipo_detalhe=s) e foi complementado no site ABC da Saúde (<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?264>), em que é relatado, entre outras informações, que a febre reumática é uma complicação de uma infecção pela bactéria estreptococo. Essa infecção é comum, mas a doença apenas se dá em indivíduos com predisposição genética para ela. Pode acometer crianças a partir dos 3 anos, sendo mais comum na faixa dos 7 aos 14 anos. As crianças das classes econômicas desfavorecidas estão mais expostas à infecção pelo estreptococo.

O quadro clínico da doença se caracteriza por apresentar, no seu início, dores articulares acompanhadas de sinais de inflamação (inchaço, calor, vermelhidão local e incapacidade de utilizar a articulação pela dor). Normalmente, essas dores se instalam nas articulações, como punhos, tornozelos e joelhos, apresentando, no curso de seu desenvolvimento, um perfil “migratório”, que se explica em função de a dor transitar de uma articulação para outra. O que se caracteriza como outra complicação do quadro clínico são as alterações cardíacas que a doença acarreta, tais como: falta de ar, cansaço e sopro cardíaco. Porém, essas complicações não são tão evidentes ou preocupantes. O Sistema Nervoso Central também é afetado; nele ocorre o surgimento de movimentos descoordenados, involuntários e sem objetivo, acometendo os membros inferiores e superiores (braços ou pernas) uni- ou bilateralmente. A doença é diagnosticada como autoimune, decorrente de um distúrbio do sistema de defesa do organismo que ataca os tecidos do próprio paciente.

No momento, José apresenta os membros superiores e inferiores atrofiados, fica confinado ao leito e recebe atendimento médico pelo PSF (Programa de Saúde da Família) a partir do diagnóstico de artrite reumática.

Complementando a informação e compreensão da doença, tem-se: “A artrite reumatoide (AR) é uma doença inflamatória crônica que pode afetar várias articulações. A causa é desconhecida, e a doença acomete as mulheres duas vezes mais do que os homens. Inicia-se geralmente entre 30 e 40 anos, e sua incidência aumenta com a idade. Os sintomas mais comuns são os da artrite (dor, edema, calor e vermelhidão) em qualquer articulação do corpo, sobretudo mãos e punhos. O comprometimento da coluna lombar e dorsal é raro, mas a coluna cervical é frequentemente envolvida. As articulações inflamadas provocam rigidez matinal, fadiga e, com a progressão da doença, há destruição da cartilagem articular e os pacientes podem desenvolver deformidades e incapacidade para realização de suas atividades tanto de vida diária como profissional. As deformidades mais comuns ocorrem em articulações periféricas como os dedos em pescoço-de-cisne, dedos em batoeira, desvio ulnar e hálux valgo (joanete)” (<http://www.reumatologia.com.br/>).

Moradores da casa: paciente e mãe.

José tem uma cuidadora formal (Joana), que trabalha no período da manhã, dá banho e cuida da casa.

Número de atendimentos: 27.

Tratamento atual da fisioterapia: melhora da respiração, fortalecimento dos membros e adaptação do paciente em se locomover sozinho até o quintal da casa (autonomia).

Dados coletados

Nesse bloco, descrevem-se todos os dados coletados durante os atendimentos psicológicos; a cada encontro são revistos e complementados os dados; portanto, esse relato segue uma ordem cronológica dos fatos, construindo uma lógica que facilita o entendimento e análise das relações contingenciais.

Sabe-se que muitas variáveis interferem no e influenciam o comportamento; sendo assim, considerou-se importante descrever sobre as impressões e o ambiente físico que o paciente vive, para que se possa ter uma ideia dessas variáveis: José fica num quarto que mede cerca de $2,5 \times 3$ m; há no aposento duas camas de solteiro que ficam de frente para a janela (um lado de cada cama fica encostado na parede); ao entrar no quarto, a cama de José (lado direito) é a primeira que se vê; há entre as camas um guarda-roupa de três portas (quase não há espaço entre os móveis). Ainda há um móvel que fica na frente da cama de José com uma TV (29 polegadas) e um aparelho de DVD; ao lado, um sofá pequeno e um ventilador.

A cama de José tem uma cabeceira de madeira (tipo baú), local onde ele apoia a cabeça sem travesseiro, que, segundo o paciente, foi a melhor adaptação para apoiar a cabeça. Sobre esse baú, ficam a CPU e o monitor e o teclado ao lado da cama ao alcance de José. Quando ele vai ao teclado, coloca em cima da barriga uma prancheta com o teclado (o computador foi adquirido em agosto de 2008). Do lado direito da cama de José, fica uma pequena caixa de madeira, onde ele guarda seus materiais de desenho (local de fácil acesso). O telefone ficava ao lado esquerdo da cama, junto à parede, sem fio, com uma base pequena, e, quando precisa usá-lo, retira da base e tecla os números com agilidade. A casa tem um quarto, uma cozinha, uma sala e um banheiro; fica na edícula da casa do irmão, que atualmente está trabalhando em outro país.

Primeiras impressões que a estagiária teve do paciente: "...quando se olha pela primeira vez, a vontade que se tem é de ficar olhando os detalhes; tem uma estatura de aproximadamente 1,20 m, parece pesar uns 70/75 kg, aparentemente obeso (barriga grande), a cabeça é maior do que o padrão, o pescoço grosso, pernas e braços, mãos e pés atrofiados (finos); é moreno-claro; tem a fala fanha, mas dá para entendê-lo perfeitamente."

A avaliação psicológica indicou: cognitivo e memória preservados; orientado no tempo e no espaço; bom raciocínio lógico; questiona, critica, desafia, é uma pessoa determinada; sociabilidade restrita; sorri pouco; atende a todos os estímulos que são direcionados à sua pessoa; é muito observador, dando a impressão de extremo controle.

Trata-se de um paciente atendido pela equipe do *home care* desde 2007; sendo assim, a fisioterapia manteve seus objetivos quanto ao tratamento. Em 2007, a psicologia acompanhou o paciente por seis sessões. Apresentou-se adaptado ao seu quarto (local que permanece por 24 horas) e ao acompanhamento fisioterápico; a queixa (incômodo) apresentada foi: "gostaria muito de ver as estrelas à noite e tomar sol pela manhã, coisas que não faço há seis meses". O irmão, antes de viajar a trabalho, reformou a casa (da frente), acrescentando um muro, o que não permite que o sol entre pela janela e nem mesmo possibilite a visibilidade das estrelas durante a noite.

Sendo assim, foi discutida em equipe essa necessidade do paciente, e a fisioterapia, a partir da informação, deu início aos exercícios com esse propósito. Depois de algumas semanas de exercícios e fortalecimento dos músculos necessários para a execução dos movimentos envolvidos, a equipe (fisioterapia e psicologia) planejou estratégias de adaptação à condição do paciente até o percurso do corredor da casa. O paciente ganhou autonomia para tomar sol e ver as estrelas quando desejasse.

Como o paciente foi acompanhado em 2007, a nova estagiária da psicologia realizaria novamente a triagem psicológica com o objetivo de identificar a existência ou não de queixas associadas ao seu problema de saúde. No primeiro contato com o

paciente, as queixas se referiram às mudanças relacionadas ao atendimento do *home care*, pois houve mudanças da equipe, de estagiários da psicologia e da fisioterapia e da supervisora da fisioterapia que acompanhava José em 2007. A supervisora anterior não estava escalada para o atendimento aos pacientes nesse dia. O paciente também se mostrou descontente quanto a outras mudanças: horário e dia da semana para o atendimento. Essa primeira verbalização foi importante para o processo de José, sendo possível discutir que há fatores que se podem controlar e outros não. Como, por exemplo, nesse momento no acompanhamento do *home care*, ele não tem controle quanto à formação da equipe, e aos dias e horários de atendimento, mas, quanto à adesão ao tratamento e possíveis resultados, sim.

Em todo o processo, José foi reforçado a dizer o que queria e o que ele considerava importante; assim, participaria ativamente do processo de cuidado à sua saúde. Essa participação foi de grande relevância, pois ele tinha condições de participar das decisões do acompanhamento, uma vez que, pela avaliação psicológica, ele tinha todos os processos cognitivos preservados e, conseqüentemente, a adesão ao tratamento era fortalecida.

Como era feito isto? A psicologia junto com ele realizava um exercício de “análise de contingências” (variáveis presentes); por meio da conversa e reflexão, ele discriminava o que o incomodava e, posteriormente, pensava-se (em conjunto) em formas de enfrentar as dificuldades; assim, José buscava alternativas no seu repertório para “suas dificuldades” e, quando apresentava repertório em déficit, realizavam-se técnicas comportamentais, como, por exemplo, o ensaio comportamental para que ele se colocasse de forma assertiva. As verbalizações dos incômodos do paciente foram de fundamental importância durante os 27 atendimentos, uma vez que sempre era necessário refletir sobre a sua necessidade e buscar novos repertórios de ação.

Em relação ao descontentamento da mudança nas condições do atendimento no *home care*, José se adaptou às novas condições – não apresentou mais queixas a respeito. E essa adaptação foi entendida como sendo o enfrentamento da dificuldade em relação às contingências novas, e, a partir do momento em que foi ganhando repertório para lidar com as novas pessoas, exercícios e possibilidades de relacionamento, as queixas foram diminuindo até desaparecerem, e José passou a relatar que foi boa a mudança.

Em um dos atendimentos, José comentou sobre o filme a que assistiu (“Instinto Selvagem”), fazendo relação com a sua liberdade. Referiu que queria muito conseguir ir para fora, ver o céu; agora que conseguiu, já não fazia mais sentido, não tem o mesmo impacto; como no filme, depois que o ator conseguiu o que mais queria, perdeu o sentido do desejo inicial. Essa reflexão foi importante, pois serviu com um estímulo discriminativo para a discussão de novas possibilidades de ações e para traçar novas metas. Ao ser investigada a autonomia de José, observou-se que ele apresenta um padrão de comportamento interessante quanto à compra e consulta de produtos diversos de seu interesse, que era realizada por telefone e, quando se interessava, solicitava a entrega em casa. Sendo assim, ele mostrou que tinha comportamentos adaptativos positivos quanto a formas de adquirir o que queria, como também de criar meios de atingir seus propósitos.

“...Apesar de eu conseguir “me virar bem”, sou diferente das outras pessoas – tenho que ficar na espera de que os outros venham até aqui, já que não ando e as outras pessoas podem ir e vir quando quiserem. Eu tenho muita dificuldade em ter

uma atividade profissional, já que não tenho como ir trabalhar.” Essa fala serviu como um objetivo, uma meta para o atendimento psicológico de José. Que repertório comportamental José teria para que se tornasse um trabalho rentável?

A partir dessa fala foi retomada com José a atividade artística que ele realiza. José desenha personagens de desenhos animados e heróis estilizados, como também outras coisas que são solicitadas, com muita qualidade. Todas as vezes que alguém vai até sua casa, José mostra sua pasta de desenhos e recebe muitos elogios, pois são bem-feitos, com traços fortes e definidos. Sendo assim, a psicologia começou a discutir com José a possibilidade de explorar essa habilidade. José aprovou a ideia e ficou de pensar o que poderia fazer.

A estagiária de psicologia levou para José uma camiseta e uma caneta para tecido, e solicitou a ele que desenhasse na camiseta. O objetivo foi verificar como essa atividade deveria se adequar à sua condição física. José desenhou e foi um sucesso; os outros estagiários do *home care* se interessaram pela atividade artística, e José passou a ser remunerado ao pintar camisetas encomendadas. A estagiária de psicologia passou a usar a camiseta, e várias pessoas naturalmente se interessaram, aumentando as encomendas.

A partir dessa vivência, a qual foi reforçada, José passou a pensar em outras formas de divulgar seus desenhos, vislumbrando um possível trabalho de *freelance*. Na cidade em que José mora há um projeto denominado “Art e Vida” em que ele poderia expor seus desenhos. Foram dados a José os telefones de contato para que ele se organizasse quanto à exposição de seu trabalho. Essa atitude teve como objetivo realizar junto ao paciente a análise da relação entre seus comportamentos de autonomia adequados e a busca do trabalho, fortalecendo a sua autonomia para essa nova ação. O contato foi realizado por José e ele expôs seus desenhos. Nesse momento fica claro que José tem condições de buscar aquilo a que se propõe. Então, a estagiária de psicologia propôs que José pensasse em trabalhar, até mesmo fora de casa, já que há várias empresas contratando pessoas com condições especiais.

Foram entregues alguns telefones de empresas para José fazer contato, e ele informou que um sobrinho o estava ajudando a fazer seu currículo. José não retomou mais o assunto, e, por meio da análise das contingências – a autonomia física do paciente, o tempo que levaria para que isso ocorresse e o pouco tempo de atendimento que se teria até o fim do ano –, percebeu-se que essa meta foi inadequada, mostrando que era mais uma expectativa da equipe do que do paciente. Sendo assim, em função das atividades que deveriam ser desenvolvidas no processo, o desejo de trabalhar fora de casa não foi mais incentivado pela equipe, uma vez que o paciente teria que adquirir ainda sua autonomia para se locomover e não tinha como prever um tempo para isso.

Iniciou-se nesse momento uma discussão em equipe, sobre uma forma de construir um meio de locomoção para José, isto é, um “carrinho”, para aumentar sua independência, visto que cadeira de rodas não seria adequada, em função de sua deficiência nos membros superiores. Não tinha ainda sido discutido com o paciente essa ideia, mas a equipe estava refletindo sobre ela.

Nos atendimentos que se seguiram, o paciente estava sempre bem-humorado, desenhando nas camisetas; desenhando outras figuras, mais personagens de super-heróis, desenvolvendo sua criatividade. José pediu à equipe de fisioterapia que fortalecesse mais os músculos de sua coluna para ganhar resistência, ter mais mobilidade e ficar sentado,

indicando que as ações realizadas pela equipe estavam sendo reforçadoras, já que José se mostrava motivado para as atividades funcionais que a equipe estava propondo.

Foi sugerida a ideia de cartões para divulgação de seus trabalhos. No atendimento seguinte, José mostrou os cartões de produção própria.

Em um dos atendimentos, lançou-se a ideia a respeito da aquisição de um computador (talvez um *laptop* e Internet), que seria bom para ele se relacionar com o mundo, ter contato com outras pessoas com o mesmo problema dele, descobrir coisas novas, divulgar os trabalhos que faz e tantas outras coisas que poderiam ser possíveis através do computador. Foram discutidas algumas possibilidades, e, na semana seguinte, José informou que adquiriu um computador e que este iria chegar em uma semana, parcelando o pagamento com suas economias.

Na instituição de ensino de que esse projeto faz parte, há o curso de informática; sendo assim, foi proposto a José a possibilidade de um aluno se deslocar até sua casa para dar-lhe informações básicas na utilização do computador e Internet. José aceitou a proposta.

Chegaram as férias, e José ficou sem atendimento por um mês. No primeiro dia de atendimento, José comentou que ficou resfriado e, por isso, não tinha feito mais desenhos, não tinha feito os exercícios fisioterápicos determinados. Esse fato mostrou o quanto a presença da equipe servia como um estímulo para que José se comportasse adequadamente frente aos seus objetivos. Esse fato foi discriminado e José referiu que não tinha percebido. José foi avisado de que receberia um aluno da informática para ensiná-lo a usar melhor o computador, ajudando-o na adaptação de suas condições físicas.

A mãe de José – D. Maria – apresentou uma queixa dizendo que o “computador estava atrapalhando”, pois José ficava até muito tarde com ele ligado, atrapalhando seu sono, e ela ficava impossibilitada de assistir a seus programas prediletos. Essa queixa foi importante para que se pudesse começar a discutir a separação de “quarto”, para ambos terem privacidade e também para que José pudesse ganhar mais independência. D. Maria referiu que não se sentiria bem em dormir na sala.

Sendo assim, foi conversado com José e D. Maria, juntos, a respeito do incômodo que D. Maria estava sentindo e sobre o uso do computador. Ambos expuseram seus pontos de vista, entrando em acordo. Foi afirmada a importância da comunicação entre eles, uma vez que mal-estares poderiam ser eliminados a partir de conversas, e esse comportamento, comunicação, se apresentava em déficit.

José apresentou preocupações com as perdas significativas que terá no final do ano, uma vez que perderá a estagiária de psicologia e a cuidadora, que alega que precisará arrumar outro emprego em função da condição econômica por que está passando. Novamente foi discutida com José a impossibilidade de controle de tudo, que perdas todos sofrem, que elas geram medos e ansiedades, mas é preciso enfrentá-las. Foi retomado a vivência anterior e José disse que iria enfrentá-la.

A ideia do “carrinho” foi amadurecida e discutida com o paciente e D. Maria, uma vez que seria preciso adaptar os degraus da casa para que o paciente tivesse livre acesso. Foi feito um protótipo inicial de um carrinho de rolimã, para verificar como o paciente iria se adaptar locomovendo-se pela casa. O protótipo foi aprovado pelo paciente e pela equipe, e, a partir daí, foi fabricado um definitivo e readequado ao paciente. Além de conseguir locomover-se pela casa, ir até o quintal e garagem da casa sem precisar da ajuda de outras pessoas, poderia fazer isso a qualquer hora.

Com o fim do ano se aproximando, José queixou-se de que estava muito aflito pela saída da cuidadora formal, e estava preocupado porque sua mãe não ia permitir que Joana o visitasse depois que fosse embora; discriminou a perda de reforçadores. Como ele se afeioou muito a ela, estava sofrendo, e pediu que a estagiária falasse com D. Maria e explicasse o quanto a cuidadora era importante para ele, e que não vê-la mais iria trazer tristeza, indicando o déficit no repertório de comunicação com a mãe.

Nesse momento foi discutido com José o que significava a “Joana”, e ele concluiu que ela era, além de cuidadora, uma mulher que lhe dava atenção, dava banho nele e era muito bonita. E, por esses motivos, a perda seria muito grande. Em nenhum momento, o paciente deixou claro que havia envolvimento físico entre eles, mas afetivo, sim. José dizia que havia se apegado a Joana; não referia paixão, amor, e sim a atenção que ela lhe dava, o que era reforçador.

A estagiária conversou com D. Maria; ela referiu que não havia porquê de Joana vir visitá-lo, já que era uma funcionária que estava decidindo sair de lá. A estagiária da psicologia explicou todo o processo de perdas de reforçamentos que o paciente estava enfrentando; pontuou que a necessidade de manter contato com as pessoas tinha criado um vínculo e possibilitou a conversa entre mãe e filho, uma vez que já tinha sido discriminado o déficit.

Ao fim do ano, a cuidadora se ausentou e ficou de manter contato. José pediu que a estagiária de psicologia continuasse dando apoio, mesmo no período de férias, para que ele pudesse dar conta de enfrentar os problemas relacionados à separação.

Levando-se em conta a história de enfrentamento do paciente e as dificuldades por ele apresentadas, além da garantia de que ele manteria o que tinha adquirido ao longo do ano, foi decidido que a estagiária de psicologia continuaria a dar suporte para o paciente esporadicamente, até o início de uma nova estagiária.

CONCLUSÃO

Por meio das intervenções, o paciente modificou seu repertório de comportamentos, uma vez que a equipe funcionou como um fator facilitador para o desenvolvimento de José, possibilitando-lhe discriminar o que desejava e verbalizar suas ideias, assim como refletir sobre valores, pensamentos e sentimentos; desenvolver e adaptar suas habilidades, tais como, pintura em camisetas, exposições dos trabalhos realizados, criação de seus cartões de apresentação, confecção de seu currículo, aquisição e manuseio de um computador e autonomia para locomover-se.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, N. N.; Cunha, M. C. B. e cols. (2001) Assistência Domiciliar à Saúde (Home Health Care): sua História e sua Relevância para o Sistema de Saúde Atual. **Revista de Neurociências**, 9 (3): 111-117.
- Bellehumeur, C. e cols. (2007). **Home Care: Cuidados Domiciliares: Protocolos para a Prática Clínica**. Revisão técnica: C. A. Ribeiro e M. S. Abrahão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cunha, M. A. O. e Moraes, H. M. M. (2007). A assistência domiciliar privada em saúde e suas estratégias (aparentes e ocultas). **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(6): 1651-1660.

- Duarte, Y. A. O. e Diogo, M. J. D. (2000). Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico. *In: Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.
- Fabício, S.C.C.; Wehbe, G. e cols. (2004). Assistência Domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 12(5): 721-6, setembro/outubro.
- Falcão, H. A. (1999). Home Care: uma alternativa ao atendimento da saúde. *In: Med On Line*, 2, (7), jul/ago/set.
- Giacomozzi, C. M. e Lacerda, M. R. (2006). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem** (Florianópolis), 15(4):645-53, outubro/dezembro.
- Kerber, N. P. C.; Kirchhof, A. C. e Vaz, M. R. C. (2008). Vínculo e satisfação de usuários idosos com a atenção domiciliária. **Texto Contexto Enfermagem** (Florianópolis), 17(2): 304-12, abril/junho.
- Kerber, N. P. C.; Kirchhof, A. C. e Vaz, M. R. C. (2008). Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Caderno de Saúde Pública** (Rio de Janeiro), 24 (3): 485-493, março.
- Puschel, V. A. A.; Ide, C. A. C. e Chaves, E. C. (2005). Competências psicossociais para assistência domiciliar. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, 58(4): 466-70.
- Puschel, V. A. A.; Ide, C. A. C. e Chaves, E. C. (2005). Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar: condições de aplicabilidade. **Acta Paul. Enfermagem**, 18 (2): 203-12.
- Puschel, V. A. A.; Ide, C. A. C. e Chaves, E. C. (2006). Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar – bases conceituais. **Revista Escola Enfermagem USP**, 40(2): 261-8.
- Rehem, T. C. M. S. B. e Trad L. A. B. (2005). Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(supl.): 231-242.
- Rodrigues, G. G. O. (2008). Sistemáticas de avaliação de satisfação do cliente utilizadas pelos serviços privados de assistência domiciliar em saúde de Porto Alegre. *In: Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização*. Orientador: Prof. Dr. Roger dos Santos Rosa. Porto Alegre: Universidade Federal de Porto Alegre.
- Sakata, K. N.; Almeida, M. C. P. e cols. (2007). Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, (Brasília): 60(6): 659-64, novembro/dezembro.
- Santos, N. C. M. (2005). **Home Care: a enfermagem no desafio do atendimento domiciliar**. 1.^a ed. São Paulo: Iátria.

Atuação do Psicólogo em uma Unidade de Transplante de Fígado: Características do Trabalho e Relato de Caso

*M. Cristina O.S. Miyazaki
Randolfo Santos Junior
Neide A.M. Domingos
Nelson I. Valerio*

Transplante de fígado é a opção terapêutica para prolongar e melhorar a qualidade de vida de pacientes portadores de doenças hepáticas crônicas (Santos Jr. e cols., 2008). Com diferentes etiologias (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 (Felicio, 2007).

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 cada vez mais (Kroon, Drent, van den Berg e Haagsma, 2007; Cetingok, Hathaway e Winsett, 2007).

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 dessa equipe.

Quando um paciente é encaminhado para o Ambulatório de Transplante de Fígado do Hospital de Base e o médico o avalia como um potencial candidato à cirurgia,

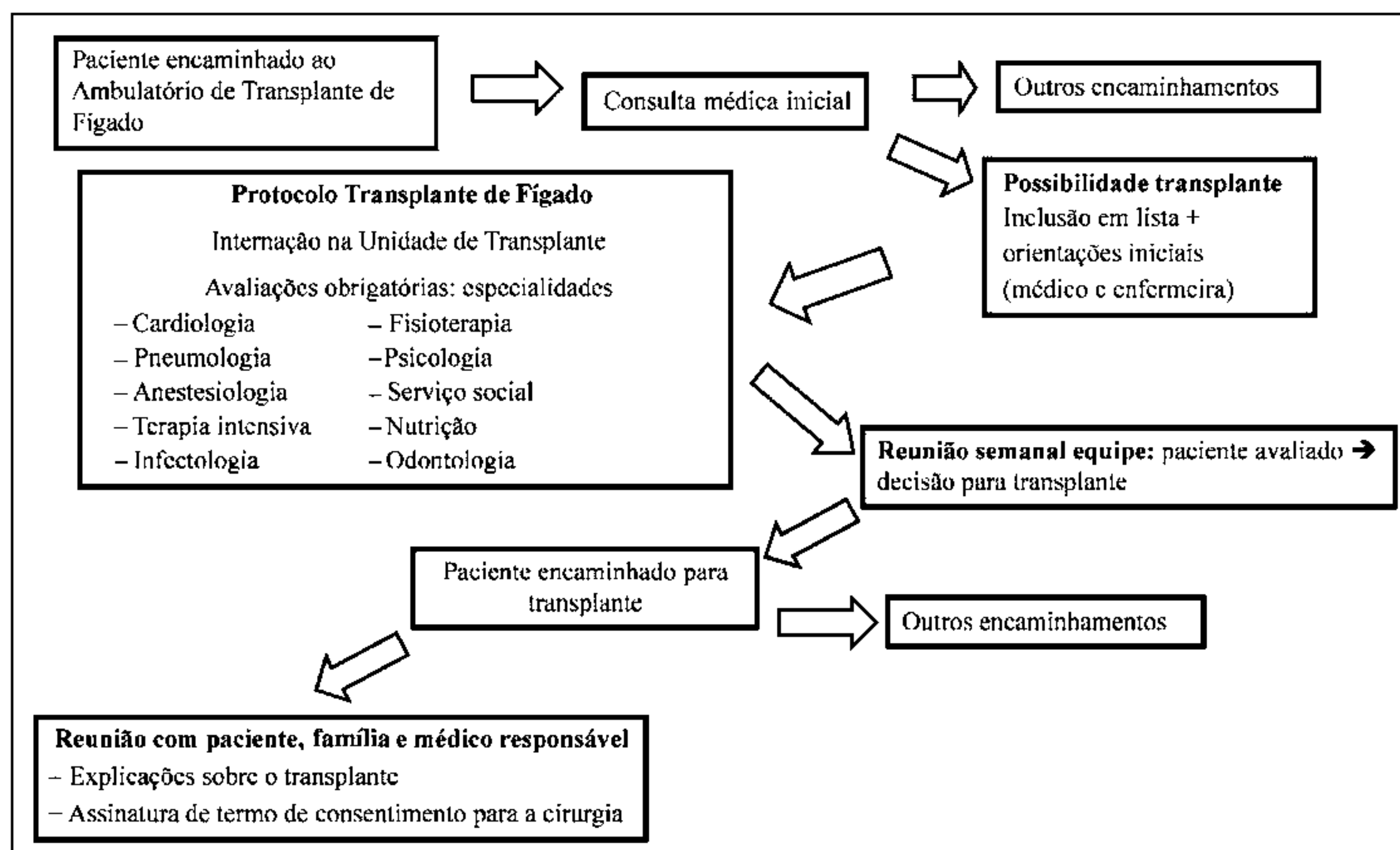


Fig. 4.1 Representação do atendimento a pacientes do Ambulatório de Transplante de Fígado do Hospital de Base, considerados possíveis candidatos ao transplante. (Santos Jr., Miyazaki, Silva, Pagotto, Longo Jr. e Colombo, 2006; reproduzida com autorização dos autores.)

este ingressa no Protocolo de Transplante de Fígado. Uma representação gráfica deste atendimento está apresentada na Fig. 4.1 (Santos Jr., Miyazaki, Silva, Pagotto, Longo Jr. e Colombo, 2006).

Esse Protocolo é uma avaliação global do paciente, realizada por uma equipe interdisciplinar. Ao final das avaliações de cada área, os profissionais 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 “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. e cols., 2006, p. 254).

Cada área (ou profissional) possui objetivos específicos ao avaliar o paciente. A avaliação psicológica visa identificar aspectos que requerem cuidados fornecidos tanto pelo psicólogo (ex.: psicoterapia cognitiva comportamental quando um transtorno de ansiedade é identificado), como por outros profissionais (ex.: orientações sobre os períodos pré- e pós-operatório, fornecidas pela enfermeira e pelos médicos). De forma 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 associadas ao mesmo” (Santos Jr. e cols., 2006, p. 254). Em suma, a avaliação psicológica visa identificar aspectos comportamentais, ambientais e sociais que possam facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento antes e depois do transplante.

Quando um paciente é transplantado, sua colaboração e de sua família ou cuidadores é esperada e necessária, tanto na adesão ao tratamento (ex.: uso adequado de medicações) como em mudanças definitivas no estilo de vida (ex.: nunca mais ingerir álcool).

Após o transplante, o paciente necessitará 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 (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 familiares). Isso implica identificar se o repertório atual é ou não compatível com o repertório 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 e cols., 2007).

O Quadro 4.1 fornece uma síntese das questões que podem ser respondidas pela avaliação psicológica no contexto de transplantes de órgãos (Levenson e Olbrisch, 2000; Santos Jr. e cols., 2006).

Quadro 4.1 *Questões que Podem Ser Respondidas pela Avaliação Psicológica de Pacientes Candidatos a um Transplante de Órgãos*

1. Que estratégias de enfrentamento o paciente e seus familiares utilizam para lidar com situações de estresse intenso? Existe necessidade de intervenção psicológica ou desenvolvimento de habilidades antes da cirurgia para evitar, por exemplo, comportamentos de fuga ou esquivas?
2. O paciente tem algum transtorno mental (ex.: abuso de substâncias) ou sintomas que causam sofrimento clinicamente significativo (ex.: ansiedade)? Possui história de transtorno mental (ex.: depressão)? Se o paciente tem história de abuso de substâncias, qual o risco de recidiva? Necessita de intervenção psicológica antes da cirurgia?
3. Possui 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 riscos associados ao procedimento? Ou 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? Ou 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 forma a funcionarem como uma linha de base do comportamento atual, que permitirá comparação com o comportamento posterior (pós-cirurgia) e auxiliará a monitorar mudanças importantes?

Quadro 4.2 *Protocolo de Avaliação Psicológica Pré-cirúrgica Utilizado pelo Serviço de Psicologia do Hospital de Base/Unidade de Transplante de Fígado/Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto*

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. (descrita com detalhes em Santos Jr. e cols., 2006).
2. Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (Ciconelli, Ferraz, Santos, Meinão e Quaresma, 1999).
3. Entrevista Clínica Estruturada CIS-R (Botega, Zamignani, Garcia Jr., Bio e Pereira, 1994).
4. Inventários de Depressão e de Ansiedade de Beck (Cunha, 2001).
5. Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais Acerca do Álcool (IECPA) (Gouveia, Ramalheira, Robalo, Borges e Rocha, 1996).

Para que todas essas questões sejam respondidas, um protocolo de avaliação psicológica é utilizado. O protocolo utilizado pelo Serviço de Psicologia do Hospital de Base está descrito brevemente no Quadro 4.2, uma vez que sua apresentação detalhada já foi publicada (Santos Jr. e cols., 2006).

Uma síntese das informações obtidas com a avaliação psicológica permite elaborar um relatório, que é anexado ao prontuário do paciente. Este deve ser breve, redigido em linguagem clara e acessível a todos os membros da equipe. Deve também conter informações essenciais, que auxiliem a compreender necessidades individuais e estilo de funcionamento do paciente, bem como as recomendações feitas pelo psicólogo (Quadro 4.3).

Quadro 4.3 *Exemplo de Relatório de Avaliação Psicológica Incluído no Prontuário do Paciente*

Relatório de Avaliação Psicológica

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 um ano), com quem relata ter ótimo relacionamento. Continua trabalhando como vendedor, embora, se não estivesse doente, teria mudado de profissão.

Não relata história de transtornos mentais, e o diagnóstico da doença (há quatro anos) veio como uma “enorme surpresa”.

Sua ansiedade em relação à situação atual parece adequada e tem procurado informar-se como lidar com o estresse (ex.: faz perguntas, achou 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 suas verbalizações durante a entrevista indicam funcionamento cognitivo adequado.

CIS-R: Não há história de transtorno mental (inclusive de abuso ou dependência de substâncias), e não foram identificados sintomas em número suficiente para diagnóstico de um transtorno atual.

(continua)

Quadro 4.3 Exemplo de Relatório de Avaliação Psicológica Incluído no Prontuário do Paciente (continuação)

Conclusão: Paciente alerta, orientado, com funcionamento intelectual e cognitivo aparentemente preservados 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: Recomendo 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.

RELATO DE CASO

PACIENTE

Mulher, 25 anos, segundo grau completo, casada, possui uma filha de sete 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; não participação nos grupos de orientação e atitude passiva e desinteressada nas consultas médicas, pautadas pela crença “quando me chamarem para o transplante, eu vou fugir”.

HISTÓRICO DE VIDA RECENTE

Encaminhada por 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 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 necessária.

A necessidade do transplante, como medida de urgência e única condição de sobrevivência, tornou 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: a irmã, também acometida por hepatite viral, faleceu no centro cirúrgico durante transplante hepático, realizado em outro serviço há dois anos.

Na ocasião, a paciente aguardava, na experiência da irmã, uma motivação para se submeter também ao tratamento. Com a morte da irmã (“o transplante não deu certo

e ela morreu”) e o sofrimento e luto vividos pela família, adotou uma postura de esqui-va 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 sete anos de idade.

Relatou receber apoio insatisfatório do esposo, que, desde o diagnóstico e 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 in-tenso, apatia, desesperança, culpa e pessimismo, permeados pelas crenças em uma “cura milagrosa” e “morrer logo e dar paz para todos”. Quando realizou a avaliação psicoló-gica obrigatória pré-transplante na equipe, o psicólogo recomendou atendimento psi-coterápico pré-cirurgia. Essa recomendação baseou-se no quadro de depressão apre-sentado pela paciente e nas intensas dúvidas da mesma em relação à cirurgia. Além dis-so, 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 temores associa-dos 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 exa-mes realizados durante o protocolo pré-transplante.

Os instrumentos apresentados no Quadro 4.2 foram utilizados na avaliação da paciente. Durante a entrevista, esta relatou o impacto que o diagnóstico e a evolução da doença tiveram na sua rotina diária, nos relacionamentos interpessoais e na autoimagem. A partir de seu relato, foi possível identificar diversas distorções cogni-tivas (Quadro 4.4).

Quadro 4.4 *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, de cada 50 pacientes transplantados, apenas um 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, tornei-me 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 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.”

O Quadro 4.5 apresenta uma síntese de dados, também obtidos durante a avaliação inicial.

Quadro 4.5 Síntese de Dados Obtidos durante a Avaliação Inicial:
Situações Temidas, BDI, BAI, CIS-R e SF-36

• Situações temidas pela paciente em ordem de prioridade	• UTI (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.
• BDI	• Escore: depressão moderada Sintomas cognitivos: tristeza constante, culpa, pessimismo, desesperança e perda de interesse; Sintomas somáticos: cansaço, perda de apetite e de interesse sexual. É importante ressaltar que, nesse caso, as queixas somáticas provavelmente estão associadas a sintomas da doença hepática.
• BAI	• Escore: ansiedade moderada Incapacidade de relaxar, nervosismo, inquietação, medo de morrer e reações de sobressalto.
• CIS-R	• Queixas importantes: Insônia, perda de concentração, ansiedade, depressão, fadiga e irritabilidade.
• SF-36	• Domínios mais afetados: Capacidade funcional, aspecto físico, aspecto social e saúde mental.

Em situações clínicas de ansiedade e medo, é comum que o paciente realize 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).

A partir disso, pode-se supor 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 e cols. (1997), pacientes com depressão tendem a processar informações a partir de julgamentos distorcidos da realidade, que acentuam uma autoimagem de fracasso e inadequação, visão negativa do futuro e percepção do mundo como sendo hostil, cheio de obstáculos intransponíveis.

ENCAMINHAMENTO

A partir da avaliação psicológica foi estruturada uma intervenção com duas sessões semanais de 50 minutos, 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 ao 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 pela 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, uma vez que pacientes no topo da fila de espera sofrem com 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 essa 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 para ser operada a qualquer momento é o mais difícil... se tivesse um dia marcado pelo menos... tenho medo do 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. No pós-operatório, essas técnicas foram também utilizadas para manejo da ansiedade na UTI e para enfrentamento de dor.

Psicoeducação e reestruturação cognitiva foram intimamente associadas durante todo o processo. Crenças rígidas, baseadas em generalizações e inferências a partir de conclusões pessoais ou fontes não formais, 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, que o médico discutisse com a paciente, a partir das crenças da mesma, 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.

O grupo de sala de espera é uma reunião de profissionais (psicólogos, enfermeira, assistente social e nutricionista) com pacientes em fila de espera, pacientes transplantados e respectivos familiares. Seu objetivo é discutir temas ligados ao tratamento, como inscrição e andamento da fila de espera, direitos sociais, dietas, comportamentos de adesão e enfrentamento dos estressores comuns à espera pela cirurgia, internações e complicações da doença. Muitos pacientes já transplantados e reintegrados social e profissionalmente comparecem às reuniões e discutem suas experiências como candidatos ao transplante (Miyazaki, Pagotto, Longo Jr., Silva e Silva, 1999).

Durante as sessões de terapia, a paciente treinou com o psicólogo o aprimoramento da 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 (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 à 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, com 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, permite compartilhar estratégias e a modelagem de comportamentos adaptativos frente aos 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 frente às 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 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 que realizava 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 perspectiva. Compreendeu que a UTI é um espaço para pacientes que necessitam de 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, onde esta 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” (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 (Felicio, 2007). Nesse caso, psicólogo e paciente decidiram juntos as estratégias a serem utilizadas para facilitar o enfrentamento: para essa 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, Domingos e Valerio, 2006).

A reestruturação cognitiva busca identificar crenças disfuncionais a partir de registros ou análise do discurso do paciente e submetê-las a questionamentos, buscando evidências que apoiam tais 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 a partir do pequeno número de transplantados presentes nos corredores do ambulatório. Além de justificar seu comportamento de esquiva durante boa parte do tratamento, gerava medo, sensação de desamparo e justificava sua decisão de não se submeter à cirurgia. É importante considerar que, por mais irracional que a manifestação de tais crenças possa parecer, aos olhos do paciente é uma situação real, geradora 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 vejo 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 até a cada seis meses. Além disso, muitos pacientes voltam para as suas regiões de origem e continuam lá o acompanhamento.

Paciente: Eu não sabia disso e via sempre os pacientes entrando lá naquele grupo.

Terapeuta: Na verdade, eles comparecem aqui toda semana apenas 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 pra 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 a um ano?

Paciente: Daqui a um 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, na hora, recuar. 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 muda seus sentimentos, sua atitude diante do problema?

Paciente: Estou aprendendo a ver isso.

Terapeuta: Agora que você sabe que a maioria dos pacientes sobrevivem à cirurgia...

Paciente: Isso muda um pouco... acho que passei tanto tempo me preparando pra fugir do transplante... sobrou pouco tempo pra 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, existe 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, há um 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 pra 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 fê, mas eu sempre fui forte; todo mundo me procurava pra ouvir conselhos, pra 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, 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, permitindo 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 foram especialmente importantes durante o período de permanência na UTI e adaptação inicial após a alta. Quatro meses depois da cirurgia, a paciente foi reavaliada e os resultados mostraram melhora significativa na qualidade de vida, especialmente capacidade funcional, aspectos sociais e emocionais. Após um 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.

CONCLUSÕES

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 efetividade do mesmo, isto é, sua utilidade em responder adequadamente às questões da 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 permitirão construir conhecimentos compatíveis com as necessidades de nossos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. e Emery, G. (1997). **Terapia cognitiva da depressão**. (Sandra Costa, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Botega, N. J.; Zomignani, M. A.; Garcia Junior, C.; Bio, M. R. e Pereira, W. A. B. (1994). Morbidade psiquiátrica no hospital geral: utilização da edição revisada da "Clinical Interview Schedule CIS-R". **Revista ABP-APAL**, 16: 57-62.
- Cetingok, M.; Hathaway, D. e Winsett, R. (2007). Contribution of post-transplant social support to the quality of life of transplant recipients. **Social Work in Health Care**, 45: 39-56.
- Ciconelli, R. M.; Ferraz, M. B.; Santos, W.; Meinão, I. e Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, 39: 143-50.
- Cunha, J. A. (2001). **Manual da versão em português das Escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Felicio, H. C. C. (2007). Manual de orientações para pacientes e familiares: transplante de fígado. 2007. **Dissertação de Mestrado**. São Paulo, SP: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.
- Goetzmann, L.; Klaghofer, R.; Wagner-Huber, R.; Halter, J.; Boehler, A.; Muellhaupt, B.; Schanz, U. e Buddeberg, C. (2007). Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after organ transplant: Results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients. **Journal of Psychosomatic Research**, 62: 93-100.
- Gouveia, J. P.; Ramalheira, C.; Robalo, M. T.; Borges, J. C. e Rocha, J. A. (1996). **Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais sobre o Álcool (IECPA)**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kroon, L.; Drent, G.; van den Berg, A. P. e Haagsma, E. B. (2007). Current health status of patients who have survived for more than 15 years after liver transplantation. **The Netherlands Journal of Medicine**, 65: 252-258.
- Levenson, J. L. e Olbrisch, M. E. (2000). Psychosocial screening and selection of candidates for organ transplantation. In: P. T. Trzepacz e A. F. DiMartini (Eds.). **The Transplant Patient: Biological, Psychiatric, and Ethical Issues in Organ Transplantation**. Cambridge: Cambridge University, p. 21-40.
- Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M. e Valerio, N. I. (2006). **Psicologia da Saúde. Teoria e prática**. São José do Rio Preto: THS Arantes.
- Miyazaki, M. C. O. S. (2004). Diálogo Socrático. In: Abreu, C. N. e Guilhardi, H. J. (Org.). **Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental. Práticas clínicas**. São Paulo: Roca, p. 311-319.
- Miyazaki, M. C. O. S.; Pagotto, K.; Longo Jr., O.; Silva, R. e Silva, R. (1999). Atendimento em grupo de sala de espera para pacientes do ambulatório de transplante de fígado. **Avances recientes en psicologia clinica y de la salud**. I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud. Granada, Espanha: APICSA, p. 266.
- Oliveira, I. R. e Pereira, M. O. (2004). Questionando crenças irracionais. In: C. N. Abreu e H. J. Guilhardi (Orgs.), **Terapia Comportamental e Cognitivo-comportamental. Práticas clínicas**. São Paulo: Roca, p. 371-382.
- Santos Jr., R.; Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M.; Valerio, N. I.; Silva, R. F. e Silva, R. C. F. M. (2008). Patients Undergoing Liver Transplantation: Psychosocial Characteristics, Depressive Symptoms, and Quality of Life. **Transplantation Proceedings**, 40: 802-804.
- Santos Jr., R.; Miyazaki, M. C. O. S.; Silva, R. C. M. A.; Pagotto, K. F.; Longo Jr. O. e Colombo, M. R. (2006). Avaliação psicológica de candidatos e pacientes submetidos a transplante de fígado. In: Miyazaki, M. C. O. S.; Domingos, N. A. M.; e Valério, N. I. (Org.). **Psicologia da Saúde. Pesquisa e prática**. São José do Rio Preto: THS Arantes, p. 253-269.
- Spira, J. (1997). **Group therapy for medically ill patients**. New York: Guilford.
- White, J. R. e Freeman, A. S. (2003). **Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo**. São Paulo: Roca.

AIDS no Contexto Hospitalar: Manejo Psicológico

Karina Magalhães Brasio

ORIGEM E EVOLUÇÃO DO VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV) E DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

A síndrome de imunodeficiência adquirida — AIDS — foi descrita inicialmente em 1981, nos EUA. Em 1983 foi descoberto o agente etiológico, denominado mais tarde vírus de imunodeficiência humana — HIV (Amato e cols., 1996).

O vírus HIV está presente em fluidos do organismo humano como sangue, sêmen, secreção vaginal, saliva etc. Este vírus ataca o sistema imunológico, em especial os linfócitos T4 (CD4+), e desencadeia 26 enfermidades diferentes, de acordo com o critério dos Centers for Diseases Control (CDC) dos Estados Unidos.

Deste modo, a infecção por HIV é uma doença transmissível produzida por um retrovírus que afeta diretamente o sistema imunológico, produzindo sua destruição. Apresenta um amplo espectro de manifestações clínicas, que vão desde a infecção aguda inicial. Neste momento, esta infecção é sintomática e passa por um longo período assintomático, podendo levar anos de duração, até desembocar em uma série de infecções oportunistas e/ou neoplasias, como, por exemplo, o sarcoma de Kaposi, que definem o estado mais avançado da doença, denominado AIDS (Costa, Damiano e Rubio, 1992; Roitt, Brostoff e Male, 1993; Remor, 1997).

Assim, através da cifra de linfócitos CD4 e do número da carga viral, há a possibilidade de identificar se um paciente apresenta risco ou não de progredir para o diagnóstico de AIDS (Phair e cols., 1997).

A AIDS e a infecção pelo HIV são problemas da Saúde Pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2000, em nível mundial, foram identificados cerca de 13 a 18 milhões de casos de AIDS e 30 a 40 milhões de soropositivos.

A incidência anual de AIDS vem crescendo, principalmente na transmissão heterossexual, e o número de mulheres infectadas aumentou significativamente. Em homens, homossexuais e bissexuais, observa-se uma estabilização dos casos desde 1992. Em receptores de transfusões de sangue, o número de casos novos está em declínio, principalmente em países desenvolvidos. Talvez porque as estratégias de detecção de sangue contaminado estejam mais avançadas e rígidas.

O surgimento da AIDS causou um grande impacto na humanidade, por ser uma doença relacionada à sexualidade e ao uso de drogas injetáveis e, principalmente, pela ação devastadora sobre seu portador.

A AIDS, por estar vinculada à ideia de morte e a comportamentos de risco, como o uso de drogas injetáveis e o sexo inseguro, desencadeia na sociedade o medo, a discriminação e o preconceito. Assim, as representações sociais e os mitos relacionados à doença colaboram para estigmatizar e abalar o moral do portador, de seus familiares e amigos (Parker, 1998).

Cassorla (1990) refere que o paciente com AIDS se sente marginalizado e estigmatizado pela sua condição. Pode também sentir-se culpado pelo seu estado e pela existência da doença, caso a tenha contraído em virtude de suas próprias ações, avaliadas pelo seu próprio julgamento como socialmente condenáveis.

Em decorrência da AIDS, a intimidade do sujeito é devassada, uma vez que sua transmissão supõe atos privados que acabam tendo consequências públicas. A intimidade se torna desnuda, trazendo como consequência, frequentemente, a marginalização social (Castro-Perez, 1988).

Aspectos Psicológicos e AIDS

A infecção por HIV e AIDS não desencadeia alterações psicológicas nos indivíduos afetados, com exceção daqueles casos nos quais a doença afetou estruturas neurológicas. No entanto, a partir de experiência clínica observa-se que os pacientes apresentam, em maior ou menor grau, algum tipo de transtorno psicológico.

As reações do paciente frente ao diagnóstico são variadas, de acordo principalmente com suas características comportamentais, seu modelo cultural, suas condições socioeconômicas, sua história de desenvolvimento pessoal e familiar, entre outros fatores.

Desde o momento em que o indivíduo adotou um comportamento de risco, desconfiou que poderia estar contaminado, procurou realizar o exame, recebeu o resultado positivo e iniciou o tratamento, propriamente dito, pode passar por diferentes fases e reações emocionais. Estas reações vão desde a revolta, apatia, desespero, culpa, depressão, medo da discriminação e rejeição até a aceitação do diagnóstico. No entanto, não existe uma reação psicológica-padrão, porque cada paciente responde de uma forma, de acordo com sua capacidade de enfrentamento de situações de risco, a sua história de vida, o seu apoio social e familiar, a sua estrutura psicológica, a sua qualidade de vida no momento, entre outros inúmeros fatores.

Deste modo, um paciente pode reagir com uma exagerada carga emocional ou com uma quase indiferença. Embora não exista uma reação psicológica-padrão, pode-se identificar alguns comportamentos mais frequentes em diferentes fases da doença (Remor, 1999).

Reações Psicológicas às Diferentes Fases de Evolução da Doença

Quando a pessoa suspeita estar infectada pelo HIV, considera que teve algum comportamento de risco que justifica fazer o exame. O que geralmente se nota é que, em momentos anteriores, a pessoa passou por uma época de dúvida na qual a possibilidade de ser soropositivo já havia gerado algum tipo de reação emocional, geralmente relacionada a um estado de ansiedade. Observa-se, frequentemente, que, durante a espera do resultado, as reações de ansiedade estão mais evidentes. Essas manifestações podem vir acompanhadas de transtornos somatoformes, como, por exemplo, cefaleias, insônia, diarreias, tensões musculares, dentre outros (Remor, 1999).

No momento em que o indivíduo recebe o resultado do exame, se o mesmo for negativo, é frequente uma reação de alívio e descarga emocional. Por outro lado, se o resultado for positivo, pode-se observar diferentes reações psicológicas à soropositividade (Kübler-Ross, 1990). Estas reações foram descritas inicialmente por Kübler-Ross (1993), relacionadas a pacientes com câncer e terminais. Posteriormente, os estudiosos e profissionais de saúde que lidam com pacientes soropositivos e com AIDS adaptaram e aperfeiçoaram estas fases para a atenção neste campo, e, na maioria das vezes, as reações psicológicas se devem muito mais ao próprio estigma da AIDS do que ao medo da doença ou da morte (Mittag, 1996; Kübler-Ross, 1990).

Deste modo, pode-se descrever algumas reações emocionais vivenciadas pelos pacientes, no processo de adaptação e convivência com o HIV e AIDS. Cabe ressaltar que estas fases não ocorrem necessariamente de uma forma gradual e, inclusive, algumas poderão ser até suprimidas, não havendo necessariamente uma sequência lógica (Remor, 1999).

As Fases do Processo de Adaptação e Convivência com o HIV+ e AIDS

A primeira fase, que é caracterizada pelo período do conhecimento do diagnóstico, pode ser denominada “choque emocional”. Neste momento, podem aparecer respostas de inibição ou respostas de grande intensidade emocional relacionadas, inicialmente, a uma provável preocupação com a família e/ou companheiro, além de dúvidas do paciente sobre para quem contar o próprio diagnóstico. Aparecem cognições negativas sobre a AIDS, como, por exemplo, estar relacionada à morte certa. O indivíduo passa também por momentos de ansiedade, depressão, culpa e conflitos nos relacionamentos interpessoais e sociais.

A segunda fase pode ser observada durante a evolução da infecção pelo HIV e com o surgimento das primeiras infecções oportunistas que caracterizam a AIDS. As reações emocionais mais frequentes, demonstradas pelos indivíduos que começam a desenvolver os primeiros sintomas, são a depressão e respostas de ansiedade. Os sintomas da depressão são intensos e associados à perda da autonomia, ao medo do futuro e à ansiedade sobre a morte (Remor, 1999).

A terceira fase é o período sintomático final, ocorrendo uma mudança na imagem corporal e uma evidente redução do autoconceito do paciente. Este depende, na maioria das vezes, de terceiros, havendo possíveis conflitos nas relações e declínio progressivo das capacidades cognitivas e psiconeurológicas. Na última fase, o paciente depara-se com o enfrentamento da própria morte.

Ainda relacionado às reações emocionais do paciente com HIV e AIDS, Nichols (1985) descreve cinco fases pelas quais passa o paciente soropositivo.

A primeira fase é denominada *crise inicial*, e se caracteriza por momentos de negação do diagnóstico e intensa ansiedade.

A segunda fase, chamada de *estado transicional*, caracteriza-se pelo aparecimento de sentimentos de raiva, culpa e autopiedade. A ansiedade se sobrepõe à negação.

Na fase seguinte, chamada de *fase de aceitação*, o paciente aprende a aceitar as limitações que a AIDS lhe impõe, e compreende que ainda pode controlar sua vida reagindo à doença com mais razão do que emoção.

A quarta fase caracteriza-se por uma *situação de tristeza*. Neste momento, o paciente pode se beneficiar de tratamentos para a depressão, ansiedade, insônia, entre outros transtornos emocionais.

Na última fase o paciente se *prepara para a morte*. O medo de ficar totalmente dependente dos outros se sobrepõe ao medo da morte.

Para Abrams e col. (1986), desde o diagnóstico até o óbito o paciente passa por vivências psicológicas distintas.

A primeira fase está ligada à reação ao diagnóstico, momento em que o paciente está exposto ao estresse e à depressão, nem sempre possuindo uma boa capacidade de enfrentamento.

Em seguida, o paciente passa a se preocupar com as reações dos outros à doença e como deverá ser seu comportamento a partir deste momento. A associação, feita pelo próprio paciente, de que sua doença é uma punição por comportamentos que o colocaram em contato com o vírus provoca no mesmo fortes sentimentos de culpa.

As manifestações mais frequentes de doenças provocadas pela deteriorização do sistema imunológico, as constantes internações e a debilidade física levam o paciente à perda de esperança e uma exaustão psicológica. O paciente não tem como negar a si mesmo a doença, e sente no próprio corpo o aumento da gravidade de seu quadro. Neste momento, o paciente se depara com o medo da morte.

Deste modo, não há um padrão de reações psicológicas frente ao diagnóstico e à evolução da doença. Cada indivíduo reage e enfrenta a doença de acordo com suas próprias características psicológicas, vivências pessoais e o contexto no qual se encontra inserido.

Crenças Frente à AIDS

Remor (1999) identificou que os indivíduos com AIDS apresentam algumas crenças ou pensamentos sobre a doença que influenciam no surgimento e na gravidade das alterações psicológicas apresentadas pelos mesmos.

Muitas dessas crenças são mediadas por erros que ocorrem na interpretação das informações, desencadeando nos pacientes distorções cognitivas e/ou ideias irracionais sobre sua doença.

Deste modo, Remor (1999) descreveu algumas crenças irracionais que os pacientes com AIDS podem desenvolver, sendo elas:

1. “Atualmente não existe nenhum tratamento eficaz para a AIDS”.
2. “As pessoas diagnosticadas com AIDS morrem em pouco tempo”.

3. “Quando eu fizer a revisão médica no trabalho, vão descobrir; vão me despedir quando souberem, e meus colegas não entenderão”.
4. “Vou ficar sozinho, vão me abandonar; não posso mais ter relacionamentos sexuais ou amorosos”.
5. “Ninguém pode entender o que eu estou sentindo, meus amigos não aceitarão, vai ser uma vergonha para a família”.

Com base nestas distorções cognitivas, pode-se observar que os pacientes apresentam dificuldades para aceitar o diagnóstico e adaptar-se à própria doença. Por exemplo, hoje existem tratamentos medicamentosos que controlam o desenvolvimento da doença e permitem melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

Do mesmo modo, não existe um prognóstico exato sobre o tempo de vida do paciente. Porém, existe uma correlação positiva entre a sobrevivência e o uso sistemático dos medicamentos antirretrovirais e o aumento da qualidade dos cuidados da saúde.

Pode-se observar, também, que o medo do paciente em ser discriminado e rejeitado acaba fazendo com que o mesmo se afaste dos relacionamentos sociais e profissionais. Consequentemente, esse comportamento gera um real isolamento do paciente de seu próprio meio. Da mesma forma, o paciente tem receio de ser abandonado por seu(sua) companheiro(a), e adota um comportamento de esquiva, distancian-do-se das relações afetivas e sexuais.

O paciente, muitas vezes, demonstra receio de ser julgado e pode sentir-se culpado. Deste modo, acaba julgando a si próprio e adotando um comportamento autopunitivo de afastamento e isolamento do meio.

A partir da descrição destas crenças irracionais e em função das diferentes reações psicológicas que podem ser desenvolvidas pelos pacientes, revela-se de extrema importância o desenvolvimento de um programa especializado de avaliação e tratamento psicológico destinado a esse grupo de pacientes.

Programa de Avaliação e Intervenção Psicológica Destinado ao Paciente Soropositivo e/ou com AIDS

O objetivo geral do atendimento psicológico ao paciente soropositivo e/ou com AIDS é verificar a relação entre a sintomatologia psicológica e o quadro orgânico. Os objetivos específicos englobam avaliar as informações que o paciente possui sobre a transmissão, prevenção e tratamento; verificar seu conhecimento sobre a sua situação clínica; levantar suas principais preocupações; identificar suas estratégias de enfrentamento e identificar sua rede de apoio familiar e social.

Neste momento inicial de avaliação psicológica, é de extrema importância fornecer informações sobre a doença e o tratamento, dar apoio psicológico e estimular o vínculo e a adesão do paciente ao tratamento.

Durante o processo de avaliação psicológica, cabe também ao psicólogo investigar a origem, desenvolvimento e manifestação dos sintomas psicológicos reativos ou associados ao diagnóstico HIV+ e/ou AIDS; identificar os fatores desencadeantes e mantenedores dos sintomas psicológicos apresentados; verificar a relevância do grau e da intensidade destes sintomas e, finalmente, propor ao paciente um plano de intervenção psicológica específica para seu caso.

A partir desta avaliação, pode-se programar a intervenção psicológica com base nos seguintes objetivos:

1. reforçar as capacidades de enfrentamento do paciente frente à doença e ao tratamento;
2. estimular a autonomia e a participação efetiva do paciente nas decisões sobre seu tratamento e sua própria vida, englobando relações afetivas, familiares, sociais e de trabalho;
3. auxiliar e fornecer apoio ao paciente para que o mesmo enfrente o estigma e o preconceito relacionado à doença;
4. minimizar as alterações psicológicas reativas à doença e ao tratamento;
5. fornecer informações atualizadas sobre a doença e o tratamento;
6. desenvolver repertórios de comportamentos no paciente, para a modificação dos comportamentos associados aos distúrbios psicológicos reativos à doença;
7. reestruturar e modificar crenças irracionais apresentadas pelo paciente sobre a doença e o tratamento;
8. orientar e fornecer apoio à família sobre as questões psicológicas envolvidas no tratamento, quando necessário, e
9. descrever o comportamento do paciente frente à doença e ao tratamento para a equipe de saúde, visando reforçar o atendimento interdisciplinar fornecido.

As principais técnicas psicológicas utilizadas no atendimento estão relacionadas a seguir:

1. técnica instrucional para o fornecimento de informações claras e objetivas, visando eliminar erros, mitos e falácias sobre a doença;
2. reestruturação cognitiva, para a modificação dos pensamentos disfuncionais e/ou ideias irracionais sobre a doença e o tratamento;
3. técnicas para o enfrentamento das fontes de estresse, que produzem alterações emocionais;
4. prevenção de respostas, para preparar os pacientes para reagir aos acontecimentos que podem surgir no futuro;
5. técnicas para o desenvolvimento de autoestima, para que os pacientes possam desenvolver suas potencialidades e capacidades;
6. técnicas para resolução de problemas, para buscar possíveis alternativas frente às situações que aparecem no desenvolvimento da doença, e
7. treinamento de respiração profunda e do relaxamento progressivo de Jacobson, para o controle de respostas fisiológicas, como o aumento dos batimentos cardíacos, tensão muscular, sudorese, fadiga, cansaço etc. (Remor, 1999).

Assistência Psicológica ao Paciente com Vírus HIV+ e/ou AIDS

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO AMBULATÓRIO DE AIDS

O ambulatório de AIDS está inserido num hospital-escola particular, que atende pacientes pelo convênio SUS (Sistema Único de Saúde). Este serviço ambulatorial é realizado com o objetivo de diagnosticar e fornecer tratamento para pacientes com o diagnóstico de HIV+ e/ou AIDS.

A população atendida neste ambulatório apresenta uma distribuição homogênea quanto ao sexo. No que se refere à idade, apresenta uma média de 32,6 anos, numa faixa etária de 13 a 70 anos, além de pertencerem à classe média-baixa e com baixo nível cultural. Geralmente se encontram desempregados ou afastados pelo INSS.

A equipe de saúde que compõe este serviço é constituída por médicos, sendo um responsável pela coordenação do ambulatório, um assistente e um residente; psicólogos, sendo um contratado pelo hospital e responsável pelo serviço, e um estagiário de Psicologia; enfermeiros, estagiários e um assistente social, funcionário da Instituição.

O ambulatório é constituído de 10 salas de atendimento individual, e todas possuem uma maca, uma mesa, duas cadeiras, uma pia, apresentando uma característica física de atendimento médico tradicional. Além das salas, há também um posto de atendimento com duas secretárias e uma ampla sala de espera. Cabe salientar que este não é um espaço exclusivo para a espera de pacientes HIV+ e/ou com AIDS. Pacientes da reumatologia, oftalmologia, entre outras especialidades médicas, também ocupam o mesmo espaço físico.

SISTEMATIZAÇÃO DO SERVIÇO

Os pacientes podem ser incluídos no serviço do ambulatório de AIDS através de três meios, sendo eles:

1. espontaneamente, através da triagem, que é realizada pelo médico e pela assistente social. Durante a triagem é realizado um levantamento de dados sociodemográficos e são avaliados possíveis comportamentos de risco. Neste momento, são solicitados os exames para detectar a presença do vírus HIV e também são realizadas orientações sobre prevenção, formas de contágio e de transmissão do vírus HIV e, por fim, são esclarecidas quaisquer dúvidas que o paciente venha a ter. Após aproximadamente 15 dias, o paciente retorna ao serviço para receber o resultado do exame anti-HIV. Se o resultado for negativo, o paciente é orientado para retornar de seis em seis meses até completar um ano e meio. Este procedimento é realizado em função de possíveis erros no resultado e em função do tempo necessário para o exame ser sensível para detectar a presença do vírus, sendo no mínimo três meses após o paciente possivelmente ter sido infectado. Se o resultado for positivo, o paciente é orientado para dar início ao tratamento multidisciplinar, fornecido por este ambulatório;
2. encaminhados por serviços médicos de outras especialidades, como pneumologia, endocrinologia, neurologia, hematologia, entre outras, que diagnosticaram o vírus HIV+, e
3. encaminhados pela enfermagem do mesmo serviço médico, local onde foi diagnosticado o vírus HIV+ ou local onde foi realizado o tratamento de alguma doença oportunista decorrente do desenvolvimento da própria AIDS. Estes pacientes, antes da internação, ainda não faziam parte do atendimento ambulatorial, porque faziam tratamento em outros serviços ou porque tinham o conhecimento da doença mas optaram por não tratar, ou mesmo porque ainda não tinham o conhecimento do diagnóstico.

TRATAMENTO MULTIDISCIPLINAR FORNECIDO PELO AMBULATÓRIO

Inicialmente, o paciente é atendido pela assistente social, que fornece informações sobre o funcionamento do ambulatório, ou seja, orienta que o paciente será atendido por uma equipe multidisciplinar, composta por médico, psicólogo, enfermeiro e ela própria. Explica também que todos os atendimentos são especializados para o tratamento da AIDS e todos ocorrerão no mesmo dia, um após o outro, sem uma ordem preestabelecida.

Após esta orientação inicial, a assistente social avalia as condições socioeconômicas do paciente, verificando a necessidade de o mesmo receber auxílio-doença, transporte, moradia, cesta básica, entre outras necessidades sociais. Além disso, essa profissional avalia a compreensão do paciente sobre a doença e o tratamento e também se o mesmo possui apoio familiar ou de amigos.

Sendo finalizado o atendimento da assistente social, o paciente pode ser encaminhado para a psicóloga ou para o médico, e somente passará pelo atendimento da enfermagem após iniciar o tratamento medicamentoso, chamado de “coquetel”.

Na consulta com a psicóloga, será realizada uma avaliação inicial das reações e dos comportamentos do paciente frente ao diagnóstico ou à doença. Será também avaliada a qualidade de vida do paciente no momento da consulta, englobando as relações sociais, afetivas, ocupacionais e familiares.

Neste primeiro contato, a psicóloga explica a sua função, para facilitar na aderência ao tratamento e para estimular o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento à doença e ao próprio tratamento. Em relação ao tratamento, trabalha quanto à adaptação do uso do “coquetel”, que engloba um grande número de medicamentos e uma série de procedimentos para ingeri-los adequadamente.

A psicóloga também tem como objetivo estimular o paciente a buscar uma melhor qualidade de vida, em todos os âmbitos, sendo eles: pessoal, familiar, social, profissional e na saúde e, finalmente, tem como objetivo fornecer apoio e suporte ao paciente e estimular a participação ativa do mesmo no tratamento.

Após esse primeiro contato, o paciente é informado de que retornará para o atendimento psicológico apenas ao voltar ao próprio ambulatório, o que ocorrerá em aproximadamente dois a três meses. Salvo em situações especiais, quando é diagnosticada a presença de algum distúrbio afetivo-emocional e comportamental, a psicóloga oferece um tratamento psicoterápico focal, breve e semanal a ser realizado no próprio ambulatório. Caso o paciente aceite, é realizado o contrato terapêutico, incluindo o sigilo, o horário e o tempo de duração das sessões e do próprio tratamento.

Após serem atingidos os objetivos do tratamento psicoterápico, o paciente volta a ser atendido na rotina do atendimento ambulatorial, ou seja, de dois a três meses.

Em alguns casos, o paciente não é admitido no atendimento psicológico; isto se dá quando:

1. o paciente não deseja realizar o acompanhamento psicológico;
2. o paciente apresenta transtornos esquizofrênicos, esquizotípicos e delirantes;
3. o paciente apresenta transtornos de personalidade; e
4. o paciente apresenta transtornos mentais orgânicos.

O motivo pelo não atendimento da psicologia no caso apresentado no primeiro item se deve ao respeito ao direito do próprio paciente em não desejar ser atendido por um psicólogo, independentemente do motivo ou justificativa. Os motivos dos itens restantes são em função dos próprios objetivos do psicólogo neste serviço, que, resumidamente, pretende auxiliar na adaptação do paciente à doença e ao próprio tratamento. Desta forma, estes transtornos são anteriores ao contato com o vírus HIV e devem ser tratados com prioridade em outros serviços. Nestes casos, o psicólogo orienta e encaminha os pacientes para os serviços necessários.

Ainda na consulta psicológica, quando é avaliado algum caso grave de depressão, ansiedade, distúrbio de sono, entre outros transtornos emocionais e de comportamento relativos à doença, o psicólogo encaminha o paciente para avaliação psiquiátrica, podendo ser, em alguns casos, necessário ao psiquiatra indicar tratamento medicamentoso.

O psicólogo, neste ambulatório, também tem a função de fornecer apoio e orientação para a família do paciente. Cabe salientar que o psicólogo somente estabelece contato com a família após o consentimento do próprio paciente, visto que é direito do mesmo estabelecer sigilo de seu diagnóstico, salvo em situações nas quais está oferecendo risco à sociedade, como no caso de parceiros sexuais que não têm o conhecimento de seu diagnóstico. Nestes casos, o paciente é orientado para contar ao seu parceiro e lhe é dado um prazo, que depende de cada caso. Se, após este prazo, o paciente não contar, o mesmo é avisado que a equipe do ambulatório terá que notificar o parceiro. Neste caso, o parceiro é convocado junto com o paciente, e um membro da equipe conta o diagnóstico.

É muito comum ao psicólogo trabalhar com o paciente e com a família o preconceito e a discriminação que o diagnóstico de AIDS estabelece. Além disso, o psicólogo costuma trabalhar insistentemente a dificuldade que o paciente e família têm em aceitar que a AIDS hoje não é uma “sentença de morte”, que existe tratamento para controlar o desenvolvimento do vírus e da doença e, principalmente, que o paciente necessita dar continuidade a sua vida afetiva, profissional, familiar e social.

Também é frequente o paciente ter dificuldade de aderir ao tratamento medicamentoso “coquetel”. Essa dificuldade pode ser em função da própria administração dos remédios, implicando a ingestão de um grande número de medicamentos, com horários fixos e com possíveis efeitos colaterais indesejáveis e, principalmente, pela própria dificuldade do paciente em aceitar o seu diagnóstico, que é reforçado após o início do tratamento medicamentoso.

Não se pode deixar de citar a função do psicólogo deste serviço em orientar a equipe de saúde sobre o comportamento do paciente frente à doença e ao tratamento, auxiliando-a no manejo adequado quanto ao paciente soropositivo ou com AIDS.

O atendimento fornecido pela enfermagem tem como objetivo principal orientar detalhadamente o paciente para sua aderência ao tratamento medicamentoso. Essa orientação é realizada no início do tratamento e nos retornos ambulatoriais. Cabe salientar a importância deste atendimento, tendo em vista a grande dificuldade dos pacientes em aceitar e aderir totalmente ao tratamento medicamentoso. Torna-se comum os pacientes esquivarem-se do uso das medicações e, conseqüentemente, terem dificuldade de contar à equipe ou até mesmo omitirem a ingestão inadequada ou não ingestão do “coquetel”.

Uma constatação interessante é que os pacientes acabam confessando a dificuldade de aderir ao tratamento medicamentoso justamente para o profissional da enfermagem que demonstra seu papel de orientador, sem autoritarismo ou julgamento. Talvez este comportamento dos pacientes não ocorra com a equipe médica ou de psicologia em função dos estereótipos de ambas as profissões: no primeiro caso, de “autoridades incontestáveis” e, no segundo, de “profissionais que cuidam de pessoas perturbadas mentalmente e que conseguem desvendar os comportamentos mais escondidos”.

A equipe médica, por sua vez, tem o papel de avaliar o estado clínico do paciente e a necessidade do início do tratamento medicamentoso. Torna-se importante salientar dois exames que o médico solicita ao paciente para auxiliar no diagnóstico e no controle do tratamento, sendo eles a carga viral e o CD4. A carga viral mostra o número de vírus presentes no organismo do paciente, e o número do CD4 demonstra a resistência do organismo frente à ação destes vírus. Desta forma, quanto menor a carga viral e maior o CD4, melhores as condições de saúde do paciente.

Todos os atendimentos fornecidos pela equipe de saúde ao paciente são individuais, visto que cada paciente apresenta uma história de vida e determinada reação de enfrentamento à doença e ao tratamento. É importante salientar que não existe um perfil específico de pacientes com AIDS, e muito menos um grupo de risco para essa doença. Qualquer indivíduo pode ser contaminado pelo vírus HIV, independentemente do nível socioeconômico e cultural, raça, entre outras características. Basta apresentar um comportamento de risco, como ter relação sexual sem o devido uso de preservativo ou utilizar seringas compartilhadas.

Após todos os pacientes serem atendidos pelos membros da equipe, é realizada uma reunião para discussão dos casos atendidos naquele dia. Neste momento, todos os profissionais discutem caso a caso os objetivos de seus atendimentos e suas condutas. Desta forma, existe a possibilidade de trocarem informações sobre o tratamento de cada paciente e estabelecerem objetivos em comum. É frequente encontrar casos nos quais os pacientes fornecem informações importantes para somente um dos profissionais da equipe, e é nesse momento que a troca de informações torna-se imprescindível. Demonstra-se, deste modo, um exemplo de funcionamento de equipe multidisciplinar.

Para uma melhor compreensão dos critérios estabelecidos no atendimento do paciente soropositivo e/ou com AIDS, torna-se relevante conhecer um pouco da história do serviço da psicologia junto ao ambulatório de AIDS, que será descrita a seguir.

HISTÓRICO DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NO AMBULATÓRIO DE HIV+ E AIDS

O trabalho da psicologia, do ambulatório referido, com pacientes soropositivos e/ou AIDS, teve início por volta do ano de 1988, época em que a própria equipe médica encontrava-se numa fase de crise e sentimento de impotência frente a esses pacientes. Esse impasse ocorria em função das dificuldades em realizar um tratamento eficaz, não havendo medicações específicas e, muito menos, uma possibilidade de encontrar um meio para o controle do desenvolvimento do vírus, do avanço da doença e da morte certa.

Nesse período, o psicólogo trabalhava junto à equipe de saúde desde o momento em que o paciente recebia o diagnóstico. Muitas vezes, o próprio psicólogo era responsável em passar o diagnóstico para o paciente e fazer as orientações necessárias. O atendimento psicológico era oferecido neste momento. Se o paciente aceitasse, o psicólogo realizava o contrato com o mesmo e estabelecia as estratégias do tratamento.

Após um período de aproximadamente dois anos, o trabalho do psicólogo foi reavaliado pela própria equipe de saúde, e verificou-se que este não estava preparado tecnicamente para fornecer o diagnóstico para o paciente, porque não apresentava uma formação que possibilitasse responder a questões relacionadas aos aspectos clínicos da doença e especificidades do próprio tratamento médico. Também verificou-se que a estratégia utilizada pela psicologia não demonstrava ser eficaz, porque abrangia um número muito reduzido de pacientes, sendo somente atendidos aqueles que solicitavam o acompanhamento psicológico.

Em função destes problemas levantados, optou-se por algumas modificações, sendo elas:

1. o psicólogo não fornecer mais o diagnóstico ao paciente, e
2. foi implantada a obrigatoriedade de o paciente ser submetido ao atendimento psicológico, com a justificativa de que faria parte de um tratamento multidisciplinar, e a psicologia faria parte deste “pacote” de tratamento.

Após aproximadamente dois anos de seguimento deste protocolo de atendimento, observou-se que os pacientes começaram a se esquivar do atendimento psicológico. Esses comportamentos começaram a intrigar a equipe e, conseqüentemente, foram levantadas algumas hipóteses explicativas, dentre elas:

1. a própria aversão do paciente à obrigatoriedade do atendimento psicológico;
2. o receio do paciente em ser “desmascarado” pelo psicólogo, que de forma “mágica” descobriria seus comportamentos mais secretos; e
3. a esQUIVA utilizada pelo paciente para não entrar em contato com os seus próprios sentimentos e pensamentos, relacionados à doença e à sua própria vida após o conhecimento do diagnóstico.

Em função destes questionamentos a respeito da atuação da psicologia junto aos pacientes soropositivos e/ou com AIDS, optou-se em modificar novamente as estratégias utilizadas pelo psicólogo. Desta forma, o paciente deixou de ser atendido “obrigatoriamente” pela psicologia e, em vez disso, passou a ter um primeiro contato com o psicólogo. Neste encontro são expostos os objetivos e a função do atendimento psicológico, possibilitando que o próprio paciente opte ou não em iniciar o acompanhamento psicológico. Assim, observou-se que os pacientes começaram a desenvolver uma postura mais participativa e colaborativa no seu próprio tratamento.

Acredita-se que o modelo de atendimento psicológico apresentado definitivamente não será o último a ser seguido. A necessidade de aperfeiçoamento deste tipo de intervenção psicológica propõe um constante desafio para se adaptar continuamente aos avanços no tratamento da AIDS e às próprias respostas dos pacientes ao tratamento oferecido.

CASO CLÍNICO DO AMBULATÓRIO DE AIDS

I – Dados de Identificação

Nome: A.S.

Idade: 38 anos

Sexo: feminino

Estado civil: divorciada

Religião: católica

Escolaridade: 2.º grau completo

Ocupação: secretária

II – Dados Pessoais e Familiares

A.S. está divorciada há 11 anos. Esteve amasiada durante quatro anos, até o momento em que o companheiro faleceu com o diagnóstico de AIDS. Possui duas filhas do primeiro marido com 12 e 17 anos, respectivamente. Ambas residem com a mãe.

III – Dados da História Clínica

Tempo de conhecimento do diagnóstico: desde abril de 1999.

Via de infecção ocorreu em relação heterossexual.

Tempo de tratamento no ambulatório de AIDS: desde agosto de 1999, com início das medicações antirretrovirais em agosto de 2000.

A paciente não apresenta doenças oportunistas e mantém uso regular da medicação quanto aos sintomas clínicos atuais.

IV – Dados da Avaliação Psicológica

A. Queixa inicial

A.S. referiu dificuldade de lutar por seus direitos e a tendência de guardar seus sentimentos e pensamentos. Disse sentir muitas dores no corpo, principalmente após períodos de tensão emocional. Queixou-se também sobre sua dificuldade de colocar limites em relação aos comportamentos de suas filhas.

B. Dados obtidos através da primeira entrevista realizada em agosto de 1999

A.S. comentou que soube do diagnóstico de AIDS do marido em dezembro de 1998, apresentando na ocasião sintomas depressivos.

Quanto ao falecimento do marido, apresentou uma reação de fuga e/ou esquiva, com dificuldade para expressar seus sentimentos relacionados à perda e à própria contaminação do vírus HIV.

No que se refere ao diagnóstico, a paciente manteve o mesmo comportamento de fuga e/ou esquiva. Demonstrou uma reação de aparente distanciamento da realidade, ou seja, continuou a realizar suas atividades diárias e manteve sua rotina de vida anterior.

C. Análise da avaliação inicial

A paciente demonstrou dificuldade de enfrentar o diagnóstico de AIDS recebido, apresentando uma reação de fuga e/ou esquiva. Revelou um padrão de comportamento inassertivo, ou seja, uma dificuldade verbal de expressar seus pensamentos e sentimentos de forma adequada e no momento adequado, e apresentou prováveis sintomas so-

matofórmes, como dores no corpo, fadiga e tensão muscular. Demonstrou sinais de depressão reativa frente à perda do marido e ao conhecimento do diagnóstico.

D. Hipótese diagnóstica psicológica

Transtorno de ajustamento com reação depressiva leve.

E. Conduta

Foi estabelecido o contrato para intervenção psicológica junto aos retornos médicos, de três em três meses. Orientou-se a paciente no sentido de que, caso apresentasse algum problema emocional, deveria procurar imediatamente o psicólogo no serviço ambulatorial.

Os objetivos iniciais corresponderam ao tratamento dos sintomas depressivos apresentados, auxiliar no enfrentamento da doença e do tratamento, além de realizar um treino de assertividade.

V – Intervenção Psicológica

1.ª sessão: 30/11/99

A. Objetivo

Avaliar o comportamento da paciente quanto à aceitação do diagnóstico e realizar um treino de assertividade.

B. Queixas apresentadas

A.S. iniciou a sessão queixando-se de um comportamento de compulsão alimentar. Referiu relacionar o mesmo à ansiedade e a um comportamento de autopunição. Disse que adota esse padrão de comportamento desde a adolescência.

A paciente questionou sobre a evolução da doença e apresentou um comportamento de preocupação em manter hábitos de vida saudáveis.

Revelou também medo da evolução da doença e, conseqüentemente, receio do aparecimento de sintomas físicos.

C. Análise da queixa apresentada

A paciente apresentou uma mudança no comportamento de fuga e/ou esquivas relacionado ao diagnóstico. Deste modo, revelou verbalmente receio e preocupação quanto ao tratamento e à evolução da doença.

Apresentou um quadro de ansiedade associado a um comportamento de compulsão alimentar, seguido de culpa e autopunição.

Pode-se levantar uma hipótese de que a paciente apresentou dificuldade de enfrentar a doença e de se expressar de maneira assertiva. Conseqüentemente, esse comportamento inassertivo auxiliou no desencadeamento de uma reação de ansiedade e um comportamento de compulsão alimentar para o alívio da mesma.

Verificou-se, também, que a paciente não se referiu à queixa apresentada na primeira entrevista, sobre sua dificuldade de impor limites às filhas.

D. Continuidade da avaliação psicológica

Inicialmente, a terapeuta questionou sobre as dificuldades apontadas na primeira entrevista, referindo sobre o comportamento inassertivo da paciente relacionado à dificuldade de impor limites às filhas.

A paciente respondeu que esta dificuldade persistia e a deixava muito tensa e com dores por todo o corpo. Referiu também que foi consultar-se com um especialista (reumatologista) e foi diagnosticado fibromialgia. Este diagnóstico refere-se a um transtorno somatoforme, ou seja, a apresentação persistente de sintomas físicos (dores) sem causa orgânica. Relaciona-se a fibromialgia a uma causalidade psicológica (tensão emocional “descarregada no corpo”) e sem relação com o vírus HIV.

A terapeuta questionou também a respeito do comportamento alimentar da paciente. Através deste levantamento, verificou-se que os episódios de compulsão alimentar ocorriam sempre após uma dificuldade que a paciente enfrentava à qual não conseguia reagir. Este comportamento reforçava a hipótese inicial sobre a inassertividade.

Especificamente com relação ao diagnóstico, a terapeuta respondeu sobre algumas dúvidas da paciente quanto ao tratamento e à evolução da doença.

A.S. demonstrou um comportamento de questionamento com relação à doença e ao tratamento, revelando uma maior facilidade em enfrentar a doença.

Quanto ao comportamento inassertivo, a paciente referiu que tinha dificuldades para expressar sua revolta sobre como contraiu o vírus HIV, e disse sentir-se culpada pelo sentimento de raiva em relação ao seu ex-marido. Contou que nunca se sentiu no direito de reivindicar algo para seu próprio benefício.

A paciente retomou sua queixa de compulsão alimentar e solicitou um encaminhamento para um tratamento com nutricionista.

E. Estratégias do atendimento

1) Objetivos

Desenvolver um repertório de comportamento assertivo.

2) Técnica utilizada

Treino de assertividade com ensaio comportamental

3) Intervenção realizada

A terapeuta sugeriu à paciente que iniciasse um treino de assertividade. Deste modo, inicialmente explicou à paciente a diferença entre comportamento inassertivo, comportamento agressivo e comportamento assertivo.

Para facilitar a explicação teórica destes conceitos, a terapeuta usou exemplos da vida cotidiana, como ir a um restaurante e pedir um bife malpassado e o garçom trazer um bem-passado. Em seguida, a terapeuta solicitou à paciente se colocar no papel da pessoa que foi ao restaurante e se comportar das três formas: inassertiva, agressiva e assertiva. Assim, a terapeuta usou a técnica de ensaio comportamental com a paciente. Esta, por sua vez, demonstrou ter compreendido os conceitos ensinados. Neste momento, a terapeuta solicitou à paciente lembrar-se de alguma situação da semana na qual ela apresentou um comportamento inassertivo. A.S. trouxe a situação em que gostaria de dizer não para um colega de trabalho e acabou aceitando o pedido do mesmo em ficar à noite para substituí-lo.

A terapeuta perguntou à A.S. como reagiu após ter emitido esse comportamento inassertivo. A paciente referiu que sentiu um misto de raiva do colega e um sentimento de menos valia e baixa autoestima. Queixou-se também de que sentiu dores no corpo e, à noite, teve episódio de compulsão alimentar. Consequentemente, sentiu-se mais inferiorizada e com culpa por não ter respondido adequadamente. A par-

tir deste exemplo, a própria paciente referiu que compreendeu a importância de ser assertiva e prometeu tentar emitir esse comportamento nas suas relações de trabalho e familiares.

Nesta mesma sessão, a terapeuta fez algumas orientações sobre hábitos alimentares e a necessidade de desenvolver um comportamento de autocontrole.

Finalizando, a terapeuta perguntou se a paciente tinha dúvidas quanto ao uso das medicações antirretrovirais e sobre a doença propriamente dita. A paciente respondeu que não apresenta dúvidas quanto ao uso das medicações e referiu que não apresenta efeitos colaterais. Disse também que no seu dia a dia dificilmente lembrava do diagnóstico e tentava viver da forma mais “normal” possível. Contou que somente lembrava desta doença no dia do retorno ao ambulatório.

No final da sessão, a terapeuta encaminhou a paciente para avaliação e conduta nutricional, conforme a mesma havia solicitado.

F. Análise da sessão

Neste encontro, a paciente demonstrou ter desenvolvido uma boa capacidade de enfrentamento da doença e do próprio tratamento. Observa-se, através da experiência clínica, que os pacientes que adotam este tipo de esquivas com relação à doença conseguem lidar mais adequadamente com seu problema, mantendo hábitos de vida saudáveis. Pode-se observar também a manutenção de comportamento inassertivo, porém a paciente demonstrou ter compreendido como se comportar de maneira assertiva em diversas situações diárias.

2.ª sessão: 20/02/00

A. Dados levantados

Nesta sessão a paciente referiu estar muito satisfeita porque conseguiu uma promoção no seu trabalho e começou a conversar mais com as filhas, facilitando a sua relação com as mesmas e conseguindo colocar os limites necessários aos comportamentos das adolescentes.

Disse também que começou a fazer um regime alimentar com orientação da nutricionista do hospital e está satisfeita com a diminuição da compulsão alimentar e a perda de cinco quilos que havia ganho nos últimos meses.

Com relação à sua vida afetiva, referiu que se encontrava pronta para conhecer um homem que pudesse fazê-la feliz. Disse que tinha consciência de seu diagnóstico e, no momento adequado, pretendia contar ao suposto companheiro. Referiu que tinha receio de se machucar, porém pretendia viver mais o presente.

Com relação à sua tensão emocional e às dores no corpo, referiu que começou a sentir-se melhor após ter iniciado uma atividade esportiva diária (caminhada).

B. Intervenção psicológica

A terapeuta reforçou os comportamentos adequados da paciente com relação à sua capacidade de ter desenvolvido um repertório de comportamento assertivo e principalmente à sua forma saudável de enfrentar a doença e o tratamento. Foram utilizados o treino de assertividade com ensaio comportamental e a orientação psicológica.

A terapeuta solicitou a A.S. descrever situações nas quais se comportou de maneira assertiva. A paciente relatou uma experiência no trabalho na qual conseguiu reinvin-

dicar um aumento salarial em função da quantidade de atividades extras que assumiu. Disse que conseguiu expressar-se, valorizando o seu potencial.

A terapeuta reforçou o comportamento assertivo de A.S., demonstrando a capacidade da mesma em desenvolver novos repertórios comportamentais e se adaptar às novas situações.

Com relação à compulsão alimentar, aos problemas de ansiedade e às dores somáticas, a terapeuta demonstrou à paciente sua capacidade de mudar hábitos de vida, como conseguir autocontrole em relação ao comportamento alimentar, desenvolver comportamentos assertivos que auxiliassem na redução da ansiedade e ter realizado uma atividade esportiva que auxiliasse no alívio das dores no corpo.

A terapeuta demonstrou, também, a iniciativa da paciente em buscar uma relação afetiva e, principalmente, reforçou a capacidade de a mesma enfrentar sua doença.

Ao término da sessão, a terapeuta confirmou que estaria acompanhando a paciente junto aos retornos no ambulatório, com intervalos de três em três meses. Retomou os objetivos dessa intervenção psicológica que enfocou o tratamento e a estimulação de uma boa qualidade de vida para a paciente.

A.S. referiu concordar com o acompanhamento psicológico e verbalizou que obteve muitos ganhos em sua vida com as orientações realizadas pela psicóloga.

CONCLUSÃO

A AIDS surgiu na década de 1980 como uma doença, fruto de comportamentos não aceitos socialmente e, conseqüentemente, foi estigmatizada e rotulada pela sociedade. Além disso, desde o seu início trouxe um novo problema à classe médica, que teve de lidar com a impotência perante uma doença sem cura e fatal naquele momento.

Os anos seguintes trouxeram grandes avanços médicos, com o desenvolvimento de medicações antirretrovirais que melhoraram significativamente o quadro clínico do paciente e possibilitaram a melhora de sua qualidade e expectativa de vida.

No entanto, embora tenha ocorrido tal avanço, parece que os pacientes e a própria sociedade ainda reagem ao diagnóstico de AIDS como uma doença fatal e fruto de comportamentos marginalizados.

Deste modo, os pacientes apresentam diversas reações frente ao diagnóstico de AIDS, que variam de acordo com suas características pessoais, contexto socioeconômico e cultural, história pessoal e familiar e, principalmente, sua capacidade de enfrentamento das situações estressantes.

Cabe aos profissionais de saúde, inclusive ao psicólogo, a tarefa de auxiliar esses pacientes para o enfrentamento do diagnóstico, da doença, do próprio tratamento e do preconceito social. Para isto, é objetivo dos profissionais de saúde a estimulação para uma boa qualidade de vida dos pacientes, assim como a adesão ao tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrams, D. I. e cols. (1986). Cuidados de rotina e apoio psicossocial ao paciente com a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. **Clínicas Médicas da América do Norte**, 3: 747-760.

- Amato, V. N. e cols. (1996). **AIDS na prática médica**. São Paulo: Savier.
- Cassorla, R. M. S. (1990). Lidando com Aids: uma experiência de supervisão de equipe multiprofissional. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**, 2: 24-9.
- Castro-Perez, R. (1988). Aspectos psicossociales del SIDA. Estigma y prejuicio. **Salud Pública Mex.**, 30: 629-634.
- Costa, J. R., Damiano, A. e Rubio, R. (1992). **La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: patogenia, diagnostico y tratamiento**. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Kübler-Ross, E. (1993). **Sobre la muerte y los moribundos**. Barcelona: Grijalbo.
- Kübler-Ross, M. N. (1990). Psychovenereology: psychological aspects of AIDS and other sexually transmissible diseases. In: D. G. Ostrow, (Org.). **Behavioural aspects of AIDS**. London: Plenum Medical Book Company.
- Mittag, O. (1996). **Asistencia practica para enfermos terminales**. Barcelona: Herder.
- Nichols, S. E. (1985). Psychosocial reations of persons with the Acquired Immunodeficiency Syndrome. **Annals of Internal Medicine**, 103: 765-767.
- Parker, R. (1998). **Responding to AIDS in Brazil**. Rio de Janeiro: Mimeo.
- Phair, J. P.; Mellors, J. M.; Munoz, A.; Giogi, J. V. e Margolick, J. B. (1997). **Plasma ural load and T CD4+ lynfocytes as prognostic markers of HIV-1 infection**. Comunicação IV Congreso nacional sobre el SIDA, España: SEISIDA, p.175.
- Remor, E. A. (1997). Contribuições do modelo psicoterapêutico cognitivo na avaliação e tratamento psicológico de uma portadora de HIV. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 10: 249-261.
- . (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. (Porto Alegre), 12: 85-106.
- Roitt, I., Brostoff, J. e Male, D. (1993). **Immunologia**. 3.^a ed. Barcelona: Salvat Medicina.

Psiquiatria de Ligação e Interconsulta Psiquiátrica na Infância e Adolescência

*Francisco B. Assumpção Jr.
Evelyn Kuczinsky
Luciana Gomes Tarelho*

HISTÓRICO

A maior viabilidade de identificar pacientes com problemas psicossociais e psicossomáticos e a crescente utilização de serviços de saúde mental por crianças têm incrementado o interesse pela colaboração entre o pediatra e o psiquiatra infantil (Schowalter e Solnit, 1998; Dulcan e cols., 1990; Bergman e Fritz, 1985). No entanto, estudos comprovam que, apesar de até 20% das crianças e adolescentes apresentarem transtornos psiquiátricos (Cassidy e Jellinek, 1998), apenas uma pequena porcentagem desta população é identificada por seus pediatras, com cifras que vão de um quarto dos acometidos (Cadman e cols., 1987) até em torno de 1 a 2% (Jellinek e Murphy, 1988).

A história da interconsulta psiquiátrica infantil difere da voltada ao adulto (Friedman e Molay, 1994). Adolf Meyer foi pioneiro, em 1930, ao nomear Leo Kanner (que mais tarde descreveria o autismo infantil) como psiquiatra interconsultor em tempo integral na Harriet Lane Home for Invalid Children e na Phipps Psychiatric Clinic, atendendo à solicitação do Dr. Edward Parks, Professor de Pediatria na Johns Hopkins.

Desde então, a interconsulta psiquiátrica infantil vem se consolidando em muitos países como o futuro da Psiquiatria Infantil (Ahsanuddin e Adams, 1982), e um corpo teórico tem se constituído com a finalidade de embasar esta área de atuação (Philips, Sarles e Friedman, 1980; Lewis e Leebens, 1996; Burket e Hodgkin, 1993; Rothenberg, 1979), crescendo a ponto de se tornar um aspecto importante na formação do psi-

quiatria infantil e do pediatra, nos cuidados à criança e sua família, durante o seguimento ambulatorial e a internação pediátrica (Lewis, 1994). A interconsulta é atualmente considerada (Brodie, 1983) o terceiro lado do triângulo dimensional da Psiquiatria atual, ao lado da “frente” biológica e da interface “não médica”.

O objetivo deste capítulo é definir e descrever o campo de atuação da Psiquiatria da Infância e Adolescência na Unidade de Pediatria Geral, seja ela num sistema ambulatorial ou de internação.

DEFINIÇÃO E CAMPO DE ATUAÇÃO DA INTERCONSULTA PSQUIÁTRICA E PSQUIATRIA DE LIGAÇÃO

A psiquiatria de ligação seria 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 diria respeito à atuação diretamente voltada ao paciente. Caplan (1991) 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 num modelo ecológico de sistemas, ou seja, cada parte do sistema interage com as outras (indivíduo, doença, família, equipe), sendo todas as partes interdependentes. Entender estas inter-relações auxilia não só na compreensão do problema que se apresenta, como também permite 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 através dos outros membros da equipe ou programas (Dubois, Nugent e Broder, 1991).

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS PSQUIÁTRICOS EM POPULAÇÕES ATENDIDAS POR SERVIÇOS PEDIÁTRICOS

Aproximadamente 20% da população pediátrica sofrem de doenças crônicas de menor comprometimento global (otites de repetição, transtornos alérgicos etc.), além dos 10% que padecem 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 e cols., 1990), e questões emocionais, comportamentais e familiares podem prejudicar o curso dessa doença, influenciando nos cuidados com a saúde física e na adesão ao tratamento (*apud* Campo e cols., 2000).

Breslau (1985), investigando crianças com variadas condições incapacitantes, descreveu um aumento na probabilidade de surgimento de transtornos psiquiátricos nesta população, principalmente se houvesse associação com retardo mental (presente em 40% da amostra), duplicando o risco; no entanto, o transtorno psiquiátrico grave se-

cundário à incapacidade física seria similar ao de crianças de uma população geral. Garralda e Bailey (1989) avaliaram, através de questionários respondidos pelos pais à primeira consulta na clínica, pacientes pediátricos entre sete e 12 anos de idade, seguidos em regime ambulatorial entre 1986 e 1987, detectando 28% de transtornos psiquiátricos.

O *Ontario Child Health Study* (Cadman e cols., 1987), levantamento populacional realizado em quatro regiões administrativas e geográficas de Ontario (Canadá), é muito divulgado e considerado pela sua abrangência e rigor metodológico. A partir de um interrogatório baseado no DSM III, encontrou 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 seis meses antes do levantamento, 27,5% do grupo com diagnóstico psiquiátrico haviam se utilizado de serviços de saúde mental, contra 7,6% dos sujeitos 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 qualquer dos seguintes fatores de risco (Lewis, 1994; Gortmaker e cols., 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, Duran e Cabrera, 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; e
- sentimentos parentais de perda e luto, culpa, depressão e ansiedade, exaustão, isolamento, atritos maritais e problemas financeiros.

Algumas situações e diagnósticos envolvem especiais dificuldades quanto à detecção e/ou abordagem junto ao paciente/família/equipe. São elas (Krener e Wasserman, 1994):

- discrepância quanto às informações colhidas de diferentes informantes (paciente, pais, outros familiares, professores etc.) durante o processo diagnóstico, visto que o médico, na verdade, avalia um indivíduo dependente e tutelado que é trazido à avaliação, nem sempre com “as melhores intenções” por parte do tutor, com os consequentes riscos. Muitos destes relatos discrepantes refletem, na verdade, condições clínicas muito mais delicadas e significativas do que aparentam a princípio (Jensen e cols., 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 frente ao processo mórbido e ao estresse resultante, dentro das características do seu sistema familiar);
- sintomas comportamentais em condições orgânicas (por exemplo, porfiria, Doença de Wilson, lúpus eritematoso sistêmico, AIDS/SIDA etc.);
- efeitos colaterais das intervenções terapêuticas (por exemplo, esteroides, anticonvulsivantes etc.) interferindo 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 gerar um diagnóstico e obter atenção médica, com graus variados de sofrimento impingidos ao menor (esta síndrome está definida e exemplificada no estudo de caso clínico deste capítulo); e
- a ausência de uma confirmação diagnóstica, apesar de exaustiva investigação, gerando insatisfação e deterioração da relação médico-paciente.

O papel do psiquiatra, nestes casos, é intervir, atuando junto à equipe com o intuito de contribuir com sua experiência específica na abordagem de tais 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 frente aos pais e profissionais que a ele atendem.

Características e Modelos de Atuação

É importante (e, a nosso ver, mandatório) 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 esta base está fadado ao fracasso, gerando dificuldades de comunicação, insatisfação, além de conflitos dentro da equipe e junto ao paciente e sua família, devido à ausência de uma delimitação nítida dos domínios e responsabilidades de cada um; consequentemente, estas dificuldades tendem a protelar ou descartar futuras avaliações, gerando um círculo vicioso e impedindo, em longo prazo, que tanto o paciente quanto a equipe se beneficiem deste tipo de intervenção.

O processo de interconsulta deve sempre apresentar as seguintes características:

1. a interconsulta é um processo de auxílio ou resolução de problemas;
2. 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);
3. é uma relação voluntária, ou seja, os profissionais em questão desempenham suas funções em prol da melhora dos pacientes, como uma forma de ajuda mútua;
4. ambos (*help-giver* e *help-seeker*) trabalham em conjunto para solucionar o problema;
5. o objetivo é solucionar o problema em curso do solicitante (*help-seeker*); e

6. o solicitante (*help-seeker*) obtém proveito da relação de forma que possa manejar futuros problemas com maior sensibilidade e habilidade.

A maior preocupação durante o processo deve ser a de tornar este tipo de procedimento um facilitador das relações e, conseqüentemente, viabilizar a melhor qualidade no atendimento às demandas que surgem durante a “crise” (do diagnóstico clínico, piora clínica, internação etc.). Tais 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 frente à transferência e contratransferência que se estabelecerão neste contato tão íntimo e intenso e que geralmente passam despercebidas, se não forem trazidas à consciência do grupo através de abordagens voltadas a estas questões.

Há vários modelos de psiquiatria de ligação e interconsulta desenvolvidos (Lewis, 1994):

- modelo antecipatório — útil quando sérias reações psicológicas são esperadas para procedimentos programados (por exemplo, atendimento ao paciente e sua família previamente ao transplante cardíaco ou à biópsia aspirativa etc.);
- modelo de detecção dos casos — instituição de reuniões periódicas com a equipe pediátrica para detecção precoce e antecipação de problemas psicológicos;
- modelo de educação e treinamento da equipe pediátrica — na forma de palestras e discussões de casos;
- modelo de atendimento a intercorrências — muito frequente na cobertura de unidades de emergência (prontos-socorros, unidades de terapia intensiva etc.); e
- modelo de atendimento colaborativo e continuado, como nos transtornos alimentares, dor crônica ou recorrente etc.

Dubois, Nugent e Broder (1991) sugerem algumas diretrizes a serem seguidas com o intuito de conduzir, de forma adequada e satisfatória, o processo de interconsulta:

1. o interconsultor deve se lembrar de que não é a “autoridade em comando”, mas 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 trouxe 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 por escrito ao médico que segue o paciente (ou que virá a segui-lo, quando da alta) as orientações quanto ao prosseguimento do tratamento;

5. se o psiquiatra tem experiência na administração de centros de tratamento ou programas de atendimento em maior escala, pode oferecer supervisão e gerência à chefia da equipe; e
6. o desenvolvimento profissional é extremamente importante para garantir um “efeito multiplicador” das ações instituídas em longo prazo.

Quadro Clínico

Estima-se que, em mais de 50% das condições mórbidas que levam o paciente pediátrico ao atendimento ambulatorial, fatores psíquicos desempenham um importante papel na sua etiologia. Entre os restantes, muitos desenvolvem “sequelas” emocionais devido à condição orgânica (Lask, 1994). Quando da presença de uma condição clínica crônica e/ou incapacitante, muitas vezes associada a múltiplas internações, procedimentos invasivos, desestruturação familiar e absenteísmo escolar, estas cifras sobem astronomicamente.

Os sintomas mais comumente presentes na vigência de estresse psíquico associado à doença pediátrica são (Lewis, 1994):

- sintomas 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 aterrorizantes 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; e
- precipitação e agravamento de sintomas psiquiátricos pré-mórbidos.

Bailey e Garralda (1989) avaliaram as atitudes do(s) pai(s) e do médico generalista frente à avaliação psiquiátrica em 65 crianças entre sete e 12 anos de idade. 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, 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 de tal comportamento.

Apesar de mais da metade dos pais terem 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 frente à possibilidade da intervenção de um profissional de Saúde Mental junto ao paciente pediátrico.

Canning e cols. (1992) detectaram que as percepções dos médicos concordaram significativamente 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. Noutro trabalho, o mesmo autor (Canning, 1994) perce-

beu 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, numa 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 em longo prazo, baseados numa 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; e
- atuação incisiva da parte do terapeuta a fim de atingir os objetivos propostos.

A variedade de técnicas passíveis de utilização é grande, e seu detalhamento, item a item, foge ao escopo deste capítulo. Pode-se citar:

- 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 etc.), vômitos etc.);
- psicoterapia individual (geralmente pouco viável, dadas as características do *setting*);
- psicofarmacoterapia (quando indicada e possível, diante das condições clínicas); e
- 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 através de exposições de cunho psicoeducacional, quer a partir de reuniões periódicas para discussão dos casos.

A PRÁTICA DE SERVIÇOS DE PSIQUIATRIA DE LIGAÇÃO E INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

Um psiquiatra infantil geralmente é chamado a prestar seus serviços junto a uma enfermaria clínica com vistas a atender às seguintes demandas:

- ajudar a criança adoentada e sua família a lidar com o estresse implicado no processo (doença, internação, procedimentos etc.);
- identificar os transtornos mentais que possam coexistir com a doença clínica;
- avaliar as possíveis causas de sintomas psíquicos emergindo durante uma doença clínica e sugerir a terapêutica, principalmente se a abordagem clínica não puder atender a estas questões ou não se obtiver uma adequada abordagem ao estresse do processo *per se*; e

- proporcionar melhoria de situações de baixa adesão ao tratamento (Krener e Wasserman, 1994).

O processo de interconsulta em Psiquiatria Infantil envolve o conhecimento da psicologia do desenvolvimento normal, diagnóstico e tratamento, e a 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 (frente à investigação clínica pertinente sem uma elucidação diagnóstica satisfatória);
- atendimento conjunto (Goddard, Kruth e Jamart, 1997; Hansen, 1997) para indivíduos com doenças suscetíveis ao estresse (asma, artrite reumatoide juvenil, retocolite ulcerativa etc.);
- diagnóstico e atendimento de sintomas psiquiátricos na evolução de uma doença clínica (por exemplo, sintomas depressivos após uma síndrome *mono-like* ou 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.); e
- reações a doenças pediátricas (involução do desenvolvimento secundário a uma encefalite, por exemplo).

DADOS DE UMA PESQUISA SOBRE AVALIAÇÃO E PRINCIPAIS MOTIVOS DA INTERCONSULTA DE UMA AMOSTRA HOSPITALAR

Numa avaliação retrospectiva (Ferreira e cols., no prelo) da demanda de atendimento e forma de atuação do Setor de Interconsultas, a partir do levantamento das interconsultas, solicitadas por diversas clínicas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) e levadas a termo pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SEPIA-IPq-HC-FMUSP), avaliamos 83 interconsultas de pacientes de ambos os sexos, com idades de até 18 anos, durante o período compreendido entre março de 1993 e dezembro de 1999, obedecendo aos critérios diagnósticos do DSM-III-R e CID-9 (então vigentes), comparando a dados da literatura internacional pertinente.

Em função dos resultados observados, foi possível verificar que a idade média obtida diferenciava-se das citadas por outros autores (Gortmaker e cols., 1990; Lai e Wong, 1994; McFadyen, Brosten e Black, 1991), uma vez que se encontrou uma média de idade correspondente a 12,79 anos \pm 3,05, enquanto aqueles, em diferentes amostras estudadas, observaram idade média de 9,8 (Lai e Wong, 1994) e 10,4 anos (McFadyen, Brosten e Black, 1991) para todos os pacientes estudados, com 40% dos pacientes estudados por Sauvage e cols. (1989) apresentando idade inferior a cinco anos. Em relação ao sexo do avaliado, os resultados também diferiram daqueles observados por outros autores. Assim, enquanto McFadyen (1991) observa uma rela-

ção homem:mulher de 1,5:1 e Lai (1994) de 1:2 a 3:5, encontramos em nosso meio uma proporção semelhante em ambos os sexos.

Quanto ao encaminhamento, diferentemente do também observado por outros autores, tivemos como principal fonte de encaminhamento o Pronto-Socorro, embora a Pediatria (conjuntamente com a Neuropediatria) também apresentasse número considerável de encaminhamentos. Entretanto, mesmo considerável esse número não chegou a atingir os índices de 55% referidos por McFadyen, Brosten e Black (1991), nem o dobro nas unidades pediátricas em relação às demais referido por Vandvick (1994). Essa diferença talvez se apresente em função de o Instituto da Criança do HC-FMUSP possuir um serviço específico de Higiene Mental, com características próprias, capaz de atender parcialmente à demanda, uma vez que, conforme refere Rae-Grant (1986), uma grande proporção dos casos de doença mental ou transtornos de conduta é tratada primariamente pelo próprio pediatra, principalmente em função da escassez dos psiquiatras dedicados ao atendimento da infância e da adolescência.

Considerando-se as queixas que ocasionaram os encaminhamentos, não há diferenças significativas quando comparadas às provenientes de outros serviços, ou seja, da mesma maneira que o observado por Hong e Lim (1999), Vandvick (1994), Lai e Wong (1994) e McFadyen, Brosten e Black (1991), verificou-se um predomínio de depressão, sintomatologia somática associada a doenças físicas e distúrbios comportamentais associados principalmente à conduta agressiva e destrutiva, caracterizando categorias relacionadas a crises psiquiátricas propriamente ditas (tentativa ou risco de suicídio, comportamento violento, psicoses agudas) e condutas com predomínio emocional ou reações vivenciais (Chan, 1996).

Considerando-se o diagnóstico clínico envolvido, essa amostra caracterizou-se por doenças crônicas (epilepsia, lúpus) ou acidentes (traumatismos físicos e elétricos, queimaduras), não se observando grande frequência de quadros como asma, diabetes ou paralisia cerebral, conforme refere Lai e Wong (1994). Quanto aos diagnósticos psiquiátricos envolvidos, predominaram na amostra as síndromes mentais orgânicas agudas (21,7%), os quadros depressivos (19,3%), as reações de ajustamento (12%), os quadros dissociativos (12%) e as reações de estresse pós-traumático (6%). Cabe lembrar que os diagnósticos sem elucidação, embora altos nessa amostragem (6%), não correspondem àqueles encontrados por Lai e Wong (1994) e McFadyen, Brosten e Black (1991), que referem respectivamente 19,7% e 22% dos casos sem diagnóstico psiquiátrico.

Finalmente, a intervenção realizada neste serviço foi basicamente a psicofarmacológica (42,2%), o que caracteriza abordagem totalmente diversa daquela citada por outros autores, que referem como principal método de intervenção a terapia familiar (McFadyen, Brosten e Black, 1991). Essa diferença talvez possa se dever à presença de um serviço de Psicologia Hospitalar eficiente, responsável pelas intervenções de caráter psicossocial, ou então à própria filosofia institucional, que privilegia a abordagem medicamentosa, em detrimento de outras intervenções de caráter psicossocial.

DISCUSSÃO DE CASO CLÍNICO

L.G., três anos e meio de idade, branca, natural de São Paulo (SP), procedente da Grande São Paulo, filha única.

Encaminhada pelo Instituto da Criança (ICr-HC-FMUSP) ao Serviço de Interconsulta do SEPIA-IPq-HC-FMUSP em 12/12/2001, para investigação diagnóstica, após período de internação em hospital de retaguarda devido a intoxicação exógena.

Na história fornecida pela genitora, a criança apresentava crises convulsivas de difícil controle desde um ano de idade e recebia alimentação através de sonda nasogástrica (SNG) devido a refluxo gastroesofágico (RGE) e pouca aceitação de dieta por via oral (*sic*). A genitora não garantia um acompanhamento regular com neurologista ou psiquiatra, porém buscava os atendimentos de urgência em prontos-socorros devido a “convulsões incontroláveis”, 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 pela mãe da paciente.

Em 10/11/2002 foi avaliada, apresentando alteração no nível de consciência e hiporreatividade. Após a confirmação da hipótese diagnóstica de intoxicação por fenobarbital, através da dosagem sérica da substância, foi encaminhada para internação em unidade de retaguarda, para acompanhamento clínico. Permaneceu nesta unidade por aproximadamente um 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 por via oral. Recebeu alta em 12/12/2001, data da interconsulta, quando então 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 já fora atendida previamente no ambulatório de Psiquiatria da mesma instituição em 18/9/2001. Nesta data, sua primeira e única consulta em nosso serviço até então, relatou a genitora ter sido encaminhada de um hospital da Grande São Paulo, onde L.G. estivera internada devido a epilepsia refratária, infecção urinária e pneumonia (*sic*). No entanto, não portava nenhuma carta de encaminhamento nesta primeira consulta. O motivo do encaminhamento, segundo a genitora, era devido ao seu comportamento.

Relatava que a filha, desde um ano de idade, necessitava de sonda para garantir a nutrição, pois “tinha refluxo e não ficava mais do que um mês sem sonda, devido à desnutrição e à desidratação”. A genitora descrevia crises tônico-clônicas generalizadas, de difícil controle medicamentoso, sem causa orgânica identificada. Mostrava-se extremamente preocupada com as alterações de comportamento da filha: arrancar os cabelos, gritar, bater a cabeça na parede.

Segundo informava, desde a gestação L.G. se mexia pouco, e ao nascimento necessitou de oxigenoterapia, permanecendo internada por 24 dias devido a refluxo. Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor, apresentou dificuldades na sucção, era hipotônica, firmou a cabeça com um ano, não sentava nem andava até então, tendo adquirido linguagem aos três anos e, mesmo assim, restrita a poucas palavras. No questionamento a respeito de sinais de apego, a genitora negou quaisquer sinais esperados desde bebê, referiu estereotípias (balanceio do tronco) e, quanto à maneira de brincar, simplesmente respondeu que a filha “não brinca com outras crianças e nem mesmo sozinha”. Nunca havia frequentado escola, devido às crises de agressividade e recusa alimentar (*sic*).

Com respeito aos antecedentes familiares, genitora de 20 anos de idade, balconista, desempregada há um mês, vivendo na casa da mãe (a renda familiar era proveniente do padrasto). Não quis identificar o pai da criança, dizendo que ele nunca assumira a

paternidade, e que, durante a gestação, não tivera seu apoio nem de outros membros de sua família (tendo sido expulsa de casa pela avó da paciente); durante o período gestacional, relatava ter desenvolvido “depressão”.

Durante esta primeira consulta, a criança estava completamente sedada, impossibilitando a avaliação e, como a dose do fenobarbital fosse excessiva para seu peso e idade, foi orientada a diminuir a dose. Faltou ao retorno, e dela não se teve notícia do paradeiro até a solicitação da interconsulta. Após sua internação no Serviço de Psiquiatria, foi possível a confirmação diagnóstica da síndrome de Munchausen por procuração, em decorrência de vários fatores descritos a seguir.

Inicialmente, através de contato com a pediatra que a havia encaminhado do hospital da Grande São Paulo, soubemos que esta já suspeitava da síndrome de Munchausen e enviara carta lacrada através da genitora, que nunca nos foi entregue. Embora fosse orientada à diminuição da dose do anticonvulsivante, não seguiu as orientações e, quando foi aventada a hipótese de intoxicação pelo fenobarbital, apresentava 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, pedindo 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 Instituto da Criança (anterior à internação na Psiquiatria), houve discrepância entre as informações fornecidas pela genitora 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 por 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 se observou alteração na marcha. L.G. alimentava-se normalmente, apresentava linguagem compatível para sua idade, com discreta dificuldade para articular as palavras. Não apresentou alterações de comportamento, exceto quando separada da mãe, o que acarretava momentos de agressividade, evidenciando um vínculo simbiótico entre elas. Apresentava dificuldades para conciliar o sono no início da internação, porém gradativamente o ciclo sono-vigília normalizou-se sem o emprego de sedativos, o que gerou muita angústia na mãe, que sempre pedia “remédios para a filha dormir”. Optou-se pelo uso de placebos, por não apresentarem substância ativa e serem inócuos, devido à insistência da mãe no uso de medicações. Durante a primeira licença médica, por precaução foi feita a dosagem sérica de fenobarbital antes e depois desta, no caso de a mãe, sem ordem médica, ministrar a medicação. Além disso, 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; no entanto, 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. Recebeu alta em 8/1/2002 e compareceu frequentemente aos retornos. Sua guarda permaneceu com a mãe, e esta foi encaminhada para tratamento e avaliação de personalidade. A criança continuou fazendo uso de placebo sob nossa

orientação, visto que a mãe insistia no uso da medicação devido à insônia. Em um dos retornos, relatou que a criança apresentara crise convulsiva (*sic*), o que a motivou a procurar o Pronto-socorro novamente, onde prescreveram fenobarbital. Embora a tivesse levado ao Pronto-socorro, não administrara a droga à filha, “aguardando nosso consentimento”. Em consultas subsequentes, devido à sua insistência em marcar consulta com neurologistas, optou-se por encaminhá-la à neurologia do próprio Instituto de Psiquiatria, com o intuito de evitar sua 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 após alguns anos de “perambulação” por serviços de saúde e avaliações de diversos profissionais. Seu manejo requer um atendimento multidisciplinar e, por tratar-se de uma forma de abuso, é necessidade urgente a 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 dano. Em se tratando de crianças, na maioria dos casos o genitor é 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 em risco sua vida.

Em 1987, Rosenberg (*apud* Forsyth, 1996) revisou a literatura e encontrou 42% casos de convulsões dentre os casos de síndrome de Munchausen por procuração. Nos casos de “epilepsia sem controle”, geralmente o diagnóstico é possível devido à disparidade entre a história e a apresentação clínica no hospital (Koul e cols., 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 que se chegue a um “diagnóstico e tratamento para sua doença”. Observando-se mais atentamente a relação mãe e 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 e cols., 2000), bastante evidente neste caso.

O papel do Psiquiatra da Infância e Adolescência, neste caso, foi no auxílio diagnóstico e posterior manejo do caso, através de internação no próprio serviço. Há, porém, casos em que o interconsultor, em permanecendo a criança no serviço solicitante, pode exercer um papel mais amplo, inclusive de Psiquiatria de ligação, quando auxiliaria a equipe a entender melhor a dinâmica da doença, reconhecer seus próprios sentimentos com relação à situação de abuso, permitindo um melhor manejo do tratamento, a fim de auxiliar a criança e sua família.

CONCLUSÕES

Pode-se dizer que, habitualmente, cabe ao pediatra a função essencial de diagnosticar os problemas psicopatológicos da criança (Vandvick, 1994), em função 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, e assim demonstrando uma alta especificidade, detectam somente em torno de 17% dos transtornos mentais e de comportamento, o que representa uma baixa sensibilidade (Costello e cols., 1988). Dessa maneira, o desafio é sempre o desenvolvimento de maneiras mais efetivas de utilizar as habilidades do psiquiatra da infância, uma vez que seu número dificilmente atingirá a quantidade necessária para que ele mesmo efetue o atendimento direto da criança, na maioria dos casos (Rae-Grant, 1986; Froese, Dwyer-Sepic e Parker, 1997).

Assim, considerando que o interconsultor atua em numerosos domínios, sendo seu cliente não somente a criança, mas também os pais e os demais membros da equipe, seria necessário um “efeito multiplicador”, descrito por Dubois, Nugent e Broder (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 ao paciente pediátrico, permite a expressão das vivências, angústias, conflitos e mecanismos de defesa do paciente, família e equipe envolvidos, que interferem ou são desencadeados pela doença, utilizando como intervenções não somente as medidas psicofarmacológicas, como também abordagens psicoterápicas, individuais ou familiares, bem como favorecendo o relacionamento entre a equipe e a criança ou adolescente, para que se possa favorecer uma melhor evolução dos quadros (Cramer, 1992).

Apesar de a Psiquiatria de Ligação e a Interconsulta Psiquiátrica Infantil serem hoje áreas de atuação ainda tímidas e incipientes em nosso meio, não há dúvidas, diante do exposto, da importância de implementar, cada vez mais, estes 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 em longo prazo.

*Na minha rua há um menininho doente.
Enquanto os outros partem para a escola,
Junto à janela, sonhadoramente,
Ele ouve o sapateiro bater sola.*

*Ouve também o carpinteiro, em frente,
Que uma canção napolitana engrola.
E pouco a pouco, gradativamente,
O sofrimento que ele tem se evola...*

*Mas nesta rua há um operário triste:
Não canta nada na manhã sonora
E o menino nem sonha que ele existe.*

*Ele trabalha silenciosamente...
E está compondo este soneto agora,
Pra alminha boa do menino doente...*

(Quintana, 1983)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahsanuddin, K. M. e Adams, J. E. (1982). Setting up a pediatric consultation-liaison service. **Psychiatr. Clin. North Am.**, 5(2): 259-270.
- Bailey, D. e Garraida, M. E. (1989). Referral to child psychiatry: parent and doctor motives and expectations. **J. Child Psychol. Psychiatry**, 30(3): 449-458.
- Bergman, A. S. e Fritz, G. K. (1985). Pediatricians and mental health professionals. Patterns of collaboration and utilization. **Am. J. Dis. Child**, 139(2): 155-159.
- Breslau, N. (1985). Psychiatric disorder in children with physical disabilities. **J. Am. Acad. Child Psychiat.**, 24(1): 87-94.
- Brodie, H. K. H. (1983). Presidential address: Psychiatry – its locus and its future. **Am. J. Psychiatry**, 140(8): 965-968.
- Burket, R. C. e Hodgins, J. D. (1993). Pediatricians' perceptions of child psychiatry consultations. **Psychosomatics**, 34(5): 402-408.
- Cadman, D.; Boyle, M.; Szatmari, P. e Offord, D. R. (1987). Chronic illness, disability, and mental and social well-being: findings of the Ontario Child Health Study. **Pediatrics**, 79(5): 805-813.
- Campo, J. V.; Kingsley, R. S.; Bridge, J. e Mrazek, D. (2000). Child and adolescent psychiatry in general children's hospitals: a survey of chairs of psychiatry. **Psychosomatics**, 41: 128-133.
- Canning, E. H. (1994). Mental disorders in chronically ill children: case identification and parent-child discrepancy. **Psychosom. Med.**, 56(2): 104-108.
- , Hanser, S. B., Shade, K. A. e Boyce, W. T. (1992). Mental disorders in chronically ill children: parent-child discrepancy and physician identification. **Pediatrics**, 90(5): 692-696.
- Caplan, G. (1991). **The theory and practice of mental health consultation**. New York: Basic Books, 1970 *apud* J. R. Dubois; K. Nugent; E. Broder. Psychiatric consultation with children in underserved areas: lessons from experiences in Northern Ontario. **Can J. Psychiatry**, 36: 456-461.
- Cassidy, L. J. e Jellinek, M. S. (1998). Approaches to recognition and management of childhood psychiatric disorders in pediatric primary care. **Pediatr. Clin. North Am.**, 45(5): 1037-1052.
- Chan, S. (1996). Child psychiatric consultation and liaison in Pediatrics. **Singapore Med. J.**, 37: 194-196.
- Costello, E. J.; Edelbrock, C.; Costello, A. J.; Dulcan, M. K.; Burns, B. J. e Brent, D. (1988). Psychopathology in pediatric primary care: the new hidden morbidity. **Paediatrics**, 82: 415-424.
- Cramer, B. (1992). Le rôle du psychiatre de liaison dans le cadre de la maladie chronique. **Schweiz Med. Wschr.**, 122: 83-87.
- Dubois, J. R.; Nugent, K. e Broder, E. (1991). Psychiatric consultation with children in underserved areas: lessons from experiences in Northern Ontario. **Can. J. Psychiatry**, 36: 456-461.
- Dulcan, M. K.; Costello, E. J.; Costello, A. J.; Edelbrock, C.; Brent, D. e Janiszewski, S. (1990). The pediatrician as gatekeeper to mental health care for children: do parents' concerns open the gate? **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, 29(3): 453-458.
- Ferreira, A. R.; Kuczynski, E.; Castillo, A. R. G. L. e Assumpção Jr., F. B. Interconsulta psiquiátrica infantil: análise de um serviço. **Pediatrica Moderna**, no prelo.
- Forsyth, B. W. C. (1996). Munchausen Syndrome by proxy. *In*: M. Lewis (Ed.). **Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook**. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins Company.
- Friedman, R. S. e Molay, F. (1994). A history of psychiatric consultation in America. **Psychiatr. Clin. North Am.**, 17(3): 667-681.

- Froese, A.; Dwyer-Sepic, P. e Parker, K. (1997). Child psychiatric consultation service to community agencies: a collaborative approach involving three community agencies. **Can. J. Psychiatry**, 42(6): 656-658.
- Garraida, M. E. e Bailey, D. (1989). Psychiatric disorders in general paediatric referrals. **Arch. Dis. Child**, 64: 1727-1733.
- Godding, V.; Kruth, M. e Jamart, J. (1997). Joint consultation for high-risk asthmatic children and their families, with pediatrician and psychiatrist as co-therapists: model and evaluation. **Fam. Process**, 36(3): 265-280.
- Gortmaker, S.L.; Walker, D.K.; Weitzman, M. e Sobel, M. (1990). Chronic conditions, socioeconomic risks, and behavioral problems in children and adolescents. **Pediatrics**, 85: 267-276.
- Hansen, R. C. (1997). Pediatric psychocutaneous disorders. **Curr. Opin. Pediatr.**, 9(4): 367-371.
- Hong, C. P. e Lim, L. C. (1999). Child psychiatric consultations in a general hospital. **Singapore Med. J.**, 40(9): 584-586.
- Jellinek, M. S. e Murphy, J. M. (1988). Screening for psychosocial disorders in pediatric practice. **Am. J. Dis. Child**, 142(11): 1153-1157.
- Jensen, P. S.; Rubio-Stipec, M.; Canino, G.; Bird, H. R.; Dulcan, M. K.; Schwab-Stone, M. E. e Lahey, B. B. (1999). Parent and child contributions to diagnosis of mental disorder: are both informants always necessary? **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiat.**, 38(12): 1569-1579.
- Koul, R. L.; Chacko, A.; Al-Lamki, Z.; Al-Amri, A. M. e Al-Khusaiby, S. (2000). Munchausen Syndrome by proxy. **Saudi Med. J.**, 21(5): 482-486.
- Krener, P. K. G. e Wasserman, A. L. (1994). Diagnostic dilemmas in pediatric consultation. **Child Adolesc. Psychiat. Clin. North Am.**, 3(3): 485-512.
- Lai, K. Y. C. e Wong, C. K. (1994). Patterns of referral to Child Psychiatry in Hong Kong. **Aust. N. Zeal. J. Psychiat.**, 28: 412-417.
- Lask, B. (1994). Paediatric liaison work. In: Rutter, M.; E. Taylor e L. Hersov (Eds.). **Child and adolescent psychiatry: modern approaches**. 3rd ed. Oxford: Blackwell.
- Lewis, M. (1994). Consultation process in child and adolescent psychiatric consultation-liaison in Pediatrics. **Child Adolesc. Psychiat. Clin. North Am.**, 3(3): 439-448.
- Lewis, M. e Leebens, P. K. (1996). The consultation process in child and adolescent psychiatric consultation-liaison in Pediatrics. In: M. Lewis (Ed.). **Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook**. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- McFadyen, A.; Brosten, G.; Black, D. (1991). The impact of a Child Psychiatry liaison service on patterns of referral. **Br. J. Psychiat.**, 158: 93-96.
- Meadow, R. (1977). Munchausen syndrome by proxy: the hinterland of child abuse. **Lancet**, 2: 343-345.
- Neff, J. M. e Anderson, G. (1995). Protecting children with chronic illness in a competitive marketplace. **J. Am. Med. Assoc.**, 274: 1866-1869.
- North, C. e Eminson, M. (1998). A review of a psychiatry-nephrology liaison service. **Eur. Child Adolesc. Psychiatry**, 7(4): 235-245.
- Phillips, S.; Sarles, R. M. e Friedman, S. B. (1980). Consultation and referral: when, why, and how. **Pediatr. Ann.**, 9(7): 269-275.
- Press, B. R. e Khan, S. A. (1997). Management of the suicidal child or adolescent in the emergency department. **Curr. Opin. Pediatr.**, 9(3): 237-241.
- Quintana, M. (1983). **Poesias**. 6.^a ed. Porto Alegre/Rio de Janeiro: Globo.
- Rae-Grant, Q. (1986). Child psychiatrists in the 90's: who will want us, who will need us. **Can. J. Psychiat.**, 31(6): 493-498.
- Rothenberg, M. B. (1979). Child psychiatry consultation-liaison services in the hospital setting: a review. **Gen. Hosp. Psychiatry**, 1(4): 281-286.

- Sauceda-Garcia, J. M.; Duran, J. M. M. e Cabrera, M. A. M. (1994). Nuevas perspectivas en la Psiquiatria de Enlace. La experiencia del Hospital de Pediatria del Centro Médico Nacional Siglo XXI. **Gac. Med. Mex.**, 130(2): 72-74.
- Sauvage, D.; Hameury, L.; Perrot, A.; Barthélemy, C.; Adrien, J.L.; Laugier, J. e Lelord, G.F. (1989). Psychiatrie de consultation-liaison à l'hôpital pédiatrique. **Arch. Fr. Pédiatr.**, 46: 559-565.
- Schowalter, J. E. e Solnit, A. J. (1998). Working with the primary care phisician. **Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.**, 7(3): 599-613.
- Vandvick, I. H. (1994). Collaboration between child psychiatry and pediatrics: the state of the relationship in Norway. **Acta Paediatr.**, 83: 884-887.
- Wellisch, D. e Pasnau, R. (1979). Psychology interns on a consultation — liaison service. **Gen. Hosp. Psychiatry**, 1: 287-294.

Ambulatório Especializado no Atendimento de Crianças Autistas

*César de Moraes
Lídia Straus*

O diagnóstico de autismo infantil é difícil de ser realizado com precisão, visto que se baseia, unicamente, nos aspectos descritivos da síndrome. A inexistência de marcadores biológicos dificulta seu diagnóstico. Portanto, basear-se apenas nos comportamentos apresentados pela criança favorece erros constantes de avaliação clínica.

São frequentes as queixas de pais, cujos filhos foram avaliados por vários profissionais, que estes realizaram diagnósticos diferentes e deram orientações contraditórias. Frases do tipo “uns dizem que meu filho não tem nada, outros dizem que ele tem autismo” são comuns durante a entrevista com pais de crianças autistas. As diferenças de avaliação e interpretação dos diferentes comportamentos, a falta de conhecimento por parte dos profissionais dos atuais critérios diagnósticos estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde — OMS, somadas à ausência de serviços que mantenham protocolos estruturados de avaliação, são causas comuns de atraso no diagnóstico e tratamento dessas crianças.

Na tentativa de ampliar os recursos de avaliação e diagnóstico de crianças autistas e oferecer treinamento técnico nessa área para profissionais de saúde mental, foi criado o núcleo de autismo do Serviço Especializado no Tratamento de Autismo e Hiperatividade (SETAH) da Universidade Estadual de Campinas — UNICAMP.

Seu funcionamento visa prestar assistência às crianças e adolescentes com sintomas de autismo infantil, a realização de pesquisas e o treinamento de profissionais na área dos transtornos invasivos do desenvolvimento.

A evolução do conceito da síndrome, as atuais diretrizes diagnósticas e as principais patologias associadas são fatores importantes quando se estrutura um protocolo de avaliação clínica para crianças com sintomas de autismo.

A HISTÓRIA DO AUTISMO INFANTIL

Desde o século XIX, a literatura tem descrito casos isolados de crianças com graves distúrbios mentais, decorrentes de importantes distorções dos processos normais do desenvolvimento que, de acordo com a atual terminologia, preencheriam critérios diagnósticos para autismo infantil ou transtorno autista (Malson, 1964).

Obviamente, a síndrome autista não é uma “nova condição típica de sociedades urbanas e industrializadas do século XX” (como proposto por Tinbergen e Tinbergen, 1983), mas foi nesse século que ocorreu o maior número de descrições de crianças que apresentavam características autistas.

Em 1908, Sancta De Sanctis descreveu a “demência precocíssima”, baseado em excepcionais observações de quadros demenciais em pré-púberes, caracterizados por uma sintomatologia análoga à “demência precoce” descrita, em adultos, por Emil Kraepelin.

No mesmo ano, Heller, educador vienense, descreveu um grupo de seis crianças, entre três e quatro anos, que apresentavam uma insidiosa perda da linguagem e habilidades mentais, com sintomatologia essencialmente idêntica à das atuais crianças autistas.

Bleuler, em 1919, usou pela primeira vez o termo ‘autismo’ para descrever a inabilidade dos pacientes esquizofrênicos em se relacionar com o mundo externo e seus déficits na interação social.

Foi apenas em 1943 que Leo Kanner, psiquiatra austríaco, professor da John Hopkins University e um dos membros fundadores do *Journal of Autism in Childhood Schizophrenia*, escreveu um artigo na *Nervous Child*, intitulado ‘Autistic disturbances of affective contact’ (Kanner, 1943). O relato trazia as principais diferenças entre o autismo e outras patologias estudadas pela psiquiatria infantil, em particular a esquizofrenia infantil e o retardo mental.

Kanner (1943) assim as descreve: “o patognomônico dessas crianças é a inabilidade de manterem relações normais com outras pessoas desde o início da vida. Desde o início, há uma extrema solidão autista que, em todas às vezes que isso é possível, desdenha, ignora, exclui tudo o que vem à criança do exterior”. Concluiu o artigo dizendo supor que essas crianças vieram ao mundo com uma incapacidade inata de constituir biologicamente o contato afetivo habitual com as pessoas, “assim como outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas”. No ano seguinte, no *Journal of Pediatrics*, publica um novo artigo no qual descreve mais dois casos e nomeia a síndrome como ‘autismo infantil precoce’ (Kanner, 1944).

Kanner, além de nomear a síndrome, influenciou de maneira decisiva a formulação dos critérios diagnósticos para o autismo infantil das modernas classificações diagnósticas em psiquiatria.

Desde sua descrição por Kanner, os clínicos divergiram quanto às concepções teóricas da síndrome e, conseqüentemente, enfatizaram diferentes aspectos tidos como essenciais para o diagnóstico do autismo.

Em 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger descreveu um grupo de crianças que apresentavam sintomatologia semelhante à dos quadros autistas. Chamou o quadro clínico observado de ‘psicopatia autista’. As contribuições de Asperger não foram amplamente reconhecidas até a década de 1980 (Wing, 1981), pois ele trabalhava em Viena e publicava na Alemanha, ao contrário de Kanner, que vivia e publicava nos Estados Unidos.

Em 1978, Ritvo e Freeman criaram a definição da síndrome empregada pela National Society for Autistic Children (NSAC).

No mesmo ano, Rutter e Schopler criaram critérios que, definindo a síndrome, foram amplamente aceitos pela comunidade científica. Como na definição da NSAC, eles estipulavam que o comprometimento na esfera social e de comunicação, de início precoce, era a característica principal do autismo infantil.

Muitos autores (começando por Gilberg, 1990) têm se utilizado do conceito de transtornos do *spectrum* autista, que inclui o autismo infantil, a síndrome de Asperger, a síndrome de Heller, o retardo mental com traços autistas e outras condições *autistic-like*.

AUTISMO INFANTIL E AS CLASSIFICAÇÕES DIAGNÓSTICAS

Apesar de descrito em 1943, o diagnóstico de autismo infantil não apareceu na série diagnóstica da Organização Mundial da Saúde (OMS) até 1979, quando surgiu pela primeira vez na Classificação Internacional de Doenças (CID-9), classificado entre os transtornos psicóticos. A CID é considerada um dos mais importantes manuais diagnósticos, utilizado principalmente nos serviços de saúde do Brasil. Faz-se importante salientar que a avaliação diagnóstica está pautada em sinais e sintomas expressos nos manuais diagnósticos.

Em 1993, na CID-10, o autismo infantil passa a ser classificado entre os transtornos invasivos do desenvolvimento, juntamente com o transtorno desintegrativo na infância, com a síndrome de Rett, síndrome de Asperger e autismo atípico.

Apesar dos recentes avanços nos atuais critérios diagnósticos para diagnosticar o autismo infantil, não se levam em conta os aspectos biológicos da síndrome e, sim, apenas seus aspectos fenomênicos. Esse fato faz com que se possa diagnosticar autismo infantil associado a uma série de patologias com mecanismos fisiopatológicos distintos. Ao ser feito um diagnóstico de esclerose tuberosa ou retardo mental, por exemplo, o diagnóstico de autismo infantil não precisa, necessariamente, ser excluído, visto que a definição da síndrome é dada pelo seu conjunto de sinais clínicos e não pelos seus mecanismos fisiopatológicos.

Esse fato faz com que se tenham crianças diagnosticadas como autistas que apresentam mecanismos fisiopatológicos absolutamente diferentes (defeitos de formação, quadros infecciosos, hipóxia, síndromes genéticas, déficits enzimáticos etc.), todos levando a um comprometimento do sistema nervoso central.

Veja os atuais critérios diagnósticos para autismo infantil, propostos pela Classificação Internacional de Doenças, em sua décima revisão (OMS, 1993):

F84 – Transtornos Invasivos do Desenvolvimento; e
F84.0 – Autismo Infantil

- a. Um desenvolvimento anormal ou comprometido é evidente, antes da idade de três anos, em pelo menos uma das seguintes áreas:
 1. linguagem receptiva ou expressiva, enquanto usada na comunicação social;
 2. desenvolvimento de vinculações sociais seletivas ou de interação social recíproca; e
 3. jogo funcional ou simbólico.

- b. Um total de pelo menos seis sintomas dos itens (1), (2) e (3) deve estar presente, com pelo menos dois do item (1) e pelo menos um dos itens (2) e (3).
1. Anormalidades qualitativas na interação social recíproca são manifestadas em pelo menos duas das seguintes áreas:
 - a. falha em usar adequadamente o fitar “olho a olho”, a expressão facial, a postura corporal e gestos para regular a interação social;
 - b. falha em desenvolver (de uma forma apropriada para a idade e a despeito de oportunidades amplas) relacionamentos com colegas que envolvam uma participação mútua de interesses, atividades e emoções;
 - c. falta de reciprocidade socioemocional, demonstrada por uma resposta comprometida ou desviante às emoções de outras pessoas; falta de modulação do comportamento de acordo com o contexto social ou uma fraca integração de comportamento social, emocional e comunicativo; e
 - d. falta de procura espontânea para compartilhar diversões, interesses ou realizações com outras pessoas (p.ex., uma falta de mostrar, trazer ou apontar para outras pessoas objetos de interesse do indivíduo).
 2. Anormalidades qualitativas na comunicação são manifestadas em pelo menos uma das seguintes áreas:
 - a. um atraso ou falta total do desenvolvimento da linguagem falada, o qual não é acompanhado por uma tentativa de compensação pelo uso de gestos ou mímicas como um modo alternativo de comunicação (frequentemente, precedida por uma falta de balbúcio comunicativo);
 - b. falha relativa em iniciar ou manter um intercâmbio de conversação (em qualquer nível de habilidade de linguagem que esteja presente), no qual haja responsividade recíproca às comunicações da outra pessoa;
 - c. uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou uso idiossincrásico de palavras e frases; e
 - d. falta de jogos de faz de conta espontâneos e variados ou, quando jovem, jogos de imitação social.
 3. Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos, repetitivos e estereotipados são manifestados em pelo menos uma das seguintes áreas:
 - a. uma preocupação circular com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesses que são anormais em sua intensidade e natureza circunscrita, ainda que não em conteúdo ou foco;
 - b. adesão aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais específicos e não funcionais;
 - c. maneirismos motores estereotipados e repetitivos que envolvem abanar ou torcer as mãos ou dedos, ou então movimentos complexos de todo o corpo; e
 - d. preocupações com partes de objetos ou elementos não funcionais de materiais de brinquedos (tais como seu odor, o tato de sua superfície ou o barulho ou vibração que eles fazem).
- c. O quadro clínico não é atribuível a outras variedades de transtorno invasivo do desenvolvimento, transtorno específico de linguagem receptiva (F80.2) com

problemas socioemocionais secundários, transtorno reativo de vinculação com desinibição (F94.1), retardo mental (F70–F72) com algum transtorno emocional ou de comportamento associado, esquizofrenia (F20) de início inusualmente precoce e síndrome de Rett (F84.2).

COMPORTAMENTOS INESPECÍFICOS ASSOCIADOS AO AUTISMO

Apesar de comumente associadas à síndrome, várias características clínicas não são incluídas nos critérios diagnósticos. Crianças com autismo mostram, em geral, um padrão cognitivo desigual e, frequentemente, têm uma melhor *performance* nas tarefas não verbais e visuoespaciais do que nas tarefas verbais. Sintomas comportamentais associados à síndrome incluem hiperatividade, curto tempo de atenção, impulsividade, comportamento agressivo, acessos de autoagressividade e agitação psicomotora.

Algumas pessoas com autismo têm respostas extremas aos estímulos sensoriais, tais como hipersensibilidade à luz, som, toque e fascinação por certos estímulos auditivos ou visuais. Distúrbios do sono e da alimentação também são comuns nessas pessoas, além de medo excessivo em situações corriqueiras ou perda do medo em situações de risco.

Esses sintomas inespecíficos, apesar de não fazerem parte dos critérios diagnósticos primários, são os que mais trazem problemas para a família e à equipe terapêutica. A necessidade de tratamento medicamentoso está sempre associada à gravidade desses sintomas.

PATOLOGIAS COMUMENTE ASSOCIADAS AO DIAGNÓSTICO DE AUTISMO INFANTIL

Retardo Mental

Um grande número de investigadores tem notado a relação direta existente entre a gravidade clínica do autismo e o QI — Quociente de Inteligência (Lotspeich e Ciaranello, 1993). Juntamente com a época de aquisição da linguagem verbal, o QI é um importante fator prognóstico. Muitos estudos têm demonstrado que as crianças autistas variam muito quanto a sua *performance* intelectual. A maioria das crianças autistas tem $QI < 70$, e muitas caem na categoria de profundamente retardadas ($QI < 30$). Dois terços das crianças mostram algum grau de comprometimento do funcionamento intelectual global (Rutter e Hersov, 1992). Autistas de menor QI têm um risco maior de desenvolver convulsões na adolescência.

Síndrome do X Frágil (X FRA)

É uma síndrome genética frequentemente associada ao autismo infantil. As crianças afetadas têm uma face estreita, testa alongada, mandíbulas proeminentes, orelhas largas, faces dismórfica, testículos aumentados e distúrbios comportamentais, incluindo hiperatividade, déficit de atenção e comportamentos autistas.

A síndrome afeta um em 1.250 homens e uma em 2.500 mulheres (Tsongalis e Silverman, 1991). O grau de associação do X FRA com o autismo tem sido amplamente estudado. Hargman e cols. (1986) encontraram 16% de meninos X FRA que

preenchiem critérios diagnósticos de autismo pelo DSM-III (*Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*). Smalley, Asarnow e Spence (1988) compilaram dados de 12 estudos e chegaram a uma taxa de 8% de associação. Payton e cols. (1989) estudaram 85 autistas homens e encontraram uma frequência de X FRA de 2,4%.

Esclerose Tuberosa de Bourneville

É uma doença com transmissão genética autossômica dominante, que ocorre em um de 30.000 nascidos vivos. Cursa com retardo mental, convulsões, lesões de pele e cerebrais. Tem sido associada com o autismo. Smalley e cols. (1992) estimaram que a esclerose tuberosa e o X FRA, juntos, ocorrem em 8 a 10% de todos os casos de autismo. Hunter e Shephard (1993) estimaram que 25 a 50% das crianças com esclerose tuberosa são autistas. É uma doença genética rara, e isso torna pouco provável que sua associação com o autismo seja coincidência. A esclerose tuberosa produz anomalias estruturais cerebrais tanto em áreas do córtex como em gânglios da base e, em menor frequência, no cerebelo, dando lugar a alterações orgânicas e funcionais cerebrais que são primordiais na etiologia do autismo (Coleman e Gilberg, 1985).

Fenilcetonúria

É um distúrbio metabólico de herança genética autossômica recessiva que ocorre em um de 14.000 nascidos vivos; uma em 60 pessoas carrega o gene mutante.

A associação do autismo com a fenilcetonúria foi descrita por Friedman (1969), em um trabalho de revisão no qual mostrou 50 crianças com fenilcetonúria e autismo, bem como com retardo mental. O autor examinou crianças fenilcetonúricas tratadas tardiamente com dieta de fenilalanina. Essas crianças exibiam retardo mental e autismo; uma vez tratadas com dieta específica, o retardo mental permaneceu, mas os comportamentos autistas regrediram. Quando paravam com a dieta, seus comportamentos autistas retornavam. Faz-se necessário lembrar que o distúrbio do metabolismo da fenilalanina vem acompanhado, na fenilcetonúria, por uma hiperserotoninemia, achado frequente nas síndromes autistas.

Epilepsia

A associação de autismo e epilepsia foi observada em vários estudos, com uma incidência de comicialidade que varia de 10 a 35% das crianças autistas, segundo a população estudada, contra 0,5% na população geral. A incidência adquire a forma de uma curva bimodal com porcentagens maiores antes dos cinco anos e a partir da puberdade (Rossi e cols., 1995).

Embora a apresentação da epilepsia ocorra com maior incidência de acordo com a gravidade do retardo mental, não é infrequente que apareça em autistas com retardo mental leve e em autistas com inteligência normal (Diez Cuervo, 1982).

Autores como Diez Cuervo (1982) e Gilberg (1991) sugerem que as crises parciais complexas, com origem focal nos lobos temporais, são as que ocorrem com maior frequência no transtorno autista. Suas porcentagens poderiam ser maiores, não fossem as dificuldades diagnósticas decorrentes de uma escassa utilidade dos registros

eletroencefalográficos convencionais nas crianças, além de serem reconhecidas, pela família e nos centros onde as crianças são atendidas, como agudizações do quadro clínico ou, mesmo, condutas específicas do próprio autismo (Diez Cuervo, Garcia De Leon, Gonzalez, 1987).

Infecção Pré-natal

Durante a pandemia de rubéola de 1964 (estima-se que 1.800.000 pessoas a contraíram, nos Estados Unidos), 8 a 13% das crianças nascidas e afetadas pela doença desenvolveram autismo, juntamente com outras anomalias associadas à síndrome de rubéola congênita. Apesar de outros agentes infecciosos estarem associados ao autismo, a maioria dos relatos é de casos isolados, apesar de, juntos, constituírem evidências de que a infecção viral pré-natal pode alterar o desenvolvimento cerebral e se associar ao autismo. Toxoplasmose pré-natal, sífilis (Rutter e Bartak, 1971) e varicela (Knobloch e Pasamanick, 1975) têm sido associadas a casos isolados de autismo.

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES PARA A COMPREENSÃO DA SÍNDROME AUTISTA

Algumas considerações se fazem necessárias para melhor compreender as questões diagnósticas do autismo infantil:

1.º) os clínicos variam em suas concepções teóricas e, conseqüentemente, enfatizam diferentes aspectos como essenciais para o diagnóstico clínico da síndrome. Esse fato fez com que os critérios diagnósticos do autismo infantil tenham sofrido uma progressiva redefinição (Rutter e Schopler, 1987);

2.º) o diagnóstico da síndrome é pautado em um grupo de sinais e sintomas que, apesar de poderem ocorrer isoladamente em crianças com desenvolvimento normal, formam uma constelação clínica que só acontece na síndrome autista;

3.º) há graus diferentes de comprometimento qualitativo da interação social, da comunicação e do repertório de atividades que variam de criança para criança. Este fato faz com que existam vários níveis de funcionamento de uma criança autista. Podemos fazer o mesmo diagnóstico para uma criança que apresenta um pequeno grau de comprometimento na interação social, na linguagem e na capacidade criativa, bem como para uma criança que se apresente completamente alheia ao mundo externo, que não mantenha nenhum tipo de comunicação e que passe a maior parte do tempo apresentando movimentos estereotipados. Criaram-se, então, novas classificações, como autismo de baixo, médio e alto funcionamentos; e

4.º) com as transformações sofridas nos critérios diagnósticos, ampliou-se o leque de crianças que recebem o diagnóstico de autismo infantil.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DO NÚCLEO DE AUTISMO INFANTIL DE UMA UNIVERSIDADE ESTADUAL

O Núcleo de Autismo Infantil é um serviço especializado na avaliação, diagnóstico e tratamento de crianças com sintomas de autismo infantil. Por estar vinculado a um serviço universitário, também tem por objetivo o ensino de estudantes e a espe-

cialização de profissionais que trabalham com crianças com problemas graves de desenvolvimento. A possibilidade de realização de pesquisas nessa área foi um outro fator que levou à sua criação, visto haver, no país, poucos serviços universitários que se dediquem à pesquisa dos transtornos invasivos do desenvolvimento.

As normas que orientam o serviço são baseadas nas recomendações da International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions — IACAPAP (Young e Ferrari, 1998) para a organização de serviços nacionais e regionais de saúde mental para crianças. Essas normas asseguram às crianças e adolescentes autistas e suas famílias:

- um sistema de avaliação e tratamento acessível às crianças e famílias de todas as classes socioeconômicas, raças ou crenças religiosas;
- uma estrutura própria, ou associada a outros serviços, que facilita o desenvolvimento normal e previne o distúrbio autista, incluindo programas de suporte familiar, cuidados precoces à criança, orientação escolar e programas baseados na comunidade; e
- uma ampla gama de profissionais especializados (psiquiatra infantil, neuropediatra, terapeuta ocupacional, psicóloga e outros) que, trabalhando de forma complementar, estão engajados na prevenção, intervenção precoce, tratamento e pesquisa.

Acessibilidade ao Serviço

O serviço atende à população de crianças e adolescentes de Campinas e região, assegurando a todos os indivíduos com comportamentos autistas e às suas famílias acesso a uma avaliação médica, diagnóstico e planejamento terapêutico adequados às necessidades de cada criança.

O atendimento é realizado no espaço físico do Ambulatório de Psiquiatria do núcleo SETAH, todas as quintas-feiras, no período das 13 às 19h.

Os pacientes são encaminhados para o serviço de marcação de consultas por um profissional da área de saúde que tenha avaliado o paciente, previamente, e tenha suscitado o diagnóstico de autismo infantil. Não há necessidade de haver um diagnóstico fechado da síndrome, pois o ambulatório realiza o diagnóstico diferencial de outros transtornos psiquiátricos que podem cursar com comportamentos autistas.

Orientação e Consentimento das Famílias

As crianças, os adolescentes e as suas famílias têm direito às informações sobre a natureza de qualquer patologia diagnosticada no ambulatório e as bases clínicas para esse diagnóstico. Informações para as famílias sobre o tratamento escolhido, sobre qualquer outro tratamento clínico recomendado, seus possíveis efeitos colaterais e os riscos da não realização do tratamento são tidas como essenciais no processo terapêutico.

Os pais têm o direito de consentir no tratamento de seus filhos e em qualquer procedimento de pesquisa ao qual eles sejam submetidos. Eles podem encerrar a proposta de tratamento e pesquisa a qualquer momento que queiram, sem que esse fato comprometa os tratamentos posteriores que porventura tenham que realizar no ambulatório.

Equipe Técnica

A avaliação e o diagnóstico de autismo infantil devem ser realizados por profissionais experientes na área dos transtornos invasivos do desenvolvimento. Conhecimentos prévios sobre o desenvolvimento de uma criança autista, sobre os aspectos psicopatológicos da síndrome e sobre uma variedade de recursos de tratamento são essenciais na formação dos profissionais que atendem crianças com sintomas de autismo infantil.

O ambulatório conta com profissionais de diferentes formações, visando um trabalho em equipe, através da otimização das habilidades e conhecimentos específicos de cada profissão e através da complementaridade de ações diagnósticas e terapêuticas.

A equipe técnica tem supervisão clínica constante, e seus membros recebem uma educação continuada, garantindo uma permanente atualização dos conhecimentos científicos no campo do autismo infantil.

A equipe técnica fixa é composta pelos seguintes profissionais:

- quatro Psiquiatras da Infância e Adolescência, dois doutores, um mestre (doutorando) e um mestrando;
- um neuropediatra com mestrado;
- duas psicólogas;
- uma terapeuta ocupacional;
- três médicos do segundo ano da residência em psiquiatria; e
- um médico do terceiro ano da residência em psiquiatria (especialização em psiquiatria infantil).

Além dos profissionais da equipe fixa, passa pelo serviço uma série de estudantes e profissionais de diversas áreas para a realização de estágios na área dos transtornos invasivos do desenvolvimento.

Rotina da Avaliação Neuropsiquiátrica

Faz-se necessária uma avaliação neuropsiquiátrica da síndrome, pois há uma etiologia diagnosticável em mais de um terço dos casos, e metade deles não teria suas etiologias diagnosticadas não fosse uma avaliação médica exaustiva. O fato é que 50% dos autistas apresentam sinais de disfunção cerebral, mesmo quando a causa etiológica não pode ser estabelecida.

O uso de instrumentos estruturados de avaliação diminui os possíveis erros de entrevista (principalmente, por parte do entrevistador), favorecendo uma coleta objetiva de dados para pesquisa e sendo um recurso adicional para a realização de um planejamento terapêutico adequado. A seguir seguem os protocolos e procedimentos de diagnóstico e encaminhamento utilizados pelo serviço.

1. Entrevista individual com cada um dos pais ou responsável:

Além de uma entrevista aberta com os pais, utiliza-se uma entrevista semi-estruturada de avaliação onde constam os seguintes itens de anamnese:

- descrição dos sintomas;
- avaliação dos aspectos de hereditariedade e completa revisão dos períodos pré-, peri- e pós-natal;

- revisão das doenças prévias, padrão de crescimento, nível de funcionamento nas diversas áreas do desenvolvimento; e
 - conhecimento da dinâmica familiar e fatores psicossociais envolvidos no desenvolvimento da criança.
2. Instrumentos estruturados de avaliação utilizados com os pais ou responsáveis:
Aplica-se a Escala de Maturidade Social de Vineland-Doll (Doll, 1947) com um dos pais e o Questionário de Avaliação do Comportamento Autista — CACS (Moraes, 1999), também aplicado com outros profissionais que avaliam a criança.
3. Avaliação da criança:
- observação direta da criança em atividades lúdicas e dirigidas. O tempo de observação depende de cada caso, podendo variar de um a quatro períodos de observação; e
 - preenchimento da Childhood Autism Rating Scale — CARS (Schopler, Reichler, Renner, 1999), após observação direta da criança. Se possível, de acordo com as habilidades cognitivas e comunicativas da criança, utiliza-se o teste Colúmbia para avaliação do nível intelectual da criança.
4. Exame físico da criança:
- medidas da circunferência craniana, peso e altura;
 - avaliação de alterações físicas menores, incluindo alterações da pele (esclerose tuberosa, neurofibromatose, hipomelanose de Ito);
 - inspeção dos genitais em homens; e
 - avaliação de variações do batimento cardíaco.
5. Exames laboratoriais e propedêutica armada:
- cariótipo e bateria de erros inatos do metabolismo;
 - tomografia computadorizada/ressonância magnética;
 - audiometria;
 - SPECT (*single photon emission computed tomography*);
 - exames de sangue (fenilalanina, ácido úrico, ácido lático, ácido pirúvico); e
 - exames de urina (metabólitos de mucopolissacaridoses, ácido úrico, cálcio).
6. Relatos de outros profissionais que atendem a criança ou de seus professores:
- entrevistas pessoais ou telefônicas com outros profissionais ou com os professores das crianças; e
 - aplicação de um questionário com perguntas abertas para serem respondidas pelos professores e aplicação do Questionário de Avaliação do Comportamento Autista (CACS), utilizado tanto com profissionais quanto com os professores. Os questionários avaliam a qualidade das interações sociais da criança, suas habilidades de comunicação e criatividade, comportamentos inespecíficos,

como hiperatividade motora, comportamentos fóbicos e agressivos, além de distúrbios do sono.

PESQUISA

A equipe do ambulatório acredita que um melhor prognóstico, para a maior parte das crianças autistas, será obtido através de uma investigação clínica rigorosa, usando métodos avançados de pesquisa das áreas da Biologia e Psicologia. Há áreas críticas de desconhecimento nos campos da patogênese e terapêutica das crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento. Avançar nos conhecimentos sobre possíveis causas, curso e tratamento do autismo requer programas de pesquisa bem-estruturados e sustentados cientificamente, assegurando, assim, resultados que garantam a melhoria constante da qualidade do serviço. O ambulatório é um espaço privilegiado para a realização de pesquisa e investigação clínica, pois atende crianças de grupos sociais, raciais e de ambos os gêneros, refletindo assim uma parcela representativa da comunidade e daqueles que sofrem com o autismo infantil.

Antes do início de qualquer projeto de pesquisa, uma análise cuidadosa dos potenciais benefícios, riscos e implicações éticas sempre é realizada.

Tanto os achados positivos de pesquisas concluídas quanto os negativos são divulgados nos meios científicos, para que outros profissionais tenham acesso e possam fazer uso das informações.

CASO CLÍNICO

O seguinte caso exemplifica a proposta de atendimento psiquiátrico pelo serviço descrito anteriormente.

O paciente D.B., três anos e seis meses, passou por avaliação psiquiátrica no serviço por sugestão da professora de sua creche, que se queixava da falta de participação nas atividades propostas e do isolamento social da criança. Chamava a atenção da professora o fato de a criança brincar muito sozinha, de forma pouco criativa e repetindo com frequência a mesma sequência de brincadeiras. Sua forma de brincar era diferente da de outras crianças, pois, além de cheirar os objetos, preocupava-se com as partes pouco funcionais dos brinquedos. Sua linguagem era rudimentar e ecológica (repetitiva). Gostava de ficar cantando determinadas músicas (como, por exemplo, “parabéns p’ra você”) e ficar chacoalhando o corpo para frente e para trás. Evitava o contato olho a olho.

Durante a entrevista com a família, os pais relataram que estavam preocupados com a criança, pois observavam sua maneira “diferente” de se relacionar com os primos e irmãos. Segundo a mãe, D. costumava se isolar, evitar o contato visual, levar com frequência os objetos à boca, além de poder permanecer durante muito tempo girando a roda de seu caminhãozinho sem, aparentemente, perceber as coisas que aconteciam ao seu redor. Os pais chegaram a pensar que a criança era surda, mas logo mudaram de ideia ao perceberem que a criança, quando passava um programa de televisão de que gostava, corria de seu quarto para a sala de TV. Apesar desses fatos, os pais o consideravam uma criança inteligente e afetiva, visto que procurava deitar no colo da mãe e aprendia com facilidade aquilo que lhe era ensinado.

A mãe fez todos os exames pré-natais solicitados pelo ginecologista. Sua gestação foi, da mesma forma que o parto, sem intercorrências clínicas.

Com a exceção de chorar demais, os pais não se lembravam de dificuldades maiores no processo de desenvolvimento da criança, visto que ela engatinhou, sentou no período correto e andou por volta de um ano de idade. As preocupações dos pais começaram devido à ausência do desenvolvimento de linguagem verbal até os três anos, quando passou a dizer suas primeiras palavras, sem uma tentativa de compensar a comunicação através da linguagem gestual ou mímica. A criança costumava pegar na mão dos pais e levá-los até um local de seu interesse (por exemplo, costumava levar a mão do pai até a fechadura da porta para que o pai a abrisse). Até o momento, a criança não tinha conseguido adquirir controle dos esfíncteres anal e urinário.

Durante a observação da criança, suas dificuldades de manter um contato olho a olho com o entrevistador e sua busca por isolamento social tornaram-se evidentes. Sua atividade lúdica não era criativa e não denotava uma atividade simbólica típica desse período do desenvolvimento. Recusava-se ativamente a participar das atividades propostas pelo observador, aparentando não compreender o que lhe era dito. Na maior parte do tempo, apenas gritava e, em alguns momentos, dizia palavras soltas, descontextualizadas ou cantava repetidamente a mesma canção.

A cada período de observação, costumava repetir sempre as mesmas brincadeiras, como girar tampas das panelinhas de plástico ou encher a pia de água para, posteriormente, ficar olhando o movimento da água escoando pelo ralo.

Havia uma dinâmica familiar ajustada às necessidades afetivas da criança. Os pais tinham um bom relacionamento, e a única irmã procurava brincar com o paciente.

O exame físico da criança não demonstrou alterações de pele, fácies característica de alguma síndrome nem alterações anatômicas dignas de nota. O exame físico especial não demonstrou alterações nos sistemas cardiorrespiratório e gastrointestinal.

A criança realizou os seguintes exames, todos com resultados dentro dos padrões de normalidade: tomografia computadorizada de crânio, cariótipo com pesquisa de X frágil, bateria de erros inatos do metabolismo, avaliação audiométrica (BERA), sorologias para rubéola, citomegalovírus, toxoplasmose, herpes, além de dosagem plasmática de fenilalanina e ácido úrico.

Foi aplicada a Escala de Maturidade Social de Vineland-Doll, que indicou uma idade social de um ano e oito meses.

Atingiu uma pontuação de 44 pontos na CARS e 42 pontos na CACS, indicando sintomas graves de autismo infantil.

A família foi convocada para a discussão dos seguintes diagnósticos realizados para a criança: autismo infantil e retardo mental (F84.0 e F70, respectivamente, segundo a CID-10).

A família recebeu informações e orientações sobre o quadro clínico da criança e, caso desejassem, poderiam receber apoio emocional estruturado no próprio serviço.

A criança foi encaminhada para o programa de estimulação precoce da Associação para o Desenvolvimento dos Autistas em Campinas (ADACAMP) e é acompanhada mensalmente pela equipe do ambulatório, que, quando necessário, intervém clinicamente e faz os redirecionamentos terapêuticos necessários.

CONCLUSÃO

O núcleo de assistência apresentado cumpre seu papel assistencial ao atender crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento. Sua existência tem permitido um

diagnóstico precoce e propostas de tratamento individualizadas para os que necessitam de uma avaliação e um acompanhamento médico especializado no campo do autismo infantil e de patologias correlatas.

A qualificação da equipe e sua diversidade profissional permitem uma discussão ampla e constante dos aspectos teóricos e práticos da síndrome autista, gerando subsídios para a realização de pesquisas clínicas que favorecem uma maior compreensão da patologia e seus principais recursos de tratamento.

O suporte técnico oferecido às crianças, suas famílias, professores, assistentes sociais, pediatras, outros profissionais de saúde e aos serviços de saúde infantil e familiar da região faz com que esse ambulatório cumpra seu papel social, que cabe a todos os serviços universitários.

Por outro lado, a realização de pesquisas, a promoção de eventos científicos e treinamento teórico-prático, na área dos transtornos invasivos, faz com que o ambulatório realize sua função acadêmica junto aos alunos e profissionais de diferentes campos de atuação na área de saúde mental da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association — APA (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III**. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association — APA (1987). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III-R**. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association — APA (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV**. Washington: American Psychiatric Association.
- Bleuler, E. (1919). **Dementia praecox or the group of schizophrenias**. New York: International University Press.
- Coleman, M. e Gilberg, C. (1985). Epilepsy in autistic patient. In: **The biology of autistic syndromes**. New York: Proeger Publishers, p. 45-50.
- Diez Cuervo, A. (1982). Autismo infantil y epilepsia: analisis etiopatogenico y seguimiento de 104 casos. **Epilepsia y conducta**. Barcelona: Fondo Editorial Sonofi, p. 107-156.
- ; Garcia De Leon, M. e Gonzalez, S. S. (1987). Hallazgos de epilepsia en niños autistas. **Rev. Esp. Epilepsia**, 2: 29-97.
- Doll, E.A. (1947). **Vineland social maturity scale**. Manual of Directions. Minn, U.S.A: Educ. Test Bureau.
- Friedman, E. (1969). The autistic syndrome and phenylketonuria. **Schizophrenia**, 1: 249-261.
- Gilberg, C. (1990). What is autism? **International Review of Psychiatry**, 2: 61-66.
- . (1991). The treatment of epilepsy in autism. **J. Autism Dev. Disord.**, 21: 61-77.
- Hargman, R. J.; Jackson, A. W.; Levitas, A.; Rimland, B. e Braden, M. (1986). Analysis of autism in 50 males with fragile X syndrome. **Am. J. Med. Genet.**, 23: 393-401.
- Heller, T. (1908). Dementia infantilis. **Journal for Research and Treatment of Juvenile Feeble-mindedness**, 2: 17-28.
- Hunter, A. e Shephard, C. (1993). Prevalence study of autism in tuberous sclerosis. **J. Autism Dev. Disord.**, 23: 323-339.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 2: 217-251.
- . (1944). Early infantile autism. **J. Pediatr.**, 25: 211-217.
- Knobloch, H. e Pasamanick, B. (1975). Some etiologic and prognostic factors in early infantile autism and psychosis. **J. Pediatr.**, 55:182-191.
- Lotspeich, L. J. e Ciaranello, R. D. (1993). **International Review of Neurobiology**. San Diego: R. Bradley.

- Malson, L. (1964). **Les enfants sauvages**. Paris: Union Générale Editions.
- Moraes, C. (1999). **Questionário de avaliação do comportamento autista (CACS-27): descrição do instrumento e apresentação de dados de validade e confiabilidade**. Tese de Mestrado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas.
- Organização Mundial da Saúde (1993). **Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID-10 — descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Payton, J. B.; Steele, M. W.; Wenger, J. L. e Minshew, M. T. (1989). The fragile x marker and autism in perspective. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, 28: 417-421.
- Ritvo, E. R. e Freeman, B. J. (1978). National Society for Autistic Children definition of the Syndrome of Autism. **J. Am. Acad. Child. Psych.**, 17: 565-575.
- Rossi, P. G.; Parmeggiani, A.; Bach, V.; Satucci, M. e Visconti, P. (1995). EEG features and epilepsy in patient with autism. **Brain**, 17: 169-174.
- Rutter, M. e Bartak, L. (1971). Causes of infantile autism: some considerations from recent research. **J. Autism Child. Schizophrenia**, 1(1): 20-32.
- e Hersov, L. (1992). **Child and adolescent psychiatry**. 3rd ed. London: Blackwell Scientific Publications.
- e Schopler, E. (1987). Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues. **J. Autism Dev. Disord.**, 17: 159-186.
- (1978). **Autism: a reappraisal of concepts and treatment**. New York: Plenum, p. 1-25.
- Sancta De Sanctis (1908). Dementia praecocissima. **Folio Neurol. Biol.**, 10.
- Schopler, E.; Reichler, R. J. e Renner, B. R. (1999). **The childhood autism rating scale**. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Smalley, S. L.; Asarnow, R. F. e Spence, M. A. (1988). Autism and genetics. **Arch. Gen. Psychiatry**, 45: 953-961.
- ; Tanguay, P. E.; Smith, M. e Gutierrez, G. (1992). Autism and tuberous sclerosis. **J. Autism Dev. Disord.**, 22: 339-355.
- Tinbergen, N. e Tinbergen, E. A. (1983). **Autistic children: new hope for a cure**. London: Allen & Unwin.
- Tsongalis, G. J. e Silverman, L. M. (1991). Molecular pathology of fragile x syndrome. **Arch. Pathol. Lab. Med.**, 117: 1121-1125.
- Wing, L. (1981). Asperger Syndrome: a clinical account. **Psychological Medicine**, 11: 115-129.
- Young, J.G. e Ferrari, P. (1998). **Designing mental health services and systems for children and adolescents: a shrewd investment**. Philadelphia: Brunner/Mazel Publishers.

Serviço de Psicologia Ambulatorial em Hospital Geral

*Diana Tosello Laloni
Queila Pierre Fernandes*

INTRODUÇÃO

Na década de 1960, quando a Psicologia Clínica entrou nos hospitais, o psicólogo fazia o papel de avaliador como provedor de serviços de psicometria tanto a nível clínico como de pesquisa, e sua atenção era exclusivamente às doenças mentais. A maioria dos esforços era dirigida às questões da psicopatologia e da intervenção com pacientes psiquiátricos.

O modelo biomédico sustentava que as doenças tinham causas exclusivamente biológicas, o que representou a visão dominante da Medicina durante a maior parte do século XX, justificando dessa forma o âmbito da Psicologia Clínica exclusivamente voltada para a saúde mental. A situação mudou gradativamente; alguns serviços de psicologia independentes foram criados em hospitais e os psicólogos começaram a ser indicados para compor equipes de atendimento familiar, neurologia, ginecologia e obstetrícia. Algumas escolas médicas criaram departamentos de psicologia, e essa situação favoreceu a entrada dos psicólogos em equipes hospitalares.

No decorrer dos anos, nossos colegas 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. Embora a prática da Psicologia Clínica tradicional ainda dê uma contribuição valiosa e forte para o campo médico, a Psicologia Clínica 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 se identificar problemas geralmente críticos na conduta

psicológica, devemos perguntar: “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 baseia-se no conjunto de pesquisas com doenças e seus tratamentos, além de estar com foco na prevenção, estilo de vida, adesão a tratamento, centrando no processo de análise das variáveis biológicas do organismo e como elas são afetadas pelas contingências do ambiente (Kerbaux, 1998, 1999, 2002).

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 bem aceitos como contribuintes para doenças como câncer, hipertensão, males do coração e outras; no entanto, a influência psicológica direta na etiologia de doenças não é amplamente aceita pelos clínicos, sendo muitas vezes vista com considerável ceticismo. Todavia, o uso de abordagens psicológicas tem dado contribuições significativas às questões da etiologia das mudanças físicas. Os sintomas somáticos podem também ser vistos, num sentido mais crônico, como um componente do estilo de vida que pode predispor alguém a riscos de saúde (Stoudemire, 2000).

Certas variáveis na relação do médico com o paciente são cruciais no que se refere às atitudes do paciente, à submissão aos regimes médicos, até aos desejos do paciente. Questões a respeito do relacionamento médico-paciente têm revelado que, quando os médicos são questionados sobre contar ou não a pacientes que estão morrendo ou a natureza terminal de suas doenças, muitos deles ainda acreditam que estes não deveriam saber; no entanto, quando os pacientes são questionados a esse 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. Da mesma forma, estudos sobre a submissão aos regimes médicos evidenciam que a aplicação de paradigmas condicionantes afeta significativamente a submissão aos regimes. Essas contribuições são indicadoras do impacto positivo da atenção psicológica no que se refere ao 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.

Abordagens psicológicas para tratamentos são talvez o aspecto mais conhecido do papel da Psicologia no tratamento médico em termos de consulta. Abordagens com o intuito de modificar padrões comportamentais de risco para doenças do coração, asma, obesidade e possível hipertensão representam expressivas áreas de pesquisa. Os psicólogos estão também envolvidos em fornecer serviços de apoio especiais para pacientes com doenças que incapacitam, como mal de Parkinson, esclerose múltipla e câncer, e para a família dos pacientes portadores da doença de Alzheimer. Os registros de pacientes representam geralmente parte de todo tratamento e são importantes para a análise dos dados que determinarão a eficácia ou não dos métodos de intervenção.

Esses temas são bases de pesquisas árduas. 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, bem como análise de técni-

cas apropriadas ao problema para pesquisa e/ou intervenção clínica. Esses propósitos tendem a não 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, num simpósio sobre “A relação da Psicologia e a Educação Médica”, artigos apresentados nesse simpósio pelos psicólogos Shepard Ivory Franz e John Broadens Watson e pelos médicos Adolf Meyer, E.E. Southard e Morton Price refletem que a nova ciência psicológica tem que contribuir 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 usável 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), instituição que estabeleceu os quatro objetivos do campo: estudar de forma científica as causas e origens de determinadas doenças; promover a saúde; prevenir e tratar doenças; e promover políticas de saúde pública (Sweet, Rosensky e Tovian, 1991; Camic, 1998; Straub, 2005).

A expectativa média de vida aumentou em mais de 20 anos no século XX. O aumento das doenças relacionadas ao 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, 2005).

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

A Psicologia ampliou o seu campo de atuação, estendendo-se para a área médica com o avanço científico tecnológico da Medicina (Baptista e Dias, 2003; Kerbauy, 1998). Segundo Cerqueira (1994), esses avanços, apoiados no método anatomoclínico, permitiram 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, 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 e Dias, 2003; Kerbauy, 1999).

O modelo comportamental para a psicologia hospitalar tem como pressuposto que as condições biológicas do organismo podem ser afetadas diferentemente, dependendo da maneira como 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; 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; o comportamento não é independente do organismo biológico e, portanto, as funções biológicas estão diretamente afetadas pelo comportamento e ambos pela contingência do ambiente (Laloni, 2006, 1997).

As pessoas individualmente aprendem a comportar-se e interagem de formas particulares e individuais com algumas contingências, o que propicia alterações or-

gânicas específicas. São comportamentos passíveis de produzir alterações que afetam os sistemas neuroendócrino, neurovegetativo, imunológico, ou outro qualquer, aumentando o risco do desenvolvimento de processos patogênicos, o que indicaria uma maior vulnerabilidade biológica do indivíduo.

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:

- a) Comportamentos que direta ou indiretamente diminuem ou aumentam a probabilidade de contrair uma doença.
- b) Comportamentos que aumentam o risco de contrair uma doença ou de agravar um estado patológico já existente.
- c) Comportamentos que reduzem o risco de contrair uma doença ou ajudam no seu tratamento e podem até contribuir para uma remissão total.
- d) Comportamentos que podem produzir patologias direta ou indiretamente.
- e) Comportamentos diretamente relacionados a doenças são aqueles que produzem contato direto com o agente patogênico (acidentes, contato com agente infeccioso, contato com agentes tóxicos).
- f) Comportamentos indiretos – são comportamentos que não produzem contato direto, mas aumentam a vulnerabilidade do organismo (abuso de automedicação, fumar, beber, dietas exageradamente restritivas ou abusivas, excesso de exercícios físicos).
- g) Ausência de comportamentos de autoproteção, comportamentos de redução de exposição do organismo a agentes ou contingências patogênicas.

Estamos sugerindo que o psicólogo clínico olhe para 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 do conceito de saúde e doença nas pessoas e a proposta de soluções para as alterações nas condições que não são favoráveis à recuperação da saúde, na tomada de decisões, na adesão aos tratamentos e no enfrentamento das doenças.

Discutir o trabalho do psicólogo, analista do comportamento, atuando em uma unidade ambulatorial hospitalar e os comportamentos envolvidos nessa situação, é objetivo deste capítulo. Assim, esta apresentação buscará descrever e analisar a necessidade do estabelecimento de critérios de atenção no contexto de atendimentos psicológicos ambulatoriais num Serviço de Psicologia em Hospital Geral, junto a 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. Esta discussão é resultado da vivência como das autoras, psicólogas, 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.

O hospital é o lugar onde o tratamento é o foco principal (Laloni, 2001), as ações da equipe de saúde são dirigidas para a recuperação da saúde e todas as intervenções são relacionadas ao binômio saúde-doença. Contudo, a compreensão psicológica, na

perspectiva comportamental de que não existem comportamentos (respostas) doentes (patológicas), mas sim adaptativos, coloca uma ênfase sobre o delineamento do trabalho psicológico, no ambiente hospitalar, a fim de que este seja validado pela comunidade hospitalar.

A compreensão da relação comportamento/saúde, referenciada pelo modelo bio-psicossocial e a teoria comportamental, entende que o estudo dos fatores psicológicos, sociais e comportamentais é preditivo da doença ou saúde. Isto significa que o comportamento do paciente participa da modelagem dos estados biológicos do organismo, ou seja, determina a manutenção, recuperação ou perda da saúde biológica (Iñesta, 1990).

Assim, ao ser chamado para atender a 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, sejam de prevenção e adesão ao tratamento, ou de risco, são função (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:

- 1) a história de interação do indivíduo com o ambiente (história de vida/de aprendizagem);
- 2) os comportamentos aprendidos ao interagir com determinadas situações (padrão/repertório comportamental);
- 3) 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 e a análise das queixas referidas pelo próprio paciente são os elementos que despertaram a curiosidade das autoras deste capítulo e provocaram um estudo que permitiu a reflexão sobre as características desse contexto.

Os pacientes que passam por atendimento médico no ambiente hospitalar, seja ele ambulatorial ou de internação, apresentam relatos de queixas sobre sua saúde que são função de variáveis culturais e sociais com as quais os médicos não estão familiarizados nem 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, que é também mantenedora da PUC-Campinas; é um hospital-escola, tem uma área física de aproximadamente 23.000 m², em construção horizontal onde estão as diversas enfermarias, Clínica Médica, Moléstias Infecciosas, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Obstetrícia, Psiquiatria, Uni-

dade Coronariana, Centro Obstétrico, Centro Cirúrgico, UTI Adulto, UTI Pediátrico, UTI Neonatal, Hemodiálise, Quimioterapia, Pronto-Socorro Adulto e Infantil, Farmácia, Laboratório de Análises Clínicas, Serviço de Rádio-Imagem, Lavanderia e Cozinha. Num outro prédio de dois andares, localizado ao lado, encontram-se os Ambulatórios de Especialidades Médicas, a Clínica-Escola de Psicologia e a Clínica de Fonoaudiologia; nesse local funciona o Ambulatório de Psicologia do HMCP.

O HMCP é conveniado com o Sistema Único de Saúde e atende à população de Campinas e da Região; é 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 (1990). A implantação do Serviço de Psicologia no Hospital e Maternidade Celso Pierro iniciou em fevereiro de 1986, após o primeiro ano de implantação, e, efetuada a avaliação, tinha-se conseguido iniciar o Ambulatório de Psicologia com pacientes encaminhados pelos demais ambulatórios.

O Ambulatório de Psicologia definiu como sua clientela as pessoas que têm patologias físicas e são 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, e com limite de tempo.

O Ambulatório de Psicologia do HMCP está organizado em programas: Programa de Triage, Programa de Avaliação e Orientação, Programas Terapêuticos Individuais, Programas Terapêuticos Grupais, Programas para Egressos da Hospitalização, Programas Terapêuticos Especiais e Programas de Espera.

O Programa de Triage é sempre conduzido por psicólogos, seja assistencial ou em treinamento. Os clientes vêm dos diversos serviços do hospital, sem agendamento, um dia na semana fixo e predeterminado. A primeira condição para a consulta de triagem é que o cliente compareça nos horários estabelecidos para a triagem e traga consigo o encaminhamento do médico ou de outro serviço do HMCP. O procedimento é de entrevistas individuais semiestruturadas; os pacientes são atendidos por ordem de chegada, tendo em mãos o encaminhamento do médico que os acompanha em tratamento nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, junto ao Hospital Geral ou nos Ambulatórios de Especialidades. A consulta de triagem pode ocorrer num encontro ou em dois ou até três encontros. Nessa consulta, alguns são orientados imediatamente, outros são encaminhados para retorno e nova orientação, outros vão imediatamente para o programa de avaliação ou intervenção terapêutica, e aqueles que não se enquadram dentro do critério de aceite são orientados para buscar os demais serviços do Município ou da Região. O número de pacientes recebidos para a triagem, por semana, depende do número de profissionais disponíveis e do fluxo para os outros programas oferecidos, sendo esse número determinado semanalmente. O cliente é recebido na secretaria da Clínica-Escola, onde está instalado o Ambulatório de Psicologia, e é informado por essa mesma secretaria que ele será atendido por ordem de chegada. Após determinado o número, a recepção informa que as triagens estão encerradas, e orienta-o a buscar outro serviço ou retornar na próxima semana; casos de urgência são priorizados.

Os objetivos dessa primeira entrevista são a identificação dos dados pessoais e da composição familiar, da estrutura e funcionamento familiar, do suporte familiar, social e do trabalho, a análise do encaminhamento médico e o registro da queixa do

paciente. A partir desses dados iniciais, a entrevista adquire caráter de análise do comportamento e do repertório do cliente. 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 possam estar relacionados com a intensificação e/ou manutenção das condições precárias da saúde.

Quando a relação entre comportamento e saúde indica que as condições de saúde estão afetadas pelos comportamentos observados, faz-se o aceite do cliente e seu encaminhamento para um dos demais Programas. Se não identificada a relação comportamento-saúde, ou seja, a presença de relato contendo queixa psicológica crônica e/ou sem relação funcional com a questão médica, seja ela clínica e/ou cirúrgica, faz-se o encaminhamento do paciente aos Serviços de Saúde Mental do Município de Campinas, conforme a região de moradia, ou para os Serviços de Saúde Mental do município de origem. A identificação da relação comportamento-saúde no relato do paciente durante a entrevista de triagem constitui-se na discriminação das contingências nas quais situações de vida referidas pelo paciente relacionam-se com os sintomas físicos da doença, seja quando eles se intensificam, seja quando se mantêm.

O Programa de Avaliação e Orientação consta de uma avaliação do cliente, num tempo que não deve exceder quatro encontros, e o foco da atenção é identificar a relação entre os aspectos comportamentais, a patologia biológica e os limites de atenção do Ambulatório. Os clientes que apresentam relatos mais confusos e comportamentos mais complexos para uma primeira entrevista, bem como aqueles que já foram atendidos e receberam alta ou interromperam, são encaminhados para esse programa, que tem como objetivo verificar a real possibilidade de oferecer a esses clientes atendimento compatível com suas necessidades.

Após a avaliação psicológica ou a triagem, o cliente poderá ser encaminhado aos programas de intervenção terapêutica individual ou grupal. Os grupos terapêuticos são organizados para crianças conforme sua faixa etária de 5 a 8 anos, de 9 a 11 anos, adolescentes de 12 a 14 anos, de jovens de 15 a 18 anos. Os grupos de adultos são formados conforme a avaliação, grupo de pacientes com distúrbios fisiológicos originados em fatores comportamentais, grupo de pacientes com patologia física comum, ou são formados conforme a idade, entre 18 e 30 anos, entre 30 e 50 anos e acima de 50 anos. 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 às doenças e aos comportamentos envolvidos; adesão à terapia e autocontrole são temas usualmente presentes. As terapias individuais são sugeridas para aqueles clientes de maior complexidade ou urgência. A atenção individual tem como objetivo alterar as condições imediatas relacionadas ao problema em questão e preparar o cliente para ser atendido em grupo. As urgências são sempre individuais, e estão relacionadas a diagnósticos médicos de maior gravidade, perdas de funções e amputações, crianças com doenças crônicas limitantes. Não é objetivo do Ambulatório manter clientes em terapia individual por períodos prolongados superiores a 30 semanas, e as técnicas comportamentais são utilizadas.

O Programa de Espera é o encontro de clientes que passaram pela triagem e deverão aguardar pelo período de 30 a 60 dias para o início da intervenção terapêutica. Esse Programa retoma com os clientes os objetivos da terapia e os métodos de trabalho do Ambulatório, reforça a indicação da relação comportamento e saúde e esti-

mula-os a aguardar o atendimento. Dessa forma, pretende-se diminuir as desistências que, em geral, ocorrem no período de espera.

As ações no Ambulatório devem estar relacionadas às seguintes contingências: da doença, dos comportamentos de risco, dos comportamentos de adesão, dos comportamentos de prevenção. As contingências do tratamento e da equipe médica devem ser conhecidas e investigadas.

ENCAMINHAMENTO MÉDICO E TRIAGEM

Os encaminhamentos médicos foram estudados por Fernandes e cols. (2004, 2005), Fonseca e cols. (2007) e Lalon e cols. (2006), 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, está em permanente discussão a partir dos dados observados nas triagens.

Os estudos demonstraram que a população é predominantemente feminina (59%), com idade média de 40 anos, sendo a distribuição por faixa etária até 15 anos de 35%, de 16 a 35 anos de 22%, de 36 a 50 anos de 27% e com mais de 50 anos 16%, indicando uma população preferencialmente jovem e que já apresenta prejuízos na saúde.

Os encaminhamentos médicos vêm de quase todas as especialidades: Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Endocrinologia, Dermatologia, Gastrologia, Coloproctologia, Reumatologia, Ortopedia, Oncologia, Ginecologia e Obstetrícia, Urologia, Neurologia, Psiquiatria, dentre outras. A Endocrinologia, Reumatologia, Dermatologia, Clínica Médica e Psiquiatria são as especialidades que mais encaminham, além da Pediatria.

Em 46% dos pacientes encaminhados foi possível confirmar a relação comportamento-saúde. Em 54% dos casos, essa relação não foi confirmada na entrevista de triagem pelo psicólogo entrevistador, o que sugeriu que o encaminhamento médico ao Ambulatório de Psicologia foi determinado por outra razão, ou, ainda, que não houvesse por parte dos médicos a identificação dessa relação ou a discriminação sobre os critérios de aceite do Ambulatório de Psicologia. Constatou-se a predominância de encaminhamentos médicos das especialidades de: Pediatria e Endocrinologia, e as doenças mais frequentes nesse grupo foram: enurese e encoprese, obesidade e diabetes, indicando a evidência da relação comportamento-saúde, sugerindo que essas especialidades médicas identificaram melhor a relação comportamento-saúde do que as outras especialidades. Esses resultados indicaram a necessidade de treinamento nas equipes médicas de comportamentos para identificação no relato dos pacientes de queixas indicadoras da relação comportamento-saúde.

Os resultados preliminares nos anos de 2004 e 2005 indicaram 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 2007, dos pacientes que aderiram ao tratamento por até quatro sessões, em 81% deles a hipótese da funcionalidade entre comportamento e saúde identificada na Triagem foi confirmada através da leitura do prontuário, com a des-

crição 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 relatos descritos por estagiários de 17 casos. O encaminhamento para atenção psicológica, de todos os casos, foi de 71% para atenção individual, 19% para atenção em grupo e 10% para atenção familiar.

Como procedimento de assistência dos pacientes triados e encaminhados para atendimento junto ao serviço, e como afirma Amaral (1997), os esforços recaem “na oferta de serviços” que atendam às necessidades da comunidade envolvida, o que 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 Grupais.

O desenvolvimento de metodologias cada vez mais acuradas para o desenvolvimento de casos clínicos únicos constituiu o objetivo do serviço, visto o controle da melhora ser realizado intrassujeitos (Kerbaui, 1999). O trabalho com grupos é muito útil e utilizado nesse contexto, pela homogeneidade das variáveis envolvidas em algumas patologias, como, por exemplo, a Obesidade, e ainda por razões de custo/benefício, já que permite a ampliação da eficiência de serviço, isto é, atender um maior número de pessoas em menor tempo e, conseqüentemente, a validade do mesmo pela comunidade hospitalar.

Portanto, a necessidade do estabelecimento de critérios de atenção aplicados em experiência clínica de atendimento ambulatorial em Serviço de Psicologia no Hospital Geral é de fundamental importância num campo de hospital geral, universitário privado e conveniado ao SUS, pois, além de permitir o atendimento dos objetivos assistenciais, promove a constituição das diretrizes para espaços de ensino e pesquisa.

CASO CLÍNICO 1

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: (X) sim

Encaminhamento sugerido pela triagem: psicoterapia individual

Identificação: C. tem 16 anos, é solteira e estudante do ensino médio; é a segunda filha de uma prole de cinco, e seus pais biológicos são separados.

História Clínica: A cliente é portadora de uma doença denominada blastomicose (micose no sangue). Blastomicose é uma doença 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 os ossos podem também ser envolvidos. A doença foi contraída na infância, quando comia gravetos do chão; no entanto, foi diagnosticada há apenas dois anos; as feridas na pele surgiram neste ano. A cliente perdeu 50% da visão esquerda; há uma hipótese, ainda não comprovada, de que há relação com a doença; está medicada e suas feridas estão diminuindo.

História Pessoal: C. estuda no período da noite e ajuda a mãe nos serviços domésticos em casa. Os pais são separados, e ela mora com a mãe e os irmãos; não tem bom relacionamento com o pai.

Relatos Históricos: Há dois anos, quando descobriu a doença, seu namorado terminou o relacionamento, seus amigos se afastaram e, na escola, os colegas a evitavam e as pessoas fingiam não conhecê-la; todos achavam que era portadora de doença contagiosa; 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 AIDS (crenças da mãe). A mãe lavava e desinfetava o banheiro, e aconselhava a filha a não sair de casa para não mostrar aos outros suas feridas. Relatou que não gosta do pai, pois este não está presente na vida dela; ele bebe muito e nem liga para os filhos.

Relatos de Queixas: Suas feridas coçam muito; a recomendação médica é para evitar colocar a mão; no entanto, não consegue deixar de coçar-se. 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 cliente para o Ambulatório de Psicologia. Inicialmente, os depoimentos da cliente sugeriam um quadro depressivo com risco de suicídio. Os relatos da história pessoal e a observação do seu repertório levaram a algumas hipóteses:

1. 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, de autoagressão, diminuiu seu repertório social, desenvolvendo padrão de retraimento.
2. A falta de informação sobre a doença, tanto da parte de C. quanto das pessoas do seu ambiente, favoreceu o comportamento de rejeição, e as respostas que C. emitiu de isolamento foram negativamente reforçadas.
3. 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 cliente poderia desenvolver repertório para modificá-los.
4. Os comportamentos de mudar para a casa da avó e ser crítica em relação aos conselhos de isolamento, diante das contingências apresentadas pela mãe, indicaram que a cliente tinha algum repertório de enfrentamento, o que era adaptativamente melhor. O aumento desse repertório e a generalização para outras contingências constituíam uma hipótese.
5. Pensar em deixar a escola e, de fato, não sair demonstrou que ir à escola estava sob controle de contingências positivas, sugerindo que esse repertório poderia ser aumentado e generalizado.
6. Pensar em ter outro namorado, ir a igreja e interessar-se por outras pessoas foram comportamentos que estavam em baixa frequência no repertório e poderiam ser aumentados.

Intervenção: C. recebeu atenção semanal durante 16 semanas, os atendimentos tiveram os seguintes objetivos:

1. Fazer um treinamento para que, diante da consulta médica, fosse capaz de perguntar todas as suas dúvidas sobre a doença.
2. Desenvolver repertório de conhecimento sobre a doença.
3. Desenvolver repertório para falar com as pessoas sobre sua doença.
4. Desenvolver repertório de autocuidado de como tratar suas feridas.

Várias estratégias foram utilizadas para atingir os objetivos; no entanto, algumas devem ser registradas, pois foram aquelas que tiveram maior sucesso.

Uma das estratégias usadas durante o atendimento foi a cliente escrever a história da própria doença. Durante três encontros, escreveu sobre a história da doença. Ela começou contando acerca dos primeiros sintomas, dos medos que teve em relação à doença, como foi diagnosticada, como foi encaminhada para o serviço da PUC, os medicamentos que começou a tomar e os sintomas que eles lhe trouxeram. Depois escreveu como se deu a doença, as consequências desta, como o preconceito que enfrentou das pessoas, inclusive da própria mãe. E, por último, escreveu sobre e importância que a terapia teve para ela.

Os resultados mostraram que as intervenções foram adequadas.

Diante das dúvidas em relação à doença, foram elaboradas algumas questões para C. formular ao seu médico. Ela levou as questões, e o médico respondeu a todas as suas dúvidas. C. falou que ficou mais tranquila e considerou importante saber mais sobre o seu problema, ter mais conhecimento sobre a sua doença.

A partir do que ela conhecia dos textos que lhe foram apresentados nos encontros, e das dúvidas respondidas pelo médico, a cliente construiu uma história da sua doença, treinou o repertório para falar com as pessoas do seu relacionamento sobre isso e conclui que isso foi muito bom também para que ela sentisse menos medo.

Observou-se que, a partir da instalação do repertório de conhecimentos sobre a doença, foi possível reforçar comportamentos de autocuidado; o tratamento exige que tenha aderência a ele.

Após a observação de que os comportamentos de autocuidado estavam instalados, que o repertório social estava presente numa frequência adequada para sua idade, que o seu interesse em outros jovens estava recebendo retorno positivo, que recebia atenção de um novo namorado e que era capaz de relatar sobre sua doença para as pessoas à sua volta, conseguindo com isso diminuir a rejeição, C. então recebeu alta.

CASO CLÍNICO 2

Especialidade médica de origem: Pediatria

Tempo de tratamento médico: um ano

Conduta médica: tratamento clínico medicamentoso para giardíase

Outras recomendações: encaminhamento para avaliação e acompanhamento psicológico

Adesão ao tratamento médico: (X) sim

Encaminhamento sugerido pela triagem: orientação familiar

Identificação: L. tem 4 anos, não frequenta escola, é filha única; o pai tem 28 anos e é agricultor; e a mãe tem 24 anos e é do lar; vivem todos juntos na mesma casa.

História Clínica: A cliente tem dores abdominais que iniciaram há um ano; nessa ocasião, a criança foi internada durante quatro dias para investigação diagnóstica, e não encontraram os motivos; recebeu alta e as dores permaneceram na mesma frequência. Um mês depois, foi novamente internada, e também obteve alta sem solução. Após essas internações, a criança recebeu tratamento para giárdia, mas as dores continuaram. A criança foi encaminhada para o Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) com suspeita de gastrite, mas o diagnóstico não foi confirmado. Por isso foi encaminhada para o Serviço de Psicologia do HMCP para auxílio na investigação.

História Pessoal: L. tem desenvolvimento normal; desde o nascimento até o momento, dorme no quarto com os pais e recebe atenção da mãe durante a noite indiscriminadamente.

Relatos de Queixas: A mãe relatou que, nas ocasiões das internações, a filha apenas foi medicada, e nenhum diagnóstico comprovou a existência de fator biológico para a dor. Em uma das ocasiões, recebeu tratamento para giardíase, mas as queixas de dores abdominais permaneceram, embora não acompanhada mais por diarreias.

Análise: Foram utilizados registros de frequência do relato da dor, entrevistas com a mãe e entrevistas com a criança. Através das observações e dos relatos da mãe, verificou-se que: sempre que a criança reclamava de dor, a mãe parava suas atividades e dava atenção à filha. Diante da queixa e da história foram selecionados os comportamentos para a análise, sendo eles: (a) queixar-se de dor abdominal (verbal); (b) dormir no quarto dos pais (não verbal).

Análise do Comportamento: Queixar-se de dor abdominal.

Observou-se o comportamento de brincar com boneca e de contar histórias diante do estímulo dor. A criança emitiu o comportamento de dar remédios à boneca e a colocar para descansar, sugerindo que as contingências dar remédio e descansar foram reforçadoras diante da dor. Através do relato verbal da mãe, observou-se que, quando a criança se queixa da dor, a mãe interrompe seus afazeres e dá atenção à filha, fazendo massagens na barriga da filha até que o desconforto cesse. Solicitou-se da mãe uma observação registrada quanto à ocorrência da queixa de dor. O registro do comportamento indicou que a frequência é variada; em uma semana ocorreram dois episódios e, em outra, seis episódios. O horário que a criança reclamou da dor também foi variado, sendo mais comum após as refeições, e, na maioria das vezes, a queixa da dor cessou após a mãe sugerir que ela fosse ao banheiro ou quando recebeu a massagem da mãe na barriga. Observou-se que, na semana de duas ocorrências, a família estava viajando e, na semana de maior frequência, a criança reclamou de dores duas vezes no dia após uma briga dos pais. Esses fatos sugeriram que o comportamento de queixar de dor pode estar controlado por contingências, isto é, quando se modificam as contingências, o comportamento muda, o que pode confirmar tratar-se de um comportamento operante, e não de um sintoma de algum problema físico.

Análise do Comportamento: Dormir no quarto dos pais.

Através do relato verbal da mãe, observou-se que a preocupação em colocar a criança para dormir no seu próprio quarto é da mãe. A criança dizia para a mãe ter medo do escuro e, diante dessa queixa, a mãe permitia que a criança dormisse no seu quarto.

Intervenção: Os resultados das observações e das intervenções permitiram levantar a hipótese de que, em algumas situações, as dores de fato ocorreram e deveriam estar associadas a desconforto com gases e com a giardíase; no entanto, diante dessas queixas, L. passou a receber atenção da mãe e aprendeu a controlar sua atenção em relação a queixa, o mesmo ocorrendo quanto ao dormir no quarto dos pais; a queixa de medo passou a controlar o comportamento da mãe. As intervenções consistiram em orientar a mãe no sentido de oferecer atenção à filha em momentos não contingentes com queixas de dor ou medo. Logo após uma orientação, L. dormiu sozinha no seu quarto e relatou não sentir medo. Quanto à queixa de dor, o comportamento não foi mais registrado durante quatro semanas de acompanhamento, concluindo-se que os objetivos foram atingidos. A criança teve alta e a Pediatria foi informada dos resultados.

CASO CLÍNICO 3

Especialidade médica de origem: Clínica Médica

Tempo de tratamento médico: aproximadamente seis anos

Hipótese diagnóstica: hipertensão arterial e ansiedade

Conduta médica: tratamento clínico medicamentoso

Outras recomendações: encaminhamento para acompanhamento psicológico

Adesão ao tratamento médico: (X) sim

Identificação: R. tem 42 anos, é casada e trabalha como técnica de enfermagem. Seu grau de escolaridade é ensino médio completo; seu marido tem 45 anos, é profissional autônomo; o casal tem três filhos adultos: a filha de 24 anos, solteira, mora em outra cidade; o filho de 21 anos, casado, mora em outra casa; e a filha de 18 anos, solteira, mora com os pais.

História Clínica: Elevada frequência de crises de ansiedade com dispneia, taquicardia, sudorese em situações de preocupação; relatou sensação de alerta permanente, tendo como resultado cansaço físico e alguns episódios de descontrole da pressão arterial. Está medicada com betabloqueador e antidepressivo. Com o aumento das crises de ansiedade, houve aumento da pressão arterial; procurou por consulta médica, e lhe indicaram a ingestão de medicamentos para hipertensão e ansiedade, além do encaminhamento para acompanhamento psicológico. Está medicada com ansiolítico, há quatro meses, mas, mesmo assim, tem crises de ansiedade, com descontrole da pressão arterial nesse período.

História Pessoal: Seus pais tiveram quatro filhos e adotaram sua irmã mais nova; separaram-se quando L. tinha 5 anos, porque o pai teve filhos com outras mulheres e ameaçou agredir a esposa. Nessa época morou com uma tia, e os irmãos mais velhos trabalhavam para ajudar a família. Essa situação prolongou-se por dois anos, e, depois

desse tempo, R. voltou a morar com a mãe. Desde então, tem tido pouco contato com o pai, mas com a mãe tem contato diário. Relatou que a mãe sempre a controlou; quando era mais nova e saía com algum namorado, a mãe mandava um dos irmãos atrás dela; quando se casou, dava satisfações de tudo o que fazia para a família do marido, que eram seus vizinhos. Aos 16 anos, iniciou o namoro com seu atual marido; após seis meses, engravidou e casou-se. Aos 17 anos, teve a filha mais velha, que atualmente tem 24; além dela, tem mais 2 filhos: um homem de 21 anos, que trabalha no exército, é casado e mora nos fundos de sua casa, e uma mulher de 18 anos, que mora na casa juntamente com ela e com o marido. Quanto aos filhos, relatou que a filha mais velha, aos 19 anos, engravidou e abortou por influência e com ajuda da família do rapaz, porém R. e seu marido não souberam do fato. Algum tempo depois, a filha adoeceu e acabaram sabendo do ocorrido; ela e o marido apoiaram a filha. Depois disso, a filha namorou outro rapaz, morou com ele por algum tempo, mas o relacionamento terminou e ela fez uma viagem para Portugal que durou um ano; quando voltou, foi morar em Minas Gerais com uma amiga que havia viajado junto com ela. O filho sempre foi mais apegado à família; mora nos fundos da casa com a esposa, que está grávida. A filha mais nova mora em sua casa, faz faculdade, trabalha e é companheira da mãe para sair.

Relatos das Queixas: Considerou que sua ansiedade, atualmente, teve início quando os filhos saíram de casa; a filha mais velha foi para Portugal e o filho casou-se e foi morar em outra casa. Relatou bastante ansiedade, principalmente em relação aos filhos, estando sempre alerta, uma vez que tem medo de que algo de ruim aconteça com eles. Sentindo-se sozinha, passou a refletir sobre sua vida e tem pensado insistentemente que se casou cedo, acomodou-se com a vida de casada, deixou de sair para passear e percebeu que sua ansiedade aumenta quando os amigos contam dos passeios e viagens que fazem com os amigos e familiares. A cliente relatou também que está enjoada da sua rotina e sente vontade de sair, mas o marido não a acompanha; sente-se entediada, desmotivada e desanimada. Tem muita vontade de fazer atividades, como hidroginástica e dança de salão, mas não tem coragem, pois sente vergonha; sente-se “gordinha e velha demais” para certas atividades. Relatou sentir vergonha de sair de casa desde que teve a primeira filha, com 17 anos e não emagreciu mais. Queixou-se de sensação de alerta permanente e de cansaço físico consequente. Descreveu crises de ansiedade como consequência de contingências aversivas; referiu dificuldade na modificação da situação e descontrole sobre sensações físicas da crise de ansiedade.

Análise: Os comportamentos de sair de casa e fazer atividade física foram analisados e observou-se que estavam sob controle de reforçamento negativo, pois, quando evitava essas situações, sentia-se aliviada dos olhares dos outros e de possíveis críticas sobre sua aparência. Quanto ao comportamento de comer sem critério para emagrecimento, observou-se que a ingestão estava controlada também por reforçamento negativo, provando alívio. Quanto à preocupação exagerada com os filhos, observou-se que a filha mais velha assumiu uma relação homossexual com a amiga; essa situação provocou respostas de esquiva em R.; não queria falar do assunto, atribuía ao aborto que ela não pôde evitar, essa opção da filha, e sentia culpa por isso. As

preocupações com os filhos se generalizaram, de forma que qualquer assunto em relação a eles passou a provocar respostas de ansiedade excessiva. O baixo repertório de comportamentos mantidos por reforçamento positivo, como sair para passear, visitar amigos, fazer atividade física, manter relações afetivas e sexuais com o marido, deixaram lugar para uma alta frequência de comportamentos de alívio, portanto comportamentos mantidos por reforçamento negativo. Esse padrão comportamental é altamente ansiógeno, pois o estado corporal é de alerta permanente; assim, evitam-se estímulos aversivos.

Intervenção: Foram realizadas 10 sessões de psicoterapia individual; nas primeiras, foram utilizados procedimentos de discriminação das contingências em operação diante das respostas de ansiedade; através da auto-observação e da reflexão, obteve-se um levantamento dos comportamentos que deveriam ser modificados e adicionados ao repertório da cliente. Após esse levantamento, iniciou-se um processo de reforçamento positivo diante dos comportamentos selecionados, como sair de casa, fazer atividade física, aproximar-se do marido e dirigir. Todos os comportamentos selecionados sofreram modificação, e a cliente, no decorrer do processo terapêutico, demonstrou alta frequência no comportamento de seguir regras, o que favoreceu o alcance dos resultados. As mudanças apresentadas pela cliente permitiram que recebesse alta do acompanhamento psicológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, V. L. A. R. (1997). Análise Funcional no Contexto Terapêutico da Instituição. In: D. R. Zamignanu. **Sobre Comportamento e Cognição**. SP: ARBytes, vol. 3, p. 08-14.
- Baptista, M. N. e Dias, R. R. (2003). **Psicologia Hospitalar: Teoria Aplicações e Casos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Camic, P. M. (1998). **Clinical Health Psychology: a practical guide to effective interventions**. USA: Hogrefe & Huber Publishers.
- Cerqueira, A. T. A. R. (1994). Interdisciplinariedade e Psicologia na área da saúde. In: **Temas em Psicologia**, 2(3): 37-41.
- Fernandes, Q. P.; Coelho, C.; Talli, C.; Barrelin, E. C.; Cunali, M. e Lalon, D. T. (2004). Características do Serviço Ambulatorial de Psicologia no Hospital-Escola. In: **Anais do XIII Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental**, Campinas/SP.
- Fernandes, Q. P.; Jorge D. M.; Lalon, D. T. e Mazzoni, B. C. (2005). Serviço Ambulatorial de Psicologia no Hospital-Escola: Critérios de Triagem. In: **Anais do XIV Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental**. Campinas/SP.
- Fonseca, M.; Lalon, D. T.; Beloddi, A. C. e Fernandes, Q. P. (2007). 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/DF.
- Iñesta, E. R. (1990). **Psicología y Salud: Un Análisis Conceptual**. España: Martínez Roca.
- Kerbaux, R. R. (2002). Comportamento e Saúde: Doenças e Desafios. **Psicologia USP** (São Paulo), 13 (1).
- Kerbaux, R. R. (1999). **Comportamento e Saúde – explorando alternativas**. SP: ARBytes.

- Kerbaux, R. R. (1998). Medicina Comportamental. *In*: B. Rangé. **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva – Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas**. Campinas, SP: Psy, p. 209-219.
- Laloni, D. T. (2006). Comportamento e Saúde: Vulnerabilidade Biológica. *In*: H. J. Guilhardi. **Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade**. SP: ESEtec., vol. 17, p. 116-134.
- Laloni, D. T. (2001). Terapia Comportamental na Enfermaria. *In*: H. J. Guilhardi. **Sobre Comportamento e Cognição**. SP: ESEtec., vol. 8, p. 61-64.
- Laloni, D. T. (1997). O Papel do Psicólogo Hospitalar diante das políticas institucionais. *In*: Zamignani, D. R. **Sobre Comportamento e Cognição**. SP: ARBytes, vol. 3, p. 1-7.
- Laloni, D. T.; Agostinho, V. B.; Bezerra, T. L. e Fernandes, Q. P. (2006). O Impacto de Serviço de Psicologia no Hospital-Escola. *In*: **Anais do XV Encontro da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental**, Brasília/DF.
- Ministério da Saúde (1990). **ABC do SUS – doutrinas e princípios**. Brasília.
- Stoudemire, A. (2000). **Fatores psicológicos afetando condições médicas**. Porto Alegre: Artmed.
- Straub, R. O. (2005). **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- Sweet, J. J.; Rosensky, R. H. e Tavian, S. M. (1991). **Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings**. New York: Plenum Press.

Atuação Psicológica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTI-Neo

*Adriana Said Daher Baptista
Valéria Batista Menezes Agostinho
Makilim Nunes Baptista
Rosana Righetto Dias*

HISTÓRICO E CARACTERIZAÇÃO DA UTI-NEONATAL

Para uma melhor compreensão dos estudos da interação da díade mãe-bebê é de grande importância rever os fatos históricos que influenciaram a presença das mães junto aos seus bebês (Klaus e Kennell, 1993). Pode-se observar que a importância dada à mãe junto ao recém-nascido (RN), dentro das instituições de saúde, passou por várias modificações no último século.

No século passado, o primeiro perinatologista moderno, Pierre Budin, considerava bem-vindas as mães ao berçário de prematuros, liberando-as para os cuidados básicos. Budin defendia a ideia de que as mães que se mantinham separadas dos filhos ainda pequenos perdiam o interesse por estes, já que não podiam cuidar deles nem afagá-los. Um aluno de Budin, Couney, em 1896, lançou uma “chocadeira de crianças”, a qual teve um grande sucesso clínico e comercial. As crianças prematuras eram colocadas e criadas nessas chocadeiras e, por quatro décadas, obtiveram-se mais de 5.000 êxitos, isto é, mais crianças conseguiram manter-se vivas. Porém, durante esse período, as mães não participavam dos cuidados dos filhos e, conseqüentemente, resistiam mais em levar seus filhos para casa (Klaus e Kennell, 1993).

Já nos Estados Unidos, os primeiros berçários também adotaram o método proposto por Couney, para o cuidado dos recém-nascidos. Em 1900, os pais foram desestimulados a ter contato com seus filhos, em função da elevada taxa de morbidade e mortali-

dade dos RNs por infecções, com a instituição de um rigoroso isolamento. Em 1923, o primeiro centro de tratamento de prematuros, o Sarah Morris Hospital (Chicago), estimulava as mães a ordenhar seu leite em casa e as motivava a cuidarem de seus filhos hospitalizados. No entanto, outros hospitais utilizavam padrões restritivos, com manipulação essencial aos neonatos e a exclusão de visitas (Klaus e Kennell, 1993).

Durante a Segunda Guerra Mundial, observava-se a falta de pessoal habilitado para cuidar dos bebês, propiciando a oportunidade de uma maior aproximação das mães em relação aos cuidados de seus filhos. Desta forma, foi observado um nítido decréscimo da mortalidade infantil. Em 1940, Edith Jackson e suas colegas objetivaram o alojamento conjunto, que se caracteriza pela presença da mãe junto aos cuidados do filho hospitalizado. Porém, nota-se que somente há aproximadamente 15-20 anos que os pais estão tendo a oportunidade de cuidar de seus filhos (sem risco de saúde) logo após o nascimento (Klaus e Kennell, 1993).

Quando uma mulher está grávida, existe a expectativa dos pais e das pessoas próximas que, ao nascer o bebê, este fique junto com a mãe para ser cuidado e amamentado, mas nem sempre essa expectativa pode ser atendida.

No caso de intercorrências (problemas de saúde), envolvendo o RN, com risco de vida, os bebês são separados imediatamente de suas mães para receberem cuidados especializados em uma Unidade de Terapia Intensiva-Neonatal (UTI-Neo) e acomodados em incubadoras.

A UTI-Neo é o local em que os bebês recebem cuidados intensivos 24 horas por dia, tanto da equipe médica como da enfermagem. Para controlar o quadro clínico do RN e seus sinais vitais, é necessária a utilização de aparelhos, como os monitores cardiorrespiratórios, ventiladores mecânicos, oxímetros, fototerapia, entre outros.

Os diagnósticos médicos mais frequentemente observados em uma UTI-Neo são: prematuridade, membrana hialina, síndrome de aspiração de mecônio, anoxia neonatal, hidrocefalia, malformação congênita, mielomeningoceles, hipoglicemia, icterícia fisiológica e doença hemolítica do RN por incompatibilidade do sangue.

Fazem parte da equipe de saúde de uma UTI-Neo médicos especializados em bebês recém-nascidos (até as quatro primeiras semanas de vida), chamados de neonatologistas (Viegas e Moraes, 1986), como também enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, fonoaudiólogos, entre outros.

Faz-se necessário frisar que tanto a equipe de uma UTI-Neo quanto os diagnósticos mais frequentes podem ser diferenciados de acordo com algumas variáveis e/ou características da instituição hospitalar, como, por exemplo: população atendida, recursos técnicos e humanos disponíveis, localização geográfica e modelos da organização hospitalar (Laloni, 1997).

MAS QUEM É O PACIENTE DA UTI-NEO PARA O PSICÓLOGO?

Os pacientes do psicólogo, nesta unidade, são os recém-nascidos. Após o nascimento, o RN é avaliado em relação ao seu peso e idade gestacional; essa classificação reflete a suficiência do seu desenvolvimento intra-uterino, podendo prever a possível morbidade (outras doenças associadas) e mortalidade (probabilidade de óbito) (Almeida e Kopelmam, 1994).

Em relação ao peso, os RNs são classificados ao nascer como: baixo peso (BP), aqueles que pesam 2.500 g ou menos; muito baixo peso (mBP), pesando 1.500 g ou menos; e os não baixo peso (ñBP), aqueles que pesam mais que 2.500 g (Behrman e Vaughan, 1983).

Já em relação à idade gestacional, esta pode ser calculada através dos dados obstétricos (data da última menstruação e/ou exames de ultrassonografia) e do exame do RN ao nascer. A classificação propõe: recém-nascido pré-termo (RNPT), nascido antes de 37 semanas (até 265 dias); recém-nascido a termo (RNT), nascido no período de 37 a 41 semanas (de 266 a 293 dias); recém-nascido pós-termo (PT), nascido após 42 semanas (de 294 dias ou mais); e prematuridade extrema (RN ext.), bebês que nascem com menos de 28 semanas (por volta de 196 dias) e peso inferior a 1.000 g.

Pode-se considerar, ainda, uma última categorização, na qual é considerada a distribuição do peso em relação à idade gestacional através de cálculos específicos. Esta classificação sugere: pequeno para a idade gestacional (PIG), adequado para a idade gestacional (AIG) e grande para a idade gestacional (GIG).

O encaminhamento do RN para uma UTI-Neo pode ser explicado através da avaliação anteriormente citada, pela prematuridade, podendo também ter outras indicações para a internação do RN nesta unidade, como malformações congênitas; doenças respiratórias, infecciosas; problemas cardiovasculares, neurológicos, hematológicos, metabólicos, além de indicação para cirurgias.

Além da atenção aos problemas de saúde do RN, é adequado avaliar também as questões psicológicas e sociais dos familiares, objetivando assim um trabalho de equipe interdisciplinar que envolve a avaliação de todos os aspectos que podem estar envolvidos no nascimento e hospitalização de um bebê com algum comprometimento.

Pode-se verificar também que muitos psicólogos trabalham com avaliação e intervenção psicológica com pais ou responsáveis, familiares e equipe de saúde, objetivando, além da vinculação inicial com o bebê, o bom contato entre os membros da equipe de saúde e destes com o cuidador. A equipe de saúde também pode desenvolver atividades ligadas à prevenção de problemas referentes às questões psicossociais e adaptação às rotinas hospitalares, como, por exemplo: incentivo ao acompanhamento pré-natal, prevenção de gravidez indesejada, alimentação adequada da gestante, bem como programas voltados à informação sobre os problemas de saúde do feto detectados ainda na gravidez e após o nascimento.

A IMPORTÂNCIA DA INTERAÇÃO MÃE-BEBÊ

Geralmente, os estudos relativos à vinculação demonstram que a mãe é de fundamental importância na interação pais-bebê, porém o processo de apego não ocorre somente com a mãe, e sim com o cuidador, que pode ser a mãe, o pai ou qualquer outra pessoa que tenha a função de cuidar deste bebê (podendo até ser a “tia” da creche). O que ocorre de maneira usual é que o bebê, inicialmente, mantém um contato mais direto com a mãe e, a partir do crescimento e independência da criança, há uma tendência desta em aumentar os vínculos sociais naturais com o pai e/ou outras pessoas significativas. 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 (Dessen, 1985).

A relação mãe-bebê vem recebendo atenção desde as primeiras tentativas em compreender o ser humano por uma visão psicológica. No entanto, os estudos de observação e análise entre pais e filhos vêm crescendo desde a década de 1950 (Brazelton e Cramer, 1992).

Klaus e Kennell (1993) relatam que os primeiros estudos de laços de pais-bebês hospitalizados em UTI-Neo datam por volta de 20 anos. Estes estudos foram motivados pela observação das equipes de saúde, nas quais muitos bebês retornavam ao serviço pediátrico com o diagnóstico de espancamento, e muitos deles tinham sido prematuros, provavelmente por questões relacionadas à vinculação e ao apego entre cuidador e bebê. Então, iniciaram-se algumas pesquisas nesta área para a melhor compreensão deste fato.

As teorias psicológicas, baseadas na psicanálise, bem como a psicologia do desenvolvimento e as teorias comportamentais, baseadas nos modelos de aprendizagem, abarcam a importância da relação mãe-bebê como um dos fatores prioritários para a explicação do tipo de desenvolvimento e problemática associadas às idades mais avançadas. Brazelton e Cramer (1992) enfocam que uma das fases de prevenção de psicopatologias infantis está no primeiro estágio da relação mãe-bebê.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) apontam que a prevenção de problemas na interação mãe-bebê deveria iniciar-se no pré-natal, já que a atenção psicológica e social desde cedo pode favorecer à gestante e à futura parturiente melhores condições para acolher a criança ao nascer.

Seguindo o mesmo raciocínio dos autores anteriormente citados, Corverdale e cols. (1996) ressaltam que poucos estudos têm sido realizados para constatar as consequências, por exemplo, da depressão durante a gestação. Contudo, esses autores enfatizam que transtornos durante a gravidez podem incapacitar a mulher de tomar decisões sobre os cuidados de saúde para com o feto e, até mesmo, realizar exames rotineiros e necessários, como o pré-natal.

Klaus e Kennell (1993) relatam que os pais passam por fases de afeiçoamento, fases estas relevantes para o estabelecimento do processo de vínculo, sendo elas: planejamento da gestação (antes da gestação); confirmação e aceitação da gestação; percepção dos movimentos fetais e início da aceitação do filho como um indivíduo (durante a gestação); e ver, tocar, cuidar do bebê e aceitar o neonato como um indivíduo à parte (após ao nascimento).

Ressalta-se que estas fases não são direcionadas para uma população específica, e sim para a formação de vinculação de qualquer díade cuidador-bebê. É importante citar que a vinculação também deve levar em conta o pai do bebê, porém este capítulo estará enfocando mais a vinculação mãe-bebê, pois sabe-se que geralmente a mãe acaba sendo responsabilizada e se responsabilizando socialmente pela guarda e pelo desenvolvimento do bebê, especialmente em nossa cultura.

Brazelton (1988) comenta que o vínculo entre pais e filhos ocorre de forma instintiva, mas não como em várias espécies (instantâneo e automático), e sim como um processo contínuo. Porém, é importante observar que a relação mãe-bebê, bem como o processo de vinculação entre pais e filhos, também é orientada pela modelação (aprendizagem por observação) ou processos vicários; modelagem (aprendizagem progressiva); e ensaio e erro (aprendizagem por erros e acertos de comportamentos), ou seja, através dos princípios da aprendizagem.

Ainda segundo Klaus e Kennell (1978), aponta-se a importância de preparar as mães que possam ter bebês pré-termo apresentando imagens de bebês prematuros, objetivando atenuar o impacto no primeiro contato, já que sua expectativa é ter um filho saudável. Reforçando a colocação dos autores antes citados, Ziegel e Cranley (1985) referem que toda mãe deveria ter um contato visual com o filho ao nascer, para que ela possa estar confirmando ou não suas expectativas e obter dados de realidade.

A literatura científica indica a importância de intervenções no período neonatal para favorecer a vinculação, como, por exemplo, os estudos de Erickson (1996) e Mercer e Ferketich (1990), que enfatizam a necessidade do contato físico na interação precoce.

PESQUISAS NA ÁREA DE VINCULAÇÃO MÃE-BEBÊ

O estado mental da mãe, no intercurso da gravidez, também tem propiciado diversas pesquisas, salientando a adequada saúde mental da mãe como um poderoso fator preditivo em comportamentos-problema nas crianças. Hadadian e Merbler (1997) estudaram a relação entre o estresse maternal e o apego na relação mãe-bebê, e os resultados demonstraram que o baixo estresse maternal contribuiu para uma relação positiva, além de discutirem a importância de estabelecer programas de interação entre pais e criança, evitando assim que o estresse, provindo de diversas fontes, inclusive da gravidez, não seja nocivo à relação.

Um estudo realizado longitudinalmente (até um ano de idade) por Ruttenberg, Finello e Cordeiro (1997), com mães-bebês (46 diades) atendidos em uma UTI-Neo, com diagnóstico de muito baixo peso, revela que a depressão não impacta a relação mãe-bebê. As mães que estavam mais depressivas no primeiro mês não interagiram diferentemente com seus bebês prematuros do que as mães que não apresentaram sintomatologia depressiva.

Ao contrário, Field (1998) e Ajuriaguerra e Marcelli (1991) apontaram que a depressão materna pode afetar negativamente a interação mãe-bebê, pois a mãe se comporta inadequadamente, não estimulando o bebê de maneira suficiente.

Durante os nove meses de gravidez, os pais criam expectativas quanto ao nascimento de uma criança saudável. Apesar de essa expectativa geralmente ser positiva, a maioria das mulheres grávidas pensa na possibilidade de vir a ter um filho com problemas, não significando que estejam se preparando para tal intercorrência (Brazelton e Cramer, 1992). Sendo assim, é esperado que os pais sofram um choque emocional quando essa expectativa não é atingida (Garcias, Garcias e Roth, 1997).

Os quatro primeiros meses após o nascimento são considerados um período crítico para a mãe nesta interação, pois darão indicativos sobre o seu comportamento materno, já que é nesse período que o bebê adquire um conjunto de capacidades cognitivas, afetivas e motoras, fatores que ajustarão a criança ao meio ambiente (Mahler, Pen e Bergman, 1975).

Uma das formas de analisar e compreender a interação mãe-bebê é explicada através da aprendizagem. Esta teoria está apoiada nos conceitos de imitação (processos vicários), reforçamento e memória. O condicionamento dos comportamentos dos bebês, principalmente durante os primeiros meses, ocorre desde os primeiros contatos, nos quais a criança emite um comportamento acidental e o adulto reforça com

uma resposta positiva, indicando que o comportamento foi importante (Brazelton e Cramer, 1992). Da mesma forma, o contrário também pode ser observado, ou seja, um comportamento accidental é emitido pelo bebê, tendo como consequência a punição ou a falta de atenção a este comportamento, favorecendo a extinção de tal comportamento, o que pode ser observado nos processos depressivos, segundo Seligman (1977).

Brazelton e Cramer (1992) ainda indicam que os estudos da interação mãe-bebê podem ser analisados através de um comportamento ou de um conjunto de comportamentos que caracterizem uma ação, sendo estes considerados como um sinalizador (modelo positivo ou negativo) para que o outro se comporte.

Os mesmos autores relatam que o recém-nascido possui uma capacidade bastante importante na interação com o cuidador, apresentando reações previsíveis a estímulos externos positivos (adequados) e negativos (inadequados), estabelecendo um sistema de reforço mútuo, um modelando o comportamento do outro, ou seja, através da interação recíproca.

Siqueland e Lipsitt (1966) realizaram um experimento para verificar a capacidade de aprendizagem dos recém-nascidos em seu primeiro dia de vida. Os pesquisadores emitiam determinado som em um dos lados da cabeça do bebê, e, quando este virava a cabeça para o lado correto, recebia, como reforçador, água com açúcar. O resultado encontrado foi que o bebê respondeu corretamente ao som 83% das vezes, comprovando a aprendizagem desde os primeiros contatos com o meio ambiente. Pode-se analisar o estudo acima com os experimentos de animais de laboratório, confirmando a teoria de Darwin, pela qual o homem pode ser considerado como um ser mais complexo do que os animais, mas em uma escala evolutiva, portanto respondendo ao ambiente de forma semelhante, levando em conta o maior desenvolvimento do córtex cerebral.

Diversos estudos demonstraram a importância da interação mãe-bebê no desenvolvimento da linguagem, sociabilidade, inteligência e aspectos cognitivos da criança, relacionando estas características com o tipo de vínculo que as mães estabeleceram com seus filhos desde a gestação até a idade escolar.

Segundo Bee (1984), diversos estudos indicaram que o bebê de baixo peso demonstra uma relação mãe-bebê diferente do bebê a termo, os quais não são separados da mãe ao nascer.

A mesma autora cita uma pesquisa realizada por Klaus e Kennell em 1979, na qual os bebês nos três primeiros dias de vida, ainda no hospital, foram divididos em dois grupos. O primeiro grupo tinha um contato mais prolongado com suas mães (cinco horas diárias a mais de contato) e o segundo, um contato mais restrito para a amamentação, que ocorria de quatro em quatro horas. Após um mês e o seguimento de um ano de pesquisa, concluíram que os bebês que tiveram um contato mais prolongado tinham uma relação mais próxima fisicamente de suas mães do que os bebês que tiveram um contato mais restrito. As mães do contato mais prolongado verbalizavam sentir mais saudades quando retornaram às atividades anteriores, enquanto as mães do contato mais restrito falavam dos filhos com menor frequência.

Ajuriaguerra e Marcelli (1991) enfatizaram que os bebês prematuros são mais irritadiços, menos facilmente controláveis e não expressam suas necessidades por

manifestações de apelo adequadamente, concluindo que os bebês prematuros não organizam sua interação com o meio igualmente aos bebês a termo. Esta relação pode ser agravada pelo trauma que os pais, mais fortemente a mãe, sofrem pelo nascimento prematuro do bebê, na qual a relação fica menos gratificante, pois os pais não recebem (ou pouco recebem) respostas de suas estimulações, como, por exemplo, diversas formas de comunicação com o bebê (Brazelton e Cramer, 1992).

O estabelecimento de um contato físico com o bebê, na incubadora, tende a atenuar as dificuldades da relação, mas estas não desaparecem, pois o bebê prematuro está “vulnerável” em relação a sua competência (pela prematuridade somática) como pela fragilidade da interação mãe-bebê, afetada pelas condições anteriormente citadas (Ajuriaguerra e Marcelli, 1991).

Alguns aspectos — como a sensibilidade da mulher na relação com o bebê, o desenvolvimento de vínculo entre mães saudáveis e de alto risco e bebês a termo e pré-termo, além da qualidade dos vínculos e a sua relação com a capacidade do bebê em desenvolver habilidades sociais — são temas de grande importância para a psicologia (Velazquez-Andrade, 1996) e, principalmente, para a Psicologia Hospitalar, já que programas de intervenção entre mães e bebês de alto risco parecem ser de suma importância como trabalho preventivo das relações familiares e, conseqüentemente, da saúde mental.

A variabilidade de respostas das mães e suas conseqüências para os bebês foram estudadas por Landry e cols. (1998), e as mudanças naturais dos comportamentos da interação das mães para compreender as alterações do desenvolvimento social de bebês pré-termo e a termo foram verificadas. Mães que apresentaram maior variabilidade nas respostas proporcionaram maiores habilidades sociais nas crianças, mais aparentes nas atividades diárias e não em jogos. Os bebês com alto grau de risco biológico exibiram rápidas aquisições em tomar iniciativas comparados com o grupo-controle, o que talvez demonstre uma maior receptividade de aprendizagem por bebês de alto risco.

Mães de alto risco demonstraram um padrão diferenciado de comportamento com seus bebês (Dolz, Cerezo e Milner, 1997), principalmente em relação ao número de aproximações neutras (em número muito baixo) e um aumento de comportamentos negativos e respostas indiscriminadas e não contingenciadas, quando comparadas com mães de baixo risco. A capacidade das mães de se expressarem, em termos de sensibilidade, também influenciou o “temperamento” das crianças, principalmente em relação ao tipo de segurança que as crianças apresentavam em relação às mães (Sussman e cols., 1996).

A relação mãe-bebê também pode ser descrita além das conseqüências psicológicas e afetivas, hipotetizando que a interação mãe-bebê pode afetar aspectos fisiológicos relacionados com a diminuição ou o aumento da taxa de crescimento dos bebês. Dewitt e cols. (1997) realizaram uma pesquisa baseada na hipótese inicial de que os comportamentos maternos negativos, como a punitividade, poderiam estar associados à diminuição da taxa de crescimento do bebê, e os comportamentos maternos positivos, como a sensibilidade, poderiam estar associados ao aumento desta taxa, em bebês pré-termo. Os resultados demonstraram que altas taxas de punitividade das mães estavam associadas negativamente ao peso dos bebês pré-termo de alto risco, o que não ocorreu com os bebês de baixo risco. Este resultado talvez indique a importância dos trabalhos preventivos hospitalares com mães e bebês de alto risco, além de apon-

tar que os bebês de alto risco podem ser mais sensíveis às mudanças ambientais do que bebês saudáveis.

O tipo de estimulação (tátil, verbal, auditiva, gustativa) que a mãe propicia ao seu bebê, bem como a qualidade da relação parecem ser de fundamental importância para o futuro desenvolvimento de comportamentos adequados, bem como de psicopatologias futuras para a criança. As pesquisas voltadas para a importância da relação mãe-bebê podem introduzir dados fundamentais para o desenvolvimento de estratégias e programas na prevenção de problemas cognitivos e escolares futuros nas crianças, principalmente em bebês de alto risco, onde há uma maior necessidade de cuidados.

O comportamento adequado dos pais pode ser treinado através de programas que promovam a participação destes nas práticas hospitalares e/ou através de informações que esclareçam a natureza dos sintomas dos bebês e as condições biológicas do recém-nascido.

ROTINA DIÁRIA DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA NA UTI-NEO EM UM HOSPITAL-ESCOLA

A seguir, serão relatados alguns passos do serviço de Psicologia na assistência e acompanhamento em uma UTI-Neo.

1. Passar pelas salas da UTI-Neo, para verificar quem são os bebês internados e se houve modificação na quantidade de aparelhagem de monitoração do bebê.
2. Contatar a Equipe de Saúde (médicos e equipe de enfermagem), com o objetivo de:
 - verificar o nascimento de novos RNs;
 - verificar as percepções da equipe em relação ao estado psicológico dos pais (ex.: se houve interesse dos pais em saber o diagnóstico, se mostraram desejo de contatar com o bebê etc.); e
 - obter informação do diagnóstico atual e prognóstico dos RNs.
3. Iniciar o preenchimento de dados da Ficha de Avaliação Psicológica, através do prontuário do RN (ex.: dados de identificação dos pais, história gestacional, diagnóstico do RN, entre outros).
4. Contato com a mãe do RN, hospitalizado, visando:
 - apresentação do Psicólogo e do Serviço de Psicologia como parte do atendimento interdisciplinar da UTI-Neo;
 - coleta dos dados para completar as informações da ficha de avaliação;
 - avaliação sobre a compreensão da mãe em relação ao motivo da internação do RN; e
 - avaliação das reações psicológicas frente à hospitalização do RN (ex.: choro, apatia, sono, alimentação, comunicação, contato pessoal, apoio familiar, medo, expectativas positivas e negativas dos pais etc.).
5. Acompanhamento da mãe à UTI-Neo, com o objetivo de:
 - verificar e avaliar se existem comportamentos de olhar e tocar o RN, bem como de falar com ele;

- orientar a mãe na manutenção do contato com o bebê, principalmente tocando, falando e visitando-o. Dar informações de como deve ordenhar o leite e, quando possível, amamentar o bebê; e
 - informar e orientar sobre a rotina da UTI-Neo.
6. Discussão de caso com a Equipe de Saúde, visando ao parecer psicológico, com o objetivo de fornecer informações de como lidar com a mãe e familiares.
 7. Acompanhamento diário da mãe, durante a permanência do RN na UTI-Neo.
 8. Trabalho conjunto com a Assistência Social, quando necessário, referente aos aspectos psicossociais (ex.: falta de recursos financeiros da família para transporte, alimentação e manutenção medicamentosa do RN, entre outros).

CASO CLÍNICO 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 na UTI-Neo para cuidados intensivos com a utilização de incubadora, respirador, sonda nasogástrica e fixação de cateter para medicação intravenosa.

HISTÓRIA FAMILIAR

Os pais eram casados há cinco anos, a família é constituída pela mãe (26), pai (27) e duas filhas, uma de quatro e a outra de dois 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 tal fato; a mãe não comentou.

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO

Como foi descrito anteriormente, todos os pais dos bebês internados nesta unidade são acompanhados pela Psicologia; no entanto, quando a psicóloga chegou ao serviço foi informada que foi internado um bebê do sexo masculino, e que a mãe tinha sido informada anteriormente (durante uma ultrassonografia) que ele 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 ao aspecto contextual.

1º Atendimento Psicológico

Objetivos:

- estabelecer a interação psicólogo-pais; e
- avaliar e estimular a interação pais-bebê.

Quando a psicóloga chegou à sala em que o bebê estava internado, os pais estavam presentes; sendo assim, foram abordados pela psicóloga, ocorrendo a apresentação do serviço de psicologia dentro da UTI-Neo aos pais.

A primeira questão enfatizada pela psicóloga aos pais objetivou verificar o entendimento de ambos sobre a internação do bebê; neste momento, só o pai interagiu com a psicóloga, e a mãe apresentava um olhar parado e não focado na incubadora, dando uma sensação de estar olhando para o nada. A mãe foi questionada se estava se sentindo bem e relatou que estava bem, só a cesariana estava incomodando. Assim sendo, foi providenciada uma cadeira para que ela pudesse se sentar ao lado da incubadora.

Como os pais já haviam realizado a assepsia das mãos, foi sugerido que tocassem no bebê. 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 era quem iria cuidar 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 cinco meses e ganhara o bebê com sete meses, significando para ela “dois meses de gravidez”. Não havia comentado sobre a gravidez com os familiares, amigos e vizinhos; só ela e o marido sabiam. Comentou também que, ao fazer uma ultrassonografia, ficou sabendo que seria mais uma menina, e agora mais uma novidade, era um menino. Chorava e dizia que não conseguia gostar da criança.

Após estas 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 desejá-la. Esta colocação foi escolhida pela psicóloga como sendo a primeira referência psicológica a ser discutida, já que o vínculo psicóloga-mãe estava sendo formado e a possibilidade de trabalhar as questões desta “crença” (regra cognitiva) e de ter um resultado positivo era grande.

Foi informado à mãe que ela deveria entender o processo de hospitalização, e a forma mais viável 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 dadas 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 esta 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, no entanto 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 o de utilizar a aproximação sucessiva da mãe com o bebê e, num 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; e
- avaliação da relação mãe-bebê.

A mãe recebeu alta antes de ser avaliada novamente a relação mãe-bebê, pela Psicologia, e a alta se deu em função da necessidade de leitos na obstetrícia. O pai compareceu à visita da tarde, mostrando-se afetivo, acariciando e falando com o bebê e do bebê.

O pai 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 e nem mesmo à escolha do nome.

Foi orientado a não insistir para que a mãe falasse da criança neste primeiro momento, que deixasse as coisas acontecerem naturalmente, 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, por exemplo, ordenhar o leite para que ele trouxesse todos os dias, que não iria cuidar e nem mesmo visitar a criança.

Do 3º ao 7º Atendimento Psicológico

Objetivos:

- manutenção da relação pai-bebê; e
- avaliação do comportamento da mãe através do pai.

A mãe não estava comparecendo às visitas ao filho, pois a cesariana tinha infeccionado e ela não estava se sentindo bem para ir até o hospital; no entanto, não deixava de ordenhar o leite para a criança, indicando que havia uma 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, como também provocar curiosidade para que ela se motivasse a vê-lo, como, por exemplo, comentar a engorda da criança, que a criança estava abrindo os olhos, que estava sorrindo (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 assim 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 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 tinha sido 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; foi informada que logo os médicos iriam conversar com ela, já que a rotina da UTI-Neo é, num primeiro momento, os pais poderem ficar com os bebês e, depois, a equipe passar em cada bebê 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.

Imediatamente após foi estimulada a entrar em contato com o bebê; a psicóloga abriu a porta da incubadora e inicialmente foi dando instrução para que a mãe se comportasse, como, por exemplo: “pode tocar em seus dedinhos, agora pegue em sua mãozinha...”, sempre que o bebê reagia, era verbalizado à mãe como sendo uma reação positiva do bebê ao toque que ela estava realizando, mesmo sendo uma reação esperada que o bebê teria em relação ao toque de qualquer outra pessoa.

Durante este 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 desta 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; referiu 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.

Do 9º ao 15º Atendimento Psicológico

Objetivo:

- aproximação sucessiva da mãe em relação à vinculação do bebê.

O bebê já tinha ganho 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 este período, a mãe era estimulada inicialmente a tocar na criança somente com as mãos dentro da incubadora, e posteriormente era sugerido que pegasse o bebê.

Num 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, não conseguindo acomodá-la nos braços. Segurava a criança com distância. A psicóloga passou a orientar a mãe sobre como deveria acomodar a criança, como,

por exemplo, “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, esta 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 este tempo, e relatava que a mãe mostrava-se mais tranquila em relação ao bebê, pois estava falando dele para os familiares, amigos e vizinhos. Mas, quando se pensava em alta hospitalar, ela 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.

Do 16º ao 28º Atendimento Psicológico

Objetivos:

- estimular a mãe a amamentar a criança; e
- 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 em 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 iria alimentar o filho pela mamadeira (com o seu leite ordenhado).

Neste 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 tal situação, foi lembrado com ela todo o processo que tinha passado até então e frisada a evolução da relação-vinculação — no 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 iria dar 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 não mais levar em conta os comentários dos conhecidos.

29º Atendimento Psicológico

Objetivo:

- participação do Grupo de Pais.

Na UTI-Neo, todas as sextas-feiras ocorre um grupo com a presença de todos os pais dos bebês internados na UTI-Neo. Este grupo é interdisciplinar, sendo cons-

tituído por médico, psicóloga, enfermeira e assistente social, e visa dar assistência biopsicossocial aos pais.

Até então, os pais estavam recebendo atendimento em todos os níveis de forma individual, e não grupal, em função de a equipe considerar que não seria interessante que houvesse algum tipo de intercorrência que pudesse colocar a relação mãe-bebê em questionamento, o que pode ocorrer em grupo (ex.: os pais relatarem que amam muito seus bebês).

No primeiro contato dos pais com o grupo, estes realizaram diversos questionamentos e, ao final, relataram que se sentiram bem, já que perceberam que os outros pais também estavam tendo dificuldades, cada um com a sua, em enfrentar a situação.

Neste dia ocorreu um imprevisto, durante a participação do grupo, pois o bebê apresentou uma parada cardíaca. O bebê foi reanimado, os pais foram informados de tal fato 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 que estão internados nesta 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, não ocorrendo 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; e
- participação do Grupo de Pais.

No 31º dia, quando a psicóloga chegou à UTI-Neo, a mãe já estava com o filho, fazendo carinho. Relatou que foi muito difícil enfrentar a parada cardíaca, já que tinha a ideia que nada de ruim iria ocorrer. Mesmo assim foi dada uma nota para tal situação, nota 7, já que tudo tinha sido superado e ela, pela primeira vez, teve medo de perder o filho, significando o “gostar”.

Os pais foram informados de que o bebê estava tendo um progresso importante, estava em condição de ser transferido para o berço. Assim sendo, deu-se início ao processo de estimulação à amamentação no peito.

A mãe questionou a necessidade da amamentação no peito, pois não tinha certeza que seria bom. Foi informada de 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; este 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, era 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 definida a amamentar, não quis dar mamadeira antes, colocou a criança no peito; a criança mostrou dificuldade para sugar e chorava, o que deixou 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 esta mãe, em função de sua história, não seria mais estimulada a amamentar, e sim a ter outros comportamentos de cuidado com a criança, como, 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 junto e permaneceu com ela no colo por uma hora e 30 minutos; realizou 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; e
- alta do bebê.

A mãe relatava que não se sentia segura em cuidar do bebê sozinha, já que tinha duas meninas pequenas, porém o marido iria contratar 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, que aceitou e ao qual deu início.

O pai foi orientado a procurar a psicóloga da UTI-Neo 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.

Participaram do grupo dos pais anteriormente, comentando sobre a passagem deles na UTI-Neo 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-Neo.

ACOMPANHAMENTO PSICOLÓGICO NO AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO DOS BEBÊS DE ALTO RISCO

Todos os bebês que foram internados na UTI-Neo passam por avaliações constantes pela 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 pelos 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 tal atitude, e a partir da terceira consulta a mãe assumiu a conduta. A babá acompanhou a mãe até o ambulatório mais três vezes, e a partir daí a mãe começou a vir sozinha.

A cada consulta, a mãe era orientada pela psicóloga a observar a criança e trazer respostas, como, por exemplo: “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 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 da criança, 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 seis 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 como comportamentos esperados para a idade. E o ganho maior, o amor pelo filho, pois antes achava que nunca iria aceitar a criança.

CONCLUSÃO

Ao observar a condução do caso anteriormente relatado e as teorias que compreendem a vinculação de pais e filhos, pode-se concluir que este vínculo pode ocorrer pela modelagem (aprendizagem progressiva) e ensaio e erro (aprendizagem por erros e acertos de comportamentos), ou seja, através dos princípios da aprendizagem, como foi citado por Brazelton (1988).

Outro fator de relevância foi a preservação da relação positiva pais-filhos, como sendo um fator de proteção para o aparecimento de problemáticas associadas às idades mais avançadas, já que o primeiro estágio da relação mãe-bebê é indicado como uma fase de prevenção de psicopatologias infantis (Brazelton e Cramer, 1992).

Enquanto milhões de dólares são gastos em programas terciários de saúde, combatendo os transtornos e problemas de saúde mental já instalados, mais verbas e estudos, deveriam se preocupar com as condições iniciais da relação mãe-bebê, o que poderia auxiliar, de maneira fundamental, na prevenção de distúrbios psicológicos nos bebês.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ajuriaguerra, J. e Marcelli, D. (1991). **Manual de Psicopatologia Infantil**. 2.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Almeida, M. F. B. e Kopelman, B. I. (1994). **Rotinas médicas – Disciplina de Pediatria Neonatal da Escola Paulista de Medicina**. São Paulo: Ateneu.
- Bee, H. (1984). **A criança em desenvolvimento**. São Paulo: Harba.
- Behrman, R. E. e Vaughan, V. C. (1983). O feto e o recém-nascido. In: R. E. Behrman e V. C. Vaughan, **Tratado de Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Brazelton, T. B. (1988). **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. (D. Baptista) Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1981).
- e Cramer, B. G. (1992). **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes.
- Coverdale, J. H.; McCullough, L. B.; Chervernak F. A. e Bayer, T. (1996). Clinical implications and management strategies when depression occurs during pregnancy. **Aust. New Zealand Journal Obstetric and Gynecology**, 36(4): 424-429.
- Dessen, M. A. S. C. (1985). Considerações sobre variáveis envolvidas na interação pais-criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa** (Brasília), 1(3): 215-226.
- Dewitt, S. J.; Sparks, J. W.; Swank, P. B. e Smith, K. (1997). Physical growth of low birthweight infants in the first year of life: impact of maternal behaviors. **Early Human Development**, 47(1): 19-34.
- Dolz, L.; Cerezo, M. A. e Milner, J. S. (1997). Mother-child interactional patterns in high and low-risk mother. **Child Abuse and Neglect**, 21(12): 1149-1158.
- Erickson, M. (1996). Mother-infant dyad relationships and infant well-being. **Issues Ment. Health Nurs.**, 17: 185-200.
- Field, T. (1998). Maternal depression effects on infants and early interventions. **Preventive Medicine**, 27: 200-203.
- Garcias, G. L.; Garcias, C. M. M. e Roth, M. C. M. (1997). Pediatra e a família frente à situação de malformação congênita. **Pediatria Atual**, 10(3): 18-22.
- Hadadian, A. e Merbler, J. (1997). Mother's stress: implications for attachment relationships. **Early Child Development and Care**, 125: 59-66.
- Klaus, M. H. e Kennell, J. H. (1978). **La relación madre-hijo**. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- . (1993). **Pais/bebês: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laloni, D. T. (1997). O papel do psicólogo na instituição hospitalar diante das políticas institucionais. In: D. R. Zambigani **Sobre comportamento e cognição** (volume 3). Santo André: Arbytes.
- Landry, S. H.; Smith, K. E.; Loncar, C. L. M. e Swank, P. R. (1998). The relation of change in maternal interactive styles to the developing social competence of full-term and pre-term children. **Children Development**, 69(1): 105-123.
- Mahler, M. S; Pen, F. e Bergman, A. (1975). **The psychological birth of the human infant**. New York: Basic Book.
- Mercer, R. e Ferketich, S. (1990). Predictors of parental attachment during early parenthood. **Journal Adv. Nurs**, 15: 268-280.

- Ruttenberg, W. B.; Finello, K. M. e Cordeiro, A. K. (1997). Interactions between depression and non depression latine mothers and their premature infants. **Infant Mental Health Journal**, 18(4): 364-377.
- Seligman, M. E. P. (1977). **Desamparo: sobre depressão, desenvolvimento e morte**. Trad. Maria Tereza de Araujo. São Paulo: HUCITEC.
- Siqueland, E. R. e Lipsitt, L. P. (1966). Conditioned head turning behavior in new borns. **Journal Experimental Child Psychology**, 3: 356-376.
- Sussman, S.; Simon, T. R.; Glynn, S. M. e Stacy, A. W. (1996). What does “high risk” mean? A PsycINFO scan of the literature. **Behavior Therapy**, 27: 53-65.
- Velazquez-Andrade, E. (1996). Las relaciones de apego madre-hijo. Implicaciones para la estimulación temprana com niños normales y de alto riesgo. **Revista Mexicana de Psicología**, 13(2): 159-174.
- Viegas, D. e Moraes, R. V. (1986). **Neonatologia clínica e cirúrgica**. São Paulo: Ateneu.
- Ziegel, E. E. e Cranley, M. S. (1985). **Enfermagem Obstétrica**. Rio de Janeiro: Interamericana.

O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto

*Ana Paula Ferrari Pregnolato
Valéria Batista Menezes Agostinho*

CONSIDERAÇÕES SOBRE A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O estar doente e o processo de hospitalização são variáveis que influenciam as transformações no ser humano, deixando-o emocionalmente vulnerável (Takahashi, 1986).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área do hospital que se diferencia de outras unidades de um hospital geral, pois oferece tratamento específico e intensivo para o paciente em estado crítico (Souza, Possari e Mugaiar, 1985). A UTI Adulto (UTI-A) possui ainda equipamentos específicos, recursos materiais e tecnológicos para um melhor atendimento ao paciente, característica esta específica deste local. Esta unidade é destinada a receber pacientes clínicos, pós-cirúrgicos, terminais e em estado grave com a possibilidade de recuperação.

A procedência do paciente internado na UTI-A pode ser do centro cirúrgico, enfermarias de especialidades, como, por exemplo, a clínica médica, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, coloproctologia, vascular, plástica, neurocirurgia, neurologia, cardiologia, infectologia, clínica cirúrgica, dentre outras, e pronto-socorro, além de encaminhamentos de outros hospitais que não dispõem de recursos necessários para cuidar do paciente.

É um local que abrange diagnósticos de diversas especialidades, como: politraumas, traumatismos cranianos de níveis leve, moderado e grave; insuficiência respiratória aguda; infarto agudo do miocárdio; angina instável; insuficiência renal aguda; aneurisma cerebral; recuperação pós-cirúrgica; infecção localizada (chamada de sepse); infecção generalizada no organismo (chamada de septicemia); ferimento por arma de fogo; ostomias; esofagectomia; acidente vascular cerebral hemorrágico ou não (conhecido como derrame); meningite; leucemia; parada cardiorrespiratória, entre ou-

tros. Conclui-se que os pacientes internados em uma UTI-A podem apresentar diferentes diagnósticos, mas todos necessitam de cuidados especiais.

Para controlar o quadro clínico do paciente internado na UTI-A, é necessária a utilização de alguns equipamentos, como o respirador mecânico (sua função é inspirar e expirar pelo paciente até que este possa fazê-lo sem o auxílio da máquina); monitor cardíaco (sua função é registrar os batimentos cardíacos); oxímetro (tem a função de mensurar a quantidade de oxigênio aproveitado pelo sangue a partir da pulsação cardíaca); nebulizador (serve para os pacientes que respiram sem o auxílio do respirador, tendo como objetivo fornecer uma quantidade maior de oxigênio do que a normal do ar, sendo esta quantidade variável de caso para caso); bomba de infusão (controla a quantidade de soro com medicamento infundida no organismo do paciente), entre outros.

Estes equipamentos são universais e básicos à assistência do paciente. Existem outros equipamentos que são específicos de alguns diagnósticos, como, por exemplo, a sonda de Swan-Ganz, que tem a função de medir a pressão interna do coração em pacientes que sofreram um infarto do miocárdio e lesionaram uma grande área do coração, devendo ser monitorados.

Nesta unidade, o paciente encontra-se restrito ao leito, sem acompanhante, sendo a higiene pessoal e a alimentação realizadas no próprio leito.

Romano (1999) ressalta que nas UTIs o contato com o paciente é restrito, tanto de outros profissionais quanto da família.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRUTURA FÍSICA E O AMBIENTE

A seguir, será relatada a estrutura de uma UTI-A de um hospital-escola, conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), na qual é realizada a sistemática de atendimento psicológico que será apresentada.

A área física da UTI-A é composta por um salão que concentra leitos dispostos um ao lado do outro, separados por divisórias. O objetivo desta disposição é a necessidade de observação, controle e pronto atendimento constantes ao paciente pelos profissionais de saúde. Esta disposição possibilita que o paciente acordado acompanhe a rotina da unidade, o que, na maioria das vezes, pode causar reações negativas no paciente por presenciar emergências e procedimentos.

Além do grande salão, existem leitos especializados para isolamento, constituídos na maior parte das vezes por divisórias de parede com vidro e portas de acesso. Nestes casos, a equipe segue regras de proteção para a não contaminação, como uma das formas de cuidados especiais com este tipo de paciente.

A UTI-A contém um almoxarifado com equipamentos (seringas, cânulas, agulhas, esparadrapo, entre outros) para diversos procedimentos, além de uma pequena farmácia para preparação dos medicamentos (com remédios para emergência e de uso corrente), sendo reabastecida diariamente, conforme a necessidade.

Antigamente, o ambiente de uma unidade de terapia intensiva tinha por objetivo cuidar do diagnóstico médico de cada paciente, valorizando somente a doença. Em sua estrutura não havia janelas, dificultando a orientação espaçotemporal dos pacientes. A luminosidade artificial e o alto nível de ruídos dificultavam o repouso dos mesmos, e o contato com familiares era restrito (Santos, Knibel e Flemming, 1994).

Estas circunstâncias aumentavam a probabilidade de ocorrência da síndrome da UTI, caracterizada como um estado confusional, reversível e secundário à internação (Ernesto e Zanei, 1988).

Alguns fatores responsáveis por esta síndrome podem estar ligados à dificuldade de descanso, privação de sono, falta de estimulação visual, ausência de atividades, efeitos colaterais de alguns medicamentos, falta de estímulos específicos (família, amigos, objetos pessoais entre outros), idade avançada (pessoas idosas têm uma maior probabilidade de desenvolver este quadro) e comprometimento do quadro clínico, que se refere a quanto e como o paciente está debilitado (Ernesto e Zanei, 1988).

Nesses últimos anos, com o avanço tecnológico, medicamentoso e novas técnicas de intervenção, os objetivos vêm se modificando. Atualmente, uma das maiores preocupações dos profissionais de saúde, com o paciente, refere-se aos aspectos da humanização, tanto em termos da disposição dos equipamentos, ergonomia, bem como da melhoria das relações humanas em ambientes de saúde.

Muitos aspectos do ambiente, como a luminosidade artificial e os ruídos, ainda fazem parte da realidade destas unidades, porém atualmente muitos trabalhos são realizados para amenizar esses aspectos, como: durante a noite apagar as luzes próximas dos pacientes conscientes e orientados, para que possam descansar; redução do fluxo de pessoas na unidade; um relógio digital para facilitar a orientação espaçotemporal dos pacientes acordados; orientações constantes da equipe em relação ao dia e ao estado de saúde para o paciente; atendimento personalizado ao paciente, visando a uma melhor adaptação à rotina da unidade (Padilha, 1987).

CONSIDERAÇÕES SOBRE VISITAS E FAMILIARES

Takahashi (1986) cita que é necessário dar uma maior assistência e atenção ao familiar que tem um membro da família internado na UTI-A. Entende-se que a ansiedade deste familiar é esperada, uma vez que a internação nessa unidade está associada ao risco de vida. Então, parte-se do princípio que todo o trabalho que possa minimizar essa ansiedade deve ser proposto à unidade de terapia intensiva.

Fabre e cols. (1992) referem que a unidade de terapia intensiva é considerada um local ameaçador para as pessoas, em função da quantidade de aparelhos e por estes serem desconhecidos para os pacientes e familiares. O desconhecimento e a falta de informações em relação à utilização dos aparelhos aumentam a tensão da família.

Takahashi (1986) ressalta a necessidade de regras específicas para o horário de visita na unidade, por considerar que o paciente geralmente se encontra em estado grave, além da estrutura física imprópria e a intensa atividade da equipe junto ao paciente. Verifica-se que, em muitas unidades de terapia intensiva, as visitas são proibidas ou acontecem num curto espaço de tempo.

A respeito desta afirmação, observa-se que, geralmente, o familiar representa uma segurança, favorecendo ao paciente uma compreensão do processo de internação, doença e suas consequências. Esta representação aproxima o paciente do seu meio e de sua história, servindo de ponte entre a situação de doença e a vida externa.

Este processo pode também auxiliar a equipe na vinculação com o paciente quanto ao melhor entendimento de seus sentimentos, favorecendo ao paciente um clima menos ameaçador, entre outras considerações. Conclui-se pela importância do auxí-

lio e do contato do paciente e da equipe de saúde com os familiares, apesar de a presença da família, durante a internação, poder desencadear uma nova assistência, dessa vez à família, demandando maior tempo e atenção que geralmente a equipe não possui, por estar envolvida com a rotina emergencial do local.

A seguir, será citado um exemplo de dúvidas e sentimentos dos familiares e amigos em relação aos aspectos ansiosos gerados pela UTI-A:

“J.P., 25 anos, internado na UTI-A, apresentava-se inconsciente e intubado. Era a segunda vez que sua mãe entrava na unidade para visitá-lo. O comportamento da mãe foi observado pela equipe. Ela permanecia em pé ao lado do leito, sempre de mãos cruzadas, sem aproximação física junto ao filho. No dia posterior, no atendimento em grupo com os familiares, foram realizadas as orientações de rotina, citadas anteriormente. Um outro familiar que se encontrava no grupo questionou sobre o tocar no paciente e como deveria fazê-lo. Um membro da equipe multiprofissional respondeu ao grupo que os familiares poderiam tocar os pacientes obedecendo à assepsia, para evitar contaminações, e que esta aproximação física era de escolha de cada familiar. Quando a visita começou, o psicólogo já havia sido solicitado a acompanhar a mãe de J.P., favorecendo o relato desta sobre seus sentimentos e pensamentos em relação ao medo de perder o filho; sua angústia de que seu filho não mais poderia falar e andar; e como considerava a UTI-A um lugar frio e agressivo. Referiu ainda que, ao entrar naquele ambiente, achava que todos os pacientes estavam sofrendo. A mãe também não o tocava por medo de desligar algum aparelho e de fazer mal ao filho.”

Este tipo de dúvida e/ou expressão de sentimentos é comum no cotidiano de uma UTI-A, e o psicólogo pode favorecer, nestes casos, esclarecimentos e modelos de conduta dos familiares em relação ao paciente.

CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PACIENTES

O paciente, ao adentrar no hospital, perde muitas de suas referências do meio externo onde vive. Ao adoecer, o ser humano deixa de ocupar sua posição frente à sociedade, a doença impedindo-o muitas vezes de realizar suas funções, como por exemplo, ser membro de um grupo de trabalho, social e familiar.

No hospital, passa a participar de um grupo específico, em que seu papel tende a ser controlado por algumas características, como a dependência, espaço físico limitado, roupas e objetos impessoais, imposição de horários para algumas atividades e, na maior parte das vezes, ausência da família ao seu redor (Graziano e Silva, 1996).

Todo ser humano tem necessidades (físicas, psicológicas e sociais) e capacidades (qualidades que o indivíduo tem para satisfazer determinado fim). Estas últimas são de grande importância quando nos referimos à realidade hospitalar, pois a capacidade de adaptação ao meio ambiente depende da habilidade que o indivíduo tem de identificar e enfrentar problemas. Deve-se lembrar que todos esses fatores variam de indivíduo para indivíduo (Graziano e Silva, 1996).

O paciente, ao ser admitido na UTI-A, enfrenta a gravidade da doença, um ambiente físico desconhecido, muitos equipamentos, sons e ruídos específicos. Além de todos esses eventos, pode-se observar que o paciente também entra nessa unidade com uma ideia errônea a respeito de sua irrecuperabilidade e possibilidade de morte iminente (Bedran, 1985).

Kovács (1995) cita que a ideia de morte para o ser humano tem um significado relacionado à sua história pessoal, experiências anteriores com morte de pessoas significativas, vivências de perdas e também características da personalidade do indivíduo.

Neste aspecto, é importante compreender as situações durante a hospitalização que, para o paciente, estão relacionadas ao significado de morte. Esta compreensão poderá ajudá-lo a enfrentar imposições da rotina e tratamentos hospitalares, tais como os procedimentos cirúrgicos, monitoração de sinais vitais por aparelhos, isolamento social e perda do contato familiar.

Segundo Frankl (1990), o homem está em constante busca do sentido da vida, e, quando vivencia momentos aflitivos, como é o caso de encontrar-se gravemente doente, defronta-se com três aspectos principais: sofrimento, culpa e morte.

Ainda para o citado autor, é possível modificar esta tríade, desde que o homem encontre sentido em cada um desses aspectos, com a transformação do sofrimento em desempenho, da culpa em mudança e da morte em um estímulo de enfrentamento.

Dentro dos aspectos citados, a intervenção psicológica pode ajudar o ser humano no processo de adoecimento e hospitalização, pois este pode encontrar-se em um estado de desordem orgânica e emocional muitas vezes em um nível inesperado.

O paciente necessita adaptar-se ao novo momento, e a Psicologia pode auxiliá-lo neste processo, podendo intervir junto ao paciente em relação às mudanças concretas e objetivas, como, por exemplo, a rotina, os hábitos e também trabalhar em nível cognitivo (mudanças na forma de avaliar os estímulos a sua volta). Neste sentido, o paciente pode deparar-se com alguns limites pessoais, imagem corporal distorcida, impotência, sentimento de solidão e falta de privacidade. Em relação à privacidade, o paciente pode enfrentar diversos problemas e preconceitos, pois encontra-se despido e sem nenhum objeto pessoal (dentadura, óculos, escova de dente etc.), fatores que reforçam os sentimentos negativos, como o medo e a ansiedade (Frankl, 1990).

As reações psicológicas apresentadas pelos pacientes podem variar de tristeza, choro, medo, desorientações, euforia a apatia. A ansiedade, apresentada pelos pacientes internados na UTI-A, comumente está relacionada às limitações das atividades físicas e sociais, afastamento físico prolongado de pessoas significativas afetivamente, medo e insegurança diante dos procedimentos de intervenção e rotina hospitalar.

Um estudo realizado por Novaes e cols. (2000), com pacientes, equipe e família, em uma UTI-A, teve como objetivo comparar os eventos estressores da unidade com a visão dos familiares e equipe multiprofissional, a fim de realizar uma melhor intervenção junto a estes pacientes. Foi utilizada a Escala de Estressores em Terapia Intensiva (Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale — ICUESS), que é baseada na percepção a respeito dos fatores estressantes referentes à UTI-A. Alguns fatores estressantes, citados nesta escala, são: ter dor, não conseguir dormir, estar amarrado, limitação por intubação, ser incomodado, não saber que dia é hoje, ter máquinas estranhas ao redor, sentir que a enfermagem está apressada, entre outros. Dentro da discussão do trabalho apresentado, os principais fatores estressantes para os pacientes foram: ter dor, estar intubado no nariz ou na boca, estar contido e não conseguir dormir. Com estes dados, aponta-se a necessidade da diminuição de barulho na unidade, buscando o controle e o planejamento de procedimentos e rotinas em relação aos ruídos, sons de equipamentos, horários e fluxo de pessoas dentro da UTI-A.

Ainda com relação aos fatores estressantes, quando o paciente faz uso de tubos no nariz e/ou boca e/ou contenção das mãos ao leito, o psicólogo deve garantir ao mesmo a informação através de outras técnicas para otimizar a sua comunicação, como, por exemplo, na forma escrita ou gestual.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A EQUIPE DE SAÚDE

A equipe de saúde que trabalha na UTI-A é composta por um grupo permanente de médicos intensivistas, enfermeiro-chefe, técnicos e auxiliares de enfermagem, dentre outros funcionários. A equipe volante é composta por psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e assistente social.

O médico tem funções como atender às emergências, direcionar rotinas e cuidados dos pacientes, verificar medicação, prescrever medicamentos e exames, tomar decisões e realizar procedimentos. O médico pode deslocar-se com liberdade dentro e fora da UTI-A e ter períodos de descanso em seus aposentos (sala de descanso fora da unidade), mas a disponibilidade contínua e imediata é fundamental, não se constituindo em um trabalho monótono e nem automatizado, segundo Bedran (1985).

A equipe de enfermagem (enfermeiro, técnicos e auxiliares) tem a obrigação de permanecer todo o tempo ao lado do paciente, sendo o elemento mais importante do grupo de assistência, pois seu trabalho envolve cuidados e observação contínua, como verificar pressão, temperatura, outros sinais vitais e aspectos importantes para cada diagnóstico.

No contato com o paciente, a equipe de saúde deve ter a função de acalmar, conversar, orientar e dar atenção aos familiares e amigos. O trabalho da equipe de enfermagem pode ser considerado desgastante, incessante, repetitivo e de enorme responsabilidade. O profissional aprende a viver nesta realidade, com a contínua possibilidade de sofrer abalos emocionais que podem repercutir em sua vida pessoal (Bedran, 1985).

O fisioterapeuta, quando necessário, é solicitado pela equipe médica, sendo o seu foco de trabalho, na maioria das vezes, o sistema respiratório do paciente, visando auxiliá-lo no tratamento e na recuperação.

O nutricionista é solicitado pela equipe médica para cuidar da alimentação do paciente, pois cada paciente deve seguir uma dieta alimentar específica.

O psicólogo tem como principal objetivo assistir o 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 e outros), avaliar o estado psíquico do paciente (orientação, consciência, memória, afetividade, entre outros) e sua compreensão do diagnóstico, além das reações emocionais frente à internação e à doença.

Segundo Ford (1994, *apud* Romano, 1999), os aspectos emocionais podem alterar as reações e habilidades, modificando a adesão ao tratamento e possibilitando a tomada de decisões que influenciarão suas chances de sobreviver. Além de avaliar a situação e intervir junto ao paciente, é preciso atuar com os familiares, de acordo com os seguintes objetivos:

- orientar e informar rotinas da UTI-A, horários de visita;
- estimular o contato do paciente com a família e equipe, visando a facilitação da comunicação efetiva e afetiva;

- avaliar a adequada compreensão do quadro clínico e prognóstico por familiares e paciente; e
- verificar qual membro da família tem mais condições emocionais e intelectuais para o contato com a equipe; o psicólogo pode disponibilizar horários para atendimentos individuais aos familiares, quando necessário ou solicitado pelo familiar.

Com a equipe, o psicólogo tem a função de atender às queixas referentes aos pacientes, orientação para o contato com o paciente e familiares e intervir conforme a necessidade de cada caso. A seguir, serão citados alguns exemplos referentes às funções do psicólogo em uma UTI-A:

- Um senhor de 62 anos internado na UTI-A há três dias, com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, apresentando-se ansioso, com agitação psicomotora que, após ter ouvido o médico comentar, próximo ao seu leito, sobre o cateterismo que ele precisava fazer, passou a questionar em demasia os funcionários da equipe de enfermagem e o psicólogo sobre a consequência de tal procedimento. Relatou à psicóloga que desconhecia o procedimento e comentou sobre o medo de morrer. Com estes dados, a psicóloga trocou informações com o médico plantonista para saber do prognóstico e se realmente o paciente necessitava fazer este exame. A partir de então, a psicóloga deu uma devolutiva sobre a avaliação psicológica do paciente ao médico e orientou que este conversasse com o paciente, a fim de esclarecê-lo quanto às dúvidas presentes e minimizar seu desconforto emocional.
- F., 75 anos, internado com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio (um caso grave, pois atingiu uma extensa área do coração e necessitava da instalação de um marcapasso, com quadro clínico delicado); internado há 25 dias na UTI-A, sendo 15 dias em sedação e intubado. No momento do contato, encontrava-se acordado, extubado (sem tubos), em isolamento por ter adquirido infecção no pulmão e com dificuldade de se alimentar. No quinto dia de contato com o psicólogo, o paciente relatou estar cansado de ficar internado na UTI, sentindo falta do convívio com sua família e com dificuldades em comer. O caso foi discutido com o enfermeiro-chefe e com o médico de plantão, visando ao restabelecimento do paciente. A equipe multidisciplinar tomou a conduta de avaliar as condições reais dos familiares, com o objetivo de alguém poder permanecer mais tempo na UTI para contato e cuidado com o paciente (por exemplo: ler um livro de histórias para o paciente, alimentá-lo etc.). A avaliação foi realizada e esclarecidos junto com os familiares os objetivos dessa conduta e como seriam as regras para eles (horários, rotinas). Estes familiares mostraram-se receptivos e, ao longo da internação, compareceram nos horários combinados e apresentaram comportamentos adequados diante dos objetivos, observando-se uma melhora das queixas do paciente.

Todos os profissionais devem estar voltados para um único foco: o paciente, ressaltando a necessidade de cuidar deste como um ser biopsicossocial (Senna e Lase, 1981).

Um aspecto relevante no ambiente hospitalar é o bom relacionamento entre os membros da equipe, possibilitando dividir as dificuldades de trabalhar em uma unidade de terapia intensiva. Sebastiani (1995) aponta que o clima de apreensão e a rotina de trabalho em uma UTI também afetam os profissionais. Acredita-se que essas variáveis dificultam cuidar do paciente como um ser humano.

Segundo Romano (1999), as ações desempenhadas em uma UTI são diuturnas, exigindo o máximo de eficiência da equipe, que trabalha com o limite entre a vida e a morte. A atenção intensiva necessita de uma equipe sofisticada e preparada para os aspectos fisiológicos e psicológicos no cuidado para com o paciente.

ROTINA DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – ADULTO

A seguir serão citadas algumas rotinas que ocorrem em um serviço de psicologia de uma UTI-A, caracterizando, desta forma, suas normas e procedimentos de assistência.

Rotinas de Atendimento Psicológico com o Paciente

1. Verificar quem são os pacientes internados e conhecer a história da internação atual. No primeiro momento, a psicóloga passa em todos os leitos com o objetivo de conhecer os pacientes internados, verificar a quantidade de aparelhos e as condições reais do paciente (acordado, dormindo e intubado, extubado etc.). Num segundo momento, realiza-se a leitura do prontuário do paciente, que contém consultas e o histórico de possíveis internações anteriores.
2. Contatar a equipe de saúde (enfermeiros e médicos) com os seguintes objetivos: verificar se há queixas da equipe em relação aos pacientes internados; obter dados do diagnóstico e do prognóstico do paciente e avaliar dados do comportamento do paciente frente à internação. Este contato acontece informalmente com os profissionais da equipe. A seguir, encontram-se alguns exemplos de questionamentos feitos à equipe:
 - “como o paciente se comportou diante do contato com você?” Esta pergunta tem o objetivo de avaliar o comportamento do paciente no contato com a equipe;
 - “quais os tipos de perguntas que o paciente lhe fez sobre o diagnóstico?” Tem por finalidade avaliar a compreensão do diagnóstico pelo paciente;
 - “quais os comportamentos apresentados durante a explicação do diagnóstico?” Avaliar as reações do paciente;
 - “qual é o prognóstico do paciente?” Cirurgia, exames complementares em outros serviços, alta da UTI, protocolo para morte encefálica, probabilidade de sequelas, entre outros;
 - “quais são as restrições de movimento físico do paciente?” Este questionamento tem por objetivo verificar se o paciente pode fazer alguma atividade, mesmo internado em UTI, como, por exemplo, fazer palavras cruzadas, ler um livro, bordar, entre outras; e
 - “o paciente está se alimentando, dormindo, recebendo visitas, aceitando procedimentos?” Avaliar se o paciente está adaptado ou não à internação.
3. Abordar o paciente com o seguinte propósito:
 - apresentação do psicólogo;
 - coletar informações sobre os dados de identificação do paciente (nome, idade, sexo, atividade profissional, religião, grau de escolaridade, procedência, estado civil, número de filhos, etc.). Kaplan e cols. (1997) citam que os dados de identificação

- visam obter um mapa de fácil leitura das características importantes do paciente que podem afetar no diagnóstico, prognóstico, tratamento e adesão; e
- avaliação das reações psicológicas frente à hospitalização, que pode ser feita através de perguntas-padrão que objetivem avaliar os pensamentos e sentimentos do paciente neste contexto, tais como: “Como você está se sentindo aqui? Quais os pensamentos que você vem tendo?” Observação de reações comportamentais na interação do paciente com o psicólogo e/ou outros profissionais.
4. Avaliar o estado mental do paciente (orientado, consciente, desorientado ou confusão mental orgânica) através dos seguintes questionamentos: “Que dia é hoje? Onde você está? O que está fazendo aqui?”.
 5. Orientar e informar as rotinas da UTI-A
“A UTI é um local especial do hospital. Você sabe por quê?” O psicólogo inicia o assunto e sempre questiona o paciente, para que ele fale sobre sua impressão, pensamentos e sentimentos, possibilitando que esses aspectos sejam discutidos junto a ele.
 6. Avaliar as necessidades do paciente durante a internação (atividades de recreação, objetos pessoais, presença dos familiares para alimentação e visita extrarrotina, entre outras), através de perguntas como: “O que você gosta de fazer? O que você desejaria fazer aqui (alguma atividade)? O que será que poderia ser feito aqui, para que você tivesse uma atividade distrativa durante a internação?”
 7. A partir dos dados coletados, define-se uma conduta psicológica com o paciente. Quando necessário, a intervenção é planejada junto à equipe de saúde e familiares. O psicólogo intervém com a equipe de saúde, visando o contato entre paciente e equipe para adesão e compreensão do tratamento.

Rotina de Atendimento Psicológico com os Familiares

1. O contato com o grupo de familiares é realizado com os seguintes objetivos: apresentação do psicólogo; conhecer os familiares que comparecem aos horários de visita, fornecendo-lhes algumas informações e regras de higiene e contato com o paciente na UTI-A.
2. Orientar e informar as rotinas da UTI-A e do horário de visitas, o que pode ser realizado através de uma explicação simples, como: “A UTI é um local especial do hospital porque tem equipamentos que auxiliam no tratamento e profissionais 24 horas do dia para cuidar dos pacientes. Os pacientes estão aqui por necessitarem de cuidados especiais. É um local restrito à entrada de pessoas que não trabalham aqui. O horário de visita acontece todos os dias. É um momento muito importante, pois podemos trazer carinho e atenção ao familiar aqui internado, por isso é bom tocarmos, conversarmos sobre coisas agradáveis, mesmo quando o paciente estiver sedado e intubado. Quanto a este aspecto, não podemos certificar que o paciente ouvirá e lembrará do que foi falado, mas acreditamos que ele possa sentir este contato, o carinho... Quando estivermos lá dentro, caso algum aparelho dispare, não significa que o paciente esteja passando mal...”
3. Coleta de dados junto aos familiares, com o objetivo de compreender o funcionamento psicológico do paciente (as perguntas feitas para esta coleta dependem de cada caso, do diagnóstico e dos familiares).

4. Acompanhar os familiares ao leito, com o objetivo de demonstrar o modelo de contato com o paciente (este recurso é adotado também para os pacientes que se apresentam sedados).
5. Intervenção psicológica com os familiares, a partir dos dados da avaliação com o paciente.
6. Acompanhar o familiar no contato com a equipe médica, visando à compreensão do quadro clínico.
7. Quando solicitado pelo familiar, o psicólogo o acompanha na informação do quadro clínico do paciente com os outros familiares.

Vale ressaltar que o atendimento em grupo aos visitantes e familiares conta com a participação de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogo e assistente social. O grupo tem como objetivo a orientação e a informação sobre os equipamentos e aparelhos utilizados pelo paciente na unidade (tubos colocados na boca do paciente, ruídos apresentados pelos aparelhos, alarmes que tocam etc.); procedimentos e rotinas inesperadas, que podem ocorrer no momento da visita (parada cardíaca, pequenas cirurgias que são realizadas no leito, pacientes despídos, contidos, inconscientes, entre outros questionamentos levantados pelos visitantes).

O grupo ocorre 30 minutos antes do horário de visitas, em dias preestabelecidos pela equipe. Para a compreensão das informações e orientações, são utilizados painéis com fotos da unidade (cama, equipamentos, aparelhos, como o respirador, oxímetros etc.).

O trabalho da psicologia, dentro do grupo, tem como objetivo minimizar a ansiedade dos visitantes e familiares no momento da visita. O psicólogo também observa comportamentos e relatos verbais que os familiares apresentam em relação à unidade e aos internados, que podem ser discutidos e esclarecidos no momento da visita.

CASO CLÍNICO

DADOS DO PACIENTE

- Identificação: F.
- Sexo: masculino
- Estado civil: solteiro
- Ocupação: estudante
- Idade: 16 anos
- Causa da internação: vítima de acidente motociclístico
- Entrada no hospital: 6/8/00
- Data da internação na UTI: 6/8/00
- Procedência de encaminhamento: paciente vem encaminhado do Centro Cirúrgico, após realização de laparotomia exploratória (incisão cirúrgica feita no tórax, para descobrir lesões internas decorrentes do trauma).
- Hipótese diagnóstica: politrauma (trauma torácico, trauma de aorta torácico, subclávia esquerda; fratura em antebraço 1/3 médio direito); pressão arterial instável; assistência ventilatória mecânica; choque hipovolêmico; hematoma grande no arco aórtico; obstrução aguda da artéria (membro inferior direito).

Atendimento Psicológico

I – UTI-A

O paciente encontrava-se sedado, intubado, não respondendo aos estímulos. O atendimento psicológico foi realizado de 7/8/00 a 21/8/00 junto aos familiares com os seguintes objetivos:

- *adaptar as visitas e familiares às rotinas da UTI-A* — preparação para a entrada na unidade. Inicialmente, informou-se sobre as regras de proteção aos familiares e visitantes, que é lavar as mãos antes e depois da visita à unidade. Como F. encontrava-se no quarto de isolamento, orientou-se os familiares para a utilização de equipamentos de proteção (máscara, luvas e avental). Num segundo momento, informaram-se as rotinas da unidade (o funcionamento do horário de visita, a assistência 24 horas, os procedimentos constantes, os equipamentos e suas funções, o contato com a equipe médica e como se comportar em caso de emergência);
- *estimular o contato entre os visitantes e F.* — o psicólogo acompanhou individualmente os visitantes, observando e avaliando as verbalizações e os comportamentos com o paciente. A finalidade desta observação foi verificar as expectativas a respeito do quadro clínico de F. A partir da primeira avaliação, foram planejadas as intervenções para cada familiar. Com um dos irmãos de F., que apresentava fantasias de que o irmão estava morto, foi estimulado o contato através do modelo dado pelo psicólogo. O irmão tocou F., acariciou seu braço, segurou sua mão, verificou que o paciente estava quente. A observação do funcionamento dos aparelhos, com a ajuda de um enfermeiro, serviu para comprovação de dados de realidade. Após essa intervenção, o irmão relatou que pôde perceber que F. não estava morto, porém que o estado clínico era grave;
- *processo de informação médica* — compreensão dos familiares. Durante o primeiro contato entre a família e médico, o psicólogo observou que o pai apresentava-se nervoso e muito preocupado com a gravidade do quadro de F. O pai relatou à equipe seu sentimento de culpa por ter permitido ao filho comprar uma moto, além de se observar a dificuldade em transmitir as informações aos outros membros da família (este comportamento ocorria, pois sentia-se responsável pelo acidente e também porque toda a família estava com medo de F. falecer, igual ao que aconteceu com o companheiro que estava com F. na moto). A primeira intervenção teve como objetivo auxiliar o pai a informar aos familiares o quadro clínico de F. Foi observado que os familiares estavam muito ansiosos, fazendo perguntas que o pai não tinha como responder, por falta de conhecimento técnico. A intervenção aconteceu com o pai visando à assertividade (habilidade em expressar pensamentos e sentimentos) no contato com os familiares (podendo dizer a eles que não sabia, mas que poderia perguntar no próximo contato com o médico). Para facilitar o contato e as informações entre o pai e o médico, foi sugerido anotar as dúvidas em uma folha de papel. Com todos esses dados, o psicólogo, junto à equipe médica, permitiu a entrada de mais um familiar durante a informação do quadro clínico. Esta intervenção teve os seguintes objetivos: dividir a responsabilidade de receber as informações do quadro clínico e diminuir a ansiedade da família em relação às informações; e

- *apoio psicológico aos familiares* — durante o período de estada na unidade, ocorreram várias intervenções individuais com os familiares de F., visando ao acolhimento e auxiliando no processo de enfrentamento de situações inesperadas, como, por exemplo: um dos irmãos de F. relatou seu desejo de deixar de trabalhar, pois estava muito preocupado. O objetivo desta intervenção foi refletir com este familiar sobre as consequências futuras deste comportamento (o quanto isto não auxiliaria na recuperação de seu irmão).

Do dia 21/8/00 ao dia 28/8/00, o paciente encontrava-se acordado, porém traqueostomizado, ou seja, com uma cânula no interior da traqueia, a fim de estabelecer uma comunicação com o meio exterior, auxiliando-o em sua respiração. O atendimento psicológico com o paciente teve os seguintes objetivos:

- *Adaptar o paciente à internação* — o psicólogo realizou um atendimento com o paciente, pois este se encontrava muito agitado e ansioso após o desligamento do respirador mecânico e a retirada da sedação. Em um primeiro momento, o psicólogo estabeleceu um meio de comunicação com o paciente, ocorrendo através de gestos com olhos e aperto das mãos. Foi relatado o acidente e o paciente respondeu com a cabeça que sabia. Foram esclarecidas as consequências e que era importante a sua adaptação aos procedimentos, entre outros fatores. O paciente foi orientado em relação ao momento da visita dos familiares. F. foi um paciente que não apresentou reações emocionais negativas frente a esta situação. Ele adaptou-se muito bem às regras e rotinas da UTI-A, e o relacionamento com toda a equipe de saúde foi muito positivo. O trabalho do psicólogo foi voltado aos familiares de F. e às orientações à equipe.
- *Adaptar o paciente ao contato com seus familiares* — deu-se continuidade ao atendimento psicológico no leito, durante o horário de visita. F. estava acordado e ansioso para ver seus familiares. No contato com a mãe, o paciente apresentou-se ansioso, por desejar falar e não conseguir. A partir dessa observação, o atendimento psicológico tinha como objetivo adaptar o paciente ao contato, pois a ansiedade poderia afetar padrões clínicos que, provavelmente, dificultariam seu tratamento. Como foi verificado, houve uma queda no nível de saturação de oxigênio no sangue durante a intervenção. Todos esses aspectos foram relatados e trabalhados com o paciente e familiares. Houve um período de adaptação para que os familiares e toda a equipe da unidade também pudessem aprender a fazer leitura labial.
- *Solicitação de urgência feita pela equipe (28/8/00)* — o paciente foi levado para o centro cirúrgico para realizar uma cirurgia no membro superior direito (braço), apresentando insuficiência respiratória na entrada, impossibilitando a realização do procedimento. A equipe médica avaliou que isto não era um problema clínico. Após o retorno para a UTI-A, o psicólogo foi avaliar o ocorrido com o paciente. Este expressou seus pensamentos e medos referentes à sua entrada no centro cirúrgico, pois acreditava que corria risco de vida. O atendimento psicológico teve a finalidade de refletir as questões que envolviam esta cirurgia, como: que membro seria operado; o local do procedimento; procedimento com a anestesia; o relato do médico; aspectos diferenciados entre as duas idas anteriores ao centro cirúrgico, entre outros. A partir dessa reflexão, o paciente con-

seguiu perceber que o procedimento era simples, diante de tudo o que ele já havia vivido anteriormente. O paciente relatou o desejo de ir dormindo para o centro cirúrgico, mas este aspecto não foi aprovado pela equipe (pois este procedimento poderia complicar ainda mais o quadro clínico, especificamente neste caso). Então, o psicólogo utilizou técnicas de relaxamento para a preparação do novo momento de cirurgia. Finalizando o atendimento, foi discutida a questão da ansiedade, pois havia a possibilidade do retorno para o respirador. O paciente teve alta da UTI-A no dia seguinte, sem realizar o procedimento anteriormente citado, pois era uma cirurgia de rotina que não necessitava de internação na unidade novamente.

Após a alta da UTI-A, o paciente foi acompanhado pela psicóloga em outra enfermaria, até o momento de sua alta hospitalar, como se segue:

Atendimento na Enfermaria de Moléstias Infectocontagiosas (MI)

Após alta da UTI-A, deu-se continuidade ao atendimento psicológico para o paciente na enfermaria de MI. O paciente foi transferido para esta enfermaria que contém leitos de isolamento, pois F. necessitava de cuidados para a não contaminação nos curativos (prevenção de infecção). O objetivo da nova etapa foi preparar a família para contar ao paciente que o primo que se encontrava junto no acidente morreu. Esta informação em nenhum momento da internação na UTI-A foi verbalizada. A família não permitiu que a notícia fosse relatada ao paciente. A equipe médica que conduzia a internação propôs que a notícia deveria ser dada perto da data prevista para a alta hospitalar. Orientou-se a família na escolha do representante que iria dar a notícia a F. Após a escolha, o representante participou de uma entrevista com a psicóloga. Neste encontro, a profissional utilizou-se de técnicas comportamentais, tendo como objetivo que o familiar adquirisse e treinasse o repertório para o momento do contato com o paciente.

O psicólogo solicitou que um membro da equipe médica fosse também orientado. Esta etapa foi importante para que o familiar pudesse sentir-se mais confiante e menos apreensivo em relação à consequência da notícia no quadro clínico do paciente.

O encontro ocorreu num sábado pela manhã. O paciente estava ansioso, pois pensava que a equipe estava naquele momento no leito para indicar-lhe a alta hospitalar. A psicóloga posicionou-se ao lado de F. e verbalizou que ainda não era o momento da alta, mas que em breve ele estaria em casa junto com a família e os amigos. A mesma deu continuidade à interação na discussão para que a família se posicionasse no diálogo. O familiar não conseguiu introduzir o assunto. A psicóloga retornou à fala, pedindo que F. relembresse do dia do acidente e mais tarde do momento do acidente. O paciente atingiu as expectativas da profissional, lembrando-se de que ele estava acompanhado de seu primo.

Neste momento, o familiar contou que este havia morrido. Muito calmo, F. disse que já sabia, e contou que, quando ainda estava na UTI-A, com aparelhos, lembrou-se de que uma tia pedia para ele não morrer, como já tinha ocorrido com o primo.

Junto ao paciente, foram trabalhadas todas as questões ligadas ao acidente e, consequentemente, sentimentos de culpa pela morte do primo. Em relação à perda do primo, o paciente tinha uma crença religiosa que o ajudava a enfrentar o momento. F. também solicitou a presença de familiares para conversar sobre o assunto e sinali-

zou que estes poderiam conversar sem precisar esconder nada nem ter medo de dialogar sobre o acidente.

O objetivo desse procedimento foi voltado à família, pois esta queria que a notícia fosse verbalizada ainda no hospital, com medo de uma recaída no quadro clínico.

Realizaram-se outros encontros com F., com o objetivo de diminuir os sintomas ansiosos apresentados pelo paciente diante da alta hospitalar. Como o quadro clínico estava estável e sua permanência no hospital era devida aos antibióticos via venosa, o paciente encontrava-se agitado, não querendo permanecer no leito, manifestando irritação. Após a queixa, foram propostas ao paciente atividades através de jogos, televisão, passeios pelos corredores e uma permanência maior no corredor de sol, onde poderia conversar com outros pacientes.

Pelo grande período de permanência no hospital, o paciente tinha feito muitas amizades com os funcionários, e estes sempre se aproximavam de F. e estabeleciam um bom contato.

A equipe médica propôs alta hospitalar e o retorno após aproximadamente duas semanas, para indicação de cirurgia pela equipe da ortopedia.

Foi realizado um trabalho com F. com o objetivo da compreensão do retorno ao hospital, pois observava-se um comportamento aversivo à situação hospitalar.

O paciente cumpriu com seus retornos e obteve sucesso em todo o seu prognóstico clínico.

CONCLUSÃO

No atendimento psicológico em UTI-A, faz-se necessário entender como o paciente lida com o sofrimento, a dor e a morte. Entretanto, muitas vezes o paciente encontra-se impossibilitado, devido ao quadro clínico e aos procedimentos, sendo importante o trabalho com diversas variáveis que estão ligadas ao paciente, como, por exemplo, seus familiares e a própria equipe de saúde que o assiste. O psicólogo tem o propósito de avaliar o paciente nos âmbitos médicos/biológicos, sociais/culturais e psicológicos.

Devido aos anos de formação, o psicólogo consegue observar e discriminar, de forma geral, os acontecimentos que podem propiciar desajustes comportamentais em ambientes médicos. Diante destes aspectos, o profissional atua mediando as relações envolvidas entre o paciente, a equipe, a instituição, a doença e seus familiares, não se esquecendo de que aquele no leito é um ser humano, que está doente, em um lugar desconhecido e com um forte estereótipo de morte e impotência. Por isso reafirmam-se a importância e a necessidade de um psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bedran, J. N. (1985). O Centro de Tratamento Intensivo como fonte de estresse psicológico. *Anais Faculdade Medicina Universidade Federal Minas Gerais*, 34(1): 43-58.
- Ernesto, D. Z. L. e Zanei, S. S. V. (1988). Alterações de comportamento do paciente de terapia intensiva. *Atualização Cardiológica*, 4: 9-13.
- Fabre, Z. L.; Tobias, L. T.; Berreta, I. Q. e Tiago, M. L. S. (1992). Humanização em UTI pediátrica: a equipe e a família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 21(1): 34-37.

- Frankl, V. (1990). **El hombre doliente: fundamentos antropológicos de la psicoterapia**. Barcelona: Herder.
- Graziano, K. V. e Silva M. J. P. (1996). A abordagem psico-social na assistência ao adulto hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 30(2): 291-296.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. e Greebb, J. A. (1997). Exame Clínico do paciente psiquiátrico. In: H. I. Kaplan, B. J. Sadock e J. A. Greebb. **Compêndio de Psiquiatria, Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kovács, M. J. (1995). O profissional de saúde em face da morte. In: M. F. P. Oliveira e S. M. C. Ismael (Orgs.). **Rumos da Psicologia hospitalar em cardiologia**. Campinas: Papirus.
- Novaes, M. A. F. P.; Knobel, E.; Bork, A. M. G. T.; Santos, O. F. P.; Martins, L. A. N. e Ferraz, M. B. (2000). Estressores em uma unidade de terapia intensiva: percepção do paciente, família e equipe. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 3(1): 13-19.
- Padilha, K. G. (1987). O coronariopata e o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva: estudo da influência dos procedimentos invasivos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 21(1): 37-46.
- Romano, B. W. (1999). **Princípios para a prática da Psicologia Clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, V., Knibel, M. e Flemming, L. (1994). Um novo conceito de centro de tratamento intensivo: a ergonomia na humanização e otimização dos espaços. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 6(3): 66-69.
- Sebastiani, R. W. (1995). Atendimento psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: V. A. Angerami-Camon; F. A. R. Trucharte; R. B. Knijnik e R. W. Sebastiani. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Ed. Pioneira.
- Senna, S. G. e Lase, I. P. (1981). Programa de humanização a pacientes em centro cirúrgico. **O mundo da Saúde**, 1.^o trimestre, 37-41.
- Souza, M. Possari, J. F. e Mugaiar, K. H. B. (1985). Humanização da abordagem nas Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**, 5(2): 77-99.
- Takahashi, E. I. U. (1986). Visitas em unidade de terapia intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**, 6(3): 113-115.

Enfermaria de Obstetrícia

*Adriana Said Daher Baptista
Patrícia Maria Furquim*

INTRODUÇÃO

Inicialmente, seria interessante refletir sobre três questões:

- “qual é o conhecimento que um psicólogo deve ter para atuar junto às mulheres que estão nos períodos de gestação e puerpério?”
- os obstetras devem compreender a gestante e a puérpera somente nos aspectos orgânicos? e
- qual é o conhecimento que os outros profissionais devem ter?”

São vários os profissionais, obstetras, pediatras, psicólogos, enfermeiras, assistentes sociais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos que têm a possibilidade de lidar com a mulher nesses períodos. Portanto, todos os profissionais que atuam no sistema de saúde devem ter conhecimentos aprofundados em sua especialidade, porém não podem ter somente esse conhecimento, já que a mulher deve ser vista biopsicossocialmente e sofre influências multivariadas.

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, corporais, sociais e profissionais. Assim sendo, podem existir outras variáveis interferindo nesses períodos que não sejam apenas psicológicas.

Assim, fica claro que o psicólogo que trabalha com gestantes e puérperas não pode limitar-se a ter um conhecimento restrito em psicologia, sendo necessário que também tenha conhecimentos relacionados aos aspectos biológicos e sociais.

Para tanto, é importante lembrar uma definição de grande relevância dentro do campo da Psicologia, o significado de Psicologia da Saúde:

“Psicologia da Saúde é o 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, p. 815).

Pode-se observar que a atuação do psicólogo na saúde contribui educacionalmente e cientificamente. É de fundamental importância que o psicólogo tenha uma visão global do processo de saúde, como propõe a definição anteriormente citada, podendo atuar identificando quais são as variáveis que interferem no binômio saúde-doença, além de intervir eficazmente.

GRAVIDEZ

Antes de se discutir gravidez, seria de relevância falar um pouco de planejamento familiar, já que deveria ser uma etapa anterior à gravidez. Planejamento familiar nada mais é do que um processo de discussão entre o casal, realizando uma programação de quantos filhos desejam, levando em conta as condições sociais, econômicas e psicológicas.

O planejamento familiar é tão importante para aqueles casais que desejam ter filhos como para aqueles que apresentam dificuldades de engravidar, pois poderão realizar acompanhamentos adequados às suas dificuldades.

No momento em que a mulher realiza exames pré-natais, objetivando evitar certos tipos de patologia no futuro bebê e intercorrências na gestação, pode iniciar a gravidez com mais tranquilidade. Segundo Maldonado (1986), a gravidez é um período de transição que faz parte do processo normal de uma mulher, que necessita de ajustamentos como:

- 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 múltipara, de assumir mais 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 e rompimento de relacionamentos frágeis; e
- o amadurecimento pessoal, estabelecendo uma relação saudável com seu bebê, percebendo-o como um indivíduo separado e não como a solução de suas dificuldades.

Guerchfeld (1996), em uma visão fenomenológica, refere que estar grávida representa alcançar o estado máximo da feminilidade, é a comprovação da fertilidade da mulher, é dar seguimento a sua própria existência, enfim, dando a vida se cede uma parte da própria vida. É por isso que a mãe espera que ocorra tudo bem durante e após a gestação, por ser esta uma etapa normal que toda mulher espera alcançar.

Por outro lado, Zugaib e Sancovski (1991) colocam que a maternidade não é um desejo de todas as mulheres, e, mesmo quando o é, podem ocorrer conflitos, que irão ser detalhados a seguir.

A gravidez, sendo compreendida dentro de um fenômeno biológico, é conceituada como sendo o período de desenvolvimento intrauterino dos filhotes dos mamíferos, iniciando-se na fertilização e finalizando no nascimento da criança, tendo duração variável (Montenegro e Rezende, 1987).

O início da gravidez é contado, por tradição, a partir da última regra (menstruação), por não se saber exatamente o dia da fecundação (Maldonado, 1986). A duração da gravidez pode ser expressa através de meses, aproximadamente nove meses ou dias (por volta de 266), ou semanas (até 40 semanas), passando por três fases distintas:

- a) *estágio germinal* – tem a duração de 10 a 14 dias, período em que ocorrem a fecundação e a nidação (fixação do zigoto no endométrio);
- b) *estágio embrionário* – da segunda até a oitava semana ocorre o desenvolvimento dos órgãos principais e sistemas corporais, respiratório, alimentar e nervoso. É um período crítico, no qual o embrião é muito vulnerável às influências do ambiente pré-natal; portanto, como está em desenvolvimento, tem uma maior probabilidade de ser afetado. Embriões com deformidades geralmente não se mantêm além do primeiro trimestre, ocorrendo os abortos espontâneos; 50 a 70% destes têm uma relação com anomalias cromossômicas. Cerca de 30% de todas as gestações terminam em aborto; e
- c) *estágio fetal* – vai até o nascimento; neste período, ocorre apenas o crescimento e não a formação de novos órgãos, e estes se tornam mais complexos. Os meninos desenvolvem-se mais lentamente do que as meninas. O sexo masculino tem maior vulnerabilidade para se manter vivo, apresentando uma maior probabilidade de ser abortado, natimorto, e essa vulnerabilidade continua após o nascimento (Papalia e Olds, 2000; Newcombe, 1999).

Para o psicólogo, é importante ter o conhecimento desses estágios com a finalidade de poder 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 algumas modificações e alterações:

1. *Primeiro trimestre* – ocorrem náuseas matinais, vômitos; retenção de líquido com possibilidade de inchaços e edemas; aumento da barriga e das mamas; aumento de sono; labilidade de humor; 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) e dúvidas em estar ou não grávida.

2. *Segundo 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 varizes, manchas no rosto e mamas, além de linha escura no ventre; percepção dos primeiros movimentos fetais (realidade concreta), assegurando à mãe que está tudo bem; participação do genitor, podendo sentir a criança quando coloca 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.

3. *Terceiro trimestre* – o nível de ansiedade tende a aumentar; aumento da atividade contrátil do útero; ocorrência de problemas dentários (em decorrência da necessidade de cálcio pelo feto); eventual vazamento do 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, como, por exemplo, vontade de ter o filho *versus* adiar as novas adaptações (Maldonado, 1986; material ilustrativo da Johnson's baby e você: o melhor para o seu bebê).

É importante lembrar que a mulher se preocupa com o próprio corpo durante todo o período gestacional, já que o esquema corporal está associado à sexualidade e este se modifica durante todo o período, permanecendo o medo de as mudanças serem irreversíveis (Maldonado, 1986).

Um fator de grande importância durante o período gestacional é a realização do pré-natal, pois é uma forma de prevenção de problemas gestacionais e de controle para o desenvolvimento de problemas psicológicos, já que muitos fatores de risco para com a mãe e conceito podem ser identificados e conduzidos positivamente através de intervenções eficazes.

Outro fator relevante é que o pré-natal é uma das primeiras formas do contato da mulher com a própria gravidez (Brazelton, 1988), e é nesse momento que os pais devem referenciar algumas preocupações e dúvidas, podendo o médico muitas vezes informar e orientá-los, diferenciando o normal do anormal e o adequado do inadequado.

É através da consulta do pré-natal que o médico pode identificar fatores de riscos psicológicos e encaminhar o casal ou a mulher para avaliação e intervenção psicológica, objetivando melhores condições de enfrentamento. Guazzelli e Vaz (2000) referem que a possibilidade de integrar terapias físicas e psicológicas denota uma revolução na assistência à saúde, uma vez que isso supõe a aceitação da interdependência da mente e do corpo na saúde e na doença.

Por exemplo, Alvorado e cols. (1993) referem que a gravidez indesejada e a insatisfação na relação entre o casal são fatores que podem desencadear sintomas depressivos durante a gravidez, bem como mulheres com história prévia de problemas psiquiátricos, conflitos graves acerca da própria maternidade, baixo apoio psicossocial, menoridade, ser solteira, antecedentes de aborto e possibilidade de interromper a gravidez presente; esses fatos também são mencionados nos estudos de Kumar e Mordecai (1994), Zuckerman e cols. (1989), Gotlib e cols. (1989), Millán e cols. (1990), Rocha (1991) e Coverdale e cols. (1996), alertando que esses sintomas podem levar a gestante a não realizar o pré-natal adequadamente, afetando a gravidez.

Zucchi (1999), em uma revisão da literatura, também cita esses mesmos itens afetando a gravidez, indicando uma prevalência de depressão em gestantes de baixa renda, negras e com baixos níveis de escolaridade.

Dois estudos apontam que a sintomatologia depressiva é mais comum durante a gravidez, indicando 25% na população estudada por Gotlib e cols. (1989) e 29% da população estudada por Alvorado e cols. (1993).

É importante lembrar também que o conjunto de sintomatologias depressivas, referidas por gestantes, não se difere dos sintomas relatados por mulheres não grávidas (Alvorado e cols., 1993, e Coverdale e cols., 1996) e, muitos dos sintomas naturais da gestação estão sobrepostos à sintomatologia depressiva (Zuckerman e cols., 1989), como, por exemplo: sentir-se cansada; letargia; labilidade emocional; irritabilidade; mudanças de apetite; diminuição da libido; distúrbios do sono e preocupação com o corpo.

A avaliação psicológica, neste sentido, é de grande relevância, pois pode discriminar se os sintomas e sentimentos relatados estão relacionados ao estado da presente gravidez, à maternidade, à preocupação natural com a saúde futura do bebê, com problemas pessoais relativos à capacidade de adaptação ao seu novo papel e/ou queixas relacionadas com a condição orgânica.

Assim sendo, aconselhamento e esclarecimento podem ser de ajuda imediata e servir como prevenção do aparecimento de transtornos psicológicos. Pode-se referir também que a tomada de consciência do problema, medidas suportivas e a colaboração do marido, bem como de outros membros da família, podem ser suficientes para evitar o agravamento do estado psicológico da gestante (Rocha, 1991).

Outro fator de relevância refere-se à preocupação dos estudiosos com o aparecimento de sintomas depressivos em gestantes, porém não foram encontradas pesquisas que observassem as consequências da depressão durante a própria gestação. Também não foi encontrado nenhum instrumento específico para avaliar a depressão durante a gravidez (Daher, Baptista e Dias, 1999), suspeitando-se que seja em função da sobreposição de sintomas nas duas circunstâncias.

Os sentimentos de ansiedade, de não saber o que é melhor, de preocupação demasiada e de inexperiência ou inadequação são universais para todos os novos pais (Brazelton, 1988).

Segundo Klaus e Kennell (1993), a maternagem e a vinculação mãe-bebê iniciam-se antes da gravidez, e esses fatores podem ser influenciados pela educação que a mãe recebeu e os valores culturais. Os mesmos autores definem o processo de apego como sendo um “relacionamento ímpar entre duas pessoas, específico e duradouro ao longo do tempo. Embora seja difícil definir este relacionamento duradouro operacionalmente, temos usado como indicadores deste apego os comportamentos tais como: acariciar, beijar, aconchegar, prolongadas trocas de olhares — comportamentos que servem tanto para manter contato como para mostrar afeição por uma determinada pessoa” (p. 22).

É interessante notar que diversos problemas psicológicos e/ou psiquiátricos durante a vida podem estar diretamente ligados a problemas com vínculos entre os pais e filhos. Por exemplo, Baptista (1998) encontrou diferenças na qualidade entre os vínculos de mães com filhas depressivas e não depressivas, principalmente no que se refere à expressão de carinho por parte das mães, como a quantidade de comunicação verbal amigável, compreensão de problemas, frequência de sorrisos e apoio dos pais nos momentos difíceis.

Sendo assim, a questão do desenvolvimento de apego e do tipo de vínculo adequado entre pais e filhos, desde o planejamento, passando pela concepção e seguindo através da infância e adolescência, parece ser importante fator de prevenção de problemas de saúde mental no decorrer da vida.

GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Antes de se discutir o que significa uma gestação de alto risco, é importante diferenciar o que significa risco, fatores de risco, comportamentos de risco e situação de risco, já que o termo alto risco é definido diversamente, como foi discutido por Daher e Baptista (1999).

Como o tema discutido corresponde ao período gestacional, sempre será dado um exemplo relacionado com tal assunto.

O termo risco é sempre utilizado para significar a probabilidade da ocorrência de um evento indesejado, e estes estão sempre associados a aspectos biopsicossociais (Eisenstein e Souza, 1993; Fletcher, Fletcher e Wagner, 1996). Quando se refere às questões gestacionais, o risco seria de não se ter uma gravidez dentro do padrão de normalidade, ou seja, ter sinais e sintomas fora do esperado.

Já fatores de riscos são aqueles eventos que se associam ou desencadeiam um maior risco no desenvolvimento de uma situação indesejada (Fletcher, Fletcher e Wagner, 1996), como, por exemplo, aspectos relacionados à hereditariedade (maior probabilidade de desenvolver problemas psiquiátricos), já ter história de perdas gestacionais (abortos), perda de alguém, mudança na rotina, doenças gestacionais etc.

Comportamento de risco é quando o indivíduo apresenta ações ou condutas que possam comprometer ou desviar o desenvolvimento natural (Eisenstein e Souza, 1993; Fletcher, Fletcher e Wagner, 1996), como, por exemplo, fumar, consumir em excesso bebidas alcoólicas, atividades agressivas, não realizar o pré-natal, ser uma grávida idosa ou adolescente, dentre outras.

E, enfim, situações de risco são aquelas circunstâncias que oferecem risco a toda uma comunidade, como, por exemplo, falta de saneamento, residir em local onde há falta de postos de saúde e grande violência.

Pode-se questionar, então: por que um psicólogo que irá trabalhar com uma gestante tem que ter conhecimento sobre os aspectos relacionados ao risco?

Alguns fatores podem contribuir para que uma gestação se torne de alto risco, sendo associados a questões multifatoriais, como orgânicas, psicológicas, sociais, culturais e econômicas, podendo ser controlados ou não por fatores externos, como será visto à frente.

A gravidez pode ser considerada como de alto risco quando o feto e a mulher estão em risco em função de uma doença orgânica crônica ou aguda, significando um desenvolvimento inadequado para o conceito e/ou para a gestante, afetando negativamente o resultado da gravidez (Ziegel e Cranley, 1985; Montenegro e Rezende, 1987; Queenem, 1987). Segundo Behrman e Vaughan (1990), de 10 a 25% das gravidezes podem ser identificadas como de alto risco.

Existem patologias orgânicas específicas da gravidez que a mulher pode adquirir por estar grávida e, ao fim desta, está curada; no entanto, existem outras que não estão associadas à gravidez, e com a mulher. As gestantes, na grande maioria, não têm conhecimento a respeito das suas doenças ou intercorrências que as tornam gestantes de alto risco.

As intercorrências e doenças mais presentes na gestação de alto risco são:

1. *Trabalho de Parto Prematuro (TPP)* – por algum motivo, a paciente entra em trabalho de parto antes do tempo previsto, colocando em risco o conceito. Considera-se prematuro aquele feto que nasce entre a 23.^a e a 37.^a semana de gravidez (Ziegel e Cranley, 1985). Do ponto de vista ponderal, são os que apresentam ao nascer peso acima de 500 g e inferior a 2.500 g. A etiologia do TPP ainda permanece no terreno das hipóteses, mas são considerados como fatores predisponentes da prematuridade a gemelidade, hidrâmnios (crescimento rápido e excessivo do líquido amniótico), infecção urinária, tumores uterinos, insuficiência do istmocervical e condições psicossociais. Nesses casos, há a necessidade de internação para que se tomem as medidas necessárias para a inibição do parto. As gestantes mostram-se preocupadas com a

vida do bebê, havendo um misto de reações; algumas sentem-se reconfortadas e protegidas sob os cuidados médicos, podendo se desligar dos conflitos familiares e se dedicar exclusivamente à gravidez. Outras, ao contrário, sentem-se culpadas por deixar o lar e suas responsabilidades, não conseguindo, portanto, se adaptar à hospitalização e, muitas vezes, desejando o nascimento prematuro do bebê para amenizar sua angústia, sem ter noção clara da gravidade da situação.

2. *Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)* – caracteriza-se pelo aparecimento concomitante ou isolado de hipertensão, edema e proteinúria em gestantes anteriormente normais (Ziegel e Cranley, 1985). É assim denominada por ser uma doença exclusiva da gestação. Essa doença exige um pré-natal adequado, como forma primordial na profilaxia das formas mais graves, tais como convulsões ou comas. Em alguns casos há a necessidade de realizar prematuramente o parto para evitar riscos ao bebê e/ou à mãe. As etiologias ainda não são claras, mas pode-se observar que fatores psicológicos influenciam diretamente nos níveis pressóricos, principalmente em situação de estresse e ao estilo de vida que a paciente leva. Por ser uma doença grave, que requer cuidados específicos, as pacientes muitas vezes mostram-se extremamente ansiosas frente ao diagnóstico, principalmente por desconhecerem a forma de controle e seus sintomas e a necessidade de internação. Geralmente, o período de internação é mais longo, para o controle dos níveis pressóricos.
3. *Diabetes Gestacional (DG)* – como a DHEG, a diabetes gestacional desenvolve-se durante a gravidez, caracterizando-se pela descompensação dos níveis glicêmicos da gestante (Ziegel e Cranley, 1985). Também requer internação para melhor diagnóstico e compensação das taxas de glicemia, tendo as mesmas consequências e gravidade de uma diabetes preexistente. As gestantes também se mostram ansiosas com a descoberta do diagnóstico e os cuidados que este requer, principalmente devido à alteração da dieta alimentar, que contribui diretamente para o bom prognóstico da doença. Muitas pacientes aparentam mais apreensão neste diagnóstico em decorrência da história de vida de familiares que tiveram diabetes (há um fator genético importante), fazendo associações a histórias que geralmente são cheias de dificuldades e sofrimento, o que gera maior ansiedade e crenças disfuncionais com relação ao seu quadro clínico.
4. *Amniorrexe Prematura (AP)* – é a ruptura da membrana amniótica, quando o colo ainda está imaturo e o feto é prematuro (Correia, 1977); a etiologia é desconhecida. É uma intercorrência que gera muita ansiedade na paciente, pois, como não tem uma causa específica, ela geralmente busca identificar fatores que poderiam desencadear o rompimento da bolsa, como o excesso de esforço físico, e angustia-se com sentimentos de culpa, achando que colocou em risco a vida do bebê. Além de fantasias acerca de motivos que levariam o bebê a querer nascer antes do tempo previsto, as mães podem imaginar que o bebê está apressado para nascer (se a gestação está quase a termo), personificando-o como o “bebê apressadinho”, ou que o bebê esteja colocando a sua própria vida em risco (nos casos de gestação mais prematura), desencadeando sentimentos de rejeição, de que ela não é uma mãe suficientemente boa para “segurar” seu filho.
5. *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). Quando é dado o diagnóstico de óbito fetal, a gestante pode experimentar um misto de revolta, inconformismo e tristeza. Muitas são as fantasias que surgem nesse momento em relação ao próprio bebê e a ela enquanto mãe, aflorando sentimentos de culpa por acreditar que tenha feito algo que trouxe essa complicação. Também podem surgir sentimentos de falha, por achar que não consegue gerar bebês saudáveis. Nesse momento, é imprescindível a presença de uma pessoa significativa para prestar acolhimento e compreensão sobre os procedimentos médicos que se fizerem necessários, principalmente em relação ao exame anatomopatológico do feto, para análise da causa do óbito. Muitas mães não aceitam este exame por desconhecerem a sua importância ou por estarem envolvidas pelo sentimento de preservação, de não prejudicarem mais o bebê com exames (imaginam que o exame irá judiar do feto).

É interessante notar que as patologias gestacionais necessitam de acompanhamento médico com uma frequência maior e até mesmo de internações por falta de controlabilidade da consequência desta. Observa-se que, para uma melhor condução dos casos, o médico não tem condições para lidar com tal complexidade, necessitando, assim, de uma equipe multidisciplinar, objetivando medidas terapêuticas para reduzir os riscos.

Como foi discutido anteriormente, o estudo de Araújo e cols. (1998), com 10 gestantes hipertensas, ilustra tal fato, já que muitas das gestantes desconhecem as formas de controle da doença e seus sintomas. Pode-se, desta forma, afirmar a importância de uma equipe interdisciplinar, ainda mais que a doença hipertensiva é considerada como uma doença “silenciosa”, o que contribui para a baixa adesão.

Até agora foram discutidas questões de alto risco relacionadas à parte orgânica; no entanto, há riscos relacionados aos aspectos mentais.

Em relação aos transtornos depressivos, pode-se observar que diversos são os estudos que avaliaram a prevalência de sintomatologia depressiva durante a gravidez; no entanto, em relação à gravidez de alto risco, parece haver uma lacuna nas pesquisas (Daher e Baptista, 1999), já que o único estudo encontrado com essa população mostra que 50% da amostra estudada apresentaram sintomatologia depressiva (Daher, 1999). No entanto, deve-se ter alguma precaução com este último estudo, já que a amostra foi de número reduzido.

Esta lacuna pode ser em função também de se ter muitos sintomas em comum entre os transtornos psicológicos e doenças grávidas, ocorrendo sintomas confundidores.

Em relação à competência de puérperas que tiveram o diagnóstico de alto risco durante a gravidez, Mercer e Ferketich (1994) realizaram um trabalho comparando essas mulheres com outras de baixo risco, identificando que não há diferenças na competência da maternagem.

Outro fator importante é que 70% das gestações não são planejadas, e, no caso das adolescentes, necessitam da adaptação à sua nova situação, que também dependerá do suporte familiar (Eisentein e Souza, 1993).

Enfim, o psicólogo que trabalha com gestante de alto risco tem que estar atento às várias condições de risco que estão associadas a essas mulheres, pois poderá atuar de forma preventiva para diminuir os riscos gestacionais.

PARTO

Mazet e Stouleru (1990) observam que a preparação psicológica para o parto e a relação de confiança da mulher em quem o realizará é fundamental para controlar a angústia antes e no decorrer do parto.

Szejer e Stewart (1997) apontam o método psicofilático, desenvolvido pelo Dr. Lamase, nos anos posteriores à Segunda Guerra, como um método de preparação do corpo para as diversas fases do parto, utilizando-se de técnicas de respiração, profunda e arquejante (conhecida como a respiração de cachorrinho), para controlar a dor das contrações. Além de que o método também consiste em oferecer orientações às gestantes reunidas em grupo, favorecendo trocas de informações e experiências, sempre coordenado por um membro da equipe de saúde.

Controlando em grande parte a sua dor, a mulher poderá vivenciar o 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, tais como: medo de sentir dor, medo de perder o controle, do temor da morte dela própria e/ou do bebê e do parto traumatizante (Soifer, 1984).

Também como forma de auxiliar a mulher durante o parto é encontrado na literatura o que se denominou *doula*, tratando-se de uma acompanhante qualificada que apoia a grávida durante e após o trabalho de parto, levando a mulher a se sentir mais amparada no parto e nascimento da criança (Klaus e Kennell, 1993).

Para se dar uma boa assistência psicológica às gestantes no momento mais próximo do parto, é importante ter conhecimento de alguns fatores biológicos que servirão como orientação adequada para ajudá-las a discriminar o que é dado de realidade dos dados referentes às crenças e às experiências de outras pessoas.

Observa-se que há muitas dúvidas relacionadas aos sinais e sintomas que indicam o nascimento da criança. Um fato muito interessante é a confusão de dor com a contração; a contração (que indica trabalho de parto) é conceituada como sendo o endurecimento da barriga, na qual a parturiente sente duas ou mais contrações em um intervalo de 10 minutos.

Outro sinal do parto é a perda do tampão mucoso, em que a mulher percebe a saída, pela vagina, de um muco esbranquiçado, o qual apresenta um odor leve de cândida. Esse muco tem a função de proteção da cavidade uterina para evitar a entrada de micro-organismos, podendo vir acompanhado de filetes de sangue (vasos rompidos durante as contrações).

O terceiro sinal é a perda do líquido amniótico, que é um líquido claro, proveniente do rompimento da bolsa amniótica, apresentando odor leve de cândida. Muitas mulheres imaginam a saída de uma grande quantidade de líquido, o que nem sempre acontece, podendo ser em pequenas quantidades, inicialmente (Guarriento e Domingos, 1993).

Também muitas mulheres e suas famílias acreditam que podem escolher o tipo de parto que será realizado; no entanto, é importante ter claro que cada tipo de parto

tem a sua função. A indicação depende do desenvolvimento da gravidez, e os tipos de partos mais comuns são:

1. *parto normal* – ocorre por via vaginal. É realizado um corte na região perineal (episiotomia), que facilita a saída do feto. Neste tipo de parto, a puérpera apresenta uma recuperação e retomada de suas atividades precocemente.
2. *parto fórceps* – tem a finalidade de extrair o polo cefálico fetal; 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.
3. *parto cesária* – é uma opção cirúrgica, em que o feto é retirado através de uma incisão nas paredes abdominais e uterina (Delascio e Guarriento, 1994).

Assim sendo, é importante compreender que cada tipo de parto tem sua finalidade e que deve ser respeitado, pois a conduta médica deve ser escolhida em função de uma necessidade, e não de desejos. Porém, observa-se atualmente que os serviços de saúde, de forma geral, optam pelo parto cesariana, provavelmente por fatores econômicos/temporais (ganhos institucionais e tempo programado do parto pela equipe médica) e modismo (escolha da data do nascimento do filho), entre outros.

PUERPÉRIO

Não só gestantes primíparas devem receber apoio e orientação psicológica para o puerpério, pois sabe-se que cada gestação é única, com suas especificidades biológicas, psicológicas e sociais, além de ocorrerem em momentos diferentes em sua vida e da família.

No entanto, é importante saber que o puerpério é um período que pode durar por volta de oito semanas, iniciando-se com a retirada da placenta no momento do parto e prolongando-se até a retomada do organismo materno das condições antes do parto, envolvendo os processos anatômicos, fisiológicos e bioquímicos. A única exceção é a glândula mamária, que atinge seu apogeu funcional no puerpério. Esse período corresponde à reepitelização do endométrio (Guarriento e Domingos, 1993).

Após o parto, ambos, mãe e bebê, recebem assistência médica, e, se a mãe estiver em boas condições, permanecerá por um tempo na sala de recuperação e, posteriormente, será encaminhada para o quarto. Já em relação aos bebês, estes são avaliados por pediatras ou neonatologistas, dentro da sala de parto, e saem com uma classificação identificando a sua maturação (Corradini e cols., 1989).

Essa avaliação pode determinar se o Recém-Nascido (RN) ficará com a mãe ou se será encaminhado para um atendimento hospitalar em outra unidade, como, por exemplo, a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal).

Quando a mãe e o bebê estão bem, são direcionados para o Alojamento Conjunto (AC), que é a permanência contínua do RN junto da mãe, permitindo cuidados a ambos no mesmo local; também prevê momentos de instrução à mãe, que fica sob vigilância da equipe de saúde (Corradini e cols., 1989).

Mesmo a díade estando bem, há fatores que o psicólogo tem que investigar, como, por exemplo, o desajuste no casamento, eventos de vida estressantes, problemas relacionados à infância da mãe, disfunções familiares, falta de suporte social e proble-

mas psiquiátricos (Daher, Baptista e Dias, 1999), pois esses fatores podem ser significativos para o desenvolvimento de desconforto mental.

Quando se refere aos transtornos psiquiátricos no pós-parto, encontram-se na literatura três transtornos frequentes: o *blues*, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto.

É de grande relevância que o psicólogo que trabalha com essa população tenha conhecimento desses transtornos, pois poderá conduzir melhor as orientações, já que popularmente toda a tristeza que a mulher sente no pós-parto é chamada de depressão; no entanto, existem critérios diferentes para classificar o tipo de transtorno puerperal:

Blues – é importante que o profissional que trabalha nesta área saiba que 50 a 75% das puérperas, por volta do quarto ou quinto dia pós-parto, podem apresentar o *blues*, que é um distúrbio emocional transitório, com reações disfóricas, que podem misturar sentimentos normais de felicidade e realização, assim como uma flutuação dos níveis hormonais (Kumar, 1990; Yalom e cols., 1968; Weissman e Olfson, 1995). Outros fatores relevantes: o *blues* não aparece mais em uma cultura do que em outra, não tem relação com o local do parto, e talvez isso indique que o *blues* realmente esteja associado a uma questão hormonal, e não ambiental (Stein, 1982).

1. *Depressão Pós-parto* – a depressão pós-parto é um distúrbio comum, e sua prevalência está entre 6,8% (Pop e cols., 1993) e 30% (Kazdin, 1990). O mais interessante é que muitos estudos demonstraram uma variação quanto ao início da depressão pós-parto, girando em torno de duas semanas para Weissman e Olfson (1995) e de dois a três meses segundo Kumar (1990), o que demonstra que há uma variação de tempo de ocorrência muito grande entre os que o analisam. Os estudos apontam alguns fatores de risco para o desencadeamento da depressão pós-parto, os quais devem ser investigados, como, por exemplo: desajuste no casamento; eventos estressantes de vida; expectativas maternas e preocupações com os cuidados do bebê (Whiffen, 1988), assim como problemas relacionados com a infância da mãe; problemas permanentes na família; falta de suporte social; problemas psiquiátricos dos pais, ambivalência na gravidez e estresse obstétrico (Kumar, 1990). O conjunto de sintomas que indicam o quadro de depressão é o mesmo que prevalece na depressão pós-parto, não apresentando uma nova modalidade psicopatológica.
2. *Psicose Pós-parto* – relata-se uma incidência de 0,1 a 0,2%, sendo o distúrbio psiquiátrico do puerpério menos comum (Kumar, 1990). Pode acontecer entre a segunda e a terceira semanas após o parto e é caracterizado por insônia, distúrbios de humor e comportamentos incomuns ao estilo de vida do indivíduo (Thurtle, 1995), assim como episódios transitórios de delírios paranoides, alucinações e flutuações catatônicas ou estado de letargia.

Assim sendo, pode-se observar que o psicólogo tem que estar atento a todos os fatores de risco que podem influenciar em tais transtornos, modificando a saúde mental da tríade (pai-mãe-bebê).

MODELO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO EM UMA ENFERMARIA DE OBSTETRÍCIA

Há hospitais que, logo após o parto, possuem esquemas de cuidados dos bebês por acreditarem que as puérperas necessitam de repouso. Em contrapartida, há hospitais que

integram as mães com seus filhos em Sistema de Alojamento Conjunto (AC), estimulando a relação mãe e filho e a aquisição de novos conhecimentos sobre a maternagem.

As mães, por sua vez, enfrentam a hospitalização de diversas maneiras: algumas pensam que realmente o hospital deve ocupar-se de seus bebês, para que elas se restabeleçam do estresse causado pelo parto; outras veem o hospital como um hotel, onde é permitido que elas cuidem de seus filhos, e há mães que, devido a um quadro de ansiedade frente à nova situação, solicitam o tempo todo uma atenção especial da equipe de saúde (Szejer e Stewart, 1997).

Algumas mães conseguem até estabelecer uma relação prazerosa com a coletividade do hospital, podendo trocar experiências e dúvidas com outras pacientes e com a equipe. Ao contrário, outras rejeitam qualquer aproximação, desejando apenas ir para casa junto de seus familiares, reassegurando seus próprios hábitos.

Além desses comportamentos frente à hospitalização, soma-se toda a história de vida, expectativas e padrões de comportamento que a mulher traz e que poderão influenciar positiva ou negativamente nesta condição, que é de ser mãe.

No entanto, essas influências podem ser temporárias ou permanentes, interferindo na adaptação da mulher a esta nova condição. Para tanto, como discutido anteriormente, há a necessidade de uma equipe interdisciplinar para auxiliá-la, com o objetivo de discriminar tecnicamente os motivos que estão levando à inadaptação.

Um dos objetivos do psicólogo na saúde é justamente favorecer o trabalho interdisciplinar, criando esse espaço de trocas, além de possibilitar relações humanas mais saudáveis entre os membros da equipe e a equipe com o paciente.

Pergunta-se, agora, quem é essa paciente?

Dentro da nossa experiência em um hospital geral, os atendimentos são pagos através do Sistema Único de Saúde (SUS), abrangendo uma população com um nível socioeconômico baixo (tendo a renda familiar de um a três salários-mínimos). A maioria corresponde a mulheres jovens, na faixa etária de 15 a 35 anos, ocupação do lar, amasiadas, com instrução básica do ensino fundamental (antigo primário).

Há um número considerável de pacientes solteiras que engravidam de relacionamentos instáveis e sem um planejamento. Muitas acabam sendo abandonadas pelos parceiros, tendo a mulher que enfrentar a maternidade sozinha ou com apoio de sua família de origem.

Uma característica relevante, observada nessas mulheres, no processo da maternagem é a falta de conhecimento referente ao funcionamento e às mudanças do seu próprio corpo, do desenvolvimento fetal, das condições adequadas para um bom parto, da importância da amamentação para a mãe e para o bebê. Essa falta de informação pode gerar expectativas e crenças sobre a sua nova condição, desencadeando sintomas de ansiedade e depressão.

Para atender às necessidades dessas pacientes e para o desenvolvimento adequado da equipe técnica, o hospital deve ter uma estrutura mínima que comporte os recursos materiais e humanos. Geralmente uma Enfermaria de Obstetrícia possui leitos em quartos coletivos, para as gestantes que precisam de internação para diagnóstico e/ou tratamento clínico. O tempo de internação costuma ser curto, em média de dois a quatro dias, com exceção de patologias obstétricas que requeiram mais atenção.

Os quartos das puérperas também podem ser coletivos e abrigar o Sistema de Alojamento Conjunto. O tempo de internação varia de acordo com o parto: parto nor-

mal e fórceps requerem 48 horas, e parto cesárea 72 horas de internação para acompanhamento do puerpério imediato.

Na enfermaria de obstetrícia existe uma sala para a recepção do bebê, na qual a equipe de enfermagem realiza os primeiros cuidados. Num primeiro momento, são realizados os dados antropométricos, que se referem às medidas de estatura, peso, perímetro cefálico e perímetro torácico; é administrado o nitrato de prata a 1% em cada olho, para evitar oftalmia neonatal (método Credé), como também é administrada a vitamina K1 (Kanakion, 0,1 ml), para evitar a doença hemorrágica do recém-nascido.

Após o banho, o bebê é colocado em berço aquecido por uma hora, objetivando sua regularização térmica e respiratória, assim como as frequências cardíaca e respiratória, além da temperatura (Correia, 1977).

O tempo de chegada da mãe no alojamento conjunto irá depender do tipo de parto (cesárea ou normal/fórceps); geralmente leva de duas a três horas para sua recuperação e, posteriormente, poderá ser alojada na enfermaria.

É nesse ambiente, num emaranhado de emoções, que muitas vezes vemos o psicólogo inserido, com seu saber psicológico sobre as reações emocionais desencadeadas pela gestação, parto e puerpério, tendo que se integrar na rotina médica hospitalar e conhecer sobre patologias. Na sua especialidade, o psicólogo com um conhecimento abrangente das questões orgânicas e psicossociais pode contribuir com a equipe multidisciplinar na melhor adaptação da mulher, desde a gestação até a chegada do bebê.

Será visto a seguir como se pode estruturar uma rotina do psicólogo dentro de uma enfermaria de Obstetrícia.

UM MODELO DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA ÀS GESTANTES DE ALTO RISCO

O psicólogo tem como objetivo propiciar um espaço facilitador que possa 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.

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, deverá realizar uma avaliação psicológica.

Esta avaliação inicia-se com a análise do prontuário das mesmas, e cada paciente tem um registro hospitalar e um prontuário em que constam a sua história clínica e os motivos que a levaram à internação atual, podendo conter também dados de outras internações. Nesse prontuário levantam-se 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 destes dados fornece ao psicólogo algumas variáveis importantes quanto aos fatores de risco psicológico que a mulher poderá desenvolver durante sua hospitalização, visto que terá conhecimento sobre o diagnóstico e de como a paciente está evoluindo, se apresenta dificuldades e quais procedimentos médicos estão sendo realizados.

Em seguida, o psicólogo obtém informações diretamente com a equipe de saúde, verificando se ela identifica comportamentos inadequados da paciente, podendo, a partir daí, realizar um aprofundamento da avaliação psicológica.

A avaliação psicológica tem como objetivo verificar as situações conflitivas frente à gravidez, ao parto e maternidade em geral, bem como a relação gravidez e alto risco, juntamente com reações desadaptativas frente à hospitalização. As observações são registradas em uma ficha, que é anexada ao prontuário da paciente após o término da entrevista.

Nesta ficha, podem-se destacar os seguintes aspectos: dados de identificação (nome, número do registro hospitalar, data de nascimento, estado civil, escolaridade, ocupação, procedência, data da internação atual); genetograma; dados clínicos (hipótese diagnóstica médica e procedimento médico); dados relacionados à hospitalização (conhecimento da paciente sobre a doença, seu relacionamento com equipe de saúde, adaptação à rotina hospitalar quanto ao sono, alimentação, higiene, visitas de familiares, medicação e procedimentos médicos); queixas psicológicas (que podem ser apresentadas pela própria paciente e/ou pela equipe de saúde, familiares); início da manifestação da queixa (pode ser antes ou depois da hospitalização); comportamentos observados frente à gestação, ao parto, ao puerpério e à doença (relação com a maternagem, desejo pelo bebê, expectativas frente à gestação e à doença); dados da história de vida da paciente (relacionamentos afetivos e história gestacional); sintomas psicológicos apresentados e síntese psicológica, com conclusão da avaliação e conduta psicológica para as próximas intervenções.

Essa ficha, além de objetivar o registro da própria avaliação psicológica, também serve para ser consultada por cada profissional que intervém no caso, para troca de informações e melhor compreensão das reações psicológicas da paciente (Soifer, 1992).

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 estes 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 como sobre o modo como a paciente interpreta, avalia e integra o evento, tais como:

1. *Dessensibilização sistemática* – é uma intervenção terapêutica para eliminar o comportamento de medo e as síndromes de evitação. Implica uma exposição direta, graduada aos objetos ou situações temidos e, também, ensinar à paciente uma resposta contrária de ansiedade (Turner, 1996). Muitas vezes, utiliza-se essa técnica para lidar com questões relativas aos medos do parto, de anestesia e de exames mais invasivos.
2. *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 Arraes, 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, por exemplo, não fazer repouso e não tomar remédio. Nesses casos, essa técnica sensibiliza a paciente, tornando-a mais ciente do quadro clínico e auxiliando a colaboração com o tratamento.
3. *Suporte emocional e/ou expressivo* – privilegia as emoções no processo de enfrentamento da situação-problema, no qual o psicólogo se introduz como um agente de cuidados que proporciona confiança, equilíbrio e segurança à paciente, estabelecendo uma atitude de aceitação dos sentimentos e ansiedades, incentivando sua expressão.

4. *Fornecimento de informações* – dar informação à paciente diminui a ansiedade na medida em que aumenta a previsibilidade dos eventos estressores (Araújo e Arraes, 2000). A informação pode ser oferecida de diversas formas, desde folhetos explicativos até palestras com recursos audiovisuais. Pode abranger conceitos básicos sobre a rotina hospitalar ou ser extremamente específica — detalhes sobre patologias, tipos de parto e procedimentos médicos, além de outras informações que forem relevantes para cada caso.
5. *Técnicas de relaxamento* – objetiva dotar a paciente de habilidades para enfrentar situações cotidianas que estão produzindo tensão e ansiedade. O relaxamento, através 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 Arraes, 2000). Algumas técnicas podem ser adaptadas à situação de hospitalização e gestação e trazer efeitos benéficos no controle da ansiedade frente a procedimentos médicos, parto, hipertensão e diabetes. A técnica deve adequar-se ao paciente (Vera e Vila, 1996).
6. *Orientação psicológica* – a orientação pode proporcionar à paciente mudança e/ou controle de comportamento no sentido de auxiliar na sua adaptação à doença ou à hospitalização. A orientação também beneficia os familiares da gestante para que eles possam estar mais ativos e integrados no processo de gestação.

Após cada intervenção psicológica com a paciente, é anotado no prontuário a evolução psicológica da mesma, com o objetivo de registrar todo o trabalho psicológico realizado com a paciente e sua evolução diária durante o período de hospitalização.

A intervenção em grupo, dentro de uma enfermaria de obstetrícia, direcionada às gestantes de alto risco e/ou puérperas, também pode trazer vários benefícios, na medida em que tem um caráter interdisciplinar: atenção social, psicológica e de saúde às pacientes, de forma concomitante.

Vejamos um modelo de grupo de apoio psicossocial às gestantes de alto risco:

- frequência do grupo – de duas a três vezes por semana;
- escolha do quarto – geralmente é difícil, numa enfermaria, encontrar uma sala de grupo para pacientes, sendo necessário então agrupá-las em um quarto da enfermaria. Dá-se preferência ao quarto onde se apresenta o maior número de pacientes restritas ao leito e convidam-se as outras pacientes que podem locomover-se livremente para integrar-se ao grupo;
- escolha das pacientes – geralmente o grupo é misto, independente da idade gestacional e da patologia, já que a enfermaria não apresenta uma homogenia dessas características. Somente as gestantes com diagnóstico de bebês com malformações e óbitos fetais são excluídas do grupo por requererem atenção individualizada;
- coordenação do grupo – o grupo é coordenado pela equipe interdisciplinar em que se revezam psicólogo, assistente social, enfermeiro e médico obstetra;
- duração – em média uma hora e meia; e
- desenvolvimento do grupo – o grupo é dividido em dois momentos que se interpoem. No primeiro momento acontecem relatos de ansiedades, quando cada gestante expõe sua problemática provocada pela gestação, de acordo com sua história de vida, enfocando os aspectos emocionais e de relacionamento. O segundo momento é para informações e esclarecimentos, com orientações psicossociais e de

saúde, utilizando-se materiais visuais (fotos do ambiente hospitalar e tipos de parto, cartazes com o desenvolvimento gestacional e figuras tridimensionais da anatomia humana), para facilitar a compreensão do processo de gestação, parto e puerpério imediato.

Observa-se que o grupo favorece trocas de expectativas entre as gestantes, facilitando a expressão de fantasias e crenças inadequadas frente à maternidade e à doença, levando à diminuição de quadros ansiosos e a um melhor enfrentamento das situações de risco.

O trabalho de grupo também segue o mesmo esquema de registro do atendimento individual. Após o término do grupo, é preenchida uma ficha de avaliação para cada paciente e anexada ao seu prontuário.

O acompanhamento psicológico dá-se durante todo o período da hospitalização da paciente. Uma vez que esta tenha alta hospitalar, o atendimento psicológico pode dar-se por encerrado ou, caso necessário, a paciente pode ser encaminhada para acompanhamento psicológico ambulatorial, com o propósito psicoterápico.

ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA À FAMÍLIA DAS GESTANTES

O atendimento psicológico também se estende à família da paciente.

Na prática clínica hospitalar pode ser observado que a grande maioria das queixas psicossociais trazidas por gestantes estão associadas à falta da presença da família. Assim sendo, muitas vezes o psicólogo convoca as famílias com o objetivo de (1) coletar dados para uma melhor avaliação psicológica da paciente; (2) verificar a compreensão da família com relação ao diagnóstico (gestação de alto risco), à hospitalização, ao parto e ao puerpério; e (3) orientar a família quanto à necessidade do apoio psicossocial.

Além desses objetivos, os profissionais que atuam com essas gestantes devem levar em conta a afirmação de Sousa e Daure (1999), na qual enfatizam a importância do suporte familiar, para a mulher, como uma forma de prevenção de distúrbios psiquiátricos, efetivando a demonstração de união entre os membros do grupo familiar.

O psicólogo, em conjunto com a paciente, escolhe um dos membros da família para ser a referência de contato, e desse modo realiza uma entrevista com este no momento da visita, podendo ser separada ou conjuntamente com a paciente, dependendo dos objetivos propostos previamente. Todo atendimento familiar também é registrado no prontuário da paciente.

ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA À EQUIPE DE SAÚDE

Visando um trabalho multidisciplinar, em que a paciente deve ser vista globalmente, em seu momento histórico, dentro de um enfoque biopsicossocial (Lemgruber, Andrade e Lemgruber, 1995), cabe ao psicólogo ser um agente facilitador nas relações entre a equipe de saúde e a paciente/família.

Os objetivos do psicólogo no trabalho com a equipe envolvem orientação quanto aos fatores de riscos psicológicos presentes no contexto, facilitando as inter-relações; planejar estratégias terapêuticas conjuntas, para melhor atingir os objetivos de assistência às pacientes e oferecer suporte psicológico aos membros da equipe quando estes necessitarem. A melhor compreensão dos sentimentos e pensamentos da equi-

pe pode vir a influenciar positivamente na sua relação com as pacientes ou com outros membros do próprio grupo de trabalho.

Essas “conversas” com a equipe geralmente ocorrem sem data e horário prévios, e acontecem mediante a necessidade de qualquer membro da equipe. Dentro de uma enfermaria de obstetrícia sempre há uma sala para reunião de equipe, espaço esse que muitas vezes é utilizado para realizar as anotações nos prontuários das pacientes, sendo um ótimo momento para trocas de informações.

CASO CLÍNICO

A. Dados de Identificação

- Paciente: E.M.
- Data de nascimento: 03/04/74
- Idade: 26 anos
- Estado civil: amigada (segundo relacionamento)
- Ocupação: do lar

B. Dados Clínicos

- Idade gestacional: 16 semanas
- História gestacional: G₃ A₀ Pn₂ (está na terceira gestação, nenhum aborto e dois partos normais, sem nenhuma intercorrência)
- Hipótese diagnóstica médica: *diabetes mellitus*
- Conduta médica: avaliação clínica devido ao quadro de descompensação da glicemia
- Encontra-se no seu segundo dia de internação

C. Queixa Psicológica

Paciente queixava-se de ansiedade frente à internação, pois referia que estava preocupada com seus dois filhos (de 8 e 6 anos) que ficaram em casa e estavam perdendo aula na escola.

A equipe de saúde queixou-se de que a paciente falava constantemente que queria voltar para casa de qualquer forma, sendo avaliada a sua falta de preocupação com o quadro clínico.

A partir do levantamento das queixas, objetivou-se avaliar quais eram as informações e expectativas que a paciente tinha sobre seu quadro clínico, bem como reações emocionais frente à gestação, doença e hospitalização, para posteriormente planejar estratégias de intervenções psicológicas, se assim fosse necessário.

D. 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 esta era sua primeira internação devido à descompensação do nível glicêmico. Fazia pré-natal normal no posto de saúde e foi encaminhada para o hospital, para ser acompanhada no pré-natal de alto risco, ao observarem 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 a mesma estava bem, que o caso não era grave, que necessitou da internação apenas para melhor diagnóstico e controle da diabetes. Neste 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 ao seu quadro clínico, pois já haviam explicado a necessidade da internação e E. parecia não compreender. Esse tipo de comportamento estava gerando insatisfação da equipe de residentes para com a paciente; sentiam que ela não valorizava o trabalho que estava sendo realizado, 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 (segundo dia de internação) e no momento era a única internada naquele quarto. Esta condição favoreceu a relação paciente-psicóloga, pois não houve interferências por parte de outras pacientes e 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 é convidada para uma “conversa” (entrevista), a qual aceita prontamente.

Quando começa a ser abordada sobre o motivo da internação, a paciente começa a chorar querendo ir embora para casa, dizendo que seus filhos estão sozinhos e que precisam dela, já que estão perdendo aula na escola. Ao ser questionada, observa-se que seus filhos estão sob os cuidados de sua irmã, que é casada, em quem ela confia muito, referindo como sendo uma pessoa responsável. A paciente é levada a confrontar sua fala com seus sentimentos, através do seguinte questionamento: “O que a estava incomodando tanto, se seus filhos estavam sob cuidados, fora de risco, com alguém de sua confiança?” A paciente é levada 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.

Neste momento, a paciente começou a verbalizar que estava com muito medo de morrer por causa da diabetes, queria estar em casa, fora do hospital, junto daqueles que amava, para sentir-se mais protegida.

Foi levantado com a paciente quais eram suas expectativas e conhecimentos acerca da diabetes: sabia que era uma doença crônica, pois seu diagnóstico já era de dois anos atrás, que necessitava de medicação (no seu caso 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, um ano atrás, recebeu uma orientação médica para não engravidar devido à 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, que E. acabou por relatar, favoreceram um estado de ansiedade, com sentimentos 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. Após esse momento, no qual a pa-

ciente sente-se menos ansiosa e encontra-se mais receptiva, são fornecidas informações a E. sobre a diabetes e os procedimentos médicos, levando-a a confrontar suas fantasias com a realidade. Houve uma clarificação do 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. Comportamentos 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 desajustamentos frente a 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 de E. Essa troca de informações permitiu que os médicos compreendessem melhor o comportamento de E., considerado como desadaptado frente à hospitalização, suas angústias, o medo da morte, sentimento de culpa e a falta de esclarecimento sobre a doença e os procedimentos médicos. Evidenciou-se, assim, a necessidade que a equipe médica teria de oferecer mais atenção à paciente, com maiores informações sobre sua doença, permitindo 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 importante, na devolutiva com a equipe, foi o esclarecimento dos comportamentos de E., pois eram esperados, já que, para a maioria das mães, estar longe de seus filhos pode causar preocupação excessiva, além do que os antecedentes de situações relacionadas à saúde eram importantes para desencadear tais preocupações.

5. Segundo atendimento com a paciente

O segundo atendimento ocorreu no seu terceiro dia de internação, e a paciente mostrava-se mais receptiva e sorrindo. 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 em que esta pudesse ser mais assertiva, colocando suas dúvidas e medos. Neste momento, a paciente foi levada a refletir sobre o quanto as 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 a sua participação ativa no pré-natal de alto risco e receberia acompanhamento psicológico em suas internações (já era sabido que teria várias internações durante a gestação para avaliação da diabetes), sendo a próxima marcada para duas semanas posteriores.

6. Terceiro atendimento com a paciente

Esse atendimento correu no primeiro 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 no posto de saúde estavam normais, 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 frente aos dois momentos de internação e avaliar no qual ela se sentiu melhor. Com isso, avaliou-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 da mesma.

CONCLUSÃO

Observa-se que, na prática, o psicólogo deve ter conhecimentos específicos e adaptados para a intervenção hospitalar, além de ter noção dos aspectos físicos e da doença que envolvem a clientela assistida. Com isso aumenta-se a eficácia da 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvorado, R. R.; Perucca, P. E.; Neves, E.; Rojas, M.; Monardes, J.; Olea, E. e Vera, M. N. (1993). Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. **Revista Chilena de Obstetrícia y Ginecologia**, 58(2): 135-141.
- Araújo, A.; Quayle, J.; Kalifale, S.; Souza, M. C. e Zugaib, M. (1998). Um estudo sobre gestantes hipertensas e a adesão ao tratamento médico: abordagem descritiva. **Revista de Ginecologia e Obstetrícia**, 9(4): 191-198.
- Araújo, T. C. C. F. e Arraes, E. L. M. (2000). Necessidades e expectativas de atuação do psicólogo em cirurgia e procedimentos invasivos. **Revista Estudos de Psicologia**, Puccamp, 17(1): 64-73.
- Baptista, M. N. (1998). Sintomas depressivos em adolescentes e a percepção da estrutura familiar. **Infanto**, 6(1): 34-40.
- Behrman, R. E. e Vaughan, V. C. (1990). Gravidez de alto risco. In: R. E. Behrman e V. C. Vaughan. **Tratado de Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Brazelton, T. B. (1988). **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. (D. Baptista) Porto Alegre: Artes Médicas (Trabalho original publicado em 1981).
- Corradini, P. e cols. (1989). Alojamento conjunto. In: **Cuidados ao recém-nascido normal e patológico**. São Paulo: Sarvier.
- Correia, M. (1977). **Noções básicas de Obstetrícia**. Belo Horizonte: Minas Gráfica Editora.
- Coverdale, J. H.; McCullough, L. B.; Chervernak, F. A. e Bayer, T. (1996). Clinical implications and management strategies when depression occurs during pregnancy. **Aust. New Zealand Journal Obstetric and Gynaecology**, 36(4): 424-429.

- Daher, A. S. (1999). Grupo informativo às gestantes de alto risco: influência na depressão pós-parto. **Dissertação de Mestrado**. Campinas: Puccamp.
- e Baptista, M. N. (1999). Gestação de alto risco: sintomatologia depressiva e patologias gestacionais. **Infanto**, 7(2): 07-70.
- ; ————— e Dias, R. R. (1999). Aspectos relevantes da depressão na gravidez e dos transtornos pós-parto. **PSICO-USF**, 4(1): 77-89.
- Delascio, D. e Guarriento, A. (1994). **Obstetrícia Normal Briquet**. São Paulo: Sarvier.
- Eisentein, E. e Souza, R. P. (1993). **Situação de risco à saúde de criança e adolescentes**. Petrópolis: Vozes.
- Fletcher, R. H.; Fletcher, S. W. e Wagner, E. H. (1996). **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gotlib, I. H.; Whiffien, V. E.; Mount, J. H.; Milne, K. e Cordy, N. I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 27(2): 269-274.
- Guarriento, A. E. e Domingos, D. (1993). **Puerpério: obstetrícia normal – Briquet**. 3.^a ed. São Paulo: Sarvier, 23: 377-388.
- Guazzelli, M. P. e Vaz, C. E. (2000). Infertilidade e atendimentos psicológicos: intervenções possíveis. **Psico**, 31(1): 151-169.
- Guerchfeld, V. (1996). Uma intervenção multidisciplinar num caso de medicina fetal. **Psico**, 27(2): 177-187.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: a situação da fecundidade; determinantes gerais características da transição recente**. Rio de Janeiro, 1988.
- Kazdin, A. E. (1990). Childhood depression. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, 31(1): 121-160.
- Klaus, M. H. e Kennell, J. H. (1993). **Pais-bebês: a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kumar, R. (1990). Childbirth and mental illness. **Triangie**, 29(2/3): 73-81.
- e Mordecai, R. K. (1994). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. **British Journal of Psychiatry**, 144: 35-47.
- Lemgruber, L. M. O. C.; Andrade, P. R. L. Q. e Lemgruber, I. (1995). Relação médico-paciente em Ginecologia e Obstetrícia: aspectos emocionais. **Feminina**, 23(5): 447-450.
- Maldonado, M. T. (1986). **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. **American Psychologist**, 35: 807-817.
- Mazet, P. e Stouleru, S. (1990). **Manual de Psicopatologia do recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mercer, R. T. e Ferketich, S. L. (1994). Predictors of maternal role competence by risk status. **Nursing Research**, 43(1): 38-43.
- Millán, T. e cols. (1990). Encuesta sobre sintomas de depresión en embarazadas de um consultorio urbano de atención primaria. **Revista Médica Chilena**, 118: 1230-1234.
- Montenegro, C. A. B. e Rezende, J. (1987). **Obstetrícia Fundamental**. 5.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Newcombe, N. (1999). Desenvolvimento pré-natal e nascimento. In: **Desenvolvimento infantil: abordagem de Mussen N. Newcombe**. 8.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 3: 72-100.
- Papalia, D. E. e Olds, S. W. (2000). Formando uma vida. In: **Desenvolvimento Humano**. 7.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2: 57-87.
- Pop, V. J. M.; Essed, G. G. M.; Geus, C. A.; Son, M. M. e Komproe, I. H. (1993). Prevalence of post partum depression — or is it post-puerperium depression? **Acta Obstetrícia e Gynecologia Scandinavica**, 72: 354-358.

- Queenem, J. (1987). **Gravidez de Alto Risco**. 2.^a ed. São Paulo: Manole.
- Rocha, F. L. (1991). **Distúrbios psiquiátricos na gravidez e puerpério: atualização científica nacional**. Rio de Janeiro: Documed, 2: 26.
- Soifer, R. (1992). **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Sousa, I. e Daure, S. (1999). A importância da família na prevenção de depressão pós-parto. **Psicologia Clínica**, 11: 117-132.
- Stein, G. (1982). *In*: I. F. Brockington e R. Kumar (Eds.). **Motherhood and mental illness**. London: Academic Press.
- Sussman, S.; Simon, T. R.; Glynn, S. M. e Stacy, A. W. (1996). What does "high risk" mean? A Psycinfo Seam of the literature. **Behavior Therapy**, 27: 53-65.
- Szejer, M. e Stewart, R. (1997). **Nove meses na vida da mulher**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Thurtle, V. (1995). Post-natal depression: the relevance of sociological approaches. **Journal of Advanced Nursing**, 22: 416-424.
- Turner, R. M. (1996). A dessensibilização sistemática. *In*: V. E. Caballo. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos.
- Vera, M. N. e Vila, J. (1996). Técnicas de Relaxamento. *In*: V. E. Caballo. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos.
- Weissman, M. M. e Olfson, M. (1995). Depression in women: implication for health care research. **Science**, 269(5225): 799-801.
- Whiffen, V. E. (1988). Vulnerability to postpartum depression: a prospective multivariate study. **Journal of Abnormal Psychology**, 97(4): 467-474.
- Yalom, I.; Lunde, D.; Moos, R. e Hamburg, D. (1968). Post partum "blues" syndrome. **Archives of General Psychiatry**, 18: 16-27.
- Ziegel, E. E. e Cranley, M. S. (1985). **Enfermagem Obstétrica**. 8.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Zucchi, M. (1999). Depressão na gravidez e prematuridade. Aspectos epistemológicos da investigação. **Cadernos de Saúde Pública**, 27(2): 177-187.
- Zuckerman, B.; Amaro, H.; Bauchner, H. e Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: relationships to poor health behaviours. **American Journal Obstetrics and Gynecological**, 160: 1107-1111.
- Zugaib, M. E. e Sancovski, M. (1991). **Pré-natal**. São Paulo: Atheneu.

Enfermaria de Pediatria: Avaliação e Intervenção Psicológica

*Rosana Righetto Dias
Makilim Nunes Baptista
Adriana Said Daher Baptista*

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este capítulo tem o objetivo de apresentar considerações e aspectos teóricos e práticos sobre a Psicologia Hospitalar Pediátrica. É de fundamental importância a discussão da avaliação e da intervenção psicológica neste contexto e dos procedimentos que identifiquem esta realidade, devido aos comprometimentos emocionais/comportamentais consequentes da hospitalização para a criança e seus familiares.

A intenção deste capítulo é expor o modelo assistencial psicológico apresentado pelos autores, de um trabalho em enfermaria de pediatria de um Hospital Geral-Escola. A metodologia do trabalho demonstrada descreve o procedimento/instrumento, denominado Visita Psicológica (VP). Este procedimento tem por objetivo triar/avaliar os casos visando priorizar os atendimentos e intervenções psicológicas.

Este capítulo objetiva contribuir para o aprimoramento científico da Psicologia na área da saúde, uma vez que não se encontram em literatura procedimentos e instrumentos específicos para a avaliação hospitalar de crianças em enfermarias de pediatria.

A RELAÇÃO ENTRE PRÁTICA E TEORIA

Tem-se observado, no decorrer da prática, que crianças hospitalizadas, de patologias que identifiquem quadros como doenças crônicas, infecciosas, neurológicas e acidentes, com tempo de internação superior a cinco dias, tendem a desenvolver transtornos comportamentais e/ou psicológicos.

Torna-se importante detectar, nesses casos, imediatamente após a internação, 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 boa recuperação do quadro clínico.

De acordo com esta hipótese, faz-se necessário que a entrevista psicológica no contexto hospitalar identifique tais variáveis.

DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

Desenvolvimento pode ser considerado como o estudo científico de como e por que o organismo humano cresce, se modifica no transcorrer da vida, e também como os indivíduos podem permanecer iguais em diferentes situações. Este processo ocorre durante toda a vida, pois cada período do ciclo de vida é influenciado pelo que ocorreu antes e irá afetar o que virá depois (Newcombe, 1999).

Para Papalia e Olds (2000), estas mudanças, que podem ser qualitativas e quantitativas, ocorrem ao longo do tempo de maneira ordenada e relativamente duradoura. São adaptativas e afetam estruturas físicas, neurológicas, processos de pensamento, emoções, formas de interação social e muitos outros comportamentos.

A respeito de como as pessoas se comportam e do modo como o fazem, estudiosos do desenvolvimento oferecem muitas explicações ou teorias sobre tal fenômeno. Nenhuma teoria do desenvolvimento é totalmente aceita, ou sozinha aborda todas as nuances do desenvolvimento humano.

A perspectiva da aprendizagem focaliza o desenvolvimento humano como respostas a eventos externos. Seu foco de atenção corresponde aos comportamentos observáveis e mudanças quantitativas, alteradas pelo condicionamento clássico ou operante (Papalia e Olds, 2000).

O condicionamento operante refere-se à aprendizagem a partir das consequências que operam no meio. O reforço é uma consequência do comportamento que aumenta a probabilidade de que este se repita, ou se extinga.

Outra perspectiva psicológica do desenvolvimento, de suma importância, é a teoria cognitiva. Esta abordagem traça um paralelismo entre o desenvolvimento biológico e o desenvolvimento mental, a partir de uma visão interacionista que prioriza:

- “preocupação com a gênese do conhecimento, na busca de quais são os mecanismos mentais (envolvidos numa dada situação de resolução de problemas) que o sujeito utiliza nas diferentes etapas de vida para poder entender o mundo;
- que a adaptação à realidade externa depende do conhecimento;
- o estudo do desenvolvimento do conhecimento da lógica, espaço, tempo, causalidade, moralidade, brinquedo, linguagem e matemática; e dos processos psicológicos como o pensamento, percepção, imaginação, memória, imitação, ação; e
- o estudo dos vários processos cognitivos quanto aos aspectos quantitativos e qualitativos” (Rappaport, 1981).

O desenvolvimento infantil, de acordo com os estágios cognitivos, também é considerado importante para Lichamele e Goldberg (1987). Para eles, os fatores referentes à reação da criança em relação à doença e à hospitalização dependem do grau de compreensão que esta tem da 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. Esta abordagem propõe os seguintes períodos:

- até três anos — a maior preocupação refere-se à ansiedade de separação, já que crianças com poucos meses de vida exploram o ambiente através da visão, do som e do toque, mediante estimulação ambiental e maturação biológica, e é dessa forma que estabelecem o seu crescimento psicológico e cognitivo. Até os seis meses de idade, a principal preocupação em relação à doença ou à hospitalização é a separação pais-bebê, que pode interferir no processo de estimulação. A partir dos oito meses até os três anos, as crianças passam a aprender a lidar com a ausência dos pais por maiores períodos de tempo. Porém, até os três anos de idade os pais devem permanecer junto das crianças, para prevenirem a ansiedade de separação;
- dos três aos cinco anos — a criança, quando entra neste período, já tem estabelecida a questão da exploração. A partir de então, passa a ter uma compreensão do mundo de forma concreta; sendo assim, desenvolve um senso de consciência, podendo atribuir significados ou sentimentos de culpa à doença ou à hospitalização (ex.: a criança acredita estar doente em função de um mau comportamento);
- dos seis aos 14 anos — o sentimento de culpa ainda predomina como reação à doença, mas, quanto mais velhas se tornam as crianças, mais informadas e conscientes sobre o processo da doença elas ficam. Isto se deve ao fato de que, aos poucos, tornam-se capazes de abstrair as informações. Os adolescentes tornam-se um grupo difícil para expetimentar danos em seu corpo, uma vez que estão estruturando seu esquema de imagem corporal. Neste período, é esperado que se sintam mais vulneráveis em relação ao seu corpo do que em qualquer idade; e
- dos 15 aos 18 anos — geralmente associam o adoecimento a algum conflito, especialmente o familiar, para defenderem-se da circunstância da doença e da hospitalização.

Deve-se, no entanto, estar atento às limitações da explicação de Lichamele 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 da forma com que cada indivíduo percebe as situações e eventos ao seu redor, é importante que se considere o ambiente familiar, com as regras e normas de seu nicho social, bem como da instituição hospitalar em que se encontram. Esta visão está pautada, como referido anteriormente, na relevância dos processos cognitivos, bem como na influência da aprendizagem operante.

Faz-se 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.

Guimarães (1988) enfatiza que a criança, durante o seu desenvolvimento, explora o seu meio e interage com ele de forma contínua e recíproca, à medida que lhe são oferecidas oportunidades em ambientes considerados como favoráveis. Os fatores ambientais, quando positivos, podem favorecer o desenvolvimento de uma forma global, e, se negativos, podem comprometê-lo.

DOENÇA E HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

“A hospitalização é uma experiência que não passa despercebida para o paciente que permanece internado e muito menos para seus familiares e/ou acompanhantes. E quando o assunto é internação de crianças, a reflexão deve ser redobrada, uma vez que a doença e o processo de hospitalização podem comprometer sua integridade física e seu desenvolvimento mental” (Mondardo, 1997).

O ambiente médico, especialmente o hospitalar, é um contexto no qual se confrontam, de forma 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 que 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 que enfrentar o seu afastamento do ambiente doméstico, onde vinha desenvolvendo-se de acordo com o seu repertório motor, social, emocional e intelectual (Chiattonne, 1984; Golveia, 1994).

Deve-se observar, no entanto, que, em uma enfermagem de pediatria, as ocorrências das internações hospitalares não decorrem apenas de problemas específicos de determinação da doença. Nota-se que diversas e inúmeras patologias fazem parte deste contexto, além das regras impostas pelos serviços hospitalares e diferentes repertórios comportamentais da criança, adquiridos anteriormente, relacionados a estas ou a experiências semelhantes.

Em 1982, Heloísa Chiattonne, ao implantar o Serviço de Psicologia na Pediatria do Hospital Brigadeiro-SP, visando humanizar o atendimento de crianças internadas, possibilitou às mães participarem da hospitalização de seus filhos. Através da normatização do Projeto Mãe-Participante, ampliou o trabalho de psicodiagnóstico da criança para a intervenção do relacionamento mãe-criança e suas implicações no contexto de hospitalização.

Como se pode notar, a intervenção da psicologia no âmbito hospitalar no Brasil é recente e, a princípio, focada no aspecto relacional mãe-criança (Zannon, 1981a).

Porém, a hospitalização não deve ser caracterizada apenas pelo objetivo anteriormente citado, já que atualmente outras consequências da internação hospitalar de crianças devem merecer atenção, como, por exemplo, o desenvolvimento de distúrbios comportamentais temporários, que dependem de fatores como a idade da criança; experiências anteriores de separação, relacionadas também a vivências de doença e internação anteriores; diagnóstico e prognóstico do quadro clínico e qualidade das relações familiares antes da internação.

De acordo com Bordin e Corrêa (1990), a partir de uma revisão da literatura e para complementação da observação anteriormente apontada, o desconforto psicológico em crianças diante da hospitalização e doença pode proceder de fatores como o contexto de vida, a não familiaridade com o ambiente hospitalar e internações prolongadas ou repetidas.

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 à doença do paciente, que se mostram como um estressor em potencial,

analisando este 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. A compreensão dessas práticas, nas rotinas diárias, torna-se essencial na previsão da ordem dos cuidados psicológicos, quanto aos comprometimentos das doenças, especialmente as crônicas, e de suas sequelas para o desenvolvimento infantil.

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 se tratar de crianças hospitalizadas, é importante considerar questões como as reações de cada criança, decorrentes de processos familiares, características ambientais, bem como do período evolutivo em que se encontra.

Desta forma, o trabalho junto a esta população torna-se importante para amenizar os elementos de estranheza (doença e hospitalização) e ameaça de dor/sofrimento frente aos procedimentos invasivos, inerentes a este contexto. Faz-se necessária, portanto, a presença de uma pessoa capaz de ser seu mediador e defensor, no sentido de saber compreender as necessidades e anseios deste momento, para que a criança possa enfrentá-los (Lindquist, 1993).

Verifica-se, também, a importância de que os recursos técnicos e teóricos que norteiam esta assistência possam estar relacionados de acordo com a demanda da instituição hospitalar, visto que este trabalho necessita de uma ação interdisciplinar.

Vários são os quadros clínicos e especialistas que compõem a diversidade deste 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 desta criança.

Estas enfermidades constituem uma situação de inusitado risco não somente do ponto de vista médico, mas especialmente relacionadas às dificuldades sociais, educacionais e psicológicas impostas para a criança e sua família.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Na maior parte das vezes, ao pesquisar a literatura de Psicologia Pediátrica, encontram-se alguns trabalhos específicos, destinados a determinadas populações, como privação emocional das crianças na separação de seus familiares (Zannon, 1981b), crianças com doenças crônicas (Oppenheimer e Meijer, 1995; Amaral, 2000) e preparação de crianças para cirurgias no momento da hospitalização (Cameron, 1996; Stuber e cols., 1996; Griffin, Wishiba e Kavanaugh, 1998).

No entanto, para Oliveira (1993), o evento de estar hospitalizado, os procedimentos médicos realizados e a própria doença podem surgir, na percepção da criança, como uma punição, castigo ou algo estreitamente relacionado a uma culpa. Em seu estudo, a autora mostra ainda outros fatores que podem contribuir para comportamentos desadaptativos da criança, tais 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, como um local que promove a infantilização, na qual as 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 Lichamele e Goldberg (1987). As habilidades cognitivas afetam o modo de a criança perceber a doença e a hospitalização. Crianças de três a sete anos, de acordo com sua capacidade cognitiva, pensam pré-operacionalmente, manifestando pensamentos mágicos e percebendo o mundo de acordo com suas crenças. De sete a 12 anos começam a pensar em termos concretos; nesta fase, passam a ser capazes de discriminar que uma coisa tem propriedades e podem compreender que estão doentes, mesmo quando não visualizam o “machucado”.

Para os mesmos 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.

Outro comprometimento relacionado à má adaptação ao processo de doença e hospitalização corresponde à relação da criança com a equipe de saúde, resultante do estresse profissional dessa equipe. Bordin e Corrêa (1990) referem em seu estudo 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 necessidades motoras e lúdicas pouco atendidas na organização da enfermagem também estão relacionadas a reações de ansiedade.

No que se refere a alterações comportamentais após a internação hospitalar, Soares e cols. (2001), num 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 psicológicas/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 destes distúrbios.

Em relação aos perfis de comportamento relacionados aos desvios do desenvolvimento infantil, Radovan (1989) observa frente às enfermidades agudas e crônicas a possibilidade de comprometimentos nas seguintes situações:

- crescimento e desenvolvimento da criança, em relação às atividades de 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, frente ao rendimento escolar, relacionamento com amigos; e
- respostas frente à enfermidade, tais como o conhecimento da doença e a participação em seus cuidados, bem como na adesão aos tratamentos.

Segundo a autora anteriormente mencionada, estas implicações vão depender também da idade da criança e das rotinas impostas (hospitalizações, por exemplo), que podem provocar reações como ira, ressentimento, autodepreciação, tristeza etc.

Boyle e cols. (1994) apontam que as pesquisas relacionadas à saúde devem focar meios de reduzir estes 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.

Doenças transitórias não parecem ser 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 frente à doença vão depender da faixa etária da criança, preocupações com sua integridade física, sensações de desconforto, sentimentos de abandonos, punição e dificuldades no relacionamento social (Tetelbom e cols., 1993).

As 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 têm estes 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 forma específica da mediação dos familiares em ambientes médicos (Amaral, 2000).

Neste 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. Estes apontamentos têm igual importância quando relacionados aos aspectos da hospitalização.

Outro fator que deve 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. Deve, então, ser necessário para os 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, Oliveira e Ogasawara, 1996; Löhr, 2000).

Hartmann e Gazquez (1998) apontam para a importância da participação de um terceiro componente na relação entre o médico e o paciente, representado pelos pais. Estes 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 da mesma para a adaptação da criança, sua família e a evolução do quadro clínico.

Parece existir uma similaridade quanto aos fatores e intercorrências que a hospitalização e os ambientes médicos podem causar para a criança e seus familiares. Estes 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. Desordens da ansiedade, do humor, mentais e desadaptativas 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. Porém, 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 gerados por esta nova relação (Zannon, 1994).

A permanência da mãe ou de um familiar junto da 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 à hospitalização (Barrera e cols., 1993).

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 (Hartmann e Gazquez, 1998; Baptista, Blay e Baptista, 2000):

- dúvidas quanto aos aspectos legais e burocráticos da estrutura hospitalar (normas e rotinas, constituição da equipe, direitos e deveres), processo saúde-doença (adoecer, diagnóstico, procedimentos, tratamento, prognóstico), educação (hábitos alimentares, de higiene, incentivo à amamentação);
- sentimentos de ansiedade, medo, tristeza, raiva, culpa, insegurança (frente à doença, à hospitalização, à equipe, a procedimentos, ao tratamento);
- relações interpessoais com médicos e internos, equipe multiprofissional, enfermagem;
- atitudes quanto a críticas (positivas e negativas), esperança, solidariedade; e
- limitações físicas ou pessoais (estresse, nervosismo, cansaço), sociais (família e emprego) e ambientais (adaptação ao contexto hospitalar).

Estes cuidados e observações fazem-se importantes, visto o 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 este aspecto, nota-se que, para alguns autores (Oppenheimer e Meijer, 1995; Cameron, 1996; Burke e cols., 1997; Scott, 1998; Griffin, Wishiba e Kavanaugh, 1998), o estresse e a ansiedade sofrida 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, através de esclarecimentos na identificação das dificuldades psicológicas apresentadas pelas crianças hospitalizadas e seus familiares.

Torna-se um desafio para o psicólogo trabalhar em tais contextos e contingências na área de pediatria, sendo de extrema importância que o mesmo mantenha sua autonomia e poder de decisão frente aos aspectos psicológicos e de saúde mental envolvidos em cada paciente.

Para tanto, mostra-se fundamental que o psicólogo saiba prever (baseado em dados coletados e observações) e avaliar comportamentos inadequados que possam comprometer 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 médica é de extrema importância, uma vez que o aspecto emocional supera e impede o físico (Brazelton, 1991).

A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Para Piotrowski e Lubin (1990), a avaliação psicológica é o ponto crítico da psicologia clínica nos ambientes médicos. Trata-se de contextos diferenciados, complexos, nos quais é também 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 que estão subentendidas na doença e na hospitalização através de entrevistas diagnósticas e testes psicométricos que se adaptem neste contexto.

Algumas pesquisas em contextos médicos sugerem que as entrevistas psicológicas para avaliação das crianças devem ser realizadas com os pais ou familiares. Na maior parte das vezes, as crianças, em função das próprias situações em que se encontram ou pelo fator de idade, não são capazes de dar as informações necessárias a respeito dos problemas apresentados (Kasdim e cols., 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, Sweet e Tovian (1997), a avaliação em pediatria pode utilizar somente a informação e a coleta de dados neste contexto, através da entrevista clínica, observação de comportamento e alguns instrumentos (testes que se adaptem neste ambiente).

Dentre alguns instrumentos pesquisados na literatura, relacionados a estudos na área pediátrica, encontram-se: Child Behavior Checklist-CBCL (Achenbach e Edelbrock, 1983); Child Health and Illness Profile-CHIP (Starfield e cols., 1993); Diagnostic Interview Schedule for Children (Liss e cols., 1998); Pediatric Symptom Checklist-PSC (Jellnek e cols., 1999); Physician Belief Scale-PBS (McLennam e cols., 1999) e o State-Trait Anxiety Inventory-STAI (Schisler, Lander e Fowler-Kerry, 1998).

Um dos instrumentos que vêm sendo muito utilizados atualmente é o CBCL, que se mostra essencialmente como um questionário multidimensional de triagem, destinado a detectar qualquer tipo de comportamento desviante. Objetiva avaliar as crianças através da coleta de dados entre informação dos pais e dados de observação. A faixa etária para a aplicação do instrumento original americano é de quatro a 14 anos. Trata-se de um instrumento que associa três procedimentos em si: entrevista, questionário e observação. O resultado é apresentado em categorias, e as escalas para os fatores indicam os padrões: esquizoide, deprimida, não comunicativa, obsessiva-compulsiva, queixas somáticas, retraimento social, hiperativa, agressiva e delinquente (Achenbach e Edelbrock, 1983).

Bordin, Mari e Caieiro (1995) validaram a versão brasileira do CBCL, descrevendo o processo de adaptação cultural do instrumento com o objetivo de viabilizar a sua aplicabilidade em populações de nível socioeconômico baixo.

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. Para tanto, o modelo de práticas psicológicas na enfermaria de moléstias infecciosas, segundo a mesma autora, deve compreender as seguintes ações: visitas interdisciplinares no leito, visitas psicológicas para triagem, avaliação psicológica, atenção psicológica focal, encaminhamento para atenção sistemática no ambulatório e interconsulta psicológica. Afirmo ainda que estas práticas devem ter objetivos claros para a investigação diagnóstica e a aplicação de intervenção e resultados imediatos.

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).

O enfoque do psicólogo hospitalar, junto às crianças hospitalizadas em enfermaria de pediatria, 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 frente à rotina hospitalar.

Será apresentada, a seguir, uma proposta de trabalho assistencial psicológico em uma enfermaria de pediatria.

UMA PROPOSTA DE ATUAÇÃO

A partir deste ponto, será discutida uma proposta de atuação que vem ocorrendo em uma Enfermaria de Pediatria desde 1995. Portanto, torna-se importante citar algumas características deste 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.

Este modelo, após vários anos de trabalho, sofreu mudanças e normatizações quanto ao atendimento psicológico junto aos pacientes, familiares e equipe de saúde, com a viabilização e clarificação do foco, objetivos e intervenções junto ao paciente hospitalizado e, atualmente, mantém as mesmas práticas psicológicas descritas por Lalon (1997).

O Serviço de Psicologia do hospital em questão conta com 14 anos de atuação, e têm sido realizados ao longo desses anos trabalhos assistenciais, formação de alunos e profissionais, além de pesquisas nas áreas de enfermarias e ambulatórios de especialidades médicas. Com o transcorrer desses anos e com o objetivo de enfocar o 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 no ano de 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. No ano de 1989, foi realizado um trabalho

pertinente ao alojamento conjunto de mães. Em 1990 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, estes trabalhos emergenciais, juntamente com os pedidos de interconsultas, cederam lugar à implantação do Serviço de Psicologia na Enfermaria de Pediatria, passando, a partir deste momento, uma psicóloga a fazer parte integrante da equipe de saúde. Finalmente, no ano de 1995 iniciou-se um processo de normatização do atendimento psicológico na Enfermaria de Pediatria.

Devido à diversidade de queixas e problemas, à disponibilidade de pouco tempo 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 no sentido de 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 à intervenção psicológicas. Objetivou-se, assim, que fosse alcançada uma maior eficácia do trabalho e, conseqüentemente, melhores resultados quanto aos procedimentos e técnicas psicológicas utilizadas.

Antes de tudo, 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, a seguir, a metodologia do atendimento.

Caracterização da Enfermaria de Pediatria

Caracterização Física

A Enfermaria de Pediatria é composta pelas seguintes estruturas:

- 01 sala designada para reuniões de trabalho da equipe médica (Corpo Clínico);
- 01 sala pertencente à escriturária;
- 01 sala lúdica;
- 01 sala para procedimentos (ex.: preparação de medicamentos);
- 01 sala para refeições das mães e/ou acompanhantes;
- 01 sala para lavagem de mamadeiras;
- 01 posto de enfermagem;
- 01 lactário;
- 01 copa;
- 01 banheiro para funcionários; e
- 07 quartos, sendo os quartos numerados e a quantidade de leitos dividida da seguinte maneira:
 - 04 leitos-padrão;
 - 02 leitos de isolamento;
 - 10 leitos para bebês de zero a seis meses;
 - 06 leitos para meninas de três a 12 anos;
 - 06 leitos para meninos de três a 12 anos; e
 - 08 leitos para crianças de seis meses a três anos.

Caracterização Humana

A equipe de saúde da enfermaria é composta pelos seguintes profissionais:

- equipe médica — dois médicos assistentes, três residentes, 10 alunos de sexto ano de medicina;
- equipe de enfermagem — duas enfermeiras-padrão e 18 auxiliares de enfermagem, que se revezam em turnos;
- assistência social — uma assistente social;
- terapia ocupacional — uma terapeuta ocupacional, quatro estagiárias (alunas do quarto ano de terapia ocupacional) e uma aprimoranda;
- psicologia — uma psicóloga e duas estagiárias (alunas do quinto ano do curso de psicologia);
- nutrição — uma nutricionista e três coqueiras;
- auxiliares de limpeza; e
- uma fisioterapeuta.

Caracterização do Contexto

A enfermaria é caracterizada pela idade, de acordo com as normas da instituição (faixa etária de zero a 12 anos), e não pela patologia que é tratada (diversas patologias são cuidadas 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). E, 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.

Características da Atuação Psicológica

A avaliação e o atendimento psicológicos devem favorecer uma conduta focal, imediata e resolutiva (características do atendimento psicológico hospitalar), relacionados aos seguintes critérios:

- crianças hospitalizadas — implicações frente à adaptação à rotina hospitalar e à doença;
- mães/acompanhantes — atenção aos comportamentos inadequados apresentados diante das variáveis ausência na hospitalização, comprometimento das relações mãe-criança hospitalizada e no relacionamento mãe-equipe de saúde, e
- 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 forma integrada com os demais profissionais de saúde, objetivando uma visão global do paciente dentro de um enfoque interdisciplinar, possibilitando também apoio e assistência técnica à equipe. Especificando tais propostas, tem-se como objetivos:

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, através de 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, dentre eles 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 do mesmo durante este período.
- Dar suporte para a família durante a internação, objetivando a doença, o tratamento, as necessidades de adaptação à rotina hospitalar e sentimentos relacionados ao processo.
- Facilitar a interação entre família, paciente e equipe de saúde.
- Encaminhar, quando necessário, para outros recursos da comunidade, dentre 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 despertar na equipe a atenção aos conteúdos emocionais que o afetam e a sua família através de informações compartilhadas após os atendimentos.

Práticas do Atendimento Psicológico

Toda esta metodologia caracteriza os objetivos anteriormente descritos, e o processo de atendimento segue os seguintes passos:

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICAS

Objetivos

- Identificar alterações comportamentais frente à doença (falta de compreensão do diagnóstico, prognóstico, entre outros) e hospitalização (dificuldade de adaptação à rotina, procedimentos, manipulações).
- Identificar padrões de comportamentos inadequados preexistentes (não aceitação de medicamentos, falta de interação com a equipe, não cumprimento das rotinas da enfermagem e procedimentos, dentre outros).
- Identificar e modificar contingências do ambiente hospitalar que favoreçam o aumento de comportamentos inadequados em relação à adaptação da criança ao hospital e a sua doença, como, por exemplo, a recusa em receber medicações.

Ações e Rotinas de Atividades

Os planos de atendimento a seguir são realizados três vezes na semana, pela psicóloga responsável do serviço e duas estagiárias.

Visitas psicológicas (VP) — todos os pacientes da enfermagem são visitados no leito com o objetivo de avaliar/triar se há algum transtorno mental de ajustamento ou de comportamento. Nesta etapa, tanto quanto na ampliação da avaliação psicológica (que será discutida logo mais), paciente e acompanhante, se necessário, recebem um HD (hipótese diagnóstica psicológica), de acordo com os critérios de classificação do CID-10 — Classificação Internacional das Doenças (Caetano, 1993). Este procedimento é realizado com o enfoque nos seguintes critérios para o seguimento do próximo plano de atendimento:

- duração da internação hospitalar — quanto mais prolongado o tempo de internação, maior a possibilidade de prevalência de comportamentos desadaptativos, manipulativos e de surgimento de reações de estresse, tanto do paciente quanto da sua acompanhante;
- primeira internação hospitalar — a entrada num 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 destas situações;
- gravidade da patologia — tanto em termos de prognóstico negativo quanto de falta de diagnóstico ou o seu conhecimento de forma abrupta e repentina, todos igualmente desencadeantes de desestruturação emocional, tanto do paciente quanto de seus familiares. Pode ainda requerer novas adaptações (como, por exemplo, no caso de doenças crônicas) e, dependendo do caso, assistência psicológica frente à possibilidade da morte;
- submissão à manipulação e às intervenções terapêuticas dolorosas; e
- queixa do paciente e/ou do familiar frente às rotinas, procedimentos hospitalares e, diante da doença, quanto a sua adaptação.

Avaliação psicológica — esta etapa é caracterizada como uma fase de ampliação da visita psicológica com os pacientes que apresentaram distúrbios durante a entrevista de triagem. Tem como objetivo avaliar a(s) contingência(s) do problema apresentado e sua intensidade. Nesta avaliação, faz-se necessário distinguir se o distúrbio é originário da doença ou é consequência da hospitalização, para o estabelecimento de práticas de intervenção eficazes (ou, ainda, se o distúrbio já existia e se agravou com a internação).

Atenção psicológica focal — o paciente avaliado recebe uma assistência sistemática, visitas regulares três vezes na semana, em que técnicas para o enfrentamento e a modificação da situação-problema são utilizadas, tais como o treinamento em habilidades sociais, modificação das suposições disfuncionais, relaxamento, modelagem de novas respostas (Caballo, 1996); treino de assertividade (Rimm e Masters, 1983), dentre outras estratégias e técnicas que se fizerem necessárias para cada caso em particular. Pode ser ainda necessária a intervenção da psiquiatria ou de outro profissional da saúde, sendo portanto solicitada uma interconsulta.

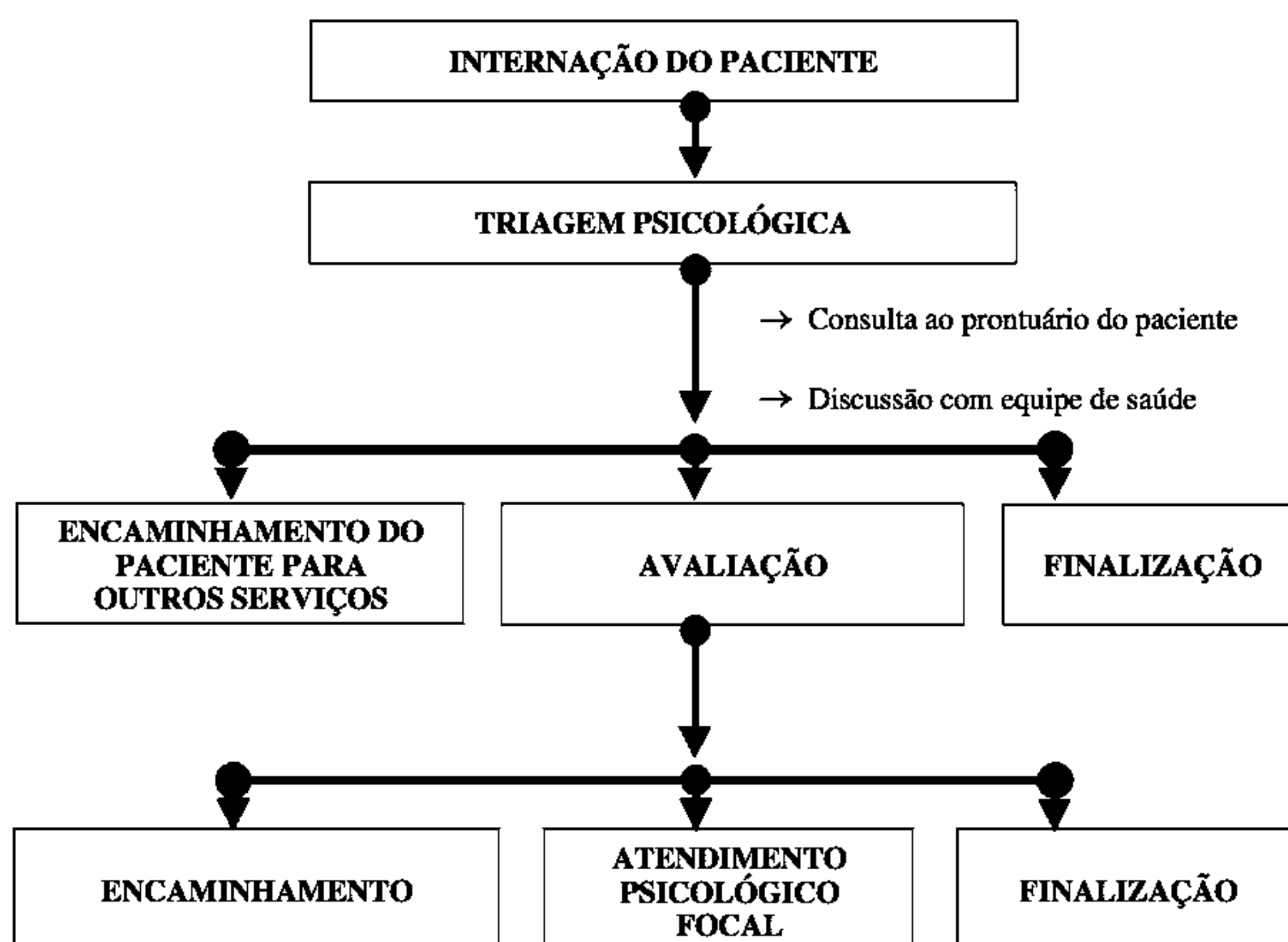


Fig. 12.1 Fluxograma do atendimento psicológico na enfermaria de pediatria.

A seguir será apresentado um estudo de caso para ilustração da sistemática de atendimento psicológico já discutida. Este estudo foi apresentado como tema de mesa-redonda no IV Congresso Ibero-americano de Psicologia Clínica e da Saúde (Faria e cols., 2001).

ESTUDO DE CASO

Um exemplo da aplicação da sistemática de atendimento psicológico refere-se ao caso de G., 3 anos, sexo feminino, que, ao ser hospitalizada, apresentava 42% do corpo com graves queimaduras, em função de um incêndio ocorrido em sua casa. Estava apenas em companhia de um irmão de cinco anos no momento do acidente, o qual veio a óbito ao dar entrada no hospital. Sua família era composta de mais dois irmãos (cinco e sete anos, respectivamente), uma irmã (um ano), sua mãe e a avó materna.

Permaneceu hospitalizada durante três meses, tempo este 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 de G. na Enfermaria de Pediatria, pois a paciente até então encontrava-se há um 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 função 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 dois meses) entre a primeira visita de triagem

psicológica, o aprofundamento da avaliação, intervenções e visitas de evolução psicológica com G., sua mãe e avó materna. Faz-se importante ressaltar que todos os encontros tiveram duração de tempo que variaram entre 10 minutos e uma hora de atendimento, dependendo do objetivo dos mesmos. Foram utilizados métodos de entrevistas semidirigidas e observações, além de técnicas específicas para intervenção, que serão descritas no decorrer do texto.

Na primeira visita psicológica, de acordo com os critérios descritos neste capítulo, foram identificados os seguintes focos que mereceriam uma maior avaliação e possível atendimento psicológico:

- quanto à *doença* — HD clínico (queimaduras graves em 42% do corpo, amputações do braço, dedos do pé e orelha, todos do lado direito);
- quanto à *hospitalização* (longo tempo de internação na UTI-P em isolamento, sem a presença de familiares, dificuldade de vinculação com equipe de saúde e falta de cooperação quanto aos procedimentos médicos realizados); e
- quanto à *família* (falta de informação da perda do irmão, dificuldade de contato físico nos cuidados mãe-filha).

Estes primeiros dados coletados foram discutidos com a equipe de saúde (médicos pediatras e de outras especialidades, enfermagem etc.) e a equipe da UTI-P (incluindo a psicóloga responsável por este serviço) para trocas de informações. Estes contatos também objetivaram a sensibilização da equipe para 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 o seu nascimento, sua mãe passava ultimamente grande parte do tempo fora de casa e a avó materna era alcoólatra.

Os eventos estressantes relacionados à doença referiram-se a:

- *estado clínico* — grave (queimaduras de segundo e terceiro graus);
- *hospitalização* — em função 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.); e
- *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 (ex.: a mãe de G., a princípio, mostrava-se receosa em tocá-la e acolhê-la).

Na relação indivíduo-doença, observou-se que:

- a paciente temia efetuar algum 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 para tocar a filha; necessidade de adaptação ao novo estilo de vida (perdas de membros e cicatrizes por todo o corpo); e
- recusar-se em realizar contato, mostrando-se agressiva e apresentando intercorrências emocionais que dificultavam a recuperação da paciente.

Serão descritas algumas intervenções com a criança ao longo do processo de atendimento, de acordo com os seguintes objetivos e as respectivas estratégias. É importante frisar que outros objetivos e procedimentos foram utilizados, porém o espaço deste capítulo não permite uma maior especificação e detalhamento de todas as atividades realizadas neste caso.

A. Junto à paciente

1. Objetivo: adaptação à hospitalização, ao seu estado clínico/cuidados necessários e perdas experienciadas (partes do corpo, irmão).

Estratégia utilizada: para favorecer a adaptação de G. em relação à rotina e aos procedimentos, utilizaram-se técnicas lúdicas com ensaio comportamental, nas quais a paciente 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 através de aproximações sucessivas, a terapeuta foi solicitando a presença de alguns profissionais nas brincadeiras, como, por exemplo, pedir a opinião da enfermeira no curso da história encenada através de bonecos. Esta estratégia tinha como objetivo principal aproximar a equipe da paciente, desassociando a figura dos profissionais de um estímulo aversivo. Sendo assim, a paciente começou a permitir maior contato da equipe no manejo dos curativos e interessou-se em participar de seus próprios cuidados (passou a questionar sobre a possibilidade de colocar uma prótese em seu braço).

B. Junto à mãe

1. Objetivo: aproximar a mãe da filha e proporcionar modelos adequados de interação, em função do estado físico de G.

Estratégia utilizada: através de informações, orientações específicas e modelagem, a terapeuta visou à modificação continuada do comportamento da mãe. Por exemplo, a mãe não conseguia tocar em G. por diversos fatores (como culpa pelo acidente, medo de machucar a criança) e, através 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) como aproximar-se da filha. A partir de então, a mãe passou a se comportar de maneira mais próxima e carinhosa, o que fez com que G. se mostrasse mais segura, menos chorosa e resistente ao contato com a equipe de saúde também.

C. Junto à equipe de saúde

1. Objetivo: favorecer uma comunicação e entendimento mais adequados sobre os procedimentos médicos previstos, possível tempo de internação, prognóstico, além

de orientações sobre o comportamento da paciente frente à equipe e as condutas mais adequadas da equipe para com a paciente, frente ao seu estado emocional. Estratégia utilizada: diante de todas as avaliações e intervenções realizadas, a terapeuta informava periodicamente à equipe de saúde sobre o estado emocional da paciente e dos familiares, bem como 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 humor de G. Desta forma, a equipe se reuniu e foram discutidos quais os exames, bem como procedimentos invasivos, que poderiam ser dispensados até a assimilação desta notícia.

Com base nestas intervenções, houve por parte da paciente maior adaptação frente à internação, passando a criança a estabelecer melhor contato tanto com a equipe de saúde quanto com as demais crianças internadas, após ser transferida para o alojamento conjunto (um mês após a internação na enfermaria).

A paciente passou a realizar atividades lúdicas e a se alimentar adequadamente; sua mãe passou a interagir, auxiliando-a com maior frequência e estando presente durante a maior parte do tempo de sua hospitalização.

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 ao período de internação e pós-internação.

CONCLUSÃO

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, é de fundamental importância para o planejamento e execução de qualquer atividade da psicologia hospitalar infantil.

Da mesma forma, 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 possibilitar estratégias preventivas no manejo de tais riscos.

O trabalho interdisciplinar faz-se necessário uma vez que 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 forma que o ser humano deve ser entendido em todas as suas dimensões (sociais, pessoais, biológicas), o hospital e todas as suas especialidades devem trabalhar de forma que haja uma complementação de atuações, cada profissional com seu conhecimento específico, tendo como objetivo comum o bem-estar global do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M. e Edelbrock, C. (1983). **Manual for the child behavior checklist/4-18 and revised child behavior profile**. Burlington: University of Vermont, Department of Psychology.

- Amaral, V. L. A. R. (1999). Novos desafios do psicólogo na área da saúde. In: R. Kerbauy. **Comportamento e saúde: explorando alternativas**. Santo André: Arbytes.
- . (2000). Crianças com problemas crônicos de saúde. In: Silveira, E. F. M. **Estudos de caso em psicologia clínica e comportamental infantil. Vol. I**. Campinas: Papirus.
- Baptista, A. S. D.; Blay, S. L. e Baptista, M. N. (2000). 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.
- Barrera, F. Q.; Sepúlveda, A. B.; Weber, C.; Moraga, F. M.; Escobar, S. M. e Mejías, M. J. (1993). Participación materna en la atención del niño hospitalizado. **Rev. Chil. Pediatr.**, 64(3): 164-168.
- Bordin, I. A. S. e Corrêa, M. C. M. (1990). Ansiedade da criança hospitalizada: ausência ou dificuldade na relação equipe-paciente? **Rev. Paul. Pediatr.**, 8(29): 67-70.
- ; Mari, J. J. e Caieiro, M. F. (1995). Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL)/inventário de comportamentos da infância e adolescência: dados preliminares. **Rev. ABP-APAL**, 17(2): 55-66.
- Boyle, C. A.; Decoufle, P. e Yeargin-Allsopp, M. (1994). Prevalence and health impact of development disabilities in US children. **Pediatrics**, 93(3): 399-403.
- Brazelton, T. B. (1991). **Cuidando da família em crise**. São Paulo: Martins Fontes.
- Burke, S. O.; Handley-Derry, M. H.; Costello, E. A.; Kauffman, E. e Dillon, M. C. (1997). Stress-point intervention for parents of repeatedly hospitalized children with chronic conditions. **Res. Nurs. Health**, 20(6): 475-485.
- Caballo, V. E. (1996). **Manual de técnicas de terapia de modificação do comportamento**. São Paulo: Santos.
- Caetano, D. (1993). **Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cameron, J. A. (1996). Reducing the anxiety of children undergoing surgery: parental presence during anaesthetic induction. **J. Pediatr. Child**, 6(2): 15-20.
- Chiatone, H. B. C. (1984). Atendimento psicológico em enfermaria de pediatria. In: A. Cammon. **Psicologia Hospitalar — Atuação do Psicólogo no Contexto Hospitalar**. São Paulo: Traço.
- Faria, F.; Stort, D.; Dias, R. R. e Brasio, K. M. (2001). 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.
- Golveia, H. R. (1994). Ansiedade de mães de crianças hospitalizadas: uma proposta de atuação. Campinas. **Dissertação de Mestrado**. PUC-Campinas.
- Griffin, T.; Wishiba, C. e Kavanaugh, K. (1998). Nursing interventions to reduce stress in parents of hospitalized infants. **J. Pediatr. Nurs.**, 13(5): 290-295.
- Guimarães, S. S. (1988). A hospitalização na infância. **Psic.: Teoria e Pesquisa**, 4(2): 102-112.
- . (1999). Psicologia e pediatria. In: R.R. Kerbauy. **Comportamento e saúde: explorando alternativas**. Santo André: Arbytes.
- Hartmann, J. B. e Gazquez, A. H. (1998). **Grupo de mães e/ou acompanhantes — estudo comparativo 1996-1998**. Canoas: Aletheia, 8(2): 87-94.
- Huszt, H. C. e Walker, C. E. (1996). Critical issues in consultation and liaison. In: **Handbook of clinical psychology in medical settings**. New York: Plenum Press.
- Jellnek, M. S.; Murphy, J. M.; Little, M.; Pagano, M. E.; Comer, D. M. e Kelleher, K. J. (1999). Use of the pediatric symptom checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care. **Arch Pediatr. Adolesc. Med.**, 153(3): 254-260.
- Kasdim, A. E.; French, H. H.; Unis, A. S. e Esveltd-Dawson, L. (1983). Assessment of childhood depression: correspondence of child and parent ratings. **Journal of the American Academy of Child Psychiatry**, 22: 157-164.

- Laloni, D. T. (1997). Práticas psicológicas em enfermaria de moléstias infecciosas. In: D.R. Zambignani. **Sobre comportamento e cognição — a aplicação da análise comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos**. São Paulo: Arbytes, V. 3.
- Lichamele, W.L. e Goldberg, R.L. (1987). Childhood reactions illness and hospitalization. **A.S.P.**, 36(3): 227-232.
- Lindquist, I. (1993). **A criança no hospital**. São Paulo: Scrita.
- Liss, D. S.; Waller, D. A.; Kennard, B. D.; McIntire, D.; Capra, P. e Stephens, J. (1998). Psychiatric illness and family support in children and adolescents with diabetic ketoacidosis: a controled study. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry**, 37(5): 536-544.
- Löhr, S. S. (2000). Crianças portadoras de câncer. In: E. F. M. Silveiras. **Estudos de caso em psicologia clínica e comportamental infantil. Vol. I**. Campinas: Papirus.
- Matarazzo, J. (1990). Psychological assessment versus psychological testing: validation from Binet to the school, clinic and courtroom. **American Psychologist**, 45: 999-1017.
- McLennam, J. D.; Janssen-McWilliams, I.; Gardner, W. P. e Kelleher, K. J. (1999). The physician belief scale and psychosocial problems in children: a report from the pediatric research in office settings and the ambulatory sentinel practice network. **Developmental and Behavioral Pediatrics**, 20(1): 24-30.
- Mondardo, A. H. (1997). O papel do psicólogo no atendimento a crianças hospitalizadas. **Psico**, 28(2): 35-46.
- Newcombe, N. (1999). **Desenvolvimento infantil — abordagem de Mussen**. Porto Alegre: Artmed.
- Nichols, K. A. (1985). Psychological care by nurses, paramedical and medical staff: essential developments for the general hospitals. **British Journal of Medical Psychology**, 58: 231-240.
- Oliveira, H. (1993). A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Caderno de Saúde Pública**, 9(3): 326-332.
- Oppenheimer, L. e Meijer, A. M. (1995). The excitation-adaptation model of pediatric chronic illness. **Family Process**, 34: 441-454.
- Papalia, D. E. e Olds, S. W. (2000). **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed.
- Piotrowski, C. e Lubim, B. (1990). **Assessment practice of health psychologists**. Survey of APA Division.
- Radovan, I. M. (1989). Desviaciones del desarrollo infantil en las enfermedades agudas y crónicas. **Acta Pediatr. Mex.**, 10(3): 101-106.
- Rappaport, C. R. (1981). Modelo Piagetiano. In: C. R. Rappaport; W. R. Fioro e C. Davis. **Teorias do Desenvolvimento, V. I**. São Paulo: EPU.
- Rimm, D. C. e Masters, J. C. (1983). **Técnicas e resultados experimentais**. Rio de Janeiro: Manole.
- Romano, B. W. (1999). **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rozensky, R. H.; Sweet, J. J. e Tavian, S. M. (1997). Psychological assessment in pediatrics. In: **Psychological Assessment in Medical Settings**. New York: Plenum Press.
- Schisler, T.; Lander, J. e Fowler-Kerry, S. (1998). Assessing children's stat anxiet. **Journal of Pain and Symptoms Management**, 16(2): 80-86.
- Scott, L. D. (1998). Perceived needs of parents of critically ill children. **J. Soc. Pediatr. Nurs.**, 3(1): 4-12.
- Soares, E. C.; Barbosa, T. N. N.; Albaladejo, A. R.; Jukemura, R. e Menezes, J. J. C. (2001). Repercussões comportamentais da internação hospitalar infantil observadas a partir do relato das mães. **Rev. Paulista de Pediatria — 9.º Congresso Paulista de Pediatria**, 41.
- Starfield, B.; Bregner, M.; Ensminger, M.; Riley, A.; Ryan, S.; Green, B.; McGauhey, P.; Skinner, A. e Kim, S. (1993). Adolescent health status measurement: development of the child health and illness profile. **Pediatrics**, 91 (2): 430-435.

- Stuber, M. L.; Nader, K. O.; Houskamp, B. M. e Pynoos, R. S. (1996). Appraisal of life threat and acute trauma responses in pediatric bone marrow transplant patients. **J. Trauma Stress**, 9(4): 673-686.
- Tamashiro, L.; Oliveira, M. M. B. e Ogasawara, L. T. (1996). Expectativas da equipe de enfermagem frente às mães de crianças internadas. **Experiências nos Hospitais**, 15: 48-51.
- Tetelbom, M.; Falceto, O. G.; Gazal, C. H.; Sansis, F. e Wolf, A. L. (1993). A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial. **Jornal de Pediatria**, 69(1): 5-11.
- Zannon, C. M. L. C. (1981a). Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. **Psic.: Teoria e Pesquisa**, 7(2): 119-136.
- . (1981b). Atuação do psicólogo em setores de assistência pediátrica hospitalar. **Boletim de Psicologia**, 33(81): 40-51.
- . (1994). A importância da hospitalização conjunta: da prescrição ao ponto de vista da família. **Pediatria Moderna**, 30(7): 1126-1136.

Neuropsicologia

Marina Stahl Merlin

DEFINIÇÃO E HISTÓRIA

A Neuropsicologia é um campo de conhecimento interdisciplinar, pois envolve tanto conhecimentos psicológicos quanto noções de neuroanatomia, neuroquímica e neurologia clínica. Apesar disso, difere da Neurologia por esta ser exercida por médicos especialistas que focam no diagnóstico de lesões no sistema nervoso. Também difere das Neurociências, pois estas se interessam pela base molecular do funcionamento nervoso através de estudos experimentais, geralmente com animais. A diferença entre Neuropsicologia e Psicologia está no fato de que os psicólogos não especializados em neuropsicologia estudam o comportamento humano de forma mais geral, desconsiderando os achados neurológicos relacionados (Kolb e Wishaw, 2003).

A avaliação neuropsicológica deve ser realizada por psicólogos especializados, por envolver a aplicação de testes e a análise do comportamento humano, que são habilidades desenvolvidas na formação psicológica, mas, apesar disso, os achados neuropsicológicos são funcionais para uma diversidade de profissionais que se relacionam com a neurociência, como neurologistas, psiquiatras, pedagogos, terapeutas ocupacionais, geriatras, fonoaudiologistas, fisioterapeutas, entre outros.

O interesse pelo comportamento humano sempre foi e continua sendo o motivador para estudos neuropsicológicos, já que a correlação entre o comportamento e o funcionamento do sistema nervoso central, mais especificamente das funções cognitivas, ainda está só parcialmente desvendada.

Historicamente, os relatos de casos e as teorias explicativas para o comportamento humano datam da era antes de Cristo. Na Antiguidade Clássica, o dilema referente ao fato de o controle dos processos mentais ser designado ao coração ou ao cérebro rendeu muitas 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, Fuentes, Malloy-Diniz, 2008).

A hipótese ventricular afirmava que fluidos ventriculares modulavam as sensações, o pensamento racional e a memória. Posteriormente, no final do século XVIII, a importância das estruturas cerebrais e das funções teciduais do cérebro foi evidenciada, para, finalmente, o dilema se concentrar na compreensão do cérebro como sendo 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 se dava 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 no cérebro, havendo um centro da linguagem, outro da audição etc. (Cosenza, Fuentes, Malloy-Diniz, 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 Jonh Harlow em 1849. O caso de Phineas Cage 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 estava localizado 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, Fuentes, Malloy-Diniz, 2008).

Sem dúvida, o maior conceito sobre o funcionamento cerebral foi postulado pelo neuropsicólogo soviético Alexander Romanovich Luria (1902-1977), baseado numa proposta indicada pelo russo Vygotsky (1896-1934), que defendia o globalismo e o localizacionismo e cujas premissas atribuíam ao cérebro uma característica modificável, dinâmica, com a realidade devendo ser considerada de acordo com a mente humana (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”, requeriam a integração de diferentes zonas cerebrais que atuavam em conjunto.

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. Nesse ínterim, Luria distinguiu no cérebro três unidades funcionais: 1.^a unidade – reguladora da vigília e do tônus muscular, localizada na formação reticular e no sistema límbico; 2.^a unidade – responsável pelo recebimento, processamento e armazenamento de informações, localizada nos lobos occipital, parietal e temporal (regiões posteriores ao sulco central); e 3.^a unidade – responsável pelo monitoramento dos comportamentos e da atividade mental, localizada no lobo frontal, como mostra a Fig. 13.1 (Luria, 1992; Machado, 1993; Camargo, Bolognani e Zuccolo, 2008).

A neuropsicologia no Brasil foi iniciada na década de 1950, pelo médico neurologista 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 formas de avaliar aspectos neurológicos da criança e incentivando o estudo das funções cognitivas de seus pacientes.

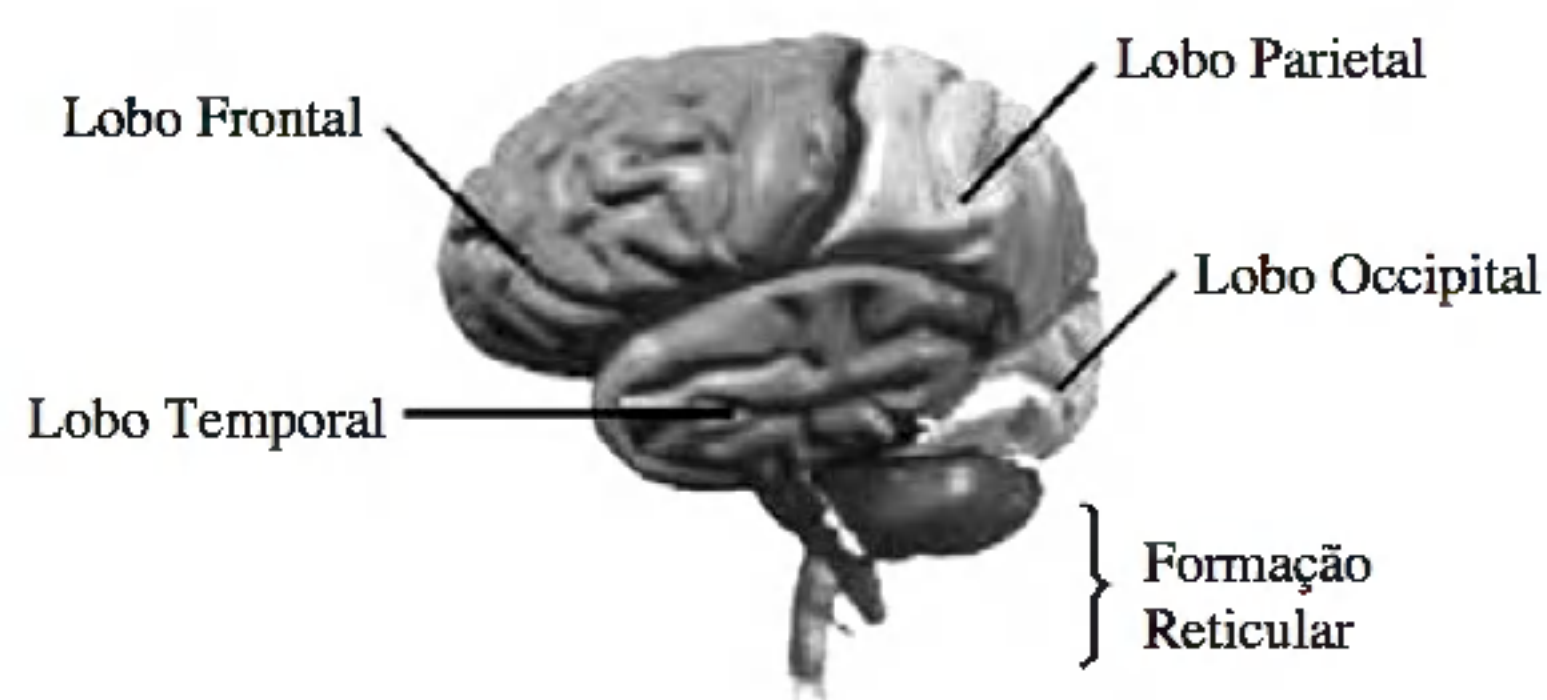


Fig. 13.1 Os lobos cerebrais. As unidades propostas por Luria abrangem áreas incluídas na divisão dos lobos cerebrais: 1.^a Unidade – Formação Reticular; 2.^a Unidade – Lobos Occipital, Parietal e Temporal; 3.^a Unidade – Lobo Frontal (Luria, 1992).

Sua esposa e neuropsicóloga, Beatriz Lefèvre, nos anos de 1980, publicou 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 (USP).

OBJETIVOS DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

Avaliar neuropsicologicamente uma pessoa significa mapear suas habilidades cognitivas de forma a poder identificar quais são 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 o conhecimento da localização das diferentes funções cognitivas no cérebro. No entanto, recentemente, com o avanço das técnicas de neuroimagem estrutural e funcional, a partir das quais as localizações dos comportamentos e habilidades cerebrais passaram a ser obtidas com maior fidedignidade, o propósito da Neuropsicologia migrou para contribuições na compreensão de casos clínicos, no auxílio na escolha sobre tipos de tratamentos mais adequados para determinada capacidade neuropsicológica, elucidação de prognósticos, além de contribuir com os achados científicos através de pesquisas. Os novos objetivos da Neuropsicologia estão ilustrados no Quadro 13.1 (Laatsch, 2002).

Quadro 13.1 Objetivos da Avaliação Neuropsicológica

Objetivo	Habilidades Requeridas
<p>Diagnóstico:</p> <p>Auxiliar no diagnóstico diferencial entre quadros com manifestações semelhantes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento de quadros clínicos neurológicos, psiquiátricos e emocionais (ex.: na diferenciação entre demência e envelhecimento normal). 2. Conhecer o perfil neuropsicológico de determinados quadros clínicos. 3. Conhecer efeitos de medicamentos. 4. Ter afinidade com ampla quantidade de testes neuropsicológicos para realizar a escolha da bateria.

(continua)

Quadro 13.1 *Objetivos da Avaliação Neuropsicológica (continuação)*

Objetivo	Habilidades Requeridas
Prognóstico: Prever o impacto de determinado evento nas habilidades cognitivas em curto e/ou longo prazos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Depende do quadro clínico, e requer conhecimento sobre estes. Está ligado à etiologia. 2. Pode ser auxiliar aos 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 que o paciente tem (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. É necessário 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. Conhecimento dos 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.

Camargo, Bolognani e Zuccolo (2008, p.104) descrevem bem o novo foco de investigação da Neuropsicologia: “a avaliação não mais concentra seu interesse na localização, mas no estabelecimento da extensão, do impacto e das consequências cognitivas, comportamentais e na adaptação emocional e social que lesões ou disfunções cerebrais podem promover nas pessoas”.

Apesar de as técnicas de neuroimagem serem um avanço, diversos autores relatam que, a despeito do diferente foco da Neuropsicologia atual, ainda há casos em que a neuroimagem pode não ser sensível suficientemente para detectar alterações significativas. Pode-se dizer que, muitas vezes, a lesão em si pode não indicar o prejuízo do paciente no seu cotidiano, na sua profissão etc. Tal evidência só pode ser ilustrada a partir do estudo do comportamento do indivíduo, considerando-se a modulação do ambiente sobre seu funcionamento cerebral (Kolb e Wishaw, 2003; Camargo, Bolognani e Zuccolo, 2008).

Nesse sentido, não somente doenças crônicas, mas também aquelas transitórias; não apenas os quadros clínicos relacionados diretamente às estruturas ou à química neurológica, mas também aqueles relacionados a desordens emocionais, endócrino-lógicas, cardíacas e outros eventos ambientais passam a ser potencialmente adversos para o comportamento e funcionamento cerebral. Ou seja, eventos clínicos ou ambientais são de interesse da avaliação neuropsicológica, demarcando seu caráter preventivo e investigador dos impactos e das consequências em longo prazo.

PROCEDIMENTO DA AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

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

Um teste psicológico é uma ferramenta através da qual, a partir de um procedimento sistemático, obtêm-se informações sobre o comportamento humano. Os comportamentos medidos através dos testes psicológicos podem ser aspectos da cognição, conhecimento, 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 quais habilidades estão requerendo 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, segundo Lezak (2004), nesse período as habilidades apresentam alterações constantes. Outra situação seria na avaliação de uma criança com dificuldades atencionais na escola. Nesse caso, os testes devem contemplar as capacidades de atenção da criança.

Outra condição a ser considerada é o tempo da avaliação. É interessante conhecer a tolerância do paciente frente a 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 numa enfermaria ou num ambulatório e orientar o paciente sobre possíveis fatores que podem ocasionar o cancelamento de uma sessão de avaliação. Nesse contexto, pode ocorrer adiamento da avaliação em função de ansiedade do paciente, privação de sono, fome, dores apresentadas pelo mesmo, assim como a

Quadro 13.2 *Elementos Básicos dos Testes Psicológicos*
(Adaptado de Urbina. S. **Essentials of psychological testing**, 2004)

É um procedimento sistemático, ou seja, uniforme e planejado.
Testes psicológicos são baseados em resultados de amostras de comportamentos, ou seja, representam uma realidade muito maior.
Os comportamentos avaliados são selecionados por serem relevantes empiricamente ou na prática clínica.
Os resultados possuem correspondentes numéricos ou categorias de acordo com as regras preestabelecidas de cada teste.

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, tais como problemas motores, de linguagem ou sensoriais. Nesses casos, verificar se o teste é adaptável torna-se imprescindível. Além dessas providências, é sempre importante certificar-se da validade e da 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 através de seu uso só poderão ser representados de forma quantitativa a partir da comparação com os escores padrão, fornecidos pelos manuais dos testes. Esses escores padronizados são obtidos através 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, estão eles apenas adaptados à cultura brasileira e não foram padronizados nem validados. Tal fato é o maior motivo de avaliações inadequadas, pois, no caso da utilização de testes apenas adaptados, é requerido que o neuropsicólogo faça um exercício de raciocínio clínico baseado numa formação muito capacitada. Nesse contexto, infelizmente encontramos muitos resultados insuficientes, pois comparar resultados de pessoas brasileiras com resultados de pessoas americanas aumenta a chance de erros (Alchiere, 2004).

Situações nas quais um paciente não fala a língua do neuropsicólogo devem ser remediadas com a utilização de um tradutor e/ou da utilização da versão do teste na língua do paciente (Goldstein e McNeil, 2004).

Caso o paciente já tenha sido submetido ao teste selecionado pelo neuropsicólogo, sugere-se que seja feita uma análise sobre o quanto as perguntas e respostas do teste 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 de um mesmo teste psicológico, se não se optar por um outro teste que se propõe a medir o mesmo constructo (Goldstein e McNeil, 2004; Strauss, Sherman e Spreen, 2006a).

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, *checklists*. Tais instrumentos são utilizados geralmente para obter dados sobre aspectos motivacionais, atitudes, interesses, 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, tais como inteligência, memória, velocidade de processamento de informação, linguagem, aprendizagem, praxias, funções executivas, percepção, atenção e funções visuoespaciais. São, assim como os testes psicológicos, padronizados e, portanto, possibilitam a comparação dos resultados dos pacientes com os da amostra representativa da população normal (Alchieri, 2004; Miotto, 2007).

Nesse íterim, vale ressaltar que os instrumentos de avaliação auxiliam na compreensão de determinado paciente, mas não são capazes de fornecer as informações suficientes para que possamos de fato entender o indivíduo no seu contexto de vida.

O processo de avaliação de um paciente abrange mais do que a utilização de testes padronizados. É essencial que sejam coletados dados sobre sua história de vida, e, nesse sentido, os dados relevantes diferem quanto à faixa etária da pessoa 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, Sherman e Spreen, 2006).

1. Presença de intercorrências na gestação ou no nascimento (uso de medicação pela mãe gestante, tipo de parto, falta de oxigênio ao nascer, entre outros);
2. Dados sobre o desenvolvimento neuropsicomotor (peso, altura, Apgar, quando falou, andou, controlou os esfíncteres vesical e anal etc.);
3. Antecedentes mórbidos pessoais passados e presentes (investigar a presença de problemas de saúde atual e no passado, se estes foram ou estão sendo tratados, o tempo de duração, a evolução, se faz uso de medicações, uso de drogas etc.);
4. Antecedentes mórbidos familiares (dados sobre a herança genética e sobre o ambiente familiar em que o paciente está inserido);
5. Vida acadêmica e/ou profissional;
6. Informações sobre a sociabilidade e o aspecto afetivo do paciente (incluindo a presença de problemas de relacionamento);
7. Checar se há sintomas neurológicos frequentes, tais 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;
8. Qualidade e quantidade (horas necessárias) do sono: checar se apresenta distúrbios do sono, tais como sonambulismo, apneia do sono, terror noturno (para crianças);
9. Problemas com alimentação: tipo e quantidade de alimentos desde o nascimento;
10. Presença de queixas neuropsicológicas percebidas pelo paciente: alterações sensoriais, motoras, de linguagem, raciocínio matemático, habilidades não verbais, concentração, atenção, memória, humor ou comportamento;
11. Realização de exames neurológicos ou neuropsicológicos anteriores.

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. Ou seja, a diferença central está na capacidade

do profissional em 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.

A INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS NEUROPSICOLÓGICOS

Após a obtenção das respostas do paciente, estas serão transformadas em escores de acordo com as normas propostas nos manuais dos testes. Posteriormente, o trabalho do neuropsicólogo é compreender os dados objetivos e relacioná-los com o que foi observado, coletado através 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, nem tampouco um diagnóstico pode ser feito baseado apenas em resultados de testes neuropsicológicos. O que se pode concluir numa avaliação neuropsicológica é que o paciente apresenta características neuropsicológicas semelhantes às que se encontram em determinado quadro clínico. Portanto, avaliação neuropsicológica não resulta num diagnóstico, mas apenas auxilia na sua compreensão quando somada à avaliação clínica (Goldstein e McNeil, 2004).

A relação de causa e efeito é uma procura incessante dos cientistas, apesar de essa relação dificilmente ser bem delineada. Muitas variáveis interferem num 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. Mas, há notadamente a impossibilidade de obter esses dados de forma fidedigna. Para lidar com tal incerteza, o neuropsicólogo pode *sugerir hipóteses diagnósticas* após um estudo mais refinado de seu paciente.

Outra razão 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 noutros não. Assim, fica inviável afirmar a disfunção completa de uma habilidade, já que ela pode funcionar perfeitamente em outras situações (Goldstein e McNeil, 2004).

A ausência de consistência nos achados neuropsicológicos frustra a comunidade científica que visa buscar normas explicativas sobre o funcionamento cerebral e a causalidade do comportamento. Cada vez mais fica 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 minuciosas características 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 ILUSTRATIVO

A seguir será descrito um caso ilustrando a atuação neuropsicológica num ambulatório especializado em transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em adultos (TDAH), 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. A Unidade Borges Lagoa, na qual funciona o Ambulatório de TDAH-adulto, contém três salas de atendimento, uma sala de espera, dois banheiros e uma sala para os profissionais aguardarem os pacientes.

Há cerca de um ano, esse Ambulatório de TDAH-adulto mudou-se para as dependências de um prédio comercial particular, próximo ao Complexo do Hospital São Paulo. A UNIAD – Unidade Borges Lagoa conta com uma secretária e vários profissionais que integram subequipes (compostas minimamente por psicólogos e psiquiatras) que atendem pacientes usuários de drogas de diversas faixas etárias. A equipe responsável pelos atendimentos de TDAH-adulto é composta por uma psicóloga comportamental e neuropsicóloga e dois médicos psiquiatras.

Os atendimentos que eram gratuitos passaram a ser cobrados num valor inferior ao mercado de São Paulo, devido ao desejável e crescente desenvolvimento de sua autonomia ao longo dos anos, desde 1994. Nesse sentido, a população atendida é moradora da cidade de São Paulo, com uma média de idade de 35 anos, bom nível socioeconômico e cultural, e procura o serviço por suspeita diagnóstica de TDAH.

O ambulatório funciona da seguinte forma: inicialmente, o paciente é atendido individualmente por um dos psiquiatras para a realização da triagem inicial, padronizada e aplicada em todos os pacientes atendidos. Após esse atendimento, o caso é discutido com toda 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 é informado sobre seu diagnóstico e, caso seja confirmado o quadro de TDAH, é feito um trabalho educativo, tanto nas consultas médicas quanto nas consultas psicológicas. Os pacientes que não preenchem critérios diagnóstico para TDAH são encaminhados para outros serviços.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO			
Nome: VPT	Sexo: masculino	Ano de nascimento: 1954	53 anos
Escolaridade: 3.º grau completo			
Dominância lateral: destro			
OBJETIVO DA AVALIAÇÃO			
Verificar se há comprometimento nas funções executivas, tais como capacidade de planejamento e organização, memória de trabalho, capacidade de inibição, flexibilidade mental, atenção e concentração para auxiliar no diagnóstico diferencial entre TAB (transtorno afetivo bipolar) e TDAH (transtorno do déficit de atenção e hiperatividade) e otimizar o plano terapêutico do paciente.			

(continua)

QUEIXA RELATADA PELO PACIENTE
Dificuldade em controlar seu comportamento, principalmente seu humor (sempre está mal-humorado), 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 em atividades cotidianas (dirigir, planejar um caminho, estimar o tempo que levará para realizar uma atividade).
DADOS SOBRE SUA HISTÓRIA DE VIDA (ANAMNESE)
Saúde
<p>Desenvolvimento Neuropsicomotor:</p> <p>Nasceu de parto normal e nega conhecer 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.</p>
<p>Antecedentes Mórbitos Pessoais:</p> <p>Passado:</p> <p>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 outras drogas) por 10 anos. Atualmente, esse quadro está remitido.</p> <p>Atual:</p> <p>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 refere 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 – <i>sic.</i>). Sua impulsividade se manifesta em situações de discussões (chega a ser repetitivo) e com comida. Refere 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).</p> <p>Primeiro episódio depressivo em 1996, em função de problemas de relacionamento com a família. O paciente relata que houve distanciamento entre eles a partir de 1991, quando foi trabalhar em São Paulo e passou a ficar menos tempo com a família. Nessa época, começou a beber e se esquivar de voltar para casa. Houve piora nos sintomas de ansiedade e depressão em 1998.</p> <p>Em relação ao sono, desde os 12 anos teve 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.</p> <p>Apresenta comorbidades clínicas: hipertensão arterial, nível de colesterol alto, <i>diabetes mellitus</i> tipo II, todos em tratamento. Refere que tais problemas foram adquiridos em função do estilo de vida (alimentação e sedentarismo).</p>
<p>Utilização de Medicamentos:</p> <p>Atualmente – e, portanto, durante a avaliação –, o paciente está/esteve em uso de Aripiprazol (10 mg) e Lamotrigina (150 mg). Ambas as medicações não provocam alterações na capacidade atencional do paciente.</p>
<p>Antecedentes Mórbitos Familiares:</p> <p>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.</p>

(continua)

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 (1.^a e 5.^a séries, 1.^a e 3.^a no colegial, 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 3.^o 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. 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 tinham início porque, na maioria das vezes, as meninas o paqueravam.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – WAIS (Nascimento, 2004), sendo aplicados os 14 subtestes que avaliam respectivamente:

1. Dígitos: funções executivas, memória auditiva imediata e amplitude da atenção;
2. Vocabulário: linguagem;
3. Cubos: percepção espaçotemporal;
4. Procurar Símbolos: atenção dividida, flexibilidade de pensamento;
5. Sequência Número-letra: atenção dividida;
6. Códigos: velocidade visuomotora;
7. Aritmética: memória de trabalho e flexibilidade mental;
8. Completar Figuras: discriminação de aspectos essenciais de não essenciais;
9. Raciocínio Matricial: raciocínio lógico não verbal;
10. Informação: capacidade de aquisição de informações do meio;
11. Compreensão: habilidades sociais, compreensão de regras;
12. Semelhança: capacidade de raciocínio abstrato;
13. Armar Objetos: capacidade de análise e síntese;
14. 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 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 e cols. (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 e cols., 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: (1) situação em que mais de um estímulo é requerido para a execução da tarefa; (2) situação em que a amplitude da atenção é requerida.

ASRS versão 1.1 (Mattos e cols., 2006) é uma escala de rastreamento que contempla os sintomas do critério A do DSM-IV para TDAH, modificados para o contexto da vida adulta.

(continua)

RESULTADOS E CONCLUSÕES

Os resultados da avaliação proposta pela utilização da WAIS são obtidos através da soma de acertos apresentados pelo paciente, sendo essa soma o resultado bruto. A cada resultado bruto, há correspondentes valores de resultado ponderado, de acordo com achados baseados na normatização brasileira do instrumento. O QI é dividido em QI verbal, QI execução e QI total. Além desses indicativos, 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).

<i>Subteste</i>	<i>Resultados Brutos</i>	<i>Resultados Ponderados</i>	<i>Classificação</i>
<i>Compreensão</i>	32	18	Acima da Média
<i>Aritmética</i>	20	15	Acima da Média
<i>Sequência Número-letras</i>	12	12	Média Superior
<i>Vocabulário</i>	51	11	Média
<i>Dígitos*</i>	17	10	Média
<i>Procurar Símbolos</i>	28	10	Média
<i>Armar Objetos</i>	28	10	Média
<i>Informação</i>	21	9	Média
<i>Semelhanças</i>	20	8	Média Inferior
<i>Código</i>	60	8	Média Inferior
<i>Completar Figuras</i>	18	8	Média Inferior
<i>Arranjo de Figuras</i>	8	7	Limítrofe
<i>Cubos</i>	20	6	Extremamente Baixo
<i>Raciocínio Matricial</i>	5	5	Extremamente Baixo

*OD = ordem direta; OI = ordem inversa.

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 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

Os resultados obtidos pelo WAIS demonstram que o paciente apresenta um quociente intelectual na média superior, apresentando melhores resultados no que se refere às habilidades verbais. Um desempenho médio superior foi encontrado no Índice de Memória Operacional, indicando boa função cerebral executiva. Foi evidenciada facilidade na flexibilidade de pensamento, na compreensão e repertório social do paciente. Suas maiores dificuldades estão relacionadas ao 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.

(continua)

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, esquecendo-se de incluir uma letra na tarefa, indicando que a desatenção pode interferir negativamente em sua Memória Operacional.

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 pela Figura Complexa 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 7 omissões (esquecimentos) e 1 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, 5 sinais foram detectados com frequência alta e 4 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 demonstrou-se tranquilo durante as provas, não mostrando 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.

Conclusões:

O paciente apresentou resultados adequados em relação ao desempenho intelectual (QI), sendo suas habilidades verbais 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, demonstrando-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 (no 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 num 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 ao controle inibitório de seu comportamento (possivelmente relacionado ao quadro clínico de bipolaridade) e à 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 a realização de exames de imagem que possam elucidar possíveis alterações estruturais decorrentes das crises epiléticas relatadas pelo paciente e 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 fenitoina (medicação utilizada), pois essas dificuldades, coincidentemente, acentuaram-se após o início das crises. Há dados na literatura que reafirmam essa relação entre presença de crises epiléticas com tratamento prolongado com fenitoina e atrofia cerebelar (região envolvida com o equilíbrio que interfere na capacidade visuoespacial) ou em outras regiões cerebrais (Negro e cols., 2000). Para tanto, sugere-se que seja feita tal investigação.

CONCLUSÃO

A Neuropsicologia é uma ciência abrangente, requerendo habilidades diversas dos profissionais que atuam nessa área. Manusear testes psicológicos nessa atuação envolve muito mais do que apenas a leitura dos manuais de aplicação. Requer o conhecimento e o entendimento do processo de confecção dos instrumentos para que a escolha seja adequada e pertinente ao objetivo da avaliação.

Os resultados neuropsicológicos são funcionais e utilizáveis apenas 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 mesmo 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 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 encontradas, principalmente devido aos 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. (2004). Aspectos instrumentais e metodológicos da avaliação psicológica. In: V. M. Andrade; F. H. Santos e O. F. A. Bueno. **Neuropsicologia hoje**. São Paulo: Artes Médicas.
- Camargo, C. H. P.; Bolognani, S. A. P. e Zuccolo, P. F. (2008). O exame neuropsicológico e os diferentes contextos de aplicação. In: D. Fuentes; L. F. Malloy-Diniz; C. H. P. Camargo; R. M. Cosenza; e cols. **Neuropsicologia: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, p. 103-118.
- Cosenza, R. M.; Fuentes, D. e Malloy-Diniz, L. F. (2008). A evolução das ideias sobre a relação entre cérebro, comportamento e cognição. In: D. Fuentes; L. F. Malloy-Diniz; C. H. P. Camargo; R. M. Cosenza e cols. **Neuropsicologia: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, p. 15-19.
- Damásio, A. R. (1996). **O erro de Descartes – emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras.
- Golden, C. J. e Freshwater, S. M. (2002). **Stroop Color and Word Test: revised examiner's manual**. Wood Dale, I. L.: Stoelting.
- Goldstein, L. H. e McNeil, J. E. (2004). General introduction: what is relevance of neuropsychology to clinical psychology practice? In: L. H. Goldsteins e J. E. McNeil. **Clinical Neuropsychology – a practical guide to assessment and management to clinicians**. England: John Wiley & Sons, p. 3-20.
- Kolb, B. e Wishaw, Q. (2003). **Fundamentals of human neuropsychology**. 5th ed. Worth Publisher, p. 1-26.
- Laatsch, L. (2002). Neuropsychological assessment. **Encyclopedia of Psychotherapy**, 2: 223-228.
- Lezak, M. D.; Howieson, D. B. e Loring, D. W. (2004). **Neuropsychological Assessment**. 4th ed. New York: Oxford University Press.
- Luria, A. R. (1992). **A construção da mente**. Trad. M. B. Cipolla. São Paulo. Ícone.
- Machado, A. (1993). **Neuroanatomia Funcional**. São Paulo: Atheneu.
- Mattos, P.; Segenreich, D.; Saboya, S.; Louzã, M.; Dias, G. e Romano, M. (2006). Adaptação transcultural para o português da escala Adult Self-report Scale para avaliação do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em adultos. **Rev. Psiqu. Clin.**, 33(4): 188-194.

- Miotto, E. C. (2007). Neuropsicologia: conceitos fundamentais. *In*: R. C. Miotto; M. C. S. Lucia e M. Scaff (Orgs.). **Neuropsicologia e as interfaces com as neurociências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 136-142.
- Nascimento, E. (2004). **WAIS-III – Escala de Inteligência Wechsler para adultos: Manual/David Wechsler: Adaptação e padronização de uma amostra brasileira**. 1.^a ed. Tradução: M. C. V. M. Silva. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Negro, A. D.; Dantas, C. R.; Zanard, V.; Montenegro, M. A. e Cendes, F. (2000). Relação dose-dependente do uso crônico de fenitoína e atrofia cerebelar em pacientes com epilepsia. **Arq. Neuropsiquiatr.** 58(2-A): 276-281.
- Oliveira, M.; Rigoni, M.; Andretta, I. e Moraes, J. F. (2004). Validação do Teste Figuras Complexas de Rey na População Brasileira. **Avaliação Psicológica**, (3)1: 33-38.
- Rufo-Campos, M. (2006). La neuropsicologia: historia, conceptos básicos y aplicaciones. **Revista de Neurologia**, 43(supl. 1): S57-S58.
- Sisto, F. F.; Noronha, A. P. P.; Lamounier, R.; Bartholomeu, D. e Rueda, F. J. M. (2006). **Testes de Atenção Dividida e Sustentada**. São Paulo: Vetor.
- Strauss, E.; Sherman, S. E. M. e Spreen, O. (2006). History taking. *In*: E. Strauss; S. E. M. Sherman e O. Spreen. **A compendium of neuropsychological tests – administration, norms, and commentary**. New York: Oxford University Press, p. 55-74.
- Strauss, E.; Sherman, S. E. M. e Spreen, O. (2006a). Psychometrics in neuropsychological assessment. *In*: E. Strauss; S. E. M. Sherman e O. Spreen. **A compendium of neuropsychological tests – administration, norms, and commentary**. New York: Oxford University Press, p. 3-42.
- Tombaugh, T. N. (2004). Trail making test A and B: normative data stratified by age and education. **Archives of Clinical Neuropsychology**, 19: 203-214.
- Tyerman, A. e King, N. S. (2004). Interventions for Psychological Problems After Brain Injury. *In*: L. H. Goldsteins e J. E. McNeil. **Clinical Neuropsychology – a practical guide to assessment and management to clinicians**. England: John Wiley & Sons, p. 385-404.
- Urbina, S. (2004). **Essentials of psychological testing – Essentials of behavioral science series**. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., p. 1-33.

Sistema Familiar de Crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento

Fátima Iara Abad Sanchez

INTRODUÇÃO

De todos os bens que um ser humano possui, poucos lhes pertencem de modo tão íntimo e especial como sua família. Esse bem, por si só, justificaria a decisão de fazer um estudo sobre ela. Mas, aparentemente, a curiosidade natural pelas funções e relações da família pode estender-se na história das atitudes, das expressões emocionais e concepções que já sofrem influências de fatores culturais, assim como as diferenças existentes dentro da própria família.

O estudo dessas interações contribui para que os valores existentes nessas famílias jamais fiquem 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 global do desenvolvimento (TGD), especificamente autismo e esquizofrenia infantis. Entende-se por determinantes psicológicos os padrões comportamentais que as famílias estruturam e organizam na relação social e no desenvolvimento destas crianças.

O contexto familiar abordado neste capítulo está de acordo com os pressupostos do pensamento sistêmico, em que 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 forma multidimensional, compreendendo a interação biológica, psicológica e o processo social.

Verifica-se que as famílias desestruturadas e incontinentes, com elevada expressão emocional (estilo afetivo, comunicação desviante, criticidade e hostilidade), exacer-

bam a doença de crianças biocomportamentalmente reativas, ao passo que a moderação desse fator configura uma família de adaptação, segundo o modelo proposto por Wood (1993).

Os trabalhos realizados nessa área 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 da autora em instituição da área da saúde, no trabalho com uma equipe interdisciplinar que atende crianças e adolescentes com transtorno global do desenvolvimento, como psicóloga, observa-se que a dinâmica familiar que se estabelece com a criança identificada como cronicamente doente possui algumas características.

Essas características 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, parecendo contribuir, dessa forma, para o estabelecimento de padrões rígidos que vêm reforçar a patologia.

Cercadas pelo estigma da doença, as crianças, bem como toda a família, geralmente parecem perder a liberdade de escolha e individualidade, recebendo poucos estímulos, contribuindo, assim, sobremaneira, para o desequilíbrio emocional, além de 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, ficando as relações sociais voltadas para um ou outro membro da família.

TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO

As considerações a seguir passam a definir as crianças com TGD, no que se refere aos comportamentos que governam e estabelecem os padrões familiares.

AUTISMO

O autismo possui características de acordo com o seu processo histórico de diagnóstico e avaliação. Maiores detalhes sobre estas características encontram-se descritas no Cap. 7 (Ambulatório Especializado no Atendimento de Crianças Autistas).

Como já citado no referido capítulo, foi somente em 1943 que Kanner descreveu, sob o nome de “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, um quadro que ele caracterizou por “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).

Tal como Kanner, Asperger observou nos casos que avaliou algumas correlações familiares importantes, especialmente com as mães (Asperger, 1943). Surgiram trabalhos psicodinâmicos, que adaptaram a técnica psicanalítica para tratar destes casos e os diagnosticaram como desenvolvimento de personalidade atípica (Baron-Cohen, Leslie e Frith, 1985). Mahler (1983), outra psicanalista, ao lidar com esse tipo de sintomas, 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, Minkowsky (*apud* Parnas e Bovet, 1991) não considera 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 como um “mecanismo de defesa”.

A “síndrome”, conforme citada por Kanner, é aceita como um padrão psicopatológico com um diagnóstico bem estabelecido. Neste momento, são estabelecidas as seguintes considerações:

- a. o autismo infantil precoce é uma síndrome bem definida, passível de ser observada, com pequenas dificuldades no curso dos dois primeiros anos de vida da criança;
- b. sua natureza básica está intimamente relacionada com a esquizofrenia infantil; e
- c. o autismo infantil poderia ser uma manifestação precoce da esquizofrenia infantil.

Kanner (1968) ainda refere 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, baseado nos conceitos da escola inglesa, O’Gorman (*apud* Krynski, 1977) organiza critérios diagnósticos caracterizados por:

- a. “retração ou fracasso frente à realidade; dificuldades no relacionamento com pessoas;
- b. sério retardo intelectual, com ilhotas de normalidade ou habilidades especiais;
- c. dificuldades na aquisição da fala ou na manutenção da já aprendida;
- d. respostas anormais a estímulos sensoriais;
- e. maneirismos ou distúrbios do movimento (excluindo tiques); e
- f. resistência psicológica a mudanças”.

Já em 1969, novos critérios são formulados por Clancy e cols. no diagnóstico do autismo (*apud* Krynski, 1977):

- a. “grande resistência em agrupar-se;
- b. age como se fosse surdo;
- c. resistência a situações novas;
- d. ausência de medo frente a perigos reais;
- e. resistência a novos aprendizados;
- f. indicação das necessidades através dos gestos;
- g. ri sem motivo aparente;
- h. não abraça afetivamente as pessoas;
- i. hiperatividade física acentuada;
- j. evita olhar de frente;
- k. gira ou roda objetos incansavelmente;
- l. afeto incomum a objetos especiais;
- m. jogos ocasionais de forma repetitiva; e
- n. comportamento indiferente, isolado, retraído não participante”.

Em 1976, começa-se a falar em 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 formas encontradas no adulto (Ritvo e Ornitz, 1976), e que seria decorrente de uma patologia específica do Sistema Nervoso Central.

Na visão atual, o autismo é hoje considerado uma síndrome comportamental com etiologias múltiplas e curso de um distúrbio de desenvolvimento (Gilberg, 1990).

As causas psicossociais do autismo podem estar vinculadas às relações humanas e com mudanças constantes de cuidadores nas instituições, sem a precaução dos mesmos profissionais cuidarem das mesmas crianças, impedindo, desta forma, a realização de vínculos estáveis. Outro exemplo refere-se à mãe que volta a trabalhar logo após o parto e que, após o horário de trabalho, vai buscar cansada seu bebê e não o estimula de maneira adequada, podendo com isto comprometer a relação afetiva entre ambos.

Esses fatores psicossociais, dentre outros, associados aos fatores biológicos do autismo, podem proporcionar que algumas crianças se comportem de modo inadequado, como, por exemplo, não se esforçando aos estímulos recebidos e virando as costas aos cuidadores (Schwartzman e Assumpção Jr., 1995).

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 forma surpreendente antes dos três ou sete anos e/ou podem até ler antes de falar. A puberdade pode trazer mudanças em uma ou outra direção, e as funções cognitivas e as habilidades sociais podem decair ou melhorar independentemente uma da outra. Frequentemente, há uma exacerbação do comportamento agressivo, que pode permanecer por muitos anos.

ESQUIZOFRENIA

O conceito de esquizofrenia evoluiu por dois caminhos distintos: um busca um substrato orgânico e hereditário e o outro ressalta os fatores psicossociais.

Os conceitos consistiam em aspectos particulares da enfermidade, e, em 1809, Pinel descreve casos sob a denominação de “*idiotia adquirida*”. Esquirol, em 1838, fez referências a quadros de demências antes dos 25 anos de idade, e Moral, entre 1851 e 1853, empregou, pela primeira vez, a expressão “*demência precoce*” ao descrever um caso de desorganização de pensamento em um menino de 14 anos, considerando a “*demência precoce*” como afecção de natureza constitucional e a incluindo nas “*loucuras hereditárias de existência intelectual limitada com transição irremediável à idiotia*”. Em 1871, Hecker descreveu a hebefrenia como enfraquecimento mental rápido, transtornos da linguagem escrita, maneirismos, catatonia como entidade caracterizada por rigidez, tensão e contratura consequente a excessos sexuais, masturbação e estafa intelectual (*apud* Madalena, 1982; Paim, 1968).

Kraepelin, 1891 (*apud* Guiraud, 1968), englobou os quadros aqui descritos como entidade única, caracterizada por início súbito no adolescente com evolução rápida para um quadro de indiferença, inatividade e estereotipia, com déficits na vida afetiva e na vontade. Considerou a etiologia da esquizofrenia como “*endógena e sintomatologia caracterizada por alucinações, delírios, negativismo e comportamento estereotipado*”. Descreveu, ainda, os tipos hebefrênico, catatônico e paranoide pela primeira vez.

Bleuler (1985) nomeou a esquizofrenia e introduziu no critério diagnóstico sintomas primários (relacionados ao processo mórbido, psicógeno), e dividiu-os em:

- sintomas fundamentais, presentes em todos os casos, com perturbação das associações, ambivalência e autismo; e
- sintomas acessórios que podem ou não ocorrer: delírios, alucinação e sintomas psicomotores.

Schneider (1968) classificou a esquizofrenia como endógena, sistemática e unicamente hereditária, descrevendo-a como “uma psicose cuja natureza somática não se conhece”, concluindo que os estudos biológicos da época relacionavam a esquizofrenia com anormalidades estruturais ou funcionais do sistema nervoso. Os estudos revelavam alargamentos dos ventrículos e atrofia cortical, na formulação de hipóteses de que a esquizofrenia poderia ser composta por duas síndromes independentes:

- síndrome tipo I, devida a uma hiperfunção dopaminérgica, caracterizada por delírios, alucinação e distúrbios do pensamento, com boa resposta ao tratamento neuroléptico e aumento do número de receptores dopaminérgicos; e
- síndrome tipo II, devida a alterações estruturais do cérebro, caracterizada por sintomas negativos (embotamento afetivo, retraimento social e conteúdo pobre de pensamento).

Uma segunda corrente caminhava ao admitir as reações da personalidade ao processo pré-mórbido, dando margem às teorias da psicodinâmica, como:

- Minkowsky (1953), que fala em perda do contato vital com a realidade;
- Klein (1974), sobre as relações objetais;
- Bateson (1971), sobre a teoria do duplo vínculo; e
- Laing (1973), que chega a negar a esquizofrenia como doença, acreditando ser um produto de relações entre pessoas em um sistema social que gera e desenvolve esquizofrênicos.

Os autores aqui descritos ressaltam ainda que os sintomas da esquizofrenia tendem a aparecer em situações de vulnerabilidade, quando surgem os problemas de relacionamento interpessoal e distorção no significado e nas percepções das experiências.

Isso fez com que o diagnóstico fosse ampliado em demasia nos EUA, sendo revisado por Cooper (1972), que compara os diagnósticos em Nova York e Londres. A partir desse trabalho, surgem alguns critérios diagnósticos, como o RDC (Research Diagnostic Criteria); os DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-III, 1980; DSM-III-R, 1987); o PSE (Present State Examination) e o CID-10 (Classificação das Doenças Mentais).

Segundo o DSM-IV (APA, 1994), a esquizofrenia é uma perturbação que dura pelo menos seis meses e inclui pelo menos um mês de sintomas da fase ativa (delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento amplamente desorganizado ou catatônico e sintomas negativos).

Os sintomas envolvem disfunções cognitivas e emocionais que acometem a percepção; pensamento inferencial; linguagem e comunicação; monitoramento comportamental; afeto; fluência e produtividade do pensamento; discurso; capacidade hedônica; volição; impulso e atenção.

Podem esses sintomas ser conceitualizados como se enquadrando em duas amplas categorias:

- sintomas positivos, caracterizados por excesso ou distorção de funções normais, incluindo delírios, alucinações, discurso desorganizado, comportamento desorganizado ou catatônico; e
- sintomas negativos, com a diminuição ou perda de funções normais, que incluem restrição na amplitude e intensidade da expressão emocional (embotamento afetivo, na fluência e produtividade do pensamento e na iniciação de comportamentos dirigidos a um objeto).

Os delírios são crenças errôneas, habitualmente envolvendo a interpretação falsa de percepção ou de experiências, podendo ser dos tipos persecutórios, referenciais, somáticos, religiosos e grandiosos. Os delírios persecutórios são os mais comuns. Neles a pessoa acredita estar sendo atormentada, seguida, enganada, espionada ou ridicularizada. Já nos de referência, a pessoa acredita que certos gestos, comentários, passagens de livros, jornais, letras de músicas ou outros indicadores ambientais são dirigidos a ela.

As alucinações podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial — auditivas, visuais, olfativas, gustativas e táteis —, sendo as auditivas as mais comuns e características da esquizofrenia, geralmente experimentadas como vozes conhecidas ou estranhas que são percebidas como distintas dos pensamentos da própria pessoa.

A desorganização do pensamento é definida por Bleuler (1985) como o aspecto mais importante da esquizofrenia, e o discurso pode ser desorganizado de variadas maneiras. A pessoa pode saltar de um assunto para outro e as respostas podem estar obliquamente relacionadas ou não com as perguntas. Raramente o discurso está desorganizado de forma tão acentuada.

Um comportamento amplamente desorganizado pode manifestar-se, indo desde o comportamento tolo e pueril até a agitação imprevisível, acarretando dificuldades no desempenho de atividades da vida diária. O indivíduo pode mostrar-se desleixado, vestir-se de modo incomum, exibir um comportamento sexual nitidamente inadequado, que deve ser diferenciado de um comportamento desprovido de objetivos e do comportamento organizado motivado por crenças delirantes.

Os comportamentos motores catatônicos incluem uma diminuição acentuada na reatividade ao ambiente, manutenção de uma postura rígida e resistência aos esforços de mobilização, com a adoção de atitudes bizarras e inadequadas ou a excessiva atividade motora sem propósito e não estimulada. Os sintomas negativos da esquizofrenia respondem por um grau de morbidade, sendo três as características: afeto embotado, alogia e avolição:

- o embotamento afetivo se caracteriza pelo fato de o rosto da pessoa mostrar-se imóvel e irresponsivo, com pouco contato visual e linguagem corporal reduzida;
- o indivíduo com alogia parece ter uma diminuição dos pensamentos, refletida em uma redução da fluência e produtividade do discurso, caracterizado pela pobreza do discurso, manifestado por respostas breves, lacônicas e vazias; e

- a avolição caracteriza-se por incapacidade de iniciar e persistir em atividades dirigidas a um objetivo. A pessoa demonstra pouco interesse em participar de atividades profissionais ou sociais.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), a perturbação, contudo, pode começar na infância ou adolescência, com a probabilidade de um fracasso em conquistar o que seria socialmente esperado do indivíduo. O progresso educacional frequentemente está perturbado, podendo ser incapaz de concluir a escolarização. Muitos são incapazes de manter um trabalho por um período prolongado. A maioria não se casa (de 60 a 70%), e a maior parte mantém contatos sociais relativamente limitados.

Embora as funções intelectuais básicas sejam classicamente consideradas intactas na esquizofrenia, alguns indicadores de disfunção cognitiva frequentemente estão presentes. O indivíduo pode estar confuso e desorientado ou ter prejuízo de memória durante o período de exacerbação dos sintomas ativos ou sintomas negativos muito graves. Despersonalização, desrealização e preocupações somáticas podem ocorrer e, ocasionalmente, alcançam proporções delirantes. Anormalidades motoras, como trejeitos faciais, posturas, maneirismos estranhos, comportamentos ritualizados ou estereotipados podem também estar presentes.

A expectativa de vida para indivíduos com esquizofrenia é menor que para a população em geral. O suicídio é um fator importante, e ocorre em 10% dos pacientes.

Kaplan e Sadock (1985) descrevem os subtipos da esquizofrenia pela sintomatologia predominante à época da avaliação, de acordo com os seguintes parâmetros:

- tipo paranoide — sua característica essencial é a presença de delírios ou alucinações auditivas proeminentes no contexto com uma relativa preservação do funcionamento cognitivo e afetivo. Apresentam, os indivíduos, discurso desorganizado, afeto embotado ou inadequado, comportamento catatônico ou desorganizado. Os delírios são tipicamente persecutórios ou grandiosos, ou ambos, podendo ser múltiplos, mas geralmente organizados em torno de um tema coerente. Os temas persecutórios podem predispor o indivíduo ao comportamento suicida, e a combinação de delírios persecutórios e grandiosos com raiva pode predispor à violência;
- tipo desorganizado ou hebefrênico — a característica essencial é o discurso desorganizado, comportamento desorganizado e afeto embotado ou inadequado. A desorganização comportamental pode levar a uma grave perturbação na capacidade de executar atividades da vida diária. Os aspectos associados incluem trejeitos faciais, maneirismos e outras estranhezas do comportamento;
- tipo catatônico — caracterizado por uma acentuada perturbação psicomotora, envolvendo imobilidade motora, evidenciada por cataplexia (incluindo flexibilidade cêrea ou estupor); atividade motora excessiva, aparentemente desprovida de propósito e não influenciada por estímulos externos, e extremo negativismo (resistência aparentemente sem motivo a toda e qualquer instrução), podendo ocorrer também a manutenção de uma postura rígida contra tentativas de mobilização ou mutismo; peculiaridades do movimento voluntário, evidenciadas por posturas (inadequadas ou bizarras; movimentos estereotipados; maneirismos) e ecolalia ou ecopraxia;
- tipo indiferenciado — corresponde à presença de sintomas da esquizofrenia, mas que não satisfazem os critérios do tipo paranoide, desorganizado ou catatônico; e

- tipo residual — deve ser usada essa denominação quando houver pelo menos um episódio de esquizofrenia, mas o quadro atual não apresenta sintomas psicóticos positivos proeminentes (delírios, alucinações, discurso ou comportamento desorganizado), existindo a presença de sintomas negativos (afeto embotado, discurso pobre ou avolição).

SISTEMA FAMILIAR

Considerando o sistema familiar dentro de um pensamento relacionado com a totalidade, organização e padronização, os eventos são vistos dentro de um contexto, nas conexões e relações, mais do que nas características pessoais em que cada parte só pode ser entendida no contexto de todo o 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. Estas 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.

Os pais, geralmente, 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.

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 e permitem que ela evolua de um estágio de desenvolvimento para o outro. Todo comportamento, incluindo o sintoma, estabelece e mantém esses padrões.

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 estas famílias, na tentativa de acertos e erros, a se fortalecer e estabelecer padrões, mesmo que rígidos, acrescidos de positividade no sentido de se adaptarem à rede social (Sluzki, 1997).

O contexto se reorganiza a cada vez que a família e o sistema, com o meio, co-evoluem. Esse é o enfoque da positividade estabelecida em tais 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, Beavin e Jackson (1993), comentam sobre a teoria sistêmica familiar. Por exemplo, Bateson a considerava como uma nova ciência da forma, do padrão e da ordem. Von Foerster acreditava que a teoria se ocupava basicamente da circularidade no estudo dos mecanismos de causa circular, retroalimentação e autorreferência em sistemas artificiais, biológicos ou sociais. Segundo Varela, a intenção do movimento cibernético pode ser resumida como a criação de uma nova ciência da mente, já que os mecanismos circulares logo foram comparados aos meca-

nismos de funcionamento da cognição, da comunicação etc. 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.

Dessa forma, a construção mental se dá como uma espécie de estrutura que conecta uma metáfora que nos permite determinar melhor o nascimento de uma nova concepção de homem e de um novo paradigma, acreditando ser o padrão de comunicação a organização do sistema.

Para a teoria sistêmica, a família é a relação do indivíduo com o meio, e a comunicação é o veículo para que estas relações aconteçam; todo comportamento é comunicação e toda comunicação é comportamento. Toda comunicação altera o comportamento, e é essa informação que vai resultar numa circularidade.

A regulação é dada pela totalidade das interações do sistema, como funcionamento coerente com estas interações. Caracteriza-se como emergente, podendo restringir e possibilitar as interações, em modulação, entendendo-se, portanto, que:

- a análise de cada elemento não permite 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; e
- 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 forma 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, permitindo, 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 faz com que cada um seja responsável pela dinâmica familiar e pela sua manutenção. Entretanto, é importante notar que a família, mesmo mantendo um padrão, pode se modificar. Cervený (1994) afirma que a família pode mudar padrões do passado e encontrar novas formas no presente. Porém, a continuidade entre as gerações é assegurada através da rotina, regras e rituais que preservam o grupo.

Ao funcionar como um sistema, a família supõe um movimento constante, à medida que, quando este cessa e começa a haver um padrão rígido, com papéis e expectativas predeterminados, a situação torna-se patológica. Andolfi e cols. (1989) observaram que, neste caso, as reações se tornam estéreis, não permitindo o desenvolvimento e a diferenciação de cada membro.

Brown (1995) afirma que o nascimento de uma criança com doença grave representa uma ruptura para os pais 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 que há dos pais para os filhos, já que estes geralmente são vistos como uma continuação dos pais, e a constatação das “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.

É importante salientar que, quando uma família se depara com as dificuldades de desenvolvimento do filho excepcional, passa por um período de adaptação em que são estabelecidos, na família, 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 do seu ciclo evolutivo. Nestas fases, a família precisa elaborar suas perdas tendo em vista seu crescimento, implicando a utilização da capacidade que a família 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 famílias de um modo geral. O que as distingue das outras é que, na maioria das vezes, o “diferente” (o filho com TGD) é o eleito pela família para ser o “porta-voz” de seus problemas, ou seja, ele desenvolve, no processo familiar, o sintoma. 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, devido às suas dificuldades, os outros conflitos são relegados em nome dos cuidados e atenção que se requer.

Araújo (1994) mostra como a família que possui um de seus membros com deficiência está sujeita a desequilíbrios, inclusive 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 o desenvolvimento destas nos campos social, emocional e sexual.

Estudos com famílias descreveram como são lineares e abertos esses modelos de sistemas de doença psicossomática de crianças (Minuchin e cols., 1975), contextualizando que um modelo sistêmico familiar está presente em três condições, descritas a seguir.

- Quando um certo tipo de organização familiar encoraja a somatização, vista como características transacionais da família:
 - *conflito* — o conflito patológico do sistema familiar é caracterizado por um certo grau de responsabilidade e envolvimento. Este pode ser visto na interdepen-

dência 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 problemas, membros dessas famílias mostram um elevado grau de preocupação ou cuidado com a saúde e bem-estar de todos os outros. Este 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. Em tais 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 deste inadequado mecanismo homeostático, essa família inicia um estado crônico de estresse; e
- *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, neste contexto, usando a doença como padrão de comunicação.
- Envolvimento da criança no conflito dos pais: mesmo que os pais possuam problemas entre eles, como, por exemplo, dificuldade sexual ou financeira, a problemática relacionada à criança acaba por invadir estes campos que não possuem, 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; e
 - *secundária* — quando a criança identificada como problema apresenta o conflito emocional das relações familiares juntamente com os sintomas que caracterizam seu quadro clínico. Estes sintomas podem favorecer crises mais severas e predispor à doença.

A predisposição para doença ou “opção” do sintoma e manutenção do quadro são discutidos dentro desta 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. Este 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. Este 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 um ao outro; e
- estes padrões de interações interpessoais têm relação com o processo biocomportamental.

Wood (1993) ainda define as características do sistema familiar em três dimensões:

- *proximidade* — é o espaço da pessoa, informação privada, emoção e decisão, refletindo no limite interpessoal, produzindo a reação biocomportamental que está relacionada com a doença ativa;
- *hierarquia geracional* — descrita pelo modo como se estrutura a família na colocação de limites e formação das alianças familiares, refletindo nos limites da geração; e
- *responsabilidade interpessoal* — definida como o grau ou intensidade na qual a família individual responde fisiologicamente, emocionalmente e comportamentalmente um com o outro.

O mesmo autor concluiu em seu estudo que a triangulação proximidade, responsabilidade e doença ativa está potencialmente interligada à hierarquia geracional desses fatores, e que as famílias com elevado índice desses fatores sugestionam uma configuração familiar de má adaptação, ao passo que a moderação configura uma família de adaptação (Wood, 1993).

Meijer e Oppenheimer (1995) constataram que o significado do modelo da família para o estudo de crianças cronicamente doentes propõe a discussão de quatro características:

- direção à causalidade;
- funcionamento da doença no sistema familiar;
- patologia característica da doença; e
- tipo da doença.

As constatações deste estudo foram essenciais para um novo modelo, o modelo *excitation-adaptation*, em que 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. Este modelo mostrou uma maior coesão e estrutura nas famílias no grupo de crianças com a doença controlada.

Diante dessas considerações, Kendler (1990) relata que o papel da família no prognóstico da esquizofrenia é de fundamental importância. Ficou demonstrado, em estudos clínicos, que famílias incontinentes e pobremente estruturadas precipitam as recaídas e dificultam o controle dos sintomas produtivos e a ressocialização.

Assim, a intervenção no ambiente familiar do paciente deve fazer parte da rotina de atendimento para mediar conflitos e informar sobre a realidade a ambas as partes.

Masanet e cols. (1997) verificaram que o conceito *expressão emocional* (E.E.) familiar é de suma importância e predispõe à recaída de pacientes esquizofrênicos. Existem várias questões abertas a respeito deste tema, e uma delas tem sido que a E.E. está relacionada com as variáveis clínicas do paciente ou é, pelo menos em parte, uma resposta à sintomatologia deste. Neste estudo, a E.E. é descrita como atitudes e comportamentos de críticas e hostilidade da família, e verificou-se que pacientes com maior gravidade clínica têm familiares com más críticas e hostilidade proeminente, ocasionando, portanto, um pior ajuste social, podendo ser a consequência da gravidade da sintomatologia psicótica do paciente.

Ainda com relação à E.E., Bentsen e cols. (1998) incluíram a culpabilidade nesses 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 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.

Recentemente, os estudos realizados por Bolton e cols. (1998) concluem que os prejuízos causados pelas desordens comportamentais das crianças autistas aumentam o risco da desordem afetiva como consequência do estresse familiar que essas crianças proporcionam, devido ao comportamento estereotipado, obsessivo-compulsivo e à hiperatividade. Sendo assim, observa-se mais uma vez a questão da circularidade.

Macleane e cols. (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 dessas famílias. Observou-se, neste estudo, uma maior evidência dos fatores genéticos, não excluindo as variáveis familiares que influenciam o funcionamento dessa desordem. Os autores sugerem, desta forma, a necessidade de pesquisas para separar os mecanismos genéticos dos padrões familiares de influência.

Sendo assim, é importante considerar que, em ambos os casos, de famílias com filhos autistas ou esquizofrênicos, o sistema familiar desempenha um papel fundamental na manutenção e/ou exacerbação dos problemas apresentados pela criança. De forma contrária, a família também se mostra como uma possibilidade de adequação dos padrões comportamentais centralizados na criança com TGD, já que, de acordo com o aumento das relações adequadas da família, pode-se observar uma melhora nas condições destas crianças.

CASO CLÍNICO — FUNCIONAMENTO E ESTRUTURA FAMILIAR: UM ENCONTRO TERAPÊUTICO

L. frequenta a instituição na qual é atendido, numa rotina diária de quatro horas e meia, por uma equipe interdisciplinar, e, paralelamente a esta instituição de saúde, frequenta o curso supletivo modular de 5.^a a 8.^a série em escola regular.

L. tem 18 anos, e desde os três anos de idade é acompanhado por terapeutas com o diagnóstico de autismo. Frequentemente seus pais procuram a psicoterapeuta desta instituição para ajuda e orientação.

A queixa frequente é que L. apresenta comportamentos de agitação (pulos e gritos), insônia, insistência na presença do pai ou da mãe a seu lado e recusa em fazer as provas do supletivo. Por ter acompanhamento da instituição, foi descartada a sua negação pelas provas no sentido de dificuldades pedagógicas, pois, mesmo com esta queixa, só tira notas acima de “nove”.

O pai (M.) tem 46 anos e a mãe (R.) tem 43 anos; trabalharam juntos na mesma empresa até o nascimento de L. A Sra. R. deixou o trabalho na época que o problema de L. foi descoberto, e o Sr. M. permanece até hoje na mesma empresa. Ambos têm curso universitário e moravam no mesmo imóvel desde o casamento, e há cerca

de um ano mudaram-se para residência construída por eles. Nessa mesma época, segundo os pais, as queixas de L. se intensificaram. L. tem um irmão (P.), de 14 anos.

A sessão descrita a seguir é parte de um processo terapêutico familiar, em que todos os membros foram atendidos em conjunto, com exceção do irmão, P., que os pais optaram por deixá-lo fora deste sistema, com psicoterapia individual. Essa sessão teve a duração de aproximadamente duas horas, e aqui está relatada parte dela. É fundamental esclarecer que a sessão descrita, bem como o enfoque dado às explicações, são características peculiares desta sessão, não sendo possível retratar neste curto espaço o contexto geral e os objetivos amplos do curso do atendimento psicoterápico.

Sr. M., Sra. R. e L. compareceram no horário combinado.

Inicialmente, os pais colocam suas preocupações com L. e dizem: “Ele está naquela fase difícil, agitado e sem dormir à noite”.

Sra. R.: “Ele não aceita que o pai fique trabalhando até mais tarde, ou que trabalhe nos feriados”.

Sr. M.: Mantém atitude de silêncio.

Terapeuta: “O que o senhor tem a dizer a respeito deste comentário?”.

Sr. M.: “Eu faço o possível para manter a rotina de casa, pois entendo que mudanças não fazem bem a L., mas no trabalho não é possível cumprir horário”.

Terapeuta: “O senhor acredita mesmo que o problema é de L.? E você L., o que tem a dizer?”.

L.: Começa a emitir comportamentos de agitação, grito, choro, pulos e verbaliza: “eu tenho que ir embora com eles, não vou fazer prova hoje” (busca o contato corporal dos pais).

Terapeuta: “Existe um fator muito forte entre vocês, a união e uma crença forte que vocês sofrerão sempre que esta rotina doméstica tiver mudanças”.

Sra. R.: “Sempre que isto acontece é sinal que eu ou ele (refere-se ao marido) não estamos bem”.

Terapeuta: “E você, L., na atitude bonita de proteger seus pais, trata logo de mantê-los ocupados com seus comportamentos”.

Sr. M.: “Sempre que L. fica agitado não sobra tempo para nada; voltamos para os cuidados dele porque ele pede pela atenção constante”.

Sra. R.: “Fico muito cansada, principalmente quando o pai fica ausente”.

Terapeuta (dirige-se à Sra. R.): “Acredito que a Sra. é forte e tem conseguido assumir com individualidade essas questões. Seria importante começarem a pensar em cada um de vocês individualmente, em seus respectivos papéis, pois talvez nem sempre consigam fazer tudo juntos”.

Sra. R.: “Isso é verdade; já estou pensando em, no próximo feriado, viajar com meus filhos, pois já sei que nesse feriado M. terá que trabalhar.”

Sr. M.: “Eu sinto de não estar junto, mas comecei a entender que temos que fazer modificações no nosso modo de vida”.

Terapeuta: “Assim você, L., poderá ficar mais tranquilo e sentir-se mais seguro para fazer suas tarefas e cumprir suas responsabilidades, que são só suas e não da mãe e do papai”.

L.: “Cada um tem a sua parte, né tia?”

Terapeuta: “Você é muito inteligente, L. Quem sabe cada um fazendo a sua parte não ficará melhor de encarar as mudanças?”

Agradeço a esta família por tratarem desses problemas dando o máximo de si, com desejo de mudança, e esta entrevista poder ajudar a todos nós, interessados em entender como as relações são estabelecidas entre membros familiares durante anos, sem até mesmo considerar o autismo com fonte dessas interações. Em lugar de focar o indivíduo, a terapeuta focalizou a pessoa dentro de sua família.

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 mudança da organização familiar. Quando a estrutura do grupo é transformada, as posições dos membros desse grupo ficam alteradas e as experiências de cada um mudam (Minuchin, 1982).

A forma como esta família lidou com o dilema da mudança é que favoreceu o seu desenvolvimento. A família sintomática, que atribuiu a L. 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 (Brown, 1995), com a premissa de que mudanças na rotina ocasionariam um sofrimento mútuo e contínuo.

Formaram ao longo do tempo padrões de comportamentos constantes e repetitivos. Diante do enfoque da positividade estabelecida em tal sistema (Sluzki, 1997), a terapeuta se apoia na tentativa de reorganizar o sistema, utilizando-se dos conceitos da informação e organização.

A dinâmica familiar estabelecida mostra noção da circularidade entre os elementos, acreditando ser o pai o responsável pela manutenção do problema e este, por sua vez, crer ser o filho que mantém o mesmo padrão de comunicação, assegurando, através da rotina, regras e rituais de preservação do grupo.

A terapeuta teve como objetivo, na interação com a família, a proposta de reestruturação através do processo de associação das informações circulares, da união, da acomodação e confirmação, de forma a ampliar o foco do problema, delineando as fronteiras individuais e encorajando a autonomia e a transformação individual no contexto familiar. A estratégia está relacionada à tentativa de liberar L. de sua posição desviante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante poder refletir sobre a responsabilidade em que implica a integração de crianças e adolescentes com TGD 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.

Este movimento, que deveria ser iniciado desde a descoberta da patologia, na maioria das vezes não ocorre e, assim, observa-se um 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, geram 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 previsto normal de organização familiar, a família da criança com TGD, mesmo quando possui um padrão organizado, pode alterar esta 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 TGD, este processo, em geral, restringe-se às primeiras etapas, pois a patologia da criança acarreta a preservação do vínculo com a família 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 função dos comportamentos de hiperatividade, auto e heteroagressão, por gerar no grupo muito desconforto e estresse, perdendo a rotina e, conseqüentemente, a segurança, ficando esses sujeitos mais vulneráveis à doença (Bolton e cols., 1998).

No perfil das famílias com crianças autistas parece haver uma maior consistência no padrão familiar, em função de uma organização baseada na rigidez. São famílias que conseguem manter uma rotina, elevada superproteção e autopiedade (Masanet e cols., 1997). 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).

Nas famílias com esquizofrenia, a consistência no perfil parece estar mais relacionada à criticidade, à culpabilidade e à hostilidade, podendo ser explicadas pela frequente desorganização que essas crianças causam na família em função do desajuste social gerado pela própria patologia (Bentsen e cols., 1998).

McGoldrick (*apud* Brown, 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, poderá ser 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 (1980). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders III**. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association — APA (1987). **Diagnostic and Manual of Mental Disorders III-R**. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association — APA (1994). **Diagnostic and Manual of Mental Disorders IV**. Washington: American Psychiatric Association.
- Andolfi, M.; Angelo C.; Menghi, P. e Nicolo-Corigliano, A. M. (1989). “**Por trás da máscara familiar**”. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Araújo, L. A. D. (1994). **A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência**. Brasília: Corder.
- Asperger, H. Psicopatias autísticas na infância (1943). **Arch. Psychiatr. Nervenkr.**, 117: 76-136.
- Baron-Cohen, S.; Leslie, A. M. e Frith, U. (1985) Does the autistic child have a theory of mind? **Cognitions**, 21: 37-46.
- Bateson, G. (1971). **Doble vínculo y esquizofrenia**. Buenos Aires: Carlos Lolé.
- . (1974). **Pasos hacia una ecología de la mente**. Buenos Aires: Editorial Lohlé-Lumen.
- Bentsen, H.; Nothand, H., Munkvold, O. G.; Boye, B.; Ulstein I.; Bjorge, H.; Uren, G.; Lersbryggen, A. B.; Oskarsson, K. H.; Larsen, R. B., Lingjaerd e Malt, U. F. (1998). Guilt proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses. University of Oslo, Norway Department of Psychiatry. **British Journal**, 71(2): 125-138.
- Bleuler, E. (1985). **Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bolton, P. F.; Pickles, A.; Murphy e Rutter, M. (1998). Autism affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation. **Psycho - Med.**, 28(2): 385-395.
- Brazelton, T.B. (1991). **Cuidando da família em crise**. São Paulo: Martins Fontes.
- Brown, F. H. (1995). O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: B. Carter e M. McGoldrick. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cerveny, C. M. O. (1994). **A família como modelo: desconstruindo a patologia**. Campinas: Editorial Psy.
- Cooper, B. (1972). **Psychiatric diagnosis in New York and London**. London: Oxford Univ. Press.
- Gilberg, C. (1990). Infantile autism: diagnosis and treatment. **Acta Psychiat. Scand.**, 81: 209-215.
- Guiraud, P. (1968). Origine et évolution de la notion de la schizophrénie. **Confrontations Psychiatriques**, 2: 9-29.
- Heller, T. (1930). Dementia infantilis. **Journal for Research and Treatment of Juvenile Feeble-mindedness**, 2: 17-28.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 2: 217-251.
- Kanner, L. (1968). Early infantile autism revisited. **Psychiat. Digest.**, 29: 17-28.
- Kaplan, H. I. e Sadock, B.J. (1985). **Comprehensive textbook of Psychiatry**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kendler, K. S. (1990). Familial risk factors and the familial aggregation of psychiatric disorders. **Psychological Medicine**, 20: 311-319.
- Klein, M. (1974). **Inveja e gratidão**. Rio de Janeiro: Imago.
- Krynski, S. (1977). **Temas de Psiquiatria Infantil**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Laing, R. D. (1973). **O Eu dividido**. Petrópolis: Vozes.
- Maclean, J. E.; Szatmari, P.; Jones, M. B. e Bryson, S. E. (1999). Familial factors influence level of functioning in pervasive developmental. **Journal Am. Acad. Chil. Adolesc. Psychiatry**, 38(6): 746-753.
- Madalena, J. C. (1982). **História da esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Imago.
- Mahler, M. (1983). **As psicoses infantis e outros estudos**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Masanet, M. J.; Lacruz, M.; Asencio, A.; Bellver, F. E. e Montero, I. (1997). Clínica emocional familiar y perfil clínico en la esquizofrenia. **Actas Luso-Espanholas de Neurologia, psiquiatria y ciencias afines**, 25(3): 159-66.
- Meijer, A. M. e Oppenheimer, L. (1995). The excitation — model of pediatric chronic illness. **Family Process**, 34(4): 441-454.
- Minkowsky, E. (1953) **La schizophrénie**. Paris: Desclée de Brouwer.

- Minuchin, S.; Baker, L.; Rosman, B. L.; Lieberman, R.; Milman, L. e Todd, T. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: family organization and family therapy. **Archives of General Psychiatry**, 32: 1031-1038.
- . S. (1974). **Families and family therapy**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- . (1982). **Famílias: funcionamento & tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde — OMS — (1993). **Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID-10**. Descrições e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Paim, I. (1968). **Esquizofrenia**. São Paulo: Mestre Jou.
- Papp, P. (1992). **O processo de mudança: uma abordagem prática à terapia sistêmica da família**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Parnas, J. e Bovet, P. (1991). Autism in schizophrenia revisited. **Compr. Psychiat.**, 32(1): 7-21.
- Ritvo, E. R. e Ornitz, E. M. (1976). Medical assessment. In: E. R. Ritvo: **Autism diagnosis current research and management**. Nova York: Spectrum.
- Schneider, K. (1968). **Psicopatologia clínica**. São Paulo: Mestre Jou.
- Schwartzman, J. S. e Assumpção Jr., F. B. (1995). **Autismo infantil**. Mennon, 3-15.
- Seixas, M. R. D. (1992). **Sociodrama familiar sistêmico**. São Paulo: Aleph.
- Sluzki, C. E. (1997). **A rede social na prática sistêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Watzlawick, P.; Beavin, H. J. e Jackson, D. (1993). **Pragmática da comunicação humana — um estudo dos padrões, patologia e paradoxos da interação**. São Paulo: Cultrix.
- Wood, B. L. (1993). Beyond the psychosomatic family. A biobehavioral family model of pediatric illness. **Family Process**, 32: 261-278.

Humanização em Ambientes Médicos

Ana Paula Ferrari Pregnolato
Valéria Batista Menezes Agostinho
Rosana Righetto Dias
Makilim Nunes Baptista

INTRODUÇÃO

A partir das definições de dicionários, humanização é ação ou efeito de humanizar, tornar mais sociável, mais tratável (*Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa*, 1980, p. 1886).

O movimento Renascentista, na Europa, teve início no século XIV, sendo uma época em que os escritores romperam com o pensamento religioso da Idade Média, concentrando seus interesses no homem, ao invés de Deus. Os homens tornaram-se fascinados com o mundo à sua volta e empreenderam viagens arriscadas para explorar as terras, fizeram estudos científicos sobre plantas e animais e, mais do que tudo, estudaram o próprio homem. Tudo que dizia respeito ao homem e à sua vida na Terra teve maior ênfase.

Dentro dessa concepção, o humanismo não é focalizado apenas em uma tendência literária, mas numa direção e visão de vida, caracterizado pelo interesse que se conferiu ao elemento humano como objeto de observação e como fundamento de ação (*Enciclopédia Delta Universal*, 1980, p. 4089).

Hoje em dia, o termo humanização vem sendo utilizado com grande frequência na área da saúde.

Segundo Jeammet, Reynaud e Consoli (2000, p. 413), humanização é o desejo de levar em consideração as necessidades verdadeiras do paciente, não sendo unicamente materiais, mas também psicológicas e da personalidade do doente. Outro aspecto é reintroduzir o humano no funcionamento do hospital, não reduzindo o paciente ao papel de uma usina de órgãos danificados, podendo desta forma possibilitar que cada paciente continue vivendo como ser humano. Pinheiro e Lopes (1993) acreditam que, para humanizar o ambiente, é preciso desenvolver algumas características (estruturais e pessoais), relevando a individualidade de cada paciente.

A humanização na área da saúde abrangeria desde o contato com o paciente até o atendimento de familiares.

Zen e Brustcher (1986) comentam que o médico, no exercício profissional, deve integrar os recursos tecnológicos com a compreensão da personalidade do paciente e suas reações, promovendo desta forma um atendimento mais humano para o paciente que pensa e sente, e não como um amontoado de sinais e sintomas. A partir deste comentário, verifica-se a importância desses aspectos para os pacientes que se encontram internados em uma unidade de terapia intensiva.

As unidades de terapia intensiva são locais destinados a receber pacientes em estado grave, com a possibilidade de recuperação, exigindo permanente assistência médica e da enfermagem, além da utilização constante de equipamentos.

Para isso, as ações desempenhadas nessa unidade são diuturnas, rápidas e precisas, exigindo o máximo de eficiência da equipe, pois esta trabalha com o limite entre a vida e a morte. Com o desenvolvimento tecnológico e medicamentoso é possível dar uma melhor assistência ao paciente. No entanto, com o passar dos anos aumentou-se a preocupação pela humanização e pelo atendimento personalizado ao paciente.

O conceito de humanização, ao longo dos tempos, focalizou o bem-estar do indivíduo, seja o estado de perfeita satisfação física ou moral; as condições ambientais envolvidas; condições de tratamento; o relacionamento entre as pessoas; o conforto, entre outros. No entanto, muitos fatores envolvem a questão da humanização, e o termo é subjetivo, abrangendo vários aspectos. É necessária, portanto, a compreensão da realidade para se propor qualquer estratégia de humanização (Zen e Brustcher, 1986; Jeammet, Reynaud e Consoli, 2000; Fabre e cols., 1992; Pinheiro e Lopes, 1993).

Diante de tudo o que foi exposto, humanização, termo de difícil exatidão, depende da função, da concepção e dos valores de cada profissional envolvido no processo de assistência ao paciente hospitalizado. Outro aspecto muito discutível refere-se às condições ambientais envolvidas na estrutura física da área. Porém, pode-se dizer que esses não são os únicos fatores para a humanização, pois a subjetivação do termo abrange vários aspectos, sendo possíveis vários tipos de intervenção para humanizar o tratamento e o ambiente que envolvam todos os profissionais da área da saúde (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, administração, dentre outros).

O presente capítulo irá expor uma pesquisa de levantamento realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva-Adulto (UTI-A), de um Hospital-Escola conveniado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Desta forma, inicialmente serão expostos os objetivos e a metodologia do estudo realizado, além dos principais resultados quanto ao entendimento de diversos profissionais de saúde ao termo humanização.

OBJETIVOS

A seguir, serão relatados os objetivos principais deste estudo:

- avaliar a concepção de humanização para cada profissional de uma UTI-A; e
- conhecer as sugestões de cada profissional para humanizar esse ambiente.

METODOLOGIA

Foram entrevistados 46 sujeitos, todos profissionais que atuam na UTI-A, e essa amostra abrangeu todos os períodos de trabalho (matutino, vespertino e noturno). O período da coleta de dados aconteceu em duas semanas no mês de maio de 2000.

O procedimento utilizado foi uma entrevista individual, informal, com cada profissional, dentro da unidade durante o seu plantão.

Os sujeitos entrevistados foram agrupados pela função no trabalho: equipe de enfermagem com 30 sujeitos, sendo seis enfermeiros e 24 funcionários entre técnicos e auxiliares de enfermagem; equipe médica com 12 sujeitos, sendo 10 médicos e dois residentes; e equipe de outros profissionais, com quatro sujeitos (uma docente supervisora de fisioterapia, uma docente supervisora de enfermagem, uma nutricionista e um fisioterapeuta).

A entrevista continha duas questões: “O que você compreende por humanização?” (questão 1) e “O que você faria para humanizar esta unidade?” (questão 2).

Os dados coletados foram divididos em quatro categorias referentes ao ambiente físico, paciente, equipe e familiares, no tocante ao objeto do processo de humanização, sendo realizada uma análise de conteúdo das respostas dadas. Os resultados serão descritos a seguir e foram divididos por resposta, pelos tipos de profissionais consultados.

Resultados

EQUIPE MÉDICA

A equipe médica foi composta por 12 sujeitos, sendo 10 médicos e dois residentes.

Quanto à questão 1: O que você compreende por humanização?

Categoria *paciente*:

- todos responderam que a compreensão da humanização passa por cuidar do paciente com respeito, chamar pelo nome, orientar, explicar procedimentos, tratar como pessoa e não como diagnóstico.

Categoria *equipe*:

- três sujeitos identificaram humanização como a melhora no relacionamento entre todos os membros da equipe, desenvolvendo um trabalho em equipe com mais diálogo e cooperação;
- uma resposta identificou humanização como maior comunicação entre todas as especialidades médicas;
- uma resposta apontou que a compreensão da humanização envolve padronizar e homogeneizar as rotinas para todos os funcionários; e
- uma última indicou que a compreensão de humanização envolve o trabalho da terapia ocupacional para a recreação com os pacientes.

Categoria *ambiente físico*:

- um indicou que a compreensão de humanização envolve melhor acomodação para o paciente, aumentando a distância entre os leitos, e melhor acomodação para os médicos e enfermeiros descansarem e se alimentarem;
- outro compreendeu que humanização é diminuir o fluxo de pessoas dentro da UTI; e
- nenhuma outra resposta nessa categoria foi dada.

Categoria *famíliares*:

- dos 12 respondentes, nenhum dos sujeitos identificou aspectos quanto à compreensão da humanização.

Quanto à questão 2: O que você faria para humanizar esta unidade?

Categoria *paciente*:

- cinco identificaram humanização como um melhor contato com o paciente, chamar pelo nome, orientar, respeitar a privacidade e a identidade do paciente;
- um respondeu que humanização é ter alguns objetos pessoais próximos ao paciente durante a internação na UTI, como os óculos, para enxergar melhor;
- outro sugeriu a ampliação da coleta de dados, incluindo a história de vida do paciente, para fornecer subsídios à relação médico-paciente; e
- um último respondeu que humanizar é o melhor contato entre o docente médico e o paciente, explicando, orientando e dando mais atenção ao indivíduo do que ao diagnóstico.

Categoria *equipe*:

- quatro indicaram que humanizar é a melhora no relacionamento entre todos os funcionários e realizar reuniões entre as equipes para um trabalho mais integrado;
- dois apontaram que humanizar é a comunicação melhor entre todos os membros e, principalmente, com as outras especialidades médicas;
- outros dois sujeitos sugeriram a formação dos grupos para discussão e conscientização de temas como humanização, a realização de cursos e palestras para a reciclagem de técnicas e procedimentos;
- um apontou que para humanizar é preciso padronizar e homogeneizar as rotinas a todos os funcionários;
- outro ainda enfatizou a necessidade da presença de um terapeuta ocupacional para desenvolver trabalhos com os pacientes conscientes durante a internação na UTI;
- outro referiu que humanizar é melhorar o contato entre o médico e o paciente, exemplificando que o médico deve dar mais atenção ao paciente, chamar pelo nome, orientar e explicar; e
- outra resposta foi no sentido de que o docente médico deve também dar mais atenção ao paciente como indivíduo do que à doença.

Categoria *ambiente físico*:

- três apontaram que humanizar é ter um ambiente silencioso, principalmente para pacientes conscientes;
- outros dois indicaram que humanizar é aumentar o número de funcionários da equipe de enfermagem, para que cada funcionário seja responsável por um paciente;
- um sugeriu que a UTI oferecesse revistas e televisão para os pacientes conscientes;
- outro sugeriu uma sala apropriada, com cadeira e mesa, para o contato entre médicos e familiares; e
- um último sugeriu que no alto do leito houvesse uma placa com o nome do paciente.

Categoria *famíliares*:

- cinco apontaram que humanizar é aumentar o horário de visita e dividir o tempo em períodos durante um dia;
- um respondeu que humanizar é dar mais atenção aos familiares; e
- outro apontou que para a melhor compreensão do quadro clínico do paciente pela família era necessário eleger um membro desta para o contato com o médico.

OUTROS PROFISSIONAIS

Quatro profissionais que prestam serviço à UTI — docente supervisora de Fisioterapia, docente supervisora de Enfermagem, nutricionista e fisioterapeuta — formam a equipe de outros profissionais e também foram entrevistados quanto à compreensão de humanização e sugestões.

Quanto à questão 1: O que você compreende por humanização?

Categoria *pacientes*:

- três sujeitos compreendem humanização como um melhor contato com o paciente, chamando pelo nome, orientando, tratando como pessoa, respeitando a individualidade e a identidade do paciente; e
- um sujeito compreende humanização como adaptar o paciente na hospitalização.

Categoria *equipe*:

- todos indicaram que entendem que humanização envolve um melhor relacionamento entre todos os funcionários e maior interação e integração entre equipes.

Categoria *ambiente físico*:

- somente um sujeito identificou no ambiente físico uma relação com a humanização, com um ambiente mais favorável ao paciente, que possibilite a adaptação, diminuindo o estresse.

Categoria *famíliares*:

- apenas um sujeito entende como humanização o envolvimento com os familiares.

Quanto à questão 2: O que você faria para humanizar esta unidade?

Categoria *pacientes*:

- um sujeito sugeriu que humanização é levantar a história de vida e hábitos dos pacientes; e
- outro respondente sugeriu pessoas para conversar com o paciente.

Categoria *equipe*:

- apenas um sujeito sugeriu que humanização é dar as informações médicas aos familiares antes do horário de visita.

Categoria *ambiente físico*:

- três sujeitos sugeriram que a UTI ofereça revistas, livros e jogos para a recreação; e
- um profissional sugeriu trabalhos com musicoterapia e cromoterapia.

Categoria *famíliares*:

- dois sujeitos indicaram que humanização é aumentar o horário de visita e dividir em três períodos (manhã, tarde e noite), possibilitando aos familiares mais tempo na UTI após avaliação da equipe.

EQUIPE DE ENFERMAGEM

A equipe de enfermagem contou com 30 sujeitos que responderam às duas questões, sendo seis enfermeiros e 24 funcionários entre auxiliares e técnicos de enfermagem.

Quanto à questão 1: O que você compreende por humanização?

Categoria *pacientes*:

- 24 respostas identificaram humanização como cuidar com responsabilidade e respeito, colocando-se no lugar do paciente, conversar, orientar, explicar procedimentos mesmo para pacientes inconscientes, respeitando a individualidade e as características de vida do paciente;
- seis respostas indicaram que a compreensão de humanização envolve tratar o paciente como um familiar, chamar pelo nome, cuidar com sentimento; e
- uma resposta indicou a humanização como garantir a integridade física e psicológica do paciente.

Categoria *equipe*:

- 12 respostas identificaram humanização como a melhora no relacionamento entre todos os membros da equipe, entendida como trabalho em equipe, com mais diálogo e mais cooperação, integração entre os membros e carinho entre os colegas;
- sete respostas na categoria equipe indicaram humanização como aprendizagem de novas técnicas para maior qualificação e aquisição de novos conhecimentos. Também apontaram a compreensão da humanização como a utilização de rotinas padronizadas e regras iguais para todos;
- duas respostas indicaram a humanização como rotinas padronizadas e regras iguais para todos; e
- uma outra resposta indicou que compreendia humanização como a presença da psicologia na UTI por mais tempo.

Categoria *ambiente físico*:

- apenas uma identificou no ambiente físico uma relação com humanização, apontando uma janela e música como variáveis importantes para a sua compreensão de humanização.

Categoria *famíliares*:

- seis respostas apontaram que a compreensão de humanização envolve orientar e atender às necessidades dos familiares; e
- duas respostas indicaram que humanização compreende aumentar o horário de visita, maior contato entre pacientes e familiares.

Quanto à questão 2: O que você faria para humanizar esta unidade?

Categoria *pacientes*:

- nove respostas sugeriram a atenção ao paciente, chamar pelo nome, tratar com carinho e respeito como fatores para a humanização;
- quatro sugeriram o trabalho da psicologia com os pacientes como humanização; e
- duas apontaram para a interação entre a família e o paciente como um fator importante para a humanização.

Categoria *equipe*:

- em 20 respostas, humanizar foi ter um melhor contato com o paciente, conversar, orientar, chamar pelo nome, tratar com carinho e respeito;
- 14 respostas apontaram que o trabalho em equipe, maior cooperação, diálogo entre todos e companheirismo contribuem para a humanização; sete sujeitos indicaram que o treinamento, palestras com temas do cotidiano, dinâmicas e investimento nos funcionários são aspectos da humanização;
- duas sugeriram que o trabalho da terapia ocupacional com os pacientes conscientes e orientados é um fator importante para a humanização;
- isoladamente, uma resposta objetivou as rotinas padronizadas para todos os funcionários;
- uma resposta enfocou equipamentos apropriados para a proteção individual durante o trabalho; e
- a última resposta sugeriu reuniões com a equipe multidisciplinar para discussão e avaliação dos casos como um fator para a humanização.

Categoria *ambiente físico*:

- quatro respostas sugeriram mudanças na estrutura física, com a inclusão de janelas;
- três indicaram que, para o ambiente ser humanizado, é preciso que seja organizado;
- duas apontaram que, para a humanização do ambiente, o fluxo de pessoas dentro da UTI deve ser menor;
- uma indicou a necessidade de uma sala especial para descanso e alimentação para os profissionais de saúde;
- uma sugeriu que a UTI oferecesse aos pacientes revistas para leitura e jogos para recreação. Na mesma resposta, houve a proposta para que houvesse um profissional na UTI para atender ao ambiente e às pessoas com musicoterapia;
- uma apontou a necessidade de diminuir o barulho na UTI, principalmente para pacientes conscientes; e
- uma outra indicou o uso das divisórias entre os leitos, respeitando a privacidade e a individualidade dos pacientes.

Categoria *famíliares*:

- cinco respostas sugeriram a orientação para os familiares como uma variável para a humanização da UTI;
- quatro apontaram que aumentar o número de pessoas para visitar o paciente é um aspecto para a humanização;
- duas indicaram que a permanência dos familiares na UTI contribui para a humanização;
- uma sugeriu que é importante levantar as expectativas dos familiares em relação ao tratamento na UTI; e

- outra sugeriu que preparar os familiares para a visita é um fator que contribui para a humanização.

DISCUSSÃO

A discussão que se segue estará se referindo aos aspectos gerais das respostas mencionadas pelos sujeitos, e serão levadas em consideração a homogeneidade e as principais diferenças das respostas, bem como a adequação das respostas ao conceito de humanização descrito na bibliografia utilizada neste trabalho. É importante lembrar, novamente, que o conceito de humanização pode ser compreendido por diversos ângulos, dentro de cada especialidade da saúde.

A maioria dos profissionais desta pesquisa respondeu que a **compreensão de humanização (questão 1), na categoria paciente** envolve: cuidar do paciente com respeito e responsabilidade; orientá-lo; explicar procedimentos, mesmo para pacientes inconscientes; chamar pelo nome; tratar como pessoa e não como diagnóstico; e respeitar a individualidade e a identidade do mesmo.

Observa-se que os conceitos dos sujeitos da pesquisa coincidem com o de humanização, considerando aspectos que envolvem o homem, suas características e seu bem-estar. Jeammet, Reynaud e Console (2000) citam que a humanização é o desejo de levar em consideração as necessidades verdadeiras do paciente, não sendo unicamente materiais, mas também psicológicas, e desta forma focaliza-se o humano no funcionamento do hospital, não deixando ao paciente o papel de uma usina de órgãos danificados. Bedran (1985) afirma que orientar as rotinas na unidade e explicar procedimentos ao paciente é de suma importância para que este se sinta seguro e possa expor suas dúvidas e receios em relação ao tratamento na unidade.

Algumas respostas na equipe de enfermagem indicaram que a compreensão de humanização envolve tratar o paciente como um familiar, cuidando-o com sentimentos. Esses aspectos não são coerentes com as definições do termo, pois, para que duas pessoas tenham um contato humanizado, não se faz imprescindível o envolvimento emocional; no entanto, o respeito com que se trata o paciente é de fundamental importância na relação equipe-paciente, quando se pensa em humanizar os serviços de saúde.

Na categoria equipe, os três grupos apontaram que a humanização envolve um melhor relacionamento entre os membros da equipe, entre as diversas equipes de saúde e até mesmo com outras especialidades médicas (quando trabalham em conjunto). É importante frisar que a humanização envolve, inclusive, a equipe que provê a assistência ao paciente (Jeammet, Reynaud e Console, 2000).

Uma resposta na equipe médica apontou que humanização refere-se ao trabalho da terapia ocupacional com os pacientes acordados. Segundo Bedran (1985), a ociosidade do paciente consciente e orientado pode favorecer comportamentos de impaciência, irritabilidade e sintomas depressivos. Para isso, esta rotina deve ser quebrada e preenchida com pequenos afazeres, selecionados com base no gosto de cada um, como, por exemplo, trabalhos manuais, leitura, palavras cruzadas, dentre outros, de acordo com as limitações de cada paciente. Faz-se necessário enfatizar que um dos objetivos deste trabalho é o de favorecer atividades que promovam, em conjunto com outras especialidades, a reabilitação do paciente.

Respostas isoladas nas equipes médica e de enfermagem também mencionaram que a humanização refere-se à padronização e à homogeneização das rotinas de trabalho, além de treinamentos para aprendizagem de novas técnicas, para melhor qualificação dos profissionais que trabalham neste contexto. De forma interessante, estas observações mostram-se relevantes para a materialização do conceito de humanização, embora tais referências não sejam citadas nos conceitos teóricos apresentados por este trabalho em relação ao tema proposto. Essas respostas se mostram pitorescas, pois, apesar de a padronização dos serviços e procedimentos não estar compreendida no termo humanização, parece ser uma necessidade de alguns profissionais tal padronização, talvez a fim de diminuir erros dos procedimentos da equipe de saúde. Nesse sentido, essa preocupação parece ter alguma relação com a humanização devido à preocupação em não cometer erros que venham a comprometer mais a saúde do paciente e a qualidade da assistência.

Na categoria ambiente físico, uma resposta da equipe de enfermagem sinalizou que a humanização é a inclusão de janelas na estrutura física da unidade. Este aspecto é citado por vários autores como uma maneira de promover a orientação espaçotemporal dos pacientes. Porém, é preciso adaptar esse aspecto às condições reais da unidade, sendo possível utilizar outros recursos materiais e pessoais para auxiliar a orientação espaçotemporal dos pacientes, como relógio digital e orientação durante o contato da equipe com o paciente, como, por exemplo, relatar as condições ambientais externas (Jeammet, Reynaud e Console, 2000; Bedran, 1985).

Uma resposta da equipe de “outros profissionais” apontou que humanização refere-se a um ambiente mais favorável ao paciente, adaptação à internação, diminuindo o estresse. É interessante notar que a resposta aponta para um melhor ambiente sem a definição dos critérios que devem compô-lo, pois, quando se fala em ambiente, não se deve restringir ao aspecto físico, somente, já que a humanização está relacionada também a ações envolvidas neste contexto.

Um membro da equipe médica apontou que humanização é ter melhores acomodações para os pacientes (maior distância entre os leitos). Segundo a definição, os aspectos ambientais causam influência direta no ser humano e no seu bem-estar. Segundo Costa (1995) e Santos, Knibel e Flemming (1994), o ambiente deve promover o bem-estar do ser humano. Muitas vezes, não é possível adaptar a realidade como na teoria, porém é possível utilizar recursos materiais e humanos para promover melhores condições no ambiente.

Outro membro da equipe médica apontou que, para humanização, é preciso diminuir o fluxo de pessoas na UTI. Este aspecto também é citado por Jeammet, Reynaud e Console (2000) e Bedran (1985), pois o grande fluxo de pessoas na UTI impossibilita que o paciente internado descanse, causando-lhe grande desconforto.

Na categoria familiares, a equipe de enfermagem compreendeu que a humanização envolveria orientar os familiares e atender às necessidades destes. Um membro da equipe de “outros profissionais” entendeu como humanização o envolvimento com os familiares. Nenhum membro da equipe de médicos apontou este aspecto sobre essa categoria.

Nestas respostas fazem-se necessários alguns comentários pertinentes. Em primeiro lugar, a pergunta aberta deu margem a respostas amplas, subjetivas e sem especificações quanto ao conteúdo relatado (ex.: “necessidades dos familiares” — que tipo de neces-

sidades?), o que ocorreu neste caso. Um outro aspecto a ser descrito se refere à falta de respostas da equipe médica, o que pode ser interpretado de várias maneiras, inclusive relacionado à falta de preocupação e/ou importância da família do paciente para esses profissionais. Neste sentido, Dattilio e Freeman (1995) afirmam que a família pode favorecer o desenvolvimento, servindo como estímulo discriminativo para comportamentos e cognições e emoções adequadas ou inadequadas que envolvem o paciente.

Observou-se, ainda, que o aspecto citado pela equipe de enfermagem e de “outros profissionais” coincide com a definição do termo humanização. A humanização, na área da saúde, abrangeria desde o contato com o paciente até o atendimento de familiares. Senna (1981) afirma que, quando um indivíduo é acometido por alguma doença que interfere em sua saúde e atividades habituais, esta causa repercussões no seu funcionamento familiar.

Para Takahashi (1986), as visitas são importantes por representar segurança afetiva ao doente, além de que o contato com amigos e familiares pode causar reações orgânicas no paciente, como modificações dos batimentos cardíacos, entre outros.

A ansiedade dos familiares é esperada, pois a internação em uma UTI está associada à condição de risco de vida. Verifica-se, desse modo, a necessidade de orientar e informar os familiares e visitantes sobre as rotinas na unidade, o tipo de assistência e também a necessidade de estimulação e contato com o paciente, mesmo quando ele se encontra sedado (inconsciente), pois, em alguns casos, mesmo quando o paciente não responde à estimulação tátil, pode estar sensível à estimulação auditiva, e vice-versa. O ambiente físico é considerado estressante para o familiar, pelos equipamentos e tecnologia utilizados, que dão a impressão de frieza e desumanidade. A ausência de informações pode causar maior ansiedade e insegurança nos familiares (Vargas e Medeiros, 1984).

Em relação às atitudes para a humanização da UTI-A (questão 2), na categoria equipe, a equipe médica e a de enfermagem apontaram que para humanizar é preciso: ter um melhor contato com o paciente; conversar, orientar, chamar pelo nome; tratar com respeito, principalmente o médico docente; um melhor relacionamento entre os funcionários; formar grupos para discussão de temas e reciclagem de técnicas; padronizar e homogeneizar rotinas e regras para todos.

Segundo Bedran (1985), para que sejam transpostos os obstáculos no sentido de tornar o trabalho agradável, menos estressante e fonte de experiências enriquecedoras e gratificantes, é absolutamente indispensável a cooperação mútua entre os funcionários da unidade para um convívio baseado na amizade e preocupação em realizar um trabalho bem feito.

Nota-se que Bedran (1985) se refere a um bom relacionamento de amizade para a adequada cooperação entre os membros da equipe; no entanto, apesar de ser salutar a amizade em qualquer ambiente de trabalho, não é condição *sine qua non* a existência desse tipo de relação. As respostas anteriores da equipe médica e de enfermagem deixam claro o tipo de implementação que desejariam no relacionamento da equipe de saúde, o que não está relacionado com a amizade, e sim com aspectos técnicos para o aprimoramento do papel profissional.

Um membro da equipe de enfermagem sugere que para humanizar é preciso ter equipamentos apropriados para a proteção individual, durante o trabalho. Este aspecto, segundo Costa (1995), é de suma importância e está relacionado com ques-

tões estruturais e condições saudáveis para o funcionário e o desenvolvimento de seu trabalho, visto que os ambientes hospitalares são altamente perigosos.

Na equipe de “outros profissionais” sugeriu-se que para humanizar é preciso dar as informações médicas aos familiares antes do horário de visita. Em relação a este ponto, verifica-se que DiTomasso e Kovnat (1995) apontam a importância de dar informações no sentido de prover controlabilidade da situação ansiógena que a família pode apresentar.

Esta questão pode mostrar-se controversa.

Na categoria paciente, na questão 2, as equipes médica e de enfermagem concordam que para humanizar é preciso dar atenção; chamar pelo nome; tratar com respeito (privacidade e identidade); orientar e explicar procedimentos aos pacientes. Estes aspectos coincidem com a definição do termo, pois envolvem o adequado relacionamento entre o cuidador e o paciente. Para alguns autores, estes aspectos podem influenciar, de maneira positiva, os pacientes em relação ao tratamento, recuperação, relacionamento com os cuidadores e os aspectos emocionais envolvidos na internação em UTI (Jeammet, Reynaud e Console, 2000; Bedran, 1985; Souza, Possari e Mugaiar, 1985).

Quatro respostas da equipe de enfermagem sugeriram o trabalho da psicologia com os pacientes, e outras duas propuseram a interação entre a família e o paciente como aspectos importantes para a humanização.

Os aspectos antes citados corroboram a introdução deste trabalho (Jeammet, Reynaud e Console, 2000; Bedran, 1985; Souza, Possari e Mugaiar, 1985); porém, para serem colocados em prática, é preciso que cada profissional tenha plena consciência de seu papel e função profissionais nesta unidade. Segundo Haroche (1998), para que as práticas citadas anteriormente tornem-se claras, é preciso que sejam institucionalizadas seguindo regras criadas pela própria população, pois as relações entre instituição e paciente devem ser recíprocas.

Uma outra resposta da equipe médica apontou a necessidade de um melhor contato do médico docente com o paciente, talvez pelo fato de que alguns docentes, em instituições-escola, estejam mais preocupados em utilizar o paciente como exemplo para os alunos e residentes do que propiciar e/ou facilitar a interação com o paciente antes da discussão do caso.

Uma última resposta da equipe médica referiu, novamente, o trabalho da terapia ocupacional com pacientes acordados. Para Tobias, Valentim e Valentim (1986), as atividades de recreação para pacientes acordados possibilitam também ao paciente desviar a atenção de seus sintomas e da rotina de trabalho da equipe de enfermagem. Neste mesmo sentido, técnicas que envolvem distração e mudança de pensamentos (técnicas moleculares) podem ser de grande utilidade para auxiliar o paciente nos pensamentos obsessivos negativos, comuns nos ambientes hospitalares e principalmente em uma UTI (Caballo e Buela, 1996, p. 685 e 713).

Na categoria ambiente físico, as três equipes concordaram que para humanizar é preciso ter revistas, televisão, livros e jogos para a recreação dos pacientes. Desta forma, Bedran (1985) cita a importância de atividades de recreação para que os pacientes não fiquem ociosos e, também, para que o ambiente da unidade seja mais amigável e menos frio.

A necessidade de um ambiente mais silencioso também foi apontada pela equipe médica, bem como pela equipe de enfermagem, concordando com Tobias, Valentim

e Valentim (1986) e Souza, Possari e Mugaiar (1985), que afirmam que a diminuição dos ruídos no ambiente pode permitir que o paciente tenha um sono adequado, auxiliando na recuperação, além da adaptação à internação. Neste sentido, é sabido que a diminuição do sono acaba por contribuir para o aumento da irritação, falta de atenção, problemas de memória e distorções de informação (percepção) nos pacientes, que podem comprometer as relações entre o paciente e a equipe, bem como com a família (Myers, 1998, p. 146-170).

Organizar os equipamentos e materiais de trabalho também foi expresso pela equipe de enfermagem e médica, além da necessidade de uma sala de descanso, alimentação para os enfermeiros e/ou recepção dos familiares. Organização e ambiente físico adequados podem auxiliar no melhor desenvolvimento e rendimento do trabalho dos profissionais de saúde. Por exemplo, Bedran (1985) cita que uma sala apropriada para descanso e alimentação pode favorecer tais condições.

Foram sugeridas também musicoterapia e cromoterapia para os pacientes. É importante frisar que algumas terapias, consideradas como alternativas, não possuem uma validade cientificamente provada quanto a suas aplicações e resultados obtidos (CRP, 1996, p. 89).

A equipe médica salienta que para humanizar é preciso aumentar o número de funcionários da equipe de enfermagem. Bedran (1985) afirma que o trabalho da equipe de enfermagem é muito delicado e sobrecarregado, sendo necessário um membro da equipe de enfermagem para cada paciente, assim não sobrecarregando os outros membros em caso de férias, feriados e licenças. Afirma ainda que as folgas devem ser frequentes, para que os profissionais possam se recuperar da rotina de trabalho. Observa-se, contudo, que esta não é uma prática da grande maioria das instituições hospitalares.

Quanto à categoria **familiares**, de certo modo todas as equipes referem uma necessidade de aumento no tempo de visita, tendo esta que ocorrer várias vezes ao dia, além de um número maior de visitantes para melhor qualidade de vida dos pacientes na UTI. Referem também a importância do levantamento de expectativas que os familiares têm em relação ao tratamento nessa unidade, além de se sugerir a eleição de um membro da família como interlocutor no contato com a equipe médica. Estas sugestões se mostram pertinentes, uma vez que algumas instituições hospitalares dos grandes centros apresentam como rotina tais características. No entanto, dependerá das políticas e dinâmicas de cada instituição para que tais propostas sejam viabilizadas.

CRÍTICAS AO ESTUDO

Uma primeira crítica ao delineamento utilizado nesta pesquisa se refere à própria restrição metodológica, que é específica dos desenhos de levantamento; no entanto, esses desenhos são de importante aplicação na identificação de problemas e posteriores estudos mais aprofundados, bem como para idealizar propostas para serem discutidas e aplicadas.

Uma segunda crítica relaciona-se à utilização de questões abertas e pouco específicas, podendo esse tipo de pergunta propiciar baixa confiabilidade e precisão quanto às respostas dos sujeitos, que podem selecionar o assunto de sua preferência dentro da pergunta (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997).

Um terceiro ponto importante se refere ao número limitado de sujeitos, bem como à heterogeneidade da amostra em termos de nível socioeconômico-cultural, papéis na instituição e tempo de permanência na unidade.

Independentemente dessas limitações metodológicas, como pode ser observado no Cap. 2, referente à pesquisa no contexto hospitalar, as investigações científicas são de fundamental importância nos ambientes médicos a fim de favorecer informações necessárias ao desenvolvimento de projetos, estratégias de atuação e mudanças de padrões comportamentais, com o objetivo de aprimorar os serviços e os profissionais de saúde.

COMENTÁRIOS FINAIS

Os aspectos citados neste capítulo acabam por interferir, direta ou indiretamente, no bem-estar do ser humano, podendo ser a equipe, o paciente ou a família. Observou-se também que o conceito humanização mostra-se amplo, pouco específico e de difícil delimitação, principalmente porque as diferentes especialidades parecem ter um treinamento específico em focalizar elementos pertinentes ao seu objeto de estudo e trabalho. Sendo assim, torna-se complexo para os profissionais obterem uma visão ampla o suficiente para relevar os vários aspectos (equipe, paciente, ambiente físico, família, entre outros) implicados e interdependentes, relacionados ao conceito denominado humanização.

Para a implantação das diversas sugestões observadas, é preciso um trabalho diário, para que as variáveis sejam lentamente introduzidas na realidade da unidade, respeitando o tempo de mudança e necessidades de toda a equipe de saúde e demais componentes da instituição (administração, limpeza, diretoria, entre outros).

É possível concluir que, para humanizar uma UTI-A, torna-se necessário que todos os profissionais estejam conscientes do seu papel e da importância de seu comportamento dentro da instituição, além de se levarem em conta as diversas facetas que envolvem o tema humanização, contidas na cultura institucional e características de cada unidade e/ou especialidade médica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bedran, J. N. (1985). O centro de tratamento intensivo como fonte de estresse psicológico. **An. Fac. Méd. Univ. Fed. Minas Gerais**, 34(1): 43-58.
- Caballo, V. E. e Buela, G. (1996). Técnicas diversas em Terapia Comportamental. In: V. E. Caballo. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos.
- CRP — Conselho Regional de Psicologia (1996). **Manual do CRP**. São Paulo — 6.ª Região.
- Costa, J. I. (1995). Normas Mínimas para Unidades de Terapia Intensiva no Estado do Ceará. **Rev. Bras. Terap. Intens.**, 7(2): 44-48.
- Dattilio, F. M. e Freeman, A. (1995). Famílias em Crise. In: F. M. Dattilio e A. Freeman. **Estratégias Cognitivo-Comportamentais para Intervenção em Crises** (vol. 2). Campinas: Editorial Psy II.
- Dicionário Contemporâneo da Língua Brasileira** (1980). Volume 3. Rio de Janeiro: Delta.
- DiTomasso, R. A. e Kovnat, K. D. (1995). Pacientes da Clínica Geral. In: F. M. Dattilio e A. Freeman. **Estratégias Cognitivo-Comportamentais para Intervenção em Crises** (vol. 2). Campinas: Editorial Psy II.
- Enciclopédia Delta Universal** (1980). Rio de Janeiro: Delta (Volume 8).
- Fabre, Z. L.; Tobias, L. T.; Berreta, I. Q.; São Tiago, M. L. (1992). Humanização e UTI Pediátrica: a equipe e a família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, 21(1): 34-37.

- Haroche, C. (1998). Gestos, posturas, movimentos: a ordem inscrita nos corpos — *da palavra ao gesto*. Campinas: Papyrus.
- Jeammet, P.; Reynaud, M. e Console, S. (2000). **Psicologia Médica**. Medsi.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B. J. e Grebb, J. A. (1997). O relacionamento médico-paciente e técnicas de entrevista. In: H. I. Kaplan; B. J. Sadock e J. A. Grebb. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Myers, D. (1998). Estados de Consciência. In: D. Myers. **Introdução à Psicologia Geral**. Rio de Janeiro: LTC.
- Pinheiro, M. C. D. e Lopes, G. T. (1993). A influência do Brinquedo na Humanização da Assistência de Enfermagem à Criança Hospitalizada. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 46(2): 117-131.
- Santos, V.; Knibel, M. e Flemming, L. (1994). Um novo conceito de centro de tratamento intensivo: a ergonomia na humanização e otimização dos espaços, **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 6(3): 66-69.
- Senna, S. G. (1981). Visitas e acompanhantes de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. **O Mundo da Saúde**, 1.º semestre.
- Souza, M.; Possari, J. B. e Mugaiar, K. H. (1985). Humanização da Abordagem nas Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**, 5(2): 77-79.
- Takahashi, E. I. U. (1986). Visitas em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Paulista de Enfermagem**, 6(3): 113-115.
- Tobias, L.; Valentim, L. e Valentim, R. M. A. (1986). Humanização na UTI pediátrica. **Jornal de Pediatria**, 60(4): 164-170.
- Vargas, R.C. R. e Medeiros, Z. (1984). O Atendimento Psicológico a Familiares em Oncologia Pediátrica — um Comentário Inicial. **Rev. Bras. Cancerol.**, 30(4): 26-28.
- Zen, O. P. e Brustcher, S. M. (1986). Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia. **Rev. Enfoque**, 14(1): 4-6.

Índice Alfabético

A

- Aborto, 161
- Abuso de álcool, na predisposição a doenças, 7
- Acessibilidade ao serviço, no núcleo de autismo infantil, 98
- Achados neuropsicológicos, ausência de consistência nos, 204
- Acompanhamento psicológico
 - da mãe no ambulatório de Psicologia, 136
 - no ambulatório de seguimento dos bebês de alto risco, 136
- Adolescência, psiquiatria de ligação e interconsulta psiquiátrica na, 75-87
 - características, 78-80
 - definição e campo de atuação, 76
 - diretrizes, 79, 80
 - histórico, 75, 76
 - incidência e prevalência de transtornos psiquiátricos, 76-81
 - modelo(s), 78-80
 - prática de serviços, 81, 82
 - quadro clínico, 80, 81
 - tratamento, 81
- ADPS (Assistência Domiciliar Privada em Saúde), 29, 30
 - definição, 29
 - implementação, 29
 - importância, 29
- Afasia sensorial, 213
- AIDS (síndrome de imunodeficiência humana), 58
 - ambulatório de
 - - características gerais, 63, 64
 - - caso clínico, 69-73
 - - histórico do serviço de psicologia no, 67, 68
 - - sistematização do serviço, 64
 - - tratamento multidisciplinar, 65-67
 - aspectos psicológicos e, 59
 - assistência psicológica ao paciente com, 63-73
 - crenças frente à, 61, 62
 - fases do processo de adaptação e convivência com o HIV+ e, 60, 61
 - - choque emocional, 60
 - - crise inicial, 61
 - - estado transicional, 61
 - - fase de aceitação, 61
 - - período sintomático final, 60
 - - preparação para a morte, 61
 - - situação de tristeza, 61
 - - surgimento das primeiras infecções oportunistas, 60
 - incidência anual, 59
 - no contexto hospitalar: manejo psicológico, 58-73
 - programa de avaliação e intervenção psicológica, 62, 63
 - reações psicológicas às diferentes fases de evolução da, 60
- Alogia, na esquizofrenia, 217
- Alojamento Conjunto, 163
 - tempo de chegada da mãe no, 166
- Alucinações, 217
- Ambientes médicos, humanização em, 230-242
 - críticas ao estudo, 241, 242
 - discussão, 237-241
 - metodologia, 231-237
 - - equipe de enfermagem, 235-237
 - - equipe médica, 232-234
 - - outros profissionais, 234, 235
 - resultados, 232-234
 - objetivos, 231
- Ambulatório de Transplante de Fígado do Hospital de Base, 45
 - representação do atendimento a pacientes do, 46
- Ambulatório especializado no atendimento de crianças autistas, 91-103
- American Psychological Association (APA), 4, 5
- Amniorrexe Prematura (AP), 160
- Ansiedade
 - gravidez e, 158
 - nos pacientes internados na UTI-A, 143
- APA (American Psychological Association), 4, 5
- Apego, processo de, 158
- Aplicação de testes, 2
- Aprendizagem
 - perspectiva da, 177
 - por erros e acertos de comportamentos, 124
 - por observação, 124
 - progressiva, 124
- Área de vinculação mãe-bebê, pesquisas na, 125-128
- Assistência domiciliar, 27-43
 - apresentação do caso, 37-43
 - empresas de, 30
 - histórico e caracterização, 27-33
 - *home care*, 28
 - - histórico do serviço de psicologia da saúde, em um serviço de, 33
 - maneiras de desenvolvimento, 33
 - modelo da rotina do serviço de psicologia na, 34-37
 - origem, 28
 - patologias mais comuns nos atendidos, 29
 - sentido da, 31
 - vantagens, 30, 31
- Assistência psicológica
 - à equipe de saúde, 169, 170
 - à família das gestantes, 169
 - ao paciente com vírus HIV+ e/ou AIDS, 63-73
 - - ambulatório
 - - - características gerais, 63, 64
 - - - caso clínico, 69-73
 - - - histórico, 67, 68
 - - - sistematização do serviço, 64
 - - - tratamento multidisciplinar, 65-67
- Associação para o Desenvolvimento dos Autistas em Campinas (ADACAMP), 102
- Atendimento de crianças autistas, ambulatório especializado no, 91-103
 - autismo infantil
 - - características gerais no núcleo de, 97-101
 - - - acessibilidade ao serviço, 98
 - - - equipe técnica, 99
 - - - normas, 98
 - - - orientação e consentimento das famílias, 98
 - - pesquisa, 101
 - - rotina da avaliação neuropsiquiátrica, 99-101
 - - comportamentos inespecíficos associados ao, 95
 - - considerações importantes para a compreensão do, 97
 - - diagnóstico de, 91
 - - e as classificações diagnósticas, 93-95
 - - história do, 92, 93

- patologias comumente associadas ao diagnóstico de, 95-97
 - epilepsia, 96, 97
 - esclerose tuberosa de Bourneville, 96
 - fenilcetonúria, 96
 - infecção pré-natal, 97
 - retardo mental, 95
 - síndrome do X frágil (X FRA), 95, 96
 - caso clínico, 101, 102
 - Atuação do psicólogo em uma unidade de transplante de fígado, 45-56
 - Ambulatório de Transplante de Fígado do Hospital de Base, 45
 - representação do atendimento a pacientes do, 46
 - avaliação psicológica
 - pré-cirúrgica, protocolo de, 48
 - questões que podem ser respondidas pela, 47
 - relatório incluído no prontuário do paciente, 48, 49
 - características do trabalho, 45-49
 - relato de caso, 49-56
 - avaliação inicial, 50, 51
 - distorções cognitivas, 50
 - síntese de dados obtidos, 51
 - encaminhamento, 51-56
 - histórico de vida recente, 49, 50
 - paciente, 49
 - queixas principais, 49
 - seguimento após o transplante, 56
 - Atuação psicológica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neo), 121-137
 - acompanhamento psicológico
 - da mãe no ambulatório de psicologia, 136
 - no ambulatório de seguimento dos bebês de alto risco, 136
 - caso clínico, 129-135
 - acompanhamento psicológico, 129-135
 - dados de identificação e dados clínicos, 129
 - história familiar, 129
 - histórico e caracterização da UTI-neonatal, 121, 122
 - importância da interação mãe-bebê, 123-125
 - pacientes do psicólogo, 122, 123
 - pesquisas na área de vinculação mãe-bebê, 125-128
 - rotina diária em um hospital-escola, 128, 129
 - Ausência de solução de conflito, no sistema familiar, 222
 - Autismo infantil
 - atípico, 93, 213
 - características gerais do núcleo de, em universidade estadual, 97-101
 - acessibilidade ao serviço, 98
 - equipe técnica, 99
 - orientação e consentimento das famílias, 98
 - pesquisa, 101
 - rotina da avaliação neuropsiquiátrica, 99-101
 - caso clínico, 101, 102
 - causas psicossociais do, 215
 - como problema de desenvolvimento, 215
 - comportamentos inespecíficos associados ao, 95
 - conceitos, 214
 - considerações importantes para a compreensão do, 97
 - diagnóstico de, 91
 - critérios, 93, 214
 - e as classificações diagnósticas, 93-95
 - e esquizofrenia infantil, 214
 - história do, 92, 93
 - manifestações de, 215
 - na visão atual, 215
 - patologias comumente associadas ao diagnóstico de, 95-97
 - epilepsia, 96, 97
 - esclerose tuberosa de Bourneville, 96
 - fenilcetonúria, 96
 - infecção pré-natal, 97
 - retardo mental, 95
 - síndrome do X frágil (X FRA), 95, 96
 - precoce, 92, 214
 - puberdade e, 215
 - relação entre a gravidade clínica do, e QI (Quociente de Inteligência), 95
 - Autistic disturbances of affective contact (Kanner), 92
 - Avaliação neuropsicológica
 - objetivos da, 199-201
 - procedimento da, 201-204
 - realização por psicólogos especializados, 197
 - Avolição, na esquizofrenia, 217, 218
- B**
- Beck Depression Inventory (BDI), 11
 - Binômio prática/pesquisa, na avaliação psicológica da saúde, 9
 - Biofeedback, técnica de, 21
 - Blues, 164
 - Bourneville, esclerose tuberosa de, autismo infantil e, 96
 - Burnout, 19
- C**
- Cancer Inventory of Problem Situations (CIPS), 11
 - Caso clínico do ambulatório de AIDS, 69-73
 - dados
 - da avaliação psicológica, 69, 70
 - da história clínica, 69
 - de identificação, 69
 - pessoais e familiares, 69
 - intervenção psicológica, 70-73
 - Cérebro
 - atuação do, 198
 - unidades funcionais propostas por Luria, 198, 199
 - Checklists, 202
 - Child Behavior Checklist — CBCL, na avaliação em pediatria, 184
 - Childhood Autism Rating Scale (CARS), 100
 - Choque emocional, no paciente com o HIV+ e AIDS, 60
 - Classificação Internacional de Doenças (CID), autismo infantil na, 93
 - Comportamento(s)
 - amplamente desorganizado, 217
 - de risco, 159
 - inespecíficos associados ao autismo, 95
 - influência do, na saúde e na doença, 7, 8
 - motores catatônicos, 217
 - Conceito expressão emocional familiar, 223
 - Condicionamento operante, 177
 - Conflito, do sistema familiar, 221
 - II Congresso Nacional de Psicologia (1990), 21
 - Contextos da psicologia na saúde, 3-6
 - Contração, 162
 - Convivência familiar continuada, 219
 - Crenças frente à AIDS, 61, 62
 - Crianças com transtorno global do desenvolvimento, sistema familiar de, 212-227
 - ausência de solução de conflito, 222
 - autismo, 213-215
 - causas psicossociais, 215
 - manifestações de, 215
 - na visão atual, 215
 - caso clínico, 224-226
 - ciclos comportamentais, 219
 - conflito, 221, 222
 - convivência familiar continuada, 219
 - esquizofrenia, 215-219
 - alogia, 217
 - alucinações, 217
 - avolição, 217, 218
 - comportamento(s)
 - amplamente desorganizado, 217
 - motores catatônicos, 217
 - conceito, caminhos, 215
 - critérios diagnósticos, 216
 - delírios
 - de referência, 217
 - persecutórios, 217
 - desorganização do pensamento, 217
 - embotamento afetivo, 217
 - expectativa de vida, 218
 - síndromes, 216
 - sintomas
 - acessórios, 216
 - fundamentais, 216
 - negativos, 217
 - positivos, 217
 - teorias da psicodinâmica, 216
 - tipo
 - catatônico, 218
 - desorganizado ou hebefrênico, 218
 - indiferenciado, 218
 - paranoide, 218
 - residual, 219
 - estresse
 - normativo, 221
 - situacional, 221
 - hierarquia geracional, 223
 - modelo *excitation-adaptation*, 223
 - proximidade, 223
 - responsabilidade interpessoal, 223
 - rigidez, 222
 - superproteção, 222
 - vulnerabilidade psicológica
 - primária, 222
 - secundária, 222
 - Crise inicial, no paciente com HIV e AIDS, 61
 - Críticos diagnósticos
 - para autismo infantil, pela CID, 93
 - para esquizofrenia, 216
 - Cuba, integração da prática psicológica aos serviços de saúde e, 5
- D**
- Dados de prontuários, na avaliação psicológica da saúde, 11
 - Delírios
 - de referência, 217
 - persecutórios, 217
 - Demência
 - de Heller, 213
 - precoce, 215

Depressão
 - AIDS e, 60
 - durante a gravidez, 124
 - em gestantes, 158
 - pós-parto, 164
 Derrame, 139
 Desenvolvimento psicológico, 177, 178
 Desorganização do pensamento, na esquizofrenia, 217
 Dessensibilização sistemática, 167
 Diabetes gestacional (DG), 160
 Diários, na avaliação psicológica da saúde, 10
 Dieta, benefícios à saúde e, 7
 Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo (Kanner), 213
 Doença
 - e hospitalização infantil, 179, 180
 - hipertensiva específica da gravidez (DHEG), 160
 Doula, 162
 DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), 96

E

Elementos básicos dos testes psicológicos, 201
 Embotamento afetivo, na esquizofrenia, 217
 Encaminhamento do RN para uma UTI-Neo, 123
 Encaminhamento médico, ao Ambulatório de Psicologia, 113
 Endométrio, reepitelização do, 163
 Enfermaria de obstetrícia, 154-173
 - assistência psicológica
 - - à equipe de saúde, 169, 170
 - - à família das gestantes, 169
 - blues, 164
 - caso clínico, 170-173
 - depressão pós-parto, 164
 - gestação de alto risco, 158-162
 - - amniorrexe prematura (AP), 160
 - - comportamento de risco, 159
 - - diabetes gestacional (DG), 160
 - - doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), 160
 - - fatores de risco, 159
 - - óbito fetal (OF), 160, 161
 - - risco, 159
 - - situações de risco, 159
 - - trabalho de parto prematuro, 159, 160
 - gravidez, 155-158
 - - ansiedade, 158
 - - conjunto de sintomatologias depressivas e, 157, 158
 - - estágio
 - - - embrionário, 156
 - - - fetal, 156
 - - - germinal, 156
 - - início, 156
 - - primeiro trimestre, 156
 - - realização do pré-natal, 157
 - - terceiro trimestre, 156, 157
 - - trimestre, 156
 - modelo de assistência psicológica às gestantes de alto risco, 166-169
 - - dessensibilização sistemática, 167
 - - fornecimento de informações, 168
 - - objetivo, 166, 167
 - - orientação psicológica, 168
 - - suporte emocional e/ou expressivo, 167
 - - técnicas de relaxamento, 168
 - - *work of worrying*, 167
 - modelo de atendimento psicológico em, 164-166
 - parto, 162, 163
 - - cesárea, 163
 - - contração, 162
 - - doula, 162
 - - fórceps, 163
 - - método psicoprofilático, 162
 - - normal, 163
 - - perda do líquido amniótico, 162
 - - perda do tampão mucoso, 162
 - - respiração de cachorrinho, 162
 - psicose pós-parto, 164
 - puerpério, 163, 164
 Enfermaria de pediatria, 176-193
 - aspectos psicológicos, 180-184
 - atendimento psicológico
 - - atenção psicológica focal, 189
 - - avaliação psicológica, 189
 - - características, 187
 - - fluxograma, 190
 - - início, 185
 - - objetivos, 187, 188
 - - - junto à equipe de saúde, 188
 - - - junto aos familiares e acompanhantes, 188
 - - - junto aos pacientes, 188
 - - práticas, 188-190
 - - - ações e rotinas de atividades, 189
 - - - avaliação e intervenção psicológicas, 188
 - - visitas psicológicas, 189
 - caracterização, 186, 187
 - - do contexto, 187
 - - física, 186
 - - humana, 187
 - condicionamento operante, 177
 - considerações iniciais, 176
 - desenvolvimento psicológico, 177, 178
 - doença e hospitalização infantil, 179, 180
 - estudo de caso, 190-193
 - importância da avaliação psicológica, 184, 185
 - - instrumentos, 184
 - proposta de atuação, 185-190
 - relação entre prática e teoria, 176, 177
 - teoria cognitiva, 177
 EPADS (Empresas de Assistência Domiciliar Privada em Saúde), 32
 Epilepsia, autismo infantil e, 96, 97
 Equipe de saúde, assistência psicológica à, 169, 170
 Equipe técnica, no núcleo de autismo infantil, 99
 Escala de Estressores em Terapia Intensiva, 143
 Escala de Maturidade Social de Vineland-Doll, 100
 Esclerose tuberosa de Bourneville, autismo infantil e, 96
 Escola Paulista de Medicina, programas de saúde, 23
 ESF (Estratégia de Saúde da Família), 29
 Esquizofrenia, 215-219
 - afeto embotado, 217
 - alergia, 217
 - alucinações, 217
 - avolição, 217, 218
 - classificação de Schneider, 216
 - comportamento(s)
 - - amplamente desorganizado, 217
 - - motores catatônicos, 217

- conceito de, caminhos, 215
 - critérios diagnósticos, 216
 - delírios
 - - de referência, 217
 - - persecutórios, 217
 - desorganização do pensamento, 217
 - etiologia da, 215
 - expectativa de vida para indivíduos com, 218
 - funções intelectuais básicas na, 218
 - síndromes da, 216
 - sintomas
 - - acessórios, 216
 - - fundamentais, 216
 - - negativos, 217
 - - positivos, 217
 - suicídio e, 218
 - teorias da psicodinâmica, 216
 - tipo
 - - catatônico, 218
 - - desorganizado ou hebefrênico, 218
 - - indiferenciado, 218
 - - paranoide, 218
 - - residual, 219
 Estado transicional, no paciente com HIV e AIDS, 61
 Estágio, gravidez
 - embrionário, 156
 - fetal, 156
 - germinal, 156
 Estimulação, saúde e, 7
 Estimulos sensoriais, autismo e, 95
 Estratégia racionalizadora, na assistência domiciliar, 31
 Estresse, 8
 - condições de saúde e, 6, 7
 - normativo, 221
 - psíquico associado à doença pediátrica, sintomas, 80
 - situacional, 221
 Exame Neurológico Evolutivo (ENE), 198
 Exercícios, benefícios à saúde e, 7

F

Família das gestantes, assistência psicológica à, 169
 Family Environment Scale (FES), 11
 Fase de aceitação, no paciente com HIV e AIDS, 61
 Fatores de risco, 159
 Fatores desencadeadores de problemas de saúde, 6-9
 - associação entre fatores sociais e psicológicos, 6
 - cultura, 6, 7
 - estimulação, ausência ou exagero de, 7
 - grau de instrução, 6, 7
 - influências de comportamentos, 7, 8
 - relações familiares disfuncionais, 6
 - variáveis sociais de suporte, 6
 Febre reumática, 38
 Fenilalanina, dieta de, 96
 Fenilcetonúria, autismo infantil e, 96
 Fenômeno da globalização, 1
 Formação reticular, 199
 Função(ões)
 - corticais superiores, 198
 - do Psicólogo da Saúde, 19
 - intelectuais básicas, na esquizofrenia, 218
 Funcionamento cerebral, 198

G

- Gestação de alto risco, 158-162
 - amniorrexe prematura (AP), 160
 - comportamento de risco, 159
 - diabetes gestacional (DG), 160
 - doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), 160
 - fatores de risco, 159
 - óbito fetal, 160, 161
 - risco, 159
 - situações de risco, 159
 - trabalho de parto prematuro, 159, 160
- Glândula mamária, no puerpério, 163
- Globalização, fenômeno da, 1
- Gravidez, 155-158
 - ansiedade e, 158
 - conceito, 155
 - duração, 156
 - estágio
 - embrionário, 156
 - fetal, 156
 - germinal, 156
 - início, 156
 - primeiro trimestre, 156
 - realização do pré-natal e, 157
 - segundo trimestre, 156
 - sintomatologia depressiva, 157, 158
 - terceiro trimestre, 156, 157

H

- Health Psychology*, 8
- Heller, demência de, 213
- Hepatopatia crônica, 45
- Hierarquia geracional, 223
- Hiperserotoninemia, 96
- Hipótese ventricular, 198
- Home care*, 28, 30, 32
 - definição, 31
 - serviços oferecidos, 32
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*, 11
- Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP), 109, 110
 - Ambulatório de Psicologia do, 110
 - clientela, 110
 - programas, 110, 111
 - área física, 109
 - diretrizes, 110
 - implantação do Serviço de Psicologia no, 110
- Hospital geral, serviço de psicologia ambulatorial em, 105-119
 - ambulatório de psicologia, 109-112
 - casos clínicos, 113-119
 - encaminhamento médico e triagem, 112, 113
- Humanização, definição de, 230
- Humanização em ambientes médicos, 230-242
 - críticas ao estudo, 241, 242
 - discussão, 237-241
 - aspectos gerais das respostas mencionadas pelos sujeitos, 237-241
 - metodologia, 231-237
 - equipe de enfermagem, 235-237
 - equipe médica, 232-234
 - outros profissionais, 234, 235
 - resultados, 232-234
 - objetivos, 231

I

- Idiotia adquirida, 215
- Importância da avaliação psicológica na psicologia da saúde, 9-11
- Importância da interação mãe-bebê, 123-125
- Infância, psiquiatria de ligação e interconsulta psiquiátrica na, 75-87
 - campo de atuação, 76
 - características, 78-80
 - dados de uma pesquisa sobre avaliação e principais motivos, 82, 83
 - definição, 76
 - diretrizes, 79, 80
 - discussão de caso clínico, 83-86
 - histórico, 75, 76
 - incidência e prevalência de transtornos psiquiátricos, 76-81
 - modelo(s), 78-80
 - antecipatório, 79
 - de atendimento a intercorrências, 79
 - de detecção dos casos, 79
 - de educação e treinamento da equipe pediátrica, 79
 - prática de serviços, 81, 82
 - quadro clínico, 80, 81
 - tratamento, 81
- Infecção(ões)
 - oportunistas, na AIDS, 60
 - por HIV, 58
 - pré-natal, autismo infantil e, 97
- Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da USP, 5
- Interação mãe-bebê
 - aprendizagem e, 125
 - importância da, 123-125
- Interconsulta psiquiátrica
 - campo de atuação, 76
 - definição, 76
 - na infância e adolescência, 75-87
- Inventários, 202

J

- Journal of Autism in Childhood Schizophrenia*, 92
- Journal of Health Psychology*, 4, 22
- Journal of Pediatrics*, 92

K

- Kaposi, sarcoma de, 58

L

- Linfócitos T4 (CD4+), vírus HIV e, 58
- Lobo
 - frontal, 199
 - occipital, 199
 - parietal, 199
 - temporal, 199

M

- Maternagem e a vinculação mãe-bebê, 158
- Medicina Comportamental, 8
- Medidas psicofisiológicas, na avaliação psicológica da saúde, 10, 11
- Menstruação, 156

- Metas, da avaliação psicológica da saúde, 10
 - afetivas, 10
 - biológicas, 10
 - cognitivas, 10
 - comportamentais, 10
- Método
 - Credé, 166
 - psicoprofilático, 162
- Mídia, Psicologia na, 19
- Million Clinical Multiaxial Inventory (MCMI)*, 11
- Minimental-State Exam (MMS)*, 11
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*, 11
- Modelo da rotina do serviço de psicologia no atendimento domiciliar, 34-37
 - Ficha de Triagem, 35
 - Características Psicológicas, 36
 - Conclusão, 36
 - Dados
 - de Identificação, 35
 - do Encaminhamento, 35
 - triagem psicológica, 35
- Modelo de atendimento psicológico
 - às gestantes de alto risco, 166-169
 - dessensibilização sistemática, 167
 - fornecimento de informações, 168
 - orientação psicológica, 168
 - suporte emocional e/ou expressivo, 167
 - técnicas de relaxamento, 168
 - *work of worrying*, 167
 - em uma enfermaria de obstetrícia, 164-166
- Modelo *excitation-adaptation*, 223
- Multidimensional Health Locus of Control (MHLC)*, 11

N

- National Society for Autistic Children (NSAC), 93
- Neonatologistas, 122
- Neuroimagem, 200
- Neuropsicologia, 197-210
 - avaliação neuropsicológica
 - objetivos da, 199-201
 - procedimento da, 201-204
 - caso ilustrativo, 205-209
 - definição, 197
 - e neurociências, 197
 - e Psicologia, diferença, 197
 - elementos básicos dos testes psicológicos, 201
 - história, 197-199
 - interpretação dos resultados neuropsicológicos, 204
 - neuroimagem e, 200
 - novo foco de investigação da, 200
- Neuropsicólogo, trabalho do, 204
- Nidação, 156
- Nitrato de prata, para prevenção de oftalmia neonatal, 166
- Núcleo de autismo infantil de uma universidade estadual, 97-101
 - acessibilidade ao serviço, 98
 - equipe técnica, 99
 - normas, 98
 - objetivo, 97
 - orientação e consentimento das famílias, 98
 - pesquisa, 101
 - rotina da avaliação neuropsiquiátrica, 99-101

O

Óbito fetal (OF), 160, 161
 Observações, na avaliação psicológica da saúde, 10
 Obstetrícia, enfermagem de, 154-173
 - assistência psicológica
 - - à equipe de saúde, 169, 170
 - - à família das gestantes, 169
 - caso clínico, 170-173
 - comportamento de risco, 159
 - fatores de risco, 159
 - gestação de alto risco, 158-162
 - - amniorrexe prematura (AP), 160
 - - diabetes gestacional (DG), 160
 - - doença hipertensiva específica da gravidez (DHEG), 160
 - - óbito fetal (OF), 160, 161
 - - trabalho de parto prematuro, 159, 160
 - gravidez, 155-158
 - - ansiedade, 158
 - - estágio
 - - - embrionário, 156
 - - - fetal, 156
 - - - germinal, 156
 - - pré-natal, realização do, 157
 - - primeiro trimestre, 156
 - - segundo trimestre, 156
 - - sintomas depressivos, 157, 158
 - - terceiro trimestre, 156, 157
 - modelo de assistência psicológica às gestantes de alto risco, 166-169
 - - dessensibilização sistemática, 167
 - - fornecimento de informações, 168
 - - orientação psicológica, 168
 - - suporte emocional e/ou expressivo, 167
 - - técnicas de relaxamento, 168
 - - *work of worrying*, 167
 - modelo de atendimento psicológico em uma, 164-166
 - parto, 162, 163
 - - cesárea, 163
 - - contração, 162
 - - doula, 162
 - - fórceps, 163
 - - método psicoprofilático, 162
 - - normal, 163
 - - perda
 - - - do líquido amniótico, 162
 - - - do tampão mucoso, 162
 - - respiração de cachorrinho, 162
 - planejamento familiar, 55
 - puerpério, 163, 164
 - - *blues*, 164
 - - depressão pós-parto, 164
 - - psicose pós-parto, 164
 - risco, 159
 - situações de risco, 159
Ontario Child Health Study, 77
 Organização Mundial da Saúde, definição de saúde pela, 1, 20
 Orientação e consentimento das famílias, no núcleo de autismo infantil, 98

P

Paciente soropositivo e/ou com AIDS
 - assistência psicológica ao, 63-73
 - - ambulatório
 - - - características gerais, 63, 64
 - - - caso clínico, 69-73

- - - histórico do serviço, 67, 68
 - - - sistematização do serviço, 64
 - - - tratamento multidisciplinar, 65-67
 - programa de avaliação e intervenção psicológica para, 62, 63
 Parto, 162, 163
 - cesárea, 163
 - contração, 162
 - doula, 162
 - fórceps, 163
 - método psicoprofilático, 162
 - normal, 163
 - perda do líquido amniótico, 162
 - perda do tampão mucoso, 162
 - respiração de cachorrinho, 162
 Patologias comumente associadas ao diagnóstico de autismo infantil, 95-97
 - epilepsia, 96, 97
 - esclerose tuberosa de Bourneville, 96
 - fenilcetonúria, 96
 - infecção pré-natal, 97
 - retardo mental, 95
 - síndrome do X frágil (X FRA), 95, 96
 Pediatria, enfermagem de, 176-193
 - aspectos psicológicos, 180-184
 - atendimento psicológico
 - - fluxograma, 190
 - - objetivos, 187, 188
 - - - junto à equipe de saúde, 188
 - - - junto aos familiares e acompanhantes, 188
 - - - junto aos pacientes, 188
 - - práticas, 188-190
 - - - ações e rotinas de atividades, 189
 - - - atenção psicológica focal, 189
 - - - avaliação e intervenções psicológicas, 188
 - - - avaliação psicológica, 189
 - - - visitas psicológicas, 189
 - características da atuação psicológica, 187
 - caracterização, 186, 187
 - - do contexto, 187
 - - física, 186
 - - humana, 187
 - condicionamento operante, 177
 - considerações iniciais, 176
 - desenvolvimento psicológico, 177, 178
 - doença e hospitalização infantil, 179, 180
 - estudo de caso, 190-193
 - importância da avaliação psicológica, 184, 185
 - proposta de atuação, 185-190
 - relação entre prática e teoria, 176, 177
 - teoria cognitiva, 177
 Perda
 - do líquido amniótico, 162
 - do tampão mucoso, 162
 Período sintomático final, no paciente com HIV+ e AIDS, 60
 Pesquisa(s)
 - em Psicologia da Saúde, 9, 18
 - na área de vinculação mãe-bebê, 125-128
 - no núcleo de autismo infantil, 101
 Planejamento familiar, 155
 Pré-natal, importância do, 157
 Primeiro sistema de ADS (Assistência Domiciliar em Saúde), 28
 Primeiro trimestre, gravidez, 156
 Procedimento da avaliação neuropsicológica, 201-204
 Processo de avaliação psicológica, 2
 Programa de Saúde da Família (PSF), 29

Programas de Agentes Comunitários de Saúde, 29
 Programas, do Ambulatório de Psicologia do HMCP, 110, 111
 - de Avaliação e Orientação, 111
 - de Espera, 110, 111
 - de Triagem, 110, 111
 - para Egressos da Hospitalização, 110
 - Terapêuticos Especiais, 110
 - Terapêuticos Individuais e Grupais, 110, 111
 Programas em saúde desenvolvidos no Brasil pelo Ministério da Saúde, 23
 Protocolo de Transplante de Fígado, 46
 Protocolos, utilização na psicologia da saúde, 9, 11, 12
 - objetivos, 11, 12
 Proximidade, 223
 Psicologia da saúde
 - abrangência da, 17
 - American Psychological Association (APA), 4, 5
 - ampliação do objeto de estudo da, 5
 - baseada em evidências, 9
 - campo da atuação, 2
 - contextos da, 3-6
 - definição, 5, 17, 154
 - descobertas, 2
 - e outras áreas importantes, 19, 20
 - fatores de risco e, 3
 - fatores desencadeadores de problemas de saúde, 6-9
 - - associação entre fatores sociais e psicológicos, 6
 - - cultura, 6, 7
 - - dados de pesquisas epidemiológicas, 7
 - - estimulação, ausência ou exagero de, 7
 - - grau de instrução, 6, 7
 - - influências de comportamentos, 7, 8
 - - relações familiares disfuncionais, 6
 - - variáveis sociais de suporte, 6
 - importância da avaliação psicológica na, 9-11
 - - diários, 10
 - - instrumentos
 - - - de curto espectro, 11
 - - - de longo espectro, 11
 - - medidas psicofisiológicas, 10, 11
 - - metas
 - - - afetivas, 10
 - - - biológicas, 10
 - - - cognitivas, 10
 - - - comportamentais, 10
 - - observações, 10
 - - questionários, 10
 - - SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos), 11
 - na Alemanha, 22
 - na Áustria, 21, 22
 - na Espanha, 20, 21
 - na Suíça, 22
 - níveis de atendimento em saúde pública, 17
 - nos Estados Unidos, 22
 - objetivo, 5
 - pesquisa, 9, 18, 23-25
 - - e atitude de psicólogos, 24, 25
 - - longitudinais, 24
 - problemas estudados pelos Psicólogos Clínicos da Saúde, 18, 19
 - surgimento, 3
 - testes projetivos, 12
 - utilização de protocolos na, 9, 11, 12
 Psicólogo(s)

- assistência domiciliar e atuação do, 27-43
- na Unidade de Terapia Intensiva —
 - Adulto, 139-152
 - ambiente, 140, 141
 - caso clínico, 148-152
 - atendimento na enfermagem de moléstias infectocontagiosas, 151, 152
 - equipe de saúde, 144-146
 - Escala de Estressores em Terapia Intensiva, 143
 - estrutura física, 140, 141
 - pacientes, 142, 144
 - rotina de atendimento psicológico
 - com o paciente, 146, 147
 - com os familiares, 147, 148
 - visitas e familiares, 141, 142
- Psicólogos Clínicos da Saúde, problemas estudados pelos, 18, 19
- Psicopatia autista, 92
- Psicose
 - pós-parto, 164
 - simbiótica, 213
- Psiquiatria de ligação
 - campo de atuação, 76
 - definição, 76
 - na infância e adolescência, 75-87
- Puberdade, autismo e, 215
- Puerpério, 163, 164
 - blues, 164
 - depressão pós-parto, 164
 - psicose pós-parto, 164

Q

- QI (Quociente de Inteligência), gravidade clínica do autismo e, 95
- Questionário de Avaliação do Comportamento Autista (CACS), 100
- Questionários, na avaliação psicológica da saúde, 10

R

- Reepitelização do endométrio, 163
- Relação(ões)
 - de causa e efeito, 204
 - familiares disfuncionais, problemas de saúde e, 6
- Relaxamento, técnica de, 18
- Respiração de cachorrinho, 162
- Responsabilidade interpessoal, 223
- Respostas de ansiedade, AIDS e, 60
- Resultados neuropsicológicos, interpretação dos, 204
- Retardo mental, autismo infantil e, 95
- Revista de Psicología de la Salud, 21
- Rigidez, na família de crianças com problemas, 222
- Risco, 159
- RNs, classificação
 - adequado para a idade gestacional (AIG), 123
 - em relação à idade gestacional
 - a termo (RNT), 123
 - pós-termo (PT), 123
 - pré-termo (RNPT), 123
 - prematuridade extrema (RN ext.), 123
 - em relação ao peso
 - baixo peso (BP), 123
 - muito baixo peso (mBP), 123
 - não baixo peso (ñBP), 123

- grande para a idade gestacional (GIG), 123
- pequeno para a idade gestacional (PIG), 123
- Rotina
 - da avaliação neuropsiquiátrica, no núcleo de autismo infantil, 99-101
 - diária do serviço de Psicologia na UTI-Neo em hospital-escola, 128, 129
- Rubéola, autismo e, 97

S

- Sarah Morris Hospital, 122
- Sarcoma de Kaposi, 58
- SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos), 11
- Saúde
 - avaliação psicológica da, 1-13
 - método científico, 1
 - objetivo, 2
 - processo, 2
 - testes, 1, 2
 - definição de, 1, 31
 - fatores desencadeadores de problemas de, 6-9
- Segundo trimestre, gravidez, 156
- Sepse, 139
- Septicemia, 139
- Serviço de Assistência Médica e de Urgência (SAMDU), 28
- Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, 28
- Serviço de psicologia ambulatorial em hospital geral, 105-119
 - ambulatório de psicologia, 109-112
 - casos clínicos, 113-119
 - encaminhamento médico e triagem, 112, 113
- Serviço Especializado no Tratamento de Autismo e Hiperatividade da UNICAMP, 91
- Síndrome
 - da UTI, 141
 - de imunodeficiência adquirida (AIDS), 58
 - de Munchausen por procuração, 86
 - de rubéola congênita, 97
 - do X frágil (X FRA), autismo e, 95, 96
 - geral de adaptação (SGA), 7
- Sintomas, esquizofrenia, 216, 217
 - acessórios, 216
 - fundamentais, 216
 - negativos, 217
 - positivos, 217
- Sistema de Alojamento Conjunto (AC), 165
- Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), 11
- Sistema familiar, 219-224
 - ausência de solução de conflito, 222
 - ciclos comportamentais, 219
 - conceito expressão emocional familiar, 223
 - conflito, 221, 222
 - convivência familiar continuada, 219
 - estresse
 - normativo, 221
 - situacional, 221
 - hierarquia geracional, 223
 - modelo *excitation-adaptation*, 223
 - proximidade, 223
 - responsabilidade interpessoal, 223
 - rigidez, 222
 - superproteção, 222
 - teoria sistêmica, 219, 220
- vulnerabilidade psicológica
 - primária, 222
 - secundária, 222
- Sistema familiar de crianças com transtorno global do desenvolvimento, 212-227
 - ausência de solução de conflito, 222
 - autismo, 213-215
 - causas psicossociais, 215
 - conceitos, 214
 - manifestações, 215
 - na visão atual, 215
 - caso clínico, 224-226
 - conflito, 221, 222
 - esquizofrenia, 215-219
 - afeto embotado, 217
 - alogia, 217
 - alucinações, 217
 - avolição, 217, 218
 - comportamento(s)
 - amplamente desorganizado, 217
 - motores catatônicos, 217
 - conceitos, 213
 - critérios diagnósticos, 216
 - delírios
 - de referência, 217
 - persecutórios, 217
 - desorganização do pensamento, 217
 - etiologia, 215
 - expectativa de vida, 218
 - funções intelectuais básicas na, 218
 - síndromes, 216
 - sintomas, 216, 217
 - acessórios, 216
 - fundamentais, 216
 - negativos, 217
 - positivos, 217
 - teorias da psicodinâmica, 216
 - tipo
 - catatônico, 218
 - desorganizado ou hebefrênico, 218
 - indiferenciado, 218
 - paranoide, 218
 - residual, 219
 - hierarquia geracional, 223
 - modelo *excitation-adaptation*, 223
 - proximidade, 223
 - responsabilidade interpessoal, 223
 - rigidez, 222
 - superproteção, 222
- Sistema Único de Saúde (SUS), 28
- Situação(ões)
 - de risco, 159
 - de tristeza, no paciente com HIV e AIDS, 61
- Sixteen Personality Factor Inventory (16PF), 11
- Suicídio, esquizofrenia e, 218
- Superproteção, na família com crianças com problemas, 222
- Suporte emocional e/ou expressivo, 167, 168
- Symptom Check List-90 Revised (SCL-90-R), 11

T

- Tabaco, na predisposição a doenças, 7
- Teoria
 - cognitiva, 177
 - da interconsulta psiquiátrica, 76
 - do estresse, 7
 - sistêmica familiar, 219
- Terceiro trimestre, gravidez, 156, 157

Testagem neuropsicológica *versus* avaliação neuropsicológica, 203

Teste(s)

- de personalidade, 202
- ecológicos, 204
- neuropsicológicos, 202, 203
- projetivos, 12
- psicológicos, 201-203

Trabalho de parto prematuro (TPP), 159, 160

Transplante de fígado, 45

- atuação do psicólogo em uma unidade de, 45-56
- avaliação psicológica
 - - protocolo, 48
 - - questões que podem ser respondidas por pacientes, 47
 - - relatório incluído no prontuário do paciente, 48, 49
- relato de caso, 49-56
- - avaliação inicial, 50, 51
- - distorções cognitivas apresentadas pela paciente, 50
- - encaminhamento, 51-56
- - histórico de vida recente, 49, 50
- - paciente, 49
- - queixas principais, 49
- - seguimento após o transplante, 56
- - síntese de dados obtidos durante a avaliação inicial, 51
- sobrevida, 45

Transtorno global do desenvolvimento, 213

Triagem, no Ambulatório de Psicologia, 112, 113

U

Unidade de Terapia Intensiva — Adulto, 139

- ambiente, 140, 141
- caso clínico, 148-152
 - - atendimento na enfermagem de moléstias infectocontagiosas (MI), 151, 152
- equipe de saúde, 144-146
- estrutura física, 140, 141
- pacientes, 142-144
- procedência do paciente internado na, 139
- rotina de atendimento psicológico
 - - com o paciente, 146, 147
 - - com os familiares, 147, 148
- visitas e familiares, 141, 142

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-Neo)

- alojamento conjunto, 122
- aparelhos utilizados, 122
- atuação psicológica em, 121-137
 - - caso clínico, 129-135
 - - importância da interação mãe-bebê, 123-125
 - - mãe no ambulatório de psicologia, 136
 - - no ambulatório de seguimento dos bebês de alto risco, 136
 - - pesquisas na área de vinculação mãe-bebê, 125-128
 - - rotina diária em um hospital-escola, 128, 129
- diagnósticos médicos mais observados, 122
- equipe de saúde, 122
- histórico e caracterização da, 121, 122

- pacientes do psicólogo na, 122, 123

Unidade de transplante de fígado, atuação do psicólogo em, 45-56

- características do trabalho, 45-49
- relato de caso, 49-56

Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), atendimento primário, 17

Universidade de Campinas (UNICAMP), programas de saúde, 23

Universidade de São Paulo (Hospital das Clínicas), programas de saúde, 23

Utilização de protocolos na psicologia da saúde, 9, 11, 12

- objetivos, 11, 12

V

Variáveis sociais de suporte, bem-estar psicológico/biológico e, 6

Vineland-Doll, Escala de Maturidade Social de, 100

Vírus de imunodeficiência humana (HIV), 58

- origem e evolução do, 58-73

Visita Psicológica (VP), 176

Vitamina K1, para prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido, 166

Vulnerabilidade psicológica

- primária, 222
- secundária, 222

W

Work of worrying, 167



A marca FSC é a garantia de que a madeira utilizada na fabricação do papel com o qual este livro foi impresso, provém de florestas gerenciadas, observando-se rigorosos critérios sociais e ambientais e de sustentabilidade.


Cromosete
Gráfica e editora Ltda.
Impressão e acabamento
Rua Uhland, 307
Vila Ema-Cep 03283-000
São Paulo - SP
Tel/Fax: 011 2154-1176
adm@cromosete.com.br