

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

ANA KARINA ARAÚJO FERNANDES

**A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA COMO FERRAMENTA NO HOSPITAL GERAL:
SUAS APLICAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES**

NATAL /RN
2015

ANA KARINA ARAÚJO FERNANDES

**A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA COMO FERRAMENTA NO HOSPITAL GERAL:
SUAS APLICAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário do RN - UNI-RN - como requisito final para obtenção do título de especialista em Avaliação Psicológica.

Orientadora: Prof. Esp. Mônica Guimarães Klemig Gomes de Melo Britto.

NATAL/RN
2015

ANA KARINA ARAÚJO FERNANDES

**A AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA COMO FERRAMENTA NO HOSPITAL GERAL:
SUAS APLICAÇÕES E CONTRIBUIÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Centro Universitário do RN - UNI-RN - como
requisito final para obtenção do título de
especialista em avaliação psicológica.

APROVADO EM: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Mônica Guimarães Klemig Gomes de Melo Britto
Orientadora

Dedico esse trabalho a minha família, que sempre investiram em mim, e principalmente acreditaram e confiaram. Pela paciência que tiveram nos momentos de ausências dedicados a este. Meus sinceros agradecimentos a vocês que são a coluna mais forte que me sustenta e a força motriz para eu concluir mais essa etapa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida e suas inúmeras bênçãos derramadas sobre mim nessa trajetória, proporcionando mais essa conquista;

Aos meus pais, José Fernandes de Melo e Maria do Socorro Araújo Fernandes, pelo amor incondicional e a confiança sempre em mim depositada. Acreditando em minhas escolhas, apoiando-as e incentivando-as;

Aos meus irmãos Carlos Eduardo e Cintya, por sempre me proporcionarem os melhores momentos da minha vida e que apesar da distância sempre se fazem presentes com seus cuidados e carinho de pais;

A minha tia Lucilva que tão bem cuidou e cuida de mim nessa jornada, por toda paciência, apoio e dedicação infinita;

Ao meu namorado Péricles por todo o incentivo, dedicação e amor que me dedicou, abrindo mão de momentos juntos para que essa minha conquista se concretizasse;

A professora Mônica pela dedicação em suas orientações prestadas, pelo tempo que se dispôs a me orientar e por acreditar e incentivar esse trabalho, colaborando para o desenvolvimento deste.

“Arrisque-se! Toda vida é um risco. O homem que vai mais longe é geralmente aquele que está disposto a fazer e a ousar. O barco da segurança nunca vai muito além da margem.”
(Dale Carnigie)

RESUMO

O seguinte trabalho aborda a utilização da avaliação psicológica no contexto do hospital geral. Inicia-se com um resgate histórico da Psicologia e sua inserção primeiramente na saúde, apresentando as dificuldades e superações desse processo, até se fixar como um ramo de estudo e prática. Concomitantemente a esse processo também é exposto à chegada da Psicologia ao hospital e evoluções de suas rotinas e acompanhamentos. Assim, iniciamos a ênfase na avaliação psicológica, suas aplicações, funções e principalmente os benefícios que essa prática oferece aos pacientes, familiares e a equipe de saúde como um todo, em um contexto onde as mudanças emocionais, as fantasias e o sofrer aparecem com tanta intensidade. Foi utilizada para a construção desse trabalho uma revisão bibliográfica do acervo eletrônico de artigos e também livros que referencie o tema. A maioria das referências encontrou-se em forma de artigo, mas a obra de Camon e colaboradores foi essencial e de suma importância, pois trás um verdadeiro manual de roteiro e aplicação da avaliação psicológica. Com essa pesquisa bibliográfica foi possível perceber que se trata de uma ferramenta ainda não tão explorada pelos psicólogos, com esses ainda centrando suas atividades em psicoterapia breve e também que não há uma normatização quanto a elaboração e aplicação da avaliação.

Palavras-chave: Avaliação. Psicologia. Hospital. Ferramenta.

ABSTRACT

The following paper discusses the use of psychological assessment in context of the general hospital. It begins with a historical review of psychology and its place primarily in health, presenting difficulties and overshoots of this process, until settling as a branch of study and practice. Concurrent with this process is also exposed to the arrival of psychology at the hospital care and evolutions of their routines and accompaniments. Thus begins the emphasis on psychological assessment, their applications, functions and mainly benefits that this practice offers patients, families and healthcare team as a whole, in a context where emotional changes and suffer appears with such intensity. A literature review of electronic collection of articles and books that also references the theme was used for the construction of this work. Most of the references where found in article form, but the work of Camon and collaborators was essential, because it brings a true manual script and application of psychological assessment. With this literature search was possible to see that it is a tool not yet explored by psychologists, with those still focusing its activities in brief psychotherapy and also that there is no standardization as the development and implementation of the evaluation.

Keywords: Evaluation. Psychology. Hospital. Tool.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1 PSICOLOGIA HOSPITALAR	11
1.1 A INSERÇÃO DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR, SUAS PRÁTICAS E EVOLUÇÕES.....	11
1.2 O TRABALHO DO PSICÓLOGO NO HOSPITAL E SUAS CONTRIBUIÇÕES.....	15
2 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA COMO INSTRUMENTO NO CONTEXTO HOSPITALAR	17
2.1 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA E PSICODIAGNÓSTICO.....	17
2.2. A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO HOSPITAL.....	19
2.3 FUNÇÕES DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA.....	20
2.4 ITENS DE AVALIAÇÃO NO ÂMBITO HOSPITALAR.....	22
3 APLICAÇÕES DA AVALIAÇÃO NO HOSPITAL GERAL	37
3.1 A CONTRIBUIÇÃO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA NO MOMENTO DA CIRURGIA.....	37
3.2 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA CIRÚRGICA PEDIÁTRICA.....	39
4 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	45

1 INTRODUÇÃO

O trabalho a seguir é uma obra que tem como objetivo ampliar o campo de atuação dos psicólogos hospitalares, propondo uma maior ênfase na avaliação psicológica nesse contexto sendo essa adotada definitivamente como uma rotina. Também se busca apresentar como essa ferramenta pode colaborar para o processo de internação e adesão ao tratamento do paciente, colaborar com os familiares e demais acompanhantes e ajudar a equipe de saúde a trabalhar e compreender melhor o quadro do paciente.

Para uma melhor compreensão da avaliação psicológica no hospital foi elaborado um resgate histórico da inserção da Psicologia na saúde, sua chegada ao hospital geral com as dificuldades e superações enfrentadas e por fim a adoção da avaliação psicológica, ampliando a prática do psicólogo.

A avaliação aqui exposta assemelha-se a da clínica, no entanto leva-se em consideração o ambiente hospitalar que é pouco controlável e coberto por estímulos que influenciam diretamente nas fantasias e resiliências do paciente. Não se trata de uma avaliação com inúmeros testes com tempo controlado, mas sim um roteiro de avaliação psicológica que respeita a condição do paciente, aplicado em forma de entrevista valorizando a verbalização do paciente sobre o seu estado.

Como o hospital é um contexto que acolhe as mais diversificadas faixas etárias, um tópico do trabalho é destinado à avaliação psicológica pediátrica, ou seja, a aplicação da avaliação em crianças hospitalizadas. Assim como na clínica, o trabalho com crianças será diferenciado, explorando o lúdico para a compreensão do estado emocional delas.

Esse trabalho foi construído em forma de revisão bibliográfica. Foi encontrado um maior número de artigos sobre o tema da avaliação psicológica no contexto do hospital geral, abordando a contribuição dessa para o paciente cirúrgico, a criança hospitalizada, a importância do apoio psicológico ao paciente internado, entre outros.

A construção do roteiro de avaliação psicológica foi elaborado seguindo a obra de Camon e colaboradores (2009) “E a Psicologia entrou no hospital” que aborda todo o processo da avaliação e os tópicos a ser investigados dependendo da demanda do paciente e familiares.

Percebe-se na rotina dos psicólogos hospitalares uma necessidade de padronização na utilização de ferramentas e práticas utilizadas. Cada hospital adota uma forma de trabalho com fichas de referências e acompanhamentos que seguem linhas diferentes. Aqui se busca essa possibilidade de padronização ou pelo menos um maior espaço para o diálogo sobre o tema.

1.0 PSICOLOGIA HOSPITALAR

1.1 A inserção da Psicologia no contexto hospitalar, suas práticas e evoluções

A Psicologia Hospitalar tem sido um termo utilizado para designar o trabalho desenvolvido por psicólogos no contexto hospitalar. Trata-se de um ramo da Psicologia da Saúde que visa compreender o adoecimento e as maneiras pelas quais o homem pode manter-se saudável. Entre seus objetivos estão a promoção e a proteção da saúde, prevenção e tratamento de enfermidades, identificação de etiologias e disfunções associadas às doenças, bem como propor melhorias no sistema de cuidados e nas políticas públicas de saúde, como também estudar as influências psicológicas na saúde, os fatores responsáveis pelo adoecimento, às mudanças de comportamento no adoecer (Capitão, Scortegagna, Baptista, 2005).

Antes de compreender como a Psicologia chegou ao hospital, é interessante saber como primeiramente chegou à saúde. Surgiu na década de 70 com o objetivo de responder as novas exigências apresentadas no campo da saúde. Entre elas (e a mais desafiadora) era a superação do modelo biomédico (sendo até hoje almejado) centrado na doença, visto que o comportamento humano aparecia como umas das principais causas de morbidade e mortalidade. As principais causas da mortalidade prematura nos Estados Unidos estavam relacionadas a comportamentos de riscos, como tabagismo e uso abusivo de álcool e drogas. Sendo assim, a relação entre causa e efeito implícito nas antigas teorias começou a enfraquecer, pois as doenças não mais evidenciavam uma origem exclusivamente patogênica. A importância dos fatores comportamentais na determinação da doença foi consequência de investigações que, de modo crescente, alertaram para novas epidemias, e cujos resultados começaram a ser conclusivos e ganhar notoriedade na década de 70. (Capitão et. al 2005).

Sebastiani (2005) aponta pesquisas em que Brasil foi o precursor mundial da Psicologia Hospitalar no mundo, uma nova especialidade que utiliza os conhecimentos da Psicologia para aplica-los no ambiente hospitalar, nos processos doença-internação-tratamento, os quais relacionam: paciente-família-equipe e utiliza teorias e técnicas específicas para a atenção a pessoas hospitalizadas com

demandas psicológicas ligas principalmente a tais processos e a reações psicológicas que podem agravar a enfermidade do paciente ou dificultar o processo de recuperação (Mesquita, Silva e Júnior, 2013).

Na década de oitenta teve-se início o movimento para demarcar a área como uma especialidade, sendo concluído no ano de 2000, quando o Conselho Federal de Psicologia (CFP) promulgou a Resolução de nº 14, regularizando a concessão de título de especialista em Psicologia Hospitalar (Tonetto; Gomes, 2005).

Atualmente, os hospitais vêm se abrindo cada vez mais para a atuação dos psicólogos, valorizando a concepção do trabalho interdisciplinar e multiprofissional. A Psicologia Hospitalar tornou-se uma realidade na nossa profissão e na sociedade (Salto, 2009). Mesmo verificando que a Psicologia Hospitalar nasceu da Psicossomática e da Psicanálise, atualmente se percebe uma ampliação de seu campo conceitual e sua prática clínica, com isto está se criando uma identidade diferente (Cantarelli, 2009).

O que interessa a esse novo ramo não é a doença em si, mas a relação que o doente tem com seu sintoma ou, em outras palavras, o que nos interessa primordialmente é o destino do sintoma, o que o paciente faz com a sua doença, o significado que lhe confere, e a isso só chegamos pela linguagem, pela palavra. Ou seja, o foco da psicologia hospitalar é o aspecto psicológico em torno do adoecimento. Além de considerar essas pessoas individualmente, a psicologia hospitalar também se ocupa das relações entre elas, constituindo-se assim numa verdadeira psicologia de ligação, com a função de facilitar os relacionamentos entre pacientes, familiares e médicos (Cantarelli, 2009)

Trata-se de uma área já reconhecida e de expansão no mercado, no entanto as intervenções realizadas no hospital continuam (em sua grande maioria) centradas no atendimento de pacientes internados, orientados por um modelo individual (com raízes clínicas), tanto para o paciente como para a família (Tonetto e Gomes, 2005). Mas, o psicólogo hospitalar diferencia-se tecnicamente do psicólogo clínico em pontos fundamentais, como as próprias possibilidades de atuação hospitalar, as quais são determinadas e limitadas por fronteiras institucionais, caracterizados por

regras, rotinas e dinâmicas de funcionamento que interferem em sua forma trabalho, sendo necessárias adequações em suas ferramentas (Dias, 2007).

Entre os anos de 1987 e 1997 percebeu-se um período de grande evolução, com os psicólogos valorizando o trabalho multidisciplinar e investindo na formação, oferecendo estágios, cursos de especialização e programas de mestrado e doutorado, como também, desenvolvendo a capacidade de identificar especificidades nas variadas demandas, contextualizando o objeto de trabalho e desenvolvendo uma base ampla e sólida das várias teorias e sistemas psicológicos com postura profissional flexível, curiosidade intelectual e capacidade de reflexão crítica (Tonetto e Gomes, 2005).

Aos poucos e ultrapassando muitas resistências, o psicólogo com formação hospitalar, impôs seu trabalho dentro dos hospitais somando esforços junto às equipes no sentido da promoção de saúde. Segundo Mesquita et. al (2013):

O psicólogo ao se inserir no contexto hospitalar deve tornar-se acessível aos pacientes, aos seus familiares e/ou responsáveis, favorecendo um trabalho interdisciplinar junto à equipe de saúde, oferecendo e desenvolvendo atendimento e atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como foco o acompanhamento e a avaliação dos processos psíquicos do paciente que tem que enfrentar um procedimento médico, visando a promoção e recuperação em nível biopsicossocioespírituambiental.

No hospital, o psicólogo tem uma função ativa e real e não puramente interpretativa. Sua atuação se dá ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação do paciente e familiar ao enfrentamento da crise que se instalou (Clarinetto, 2009). Nesta medida, a atuação deve se direcionar em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e fortalecimento dos vínculos familiares, como também de solicitações advindas da equipe da saúde: preparação do paciente para procedimentos cirúrgicos (pré e pós- operatório), exames, auxílio ao enfrentamento da doença e seu tratamento, atenção aos transtornos mentais associados à patologia, tornando o paciente ativo no seu processo de adoecimento e hospitalização, intervenção multidisciplinar, um trabalho do psicólogo realizado com outros profissionais, em geral enfermeiros e assistentes sociais, muitas vezes em

forma de grupos com o objetivo de informar sobre uma determinada patologia e seu tratamento, como se dá rotina do hospital para aqueles que ainda irão se internar; trabalho com funcionários acontecem em instituições que não dispõem de um profissional para tal, sendo realizado atendimento psicoterápico para estes, podendo ser realizado individualmente, para questões pessoais, e em grupo, quando envolve questões de relacionamento interpessoal ou demandas de uma determinada área (Tonetto e Gomes, 2005).

No entanto, as práticas mais clássicas ainda acontecem, sendo considerada a personalidade do profissional e o trabalho pelos quais são reconhecidos, como o serviço ambulatorial, que consiste na continuação do tratamento psicológico do paciente mesmo após sua alta (para aqueles que necessitam). Eles acontecem de forma individual e agendada em diferentes intervalos de acordo com a necessidade de cada caso por determinado período tempo que varia de acordo com a necessidade de cada caso. O atendimento pré-operatório é uma avaliação da situação emocional e compreensiva do paciente no momento que precede a cirurgia. Atendimento pós-operatório também é avaliação, no entanto, no momento após a cirurgia com o objetivo de perceber a necessidade do acompanhamento ou não (Tonetto e Gomes, 2005).

Segue a história da Psicologia Hospitalar, hoje muito mais rica, repleta de frutos valiosos e profissionais extremamente dedicados, profissionais que optaram por uma especialidade apaixonante, dando um colorido muito especial e muito mais abrangente ao cuidado do sofrimento psíquico do ser-doente e ultrapassando muitas resistências, o psicólogo, impôs seu trabalho dentro dos hospitais somando esforços junto às equipes no sentido da promoção de saúde (Cantorelli, 2009).

1.2 O trabalho do psicólogo no hospital e suas contribuições

O hospital é um lugar onde se habita muitas crenças, medos e fantasias que invadem os pensamentos de pessoas saudáveis e não saudáveis. Associá-lo a um espaço de dor e sofrimento é comum diante de sua rotina, que presencia mortes, tratamentos e procedimentos dolorosos e angústia para os pacientes e seus familiares. Para muitos dar uma nova compreensão a esse ambiente percebendo-o

como um espaço de esperança, cuidado e tentativa da preservação da vida não é uma tarefa fácil, pois, é muito comum para a maioria das pessoas vivenciarem um momento de dor ou luto no hospital.

Os objetivos do profissional de Psicologia nesse contexto encontram-se pautado, principalmente, no que foi exposto acima, no entanto, para muitos outros profissionais do hospital psicólogo é comparado ao bombeiro, sempre apostado para apagar o “fogo”, sendo solicitado apenas em momentos de intercorrências emocionais, tais como: óbito, momentos de fragilidade emocional e negação ao tratamento (Salto, 2009). Mas o seu trabalho vai muito além, contribuindo também para prevenção de intercorrências futuras. Segundo Cantarelli (2009):

Sua atuação se dá ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação do paciente e familiar ao enfrentamento da intensa crise. Nesta medida, a atuação deve se direcionar em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimento sobre a doença e fortalecimento dos vínculos familiares.

A multideterminação da saúde, sendo agora compreendida como um processo biopsicossocial contribui para uma maior aceitação de psicólogos no contexto hospitalar. Os precedentes de uma enfermidade podem estar em aspectos emocionais, bem como problemas físicos podem desencadear reações emocionais diversas, ou muitas vezes a vivência psicológica nada tem a ver com o surgimento da enfermidade, mas ajuda a piorar o quadro clínico já instalado, ou influi negativamente no tratamento, dificultando-o (Cantarelli, 2009). Segundo Baum e Posluszny (1999):

Os dados advindos de estudos sobre saúde e comportamento sugerem que os processos psicológicos e os estados emocionais estão diretamente relacionados com a etiologia e a disseminação de doenças

O psicólogo com suas habilidades de olhar além do concreto e ouvir além do que foi dito consegue perceber e identificar as demandas latentes dos pacientes, pois quando este se interna não busca apenas a cura de seu mal físico, mas também uma compreensão de toda a mudança que a descoberta de um diagnóstico e a necessidade de intervenções podem causar em sua vida e de sua família.

Para compreender o processo de adoecimento e internamento do paciente é necessário considerá-lo como um ser que já possui uma história de vida e mecanismos de adaptação anteriores a sua atual condição. Considerando esses fatos torna-se mais possível o entendimento de seus comportamentos perante a internação e tratamento como também ajuda-lo a encontrar uma forma mais saudável de modelar-se a todas as mudanças.

Os principais benefícios atualmente reconhecidos pelo tratamento psicológico de pacientes internados em hospital geral são uma melhor adesão ao tratamento médico, recuperação mais rápida e, conseqüentemente, menor tempo de permanência no hospital, menor utilização de serviços médicos e, por conseguinte, redução de custos com assistência médica, entre outros (Botega & Smaia, 2002).

Contudo, o psicólogo hospitalar apesar de todo o avanço e importância, ainda sofre com preconceitos nessa instituição, muitas vezes sofrendo atritos interprofissionais e de reconhecimento para com seu trabalho. Percebe-se uma maior inserção desses profissionais em hospitais de rede pública, onde são ofertadas mais vagas de trabalho com o benefício da estabilidade. Os hospitais particulares ainda enfrentam certa resistência para admissão do psicólogo por motivos diversos. No entanto, o que pode gerar mais desconfiança de seu trabalho para com outras classes e até mesmo nas universidades (fazendo com que essas ainda estimulem mais o modelo clínico) é a falta de identidade da Psicologia Hospitalar ao que se refere aos seus instrumentos de trabalho.

2.0 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA COMO INSTRUMENTO NO CONTEXTO HOSPITALAR.

2.1 Avaliação psicológica e psicodiagnóstico

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, avaliação psicológica é um processo de construção de conhecimento acerca de aspectos psicológicos, que tem como objetivos produzir, orientar monitorar e encaminhar ações e intervenções sobre a pessoa avaliada, sendo necessário cuidado com o planejamento, execução e análise dos resultados obtidos. Para Lima (2013):

Esta construção de conhecimentos sobre os aspectos psicológicos ocorre por meio de um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, utilizando-se, para tanto, de métodos, técnicas e instrumentos psicológicos.

Além das técnicas e instrumentos psicológicos, para se realizar uma avaliação psicológica são necessários alguns cuidados por parte do psicólogo, como a consideração dos condicionantes históricos e sociais do avaliando e seus efeitos no psiquismo. A atenção a esses condicionantes garante ao psicólogo a prestação de intervenções sobre o indivíduo avaliado, como também possibilitar modificações dos próprios condicionantes, presentes desde a formulação da demanda até a conclusão do processo avaliativo (Resolução do CFP nº 007/2003).

De acordo com Jurema e Cunha (2002) um tipo de avaliação psicológica conduzida com propósitos clínicos, com o objetivo de identificar potencialidades e fraquezas no funcionamento psicológico, focando na existência ou não de psicopatologia. Configura-se com um processo científico limitado no tempo, que utiliza técnicas e testes psicológicos, podendo ser elaborado individualmente ou não (dependendo do seu objetivo), sendo utilizado para avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados dos quais são propostas soluções (Lima, 2013).

De acordo com Lima (2013) o psicodiagnóstico pode ser aproveitado para diversos objetivos:

- Identificação de sintomas por meio de critérios pré-estabelecidos;
- Descrição, com interpretação de escores, sendo possível avaliar forças e fraquezas;
- Prevenção buscando a identificação precoce de problemas;
- Prognóstico determinando o curso provável do caso;
- Diagnóstico diferencial para identificar inconsistências nos resultados dos testes;
- Avaliação compreensiva que consiste na avaliação do nível do funcionamento da personalidade, funções do ego e suas defesas, nível de insight;

- Entendimento dinâmico que compreende a personalidade de maneira global;
- Perícia forense, uma investigação que busca subsídios para resolver questões quanto à insanidade mental, competências para exercícios de cidadão e avaliação de comprometimentos psicopatológicos que possam se relacionar com infrações da lei.

Em nível de Psicologia Hospitalar as demandas mais utilizadas quanto ao psicodiagnóstico encontra-se: a prevenção, pois uma avaliação precoce de possíveis demandas psicopatológicas ou a nível de personalidade ajuda no percurso do tratamento; prognóstico possibilita identificar possíveis reações no percurso da hospitalização e tratamento e diagnóstico diferencial buscando novas possibilidades para o quadro.

2.2 A importância da avaliação psicológica no hospital

A avaliação psicológica inserida em contextos médicos pode ser grande valia para a apropriação de diagnóstico diferencial, tipo de tratamento necessário e prognóstico, como também na identificação de distúrbios psiquiátricos/comportamentais/personalidade em pacientes internados, contribuindo para melhor compreensão do caso, possíveis medidas cabíveis quanto a hospitalização, procedimento e tratamento, bem como diminuição do sofrimento e custos operacionais institucionais. Também se pode destacar a sistematização de informações dos vários aspectos do funcionamento do paciente, como dados perceptuais, motores e funcionamento (Capitão, Scortegagna e Baptista, 2005). Segundo Capitão et. al (2005):

De uma maneira geral, as informações necessárias para uma avaliação minimamente adequada estão relacionadas ao estado geral do paciente, as mudanças que ocorreram desde o início da doença e o histórico passado, principalmente aquele relacionado ao enfrentamento de situações de doença anteriores.

Faz-se necessário também levar em consideração as singularidades do sistema de saúde em que se está inserido, bem como os suportes sociais e familiares que o paciente dispõe, também conhecido como a rede de apoio que está

sendo oferecida. Apesar de muita discussão entre autores sobre os objetivos e passos de avaliação psicológica em ambientes de saúde, Belar e Deardoff (1995) apresentam um modelo dividido em metas de avaliações de um psicólogo inserido no contexto hospitalar. São eles:

- Metas biológicas que avaliam aspectos quanto à condição do paciente, localização da enfermidade, sintomas e tratamento recebido;
- Metas afetivas que se referem à avaliação dos sentimentos do paciente em relação à doença, seu futuro, o tratamento ofertado e variações de humor;
- Metas cognitivas trata-se da avaliação quanto ao conhecimento do paciente sobre sua condição, manutenção de suas funções cognitivas (percepção, memória, inteligência e demais);
- Metas comportamentais que avaliam as reações do paciente como expressões, sinais de ansiedade, estilos de comportamento frente à internação e hábitos de riscos ou protetores.

A avaliação psicológica no hospital, assim como na clínica, não acontece apenas com o uso de testes psicológicos. Outras ferramentas como a observação do paciente em seu leito, as suas reações, o momento de visita, são grandes fontes de informação sobre a condição emocional do paciente, como também as entrevistas direcionadas ou não, questionários utilizados pela instituição (não havendo padronização deste) contendo informações básicas do paciente, seu estado mental, rede apoio, compreensão do adoecimento e demais informações, contribuem para conhecer o paciente e indicar hipóteses diagnósticas.

2.3 Funções da avaliação psicológica.

A Psicologia Hospitalar, durante muito tempo utilizou-se, e ainda utiliza de técnicas e métodos advindas de outras áreas. No entanto, não se deve acomodar nesse fato, distanciando da preocupação de serem desenvolvidos materiais que possam adequar-se melhor ao trabalho do psicólogo realizado no hospital (Camon, Sebastiani, Fongaro e Santos 2009).

Preocupado com essa questão foi elaborado um roteiro de avaliação psicológica que pudesse trazer dados dos pacientes de forma objetiva ao psicólogo e a equipe de saúde, que será apresentado mais a seguir. Primeiramente entenderemos suas principais funções dentro de um hospital (Camon et al. 2009).

Toda avaliação psicológica, independente de seu contexto de aplicação, tem por função ser diagnóstica. No caso do hospital, ela possibilita o levantamento de Hipótese Diagnóstica e Definição de Diagnóstico Diferencial, que auxilia na detecção de alterações e/ou distúrbios da estrutura psicológica, facilitando também na observação de quadros reativos e patológicos, que dependendo da sua gênese, irá determinar condutas diferentes por parte da equipe da saúde (Camon et al. 2009).

A hospitalização é um momento vivenciado como uma situação de crise, muitas vezes por um período curto de tempo, obrigando o trabalho a focar em partes mais importantes do histórico do paciente. Assim a avaliação psicológica favorece na eleição de focos a serem trabalhos de uma maneira breve, silenciando aqueles fatos mais relevantes para o paciente (Camon et al. 2009).

O funcionamento dinâmico da personalidade do paciente é uma área muito importante para se conhecer sendo consideradas as perspectivas prognósticas da relação do indivíduo com seu processo de adoecer e de tratamento (tendências biófilas e necrófilas) (Camon et al. 2009).

São necessárias observações evolutivas sobre as condições do paciente, levando-se em conta que ao longo de sua internação ele pode passar por momentos totalmente distintos que influenciam e mudam seu estado emocional. Outros aspectos também podem ser avaliados como mudanças de foco, intercorrências internas e externas que levem a pessoas a ressignificar sua doença, como também mudanças no período do tratamento (pré, trans e pós-operatório) (Camon et al. 2009). Segundo este mesmo autor:

Nada vale termos diagnósticos e dados objetivos sobre a patologia, seu prognóstico e técnicas de intervenção se não for considerado que não se trata de doenças, mas sim de pessoas doentes; e nesse sentido,

desconhecer-se a história da pessoa equivale a negligenciar o próprio sentido desse trabalho.

Avaliar a história de vida do paciente é um dos itens mais importantes em qualquer contexto. Ela possibilita o fornecimento de informações a cerca das relações ser-em-si e ser-no-mundo. Como também, a perspectiva de nossa escuta possibilita a compreensão dos conteúdos latentes e manifestos das queixas do paciente (Camon et al. 2009).

É possível com a avaliação psicológica o diagnóstico diferencial de quadros psicológicos ou psiquiátricos, apesar desses não acontecerem com muita frequência em hospitais gerais. Muito das intercorrências que envolvem transtornos psiquiátricos decorrem de quadros endógenos (psicoses) e distúrbios adaptativos do tipo Síndrome Geral de Adaptação e Doenças de Adaptação (Camon et al. 2009). Essa demanda também aparece em forma de encaminhamento de Hospitais e Casas de Saúde Mental, que algumas vezes não provem de subsídios para alguns procedimentos clínicos.

As funções de maneira geral de um roteiro de avaliação psicológica são avaliar a compreensão do paciente em relação a sua doença e internação, facilitando sua aceitação e adesão ao tratamento, ajudando a verbalização, manifestação, reflexão, podendo favorecer uma melhor elaboração e conseqüente adaptação do Ser ou Estar doente, como também no fornecimento de informações a equipe de saúde, quanto a procedimentos, e também orientar adequadamente os familiares que acompanham o paciente (Camon et al. 2009). Para este autor:

Convém lembrar que o trabalho do psicólogo hospitalar, no momento de avaliação psicológica do paciente, difere do que normalmente é desenvolvido num psicodiagnóstico tradicional. Estamos avaliando um momento específico da vida da pessoa, especial e muitas vezes ímpar. Nas palavras do grande mestre A. Eakstermann, "O doente é uma frase da história do sofrimento humano que, como tal, se dissociou do texto completo..." Nesse aspecto, não se está atrás de um diagnóstico no sentido formal e acadêmico do termo, mas sim na busca, da melhor forma possível, de uma visão ampla de quem é e como está aquela pessoa frente a seu processo de doença, internação hospitalar e tratamento.

2.4 Itens de uma avaliação psicológica no âmbito hospitalar

A avaliação psicológica no contexto hospitalar, apesar de já mencionado anteriormente, que foca em uma parte da vida do sujeito, possibilita a investigação de vários aspectos do funcionamento mental e processos cognitivos do paciente.

Um dos principais itens da avaliação, o **estado emocional geral**, possibilita uma ampla visão das condições emocionais do paciente, considerando sua condição física, percepção do internamento, ou seja, todos os determinantes que provocaram mudanças no contexto do paciente. Para chegarmos às condições emocionais do avaliado, são avaliados nove subitens, apresentados a seguir (Camon et al. 2009).

- Autoconceito tem como principal característica avaliar a leitura que o paciente faz de sua capacidade, levando em consideração sua percepção anterior ao adoecimento.
- Autoestima avalia a relação afetiva que o paciente tem consigo mesmo.
- Ansiedade é um subitem que será avaliado no decorrer de toda a avaliação, enfatizando sua intensidade (se reativa ou neurótica) e como essa interfere no seu processo de internação e tratamento.
- As informações que o paciente dispõe sobre a doença é de suma importância para a avaliação, pois está ligado à questão do Ser ou Estar doente, o nível de aderência ao tratamento, às fantasias e até mesmo nos mecanismos de defesa utilizados.
- Informações sobre o tratamento de forma completar ao exposto anteriormente, mostra-se importante para a facilitação da aderência do paciente a esta.
- Relação com a doença possibilita uma detecção específica da relação entre Ser e Estar doente que a pessoa estabelece com seu momento de internação.
- Defesas predominantes pode comprometer a relação do paciente com o tratamento e até mesmo agravar o seu estado clínico. Defesa como a negação pode fazer o paciente não aceitar sua condição, optando por não aderir ao tratamento e prejudicando seu estado clínico. No

entanto, as defesas também podem colaborar com o paciente, na proporção que o ajuda a se reorganizar frente à doença e internação.

- A ruptura psicótica se avalia enquanto se esta é predominante ou não, em caso positivo o item Exame Psíquico irá relatar as características deste processo.
- Estrutura emocional básica avalia a condição emocional geral do paciente no que diz respeito a sua capacidade de lidar com a crise estabelecida pela doença e internação.

Mais um item da avaliação psicológica é a investigação da **sequela emocional do paciente**, ou seja, como esse já enfrentou acontecimentos relacionados a seu estado atual, que porventura podem influenciar em seu processo presente e internação, tratamento e relação com a doença (Camon et al. 2009).

Esse item é avaliado quanto a PRESENTE e AUSENTE, sendo que presente subdividir-se em forte ou leve. Os subitens que serão considerados são:

- Internação anterior que avalia se o paciente já passou por uma experiência de internação e quais impressões emocionais que ficaram dessa vivência, visto que essa é evocada como busca de mecanismos adaptativos;
- Tratamento anterior como o subitem anterior busca experiências e tratamentos vivenciados anteriormente e as impressões deixadas no paciente, que são evocadas como mecanismos adaptativos;
- Cirurgia anterior também provoca lembranças e emoções positivas ou não em paciente que já se submeteram;
- Separações que o paciente já vivenciou também são levantadas, pois a internação algumas vezes implica em separações não desejadas para o paciente;
- Perdas e óbitos também já vivenciados pelo paciente são investigados, pois nos ajuda a agir preventivamente a situações de intercorrências que a internação pode causar, ajudando também a ter um conhecimento um pouco maior das reações emocionais do paciente.

Outro item a ser avaliado é o **temperamento emocional observado**, descrito quanto “introvertido” ou “extrovertido”, e quantificado na forma de “acentuado” e “compensado”. Busca-se perceber a postura interacional do paciente e o seu grau e adequação para a situação, sendo de grande importância para a identificação de diagnósticos diferenciais de estados maníacos, hipomaníacos ou depressivos, lembrando sempre de comparar com as respostas que o paciente emite fora do contexto hospitalar. Quando as características das respostas são intimamente ligadas ao contexto de internação, doença e tratamento é importante investigar as causas dessa mudança (Camon et al. 2009).

A **postura frente à doença e a vida** é mais um item a ser investigado no processo de avaliação. Aqui serão julgadas as tendências do indivíduo em relação à valorização da própria vida, as tendências biófila e necrófila. Com essa avaliação é permitido ao psicólogo à compreensão o estado anímico do paciente na sua relação com o processo do adoecer, e assim dá parâmetros de perspectivas prognósticas da relação do paciente com o seu adoecimento e com possíveis intercorrências que possam vir a acontecer (Camon et al. 2009).

O **estado atual frente à doença/hospitalização e à vida** está intimamente ligada ao enfrentamento do paciente com sua condição atual. Ela revela a forma e administração dos recursos psicológicos na elaboração o adoecer, ou seja, como está na atualidade o humor o paciente em relação ao adoecimento e hospitalização. Pode-se conciliar esse estado, com os estágios de Kubler-Ross divididos em: negação, barganha, raiva, depressão e aceitação. Ressalta-se que estes estágios psicológicos são dinâmicos e estão sujeito às intercorrências que a evolução da doença, o tratamento e a vida do indivíduo apresentarem no decorrer do acompanhamento psicológico, não acontecendo necessariamente com todos os pacientes e também nesta ordem apresentada, nem obrigatoriamente percebe-se a presença de todos (Camon et al. 2009).

- Negação é um estágio psicológico presente após o diagnóstico da doença, podendo ser encontrado em diversas ocasiões, como recidiva da doença, insucesso do tratamento e em situações de luto. A característica mais marcante é a incredulidade do diagnóstico.

Podendo atingir o paciente ou seus familiares, gerando um modo de agir que resulte em não abordar o tema adoecer ou não aceitar a evolução da doença, ou com expressões como: “não pode ser”, “deve haver algo errado”.

- Barganha tem por característica a negociação, onde o paciente apega-se a algo para evitar a doença. Nesse caso ele e a família reconhecem a possibilidade da morte. Geralmente a barganha acontece com aspectos religiosos, mas deve-se avaliar se essa postura tranquiliza o paciente. Também pode acontecer da negociação ser feita com funcionários do hospital e familiares, com o objetivo de burlar a dieta, ou conseguir algo que esteja privado durante a internação.
- Raiva é um estado onde se percebe a predominância da agressividade, podendo manifestar-se de variadas formas, como: raiva, sadismo, inconformismo, ressentimento, entre outros. O paciente pode ver o outro como o causador de seu sofrimento psíquico ou físico. Pode-se direcionar a revolta em prol do paciente, acolhendo-a, valorizando-a, como um movimento ativo de investimento em si mesmo, possibilitando a introjeção desta e não apenas a projeção, colaborando com a percepção dos limites.
- Depressão é o estado psicológico da elaboração da hospitalização, apresentando como característica o contato com a perda da saúde e a tristeza gerada por tal condição. Ela pode se apresentar na forma elaborativa que é necessária e benéfica para a reestruturação frente à crise do adoecer e do tratamento.
- Aceitação é o estado onde existe a compreensão real da doença, suas implicações, tratamento e hospitalização. A ansiedade encontra-se em um nível estável para o paciente, familiares e equipe. Há nesse estágio uma avaliação realística da situação clínica. O paciente tornar-se agente de seu tratamento.

Outra interessante parte da avaliação psicológica do paciente refere-se a sua história, sendo investigado através do **questionário específico**. Aqui avalia-se como se instalou à doença na vida no paciente e família e tem o objetivo de

estabelecer focos de acompanhamento psicológico, como também agir terapêuticamente sobre a temporalidade. O resgate da historicidade do paciente e familiares proporciona o preparo para o futuro que no momento da crise é totalmente incerto e imprevisível. Esse item compõe-se de seis subitens avaliados de forma subjetiva, podendo ser aplicado ao paciente ou a seus familiares (Camon et al. 2009).

A vida do paciente antes do adoecer, é uma questão importante do questionário específico, pois tem como objetivo, avaliar se o entrevistado tem a percepção de como era o estado psicológico do paciente antes do adoecer. Tem como finalidade diagnóstica a identificação do humor do paciente anteriormente à doença.

Relacionado com a questão acima, solicitar ao entrevistado que relate um dia da vida do paciente antes do adoecer tem por objetivo o relato da rotina e hábitos diários do paciente, trazendo as informações à tona em um contraponto com a questão anterior, como também avaliar que hábitos poderão ser incluídos na internação e quais o paciente deixará de executar.

A descoberta do diagnóstico e como essa procedeu, também se faz necessário, pois é possível descobrir como o paciente recebeu a notícia do diagnóstico, se abrupta ou de maneira gradual. Trás informações também quanto ao vínculo estabelecido com o médico, além da reação psíquica e mecanismos adaptativos utilizados. Caso o paciente ainda não possua um diagnóstico fechado, cabe ao psicólogo investigar como está acontecendo esse processo de descoberta e as fantasias do paciente e familiares envolvidos.

Alguns familiares, em alguns casos, optam por esconder o diagnóstico do paciente, prevalecendo a “lei do silêncio”. Se isso ocorre e o porquê é um questionamento interessante, pois trás de forma manifesta os recursos adaptativos que estão sendo utilizados pelo paciente e seus familiares diante o diagnóstico.

Fatos marcantes que vida da família ou do paciente propriamente dito e data do acontecimento são importantes de ser questionados, pois os fatores

psicossociais do paciente, antes ou depois do adoecimento podem desencadear respostas adaptativas diante do “stress” do tratamento. Esses acontecimentos relevantes somam-se ao adoecer, potencializando-o ou agindo de forma benéfica para o paciente, como uma motivação a mais para dedicar-se ao tratamento.

A dinâmica familiar, em alguns casos, altera muito com o adoecimento de algum membro da família. Realizar esse questionamento objetiva a percepção do entrevistado frente às mudanças ocasionadas pelo adoecimento, gerando uma reflexão neste e proporcionando ao psicólogo focos para uma possível intervenção organizacional.

A **avaliação psicossocial** diz respeito à investigação sobre a história de vida do paciente, e tem como objetivo a avaliação do desenvolvimento psicológico do paciente e os vínculos gerados até o adoecimento. Esse item é importante para o fechamento de um diagnóstico diferencial, pois serão relatados pelo entrevistado grupos que o indivíduo foi inserido, cultura em que se desenvolveu e como lida com ausências e presenças vivenciadas no decorrer de sua história (Camon et al. 2009).

As fases do desenvolvimento psicológico estão divididas em grupos, tomando como referências as utilizadas em entrevistas clínicas e anamnese. Quando avaliamos a infância do paciente buscamos informações quanto à composição familiar, sua relação com os pais, vivências e acontecimentos relevantes. Na adolescência buscam-se os hábitos, a sexualidade e os grupos que se inseriu. A vida adulta possibilita informações quanto aos hábitos do paciente, relações com parceiros, contatos com filhos, organização do lar e expectativa de vida. Os contatos sociais também são investigados podendo ser mencionados os empregos, amigos, participação na comunidade, lazer e atividades (Camon et al. 2009).

No roteiro de avaliação psicológica o item que se destaca é o **exame psíquico**, de extrema relevância para a viabilização do diagnóstico diferencial. Também pode ser utilizado em separado do restante do roteiro, pois apresenta características específicas. É possível que alguns exames psíquicos os itens de história de vida e identificação pessoal apareçam duas vezes, devido sua característica de poder ser utilizado separadamente (Camon et al. 2009). Este item

apresenta nove subitens que serão mencionados separadamente, são eles: consciência, senso percepção, pensamento, linguagem, memória, inteligência/cognição, consciência do eu, afetividade, motivação e volição.

1 – Consciência: essa que diz respeito à consciência clínica ou quantitativa, pois se refere às respostas que o indivíduo dar em relação ao ambiente em que está inserido. Aqui, o que determina o critério de comprometimento é a avaliação baseada no estímulo – resposta. Assim podem-se observar oito níveis do estado da consciência: Normal, Torpor, Turvação, Obnubilação, Coma I ou Coma Vigil, Coma II, Coma III e Coma IV (Camon et al. 2009).

- Estado Torpor apresenta como principais características: a lentificação do pensamento, leve latência na capacidade de resposta e pequenas dificuldades na coordenação de motricidade fina. Não há comprometimento intelectual.
- Estado de Turvação o paciente começa a apresentar sinais de comprometimento mais acentuados. As respostas não são tão lentas quanto no estado anterior, mas a compreensão do estímulo se torna mais demorada, ou seja, passa a ser necessário um maior número de vezes do estímulo para se obter uma resposta.
- Estado de Obnubilação a capacidade de verbalizar está muito prejudicada, apresentando apenas respostas monossilábicas. A motricidade fina encontra-se totalmente comprometida e a ampla severamente prejudicada. Sua atenção voluntária e involuntária começa a apresentar sinais de dispersividade e precariedade.
- Estado Coma I ou Coma Vigil, também conhecido como “Coma de olhos abertos”. Nesse estado a capacidade do paciente em se articular com o meio está quase que totalmente ausente. A atenção voluntária apresenta flutuações, ora o paciente acompanhando com os olhos movimentos e pessoas a sua volta, ora com o olhar vago. Aqui já não consegue mais a verbalização e há ausência da atividade motora. Até este estado alguns reflexos não apresentam sinais de comprometimento, como: reflexo da pálpebra (contrair a pálpebra quando alguém toca em seus cílios), reação a dor, reflexos osteotendinosos (estímulos em tendões e articulações, como o joelho

e cotovelo), reflexo pupila, reflexo oto-ocular (coloca-se água quente ou fria no véstibulo auditivo, o choque térmico irá provocar um reflexo de rotação dos olhos para o lado oposto do ouvido que recebeu o estímulo).

- Estado Coma II, a partir deste o comprometimento dos reflexos mencionados acima começam a aparecer, a maioria das respostas está na íntegra, podendo haver leve comprometimento dos reflexos superficiais (pálpebra e dor), sendo que os demais se mantêm íntegros.
- Estado Coma III, os reflexos superficiais desaparecem e comprometimento nos reflexos profundos começam a aparecer, que em muitos casos são indicativos de danos cerebrais.
- Estado Coma IV, há completa ausência da capacidade responsiva, sendo esta ausência um dos principais critérios de indicação de morte cerebral.

2- Senso percepção: Avalia as capacidades sensoriais do paciente, ou seja, como os órgãos dos sentidos estão captando as impressões do meio. O evento desencadear do evento perceptivo é chamado de significante. Em condições normais a resposta ao significante dada pelo paciente é a imagem do real, ou seja, ao apresentar o quadro, o paciente dirá que vê um quadro azul (Camon et al. 2009).

Um dos componentes do senso percepção é a atenção, que se divide em duas: voluntária e involuntária. A primeira avalia a capacidade que o indivíduo tem de deliberadamente filtrar as informações do meio e centra-se em apenas uma; já a segunda funciona inconscientemente, sendo aquela que nos permite perceber ou nos assustarmos com algo que não estávamos percebendo (Camonet al. 2009).

Quanto as patologias do senso percepção estão às ilusões e as alucinações. As ilusões indicam um claro distúrbio perceptivo, pois o indivíduo percebe algo ou alguém de maneira errônea. No entanto, quando se interage com a percepção, é possível identificar a distorção. Já as alucinações apresentam-se mais graves e o indivíduo não consegue perceber a distorção como ainda interage com a mesma.

Aqui a pessoa não vê algo erroneamente, ela cria a percepção. As alucinações podem acontecer em todos os sentidos: paladar, visão, audição, audição e tátil. (Camon et al. 2009).

3- Pensamento: É uma das atividades mentais mais sofisticadas que possuímos. O componente principal que ajuda a identificar os comprometimentos no pensamento é o distúrbio no Juízo da Realidade que é a capacidade do indivíduo de avaliar adequadamente os eventos que vivencia. Pensamento é avaliado didaticamente através de três componentes: o curso que avalia a velocidade do pensamento, a forma que avalia se o pensamento possui começo, meio e fim, e o conteúdo que avalia a substância do pensamento, sua coerência e grau de concordância com a realidade (Camon et al. 2009).

Uma patologia muito encontrada em hospitais gerais no que se refere ao pensamento são os delírios (julgamentos errados a cerca do vivenciado). Existem quatro tipos de delírios mais freqüentemente encontrados, são: delírios religiosos com conteúdos ligados a religiosidade do paciente (imaginar-se um enviado de Deus), delírio persecutório as ideias do paciente são de total perseguição, delírio de interpretação que são distorções que a pessoa cria quando interpreta fatos, relatos, delírio de referência nos quais à pessoa acredita em uma critica permanente a seus atos e delírio hipocondríaco aqui o delírio é ao que diz respeito à saúde, havendo convicção de que se está doente (Camon et al. 2009).

4- Linguagem: Quando avaliada, dedicamo-nos à observação do processo de comunicação do verbal e não-verbal do paciente, como também a coerência ou não das manifestações verbais e não-verbais (faciais, posturais, gestuais). No roteiro, o subitem linguagem destina-se inicialmente para as observações que o psicólogo julgar importante fazer acerca do processo de comunicação do paciente, em seguida avaliar se há indicação de algum distúrbio específico da fala que também podem ser indicativos de vários tipos de desordens psíquicas ou neurológicas (Camon et al. 2009).

5- Memória: Em hospitais gerais encontram-se maiores comprometimentos em relação à memória de evocação (utilizada sempre que precisamos buscar

informação em nosso arquivo, conhecida também como memória de fatos passados) e memória de fixação - utilizada sempre que aprendemos algo novo, ou seja, necessária para a fixação e assimilação de novas informações (Camon et al. 2009).

A amnésia anterógrada é uma alteração encontrada na memória de fixação. Sua principal característica é a dificuldade de assimilação e novos conteúdos e na fixação deste, ou seja, todos os eventos após o acidente que causou o distúrbio, o paciente será incapaz de fixá-los. Já a amnésia retrógrada é uma alteração da memória de evocação, e consiste na perda da memória, ou seja, o paciente é incapaz de resgatar lembranças, vivências que aconteceram antes do acidente que causou o distúrbio (Lima, 2013).

6- Inteligência/cognição do paciente: Nesse subitem avalia-se a capacidade intelectual do paciente e as eventuais alterações que ela possa sofrer. Assim são avaliados a inteligência verbal e não-verbal e suas alterações (Camon et al. 2009).

7- Consciência do Eu: A estruturação da Consciência do Eu inicia-se ainda quando recém-nascido, através de um sofisticado processo de interações com o mundo que acontece pelas experiências de frustrações das necessidades básicas manifestas pela criança, através do princípio do prazer, que irão possibilitar-lhe o início das capacidades de diferenciação dela e do mundo (Camon et al. 2009).

Para a definição de consciência existem duas vertentes: a neuropsicológica que diz que consciência é a capacidade de captar e de se orientar de forma adequada, é estar lúcido; e a definição psicológica que conceitua a consciência como uma dimensão subjetiva da atividade psíquica do sujeito que o coloca em contato com a realidade e o faz perceber e conhecer seus objetos, podendo ser compreendida como a soma total das experiências conscientes de um indivíduo em um determinado momento (Lima, 2013).

Na Consciência do Eu existem inúmeras alterações que podem ser observadas, como: Normal, Alteração no “Eu Físico” (quase sempre presente em

indivíduos hospitalizados), Alteração no “Eu Psíquico”, Ruptura Psicótica, Estranheza de Si Mesmo, Despersonalização, Estranheza do Outro, Alterações na Orientação Autopsíquica (tempo e espaço psicológicos) e Alterações na Orientação Alo Psíquica (tempo e espaço físicos) (Camon et al. 2009).

8- Afetividade: Esse subitem em particular apresenta algumas dificuldades técnicas para a Psicologia, pois alguns termos são utilizados pela população com sentidos diferentes. Para a afetividade, por exemplo, a população em geral a define como amor, carinho, etc. Enquanto do ponto vista de um item do Aparelho Psíquico a afetividade é definida como a forma como o indivíduo lida com presença e ausências na vida. Segundo Camon et. al (2009):

Podemos associar o humor do indivíduo com as presenças e ausências ao dar e receber, ao ganhar e perder, ao prazer e a frustração ao ser e não ser, à vida e à morte, enfim aos confrontos dessas vivências emocionalmente opostas que em suas manifestações irão dar à criança, e mais tarde ao adulto, a dimensão pessoal que ele terá dos vínculos afetivos, de sua relação com o mundo de seu autoconceito e de sua autoestima.

A afetividade forma-se juntamente com a construção a consciência do eu, pois é aquela que dará o tom e a dimensão para a sua estruturação e possibilitará a organização da experiência afetiva (Camon et al. 2009). Quanto as suas alterações, destacam-se:

- Depressão - Atualmente, mais denominada de Depressões, à medida que existem vários tipos de manifestação dessa: ambivalência afetiva que são sentimentos opostos ao mesmo estímulo; culpa exacerbada, isolamento, ideias autodestrutivas, insônia.
- Mania – Caracterizada por uma grane elevação do humor, podendo se apresentar associado a delírios.
- Labilidade afetiva – Percebe-se uma profunda fragilidade da capacidade de reação a eventos que mobilizem o indivíduo (tanto positivos como negativos). São choros fáceis ou explosões de risos, muitas vezes sem justificativa para a intensidade.
- Angústia – Divide-se em Existencial e a de Morte: a primeira relaciona-se as angústias que o paciente pode enfrentar ao longo da vida, como as perdas, os sentimentos de impotência, abandono, etc.

Já a angústia de Morte está associada à vivência real da experiência da morte.

- Ansiedade – Também se divide em duas: reativa e neurótica. A primeira é uma ansiedade por fatores real, ela é fundada em algo, como as expectativas, medos, fantasias frente a hospitalização. Já a ansiedade neurótica é aquela sem fundamento, onde há sensação de ameaça iminente, de algo errado, mas sem fatores exógenos desencadeados pelo paciente.

9- Motivação e a volição: Abordam a relação de intenção e ação do paciente na realização dos desejos. Avalia a coerência entre o desejo interno e a capacidade de operacionaliza-lo. A avaliação desse subitem permite ao psicólogo avaliar o grau de comprometimento que o paciente pode apresentar em relação a aceitação da internação e do tratamento (Camon et al. 2009). É dividido em três instâncias de avaliação:

- Deseja e Operacionaliza (normal)
- Deseja e Não Operacionaliza: Dificuldade que o paciente apresenta em pôr em prática (e buscar) a realização de seus desejos e até mesmo necessidades.
- Não Deseja: Apresenta-se normalmente nos casos mais profundos de depressão.

Continuando com os itens de uma avaliação psicológica no hospital geral, o nono item a ser avaliado são as **manifestações psíquicas e comportamentais**. Seu objetivo é auxiliar na elaboração do perfil psicológico estrutural, psicodinâmico e circunstancial decorrente da relação que o paciente estabelece com a doença, tratamento e hospitalização (Camon et al. 2009). As principais manifestações e comportamentos observados são:

- Culpa – Observa-se nas depressões reativas e depressão maior. Frequentemente, associa-se a manifestação de auto referência no processo e elaboração da doença, tratamento e hospitalização.

- Fantasias – Demonstram a capacidade criativa no interno e externo, podendo ser estruturadas com dados da realidade ou não, apontando o comprometimento do Juízo da Realidade.
- Fantasias Mórbidas – A característica principal desse mecanismo está no fato de as elaborações fantásticas estarem associadas ao processo de doença, internação e tratamento e/ou à equipe de saúde, sempre com conteúdos de características destrutivas ou ameaçadoras.
- Impotência – Condição encontrada frente à impossibilidade de reação à situação vivenciada na atualidade pelo paciente.
- Fracasso – Insatisfação direcionada para o próprio indivíduo, com rebaixamento da autoestima e sentimento de menos-valia.
- Regressão – Aspecto comportamental que retorna a uma forma de se relacionar do ponto de vista da maturidade emocional. O comportamento se apresenta de forma infantilizada, devendo levar em consideração se esse é constante ou se algum evento em particular o motivou.
- Conformismo - Comportamento de passividade, falta de questionamento, resignação frente à doença, podendo acompanhar o estado depressivo e aparentar uma falsa aceitação da crise, gerando também uma falta adaptação a situação que muitas vezes encobre dúvidas, medos, fantasias mórbidas entre outras coisas, gerando desconforto psíquico intenso.
- Isolamento – Retraimento do indivíduo quanto ao convívio social. A hospitalização pode gerar essa condição com questões relacionadas ao tratamento, quando o paciente necessita da UTI, bem como sequelas geradas em nível de Esquema Corporal (mutilações, ostomias) que ocasionam a morte social.
- Pânico – Estado psicológico onde há prevalência de respostas impulsivas, muitas vezes com a utilização de mecanismos de defesa insatisfatórios para a administração da angústia que o acompanha. É necessária a avaliação de recursos possíveis (medicamentosos ou

não) para a diminuição o limiar da ansiedade que neste estado assume a intensidade alta.

- Despersonalização – Manifestação decorrente da hospitalização, onde o indivíduo é destituído da sua condição de pessoa com suas particularidades e singularidades, passando a adquirir regras e costumes do ambiente que agora vivenciará. Essa condição pode levar ao rebaixamento da autoestima, adaptação exagerada ao ambiente, ansiedade e insegurança.
- Sensação de abandono – Característica de desamparo, podendo ser esta real, por distanciamento dos familiares ou da própria equipe de saúde, denotando dificuldade de comunicação e troca afetiva com o paciente, afetando a autoestima de forma significativa, bem como a aderência ao tratamento.
- Conflitos na área da sexualidade – Conflitos pregressos ou posteriores à situação de hospitalização, doença e tratamento apontam para a questão da identidade sexual e sexuada e para a condição de ser e estar no mundo, a busca do prazer e vínculos significativos com parceiros afetivo-sexual e amoroso. Observa-se a intensidade de conflitos que a doença pode estar impondo neste item e vice-versa.

O **diagnóstico psicológico** é o item da condição psíquica circunstancial do paciente, pois a ocorrência de distúrbio de ordem psicopatológica no hospital geral é exceção, sendo que na maioria dos casos são encontradas situações conflitivas oriundas do processo de doença, tratamento e hospitalização (Camon et al. 2009).

Durante o processo de avaliação psicológica, muitas questões são levantadas (a quantidade de informações no roteiro exemplifica bem), por isso é importante utilizarmos do item **focos principais** que se destina à colocação dos principais focos do conflito à serem trabalhados pelo psicólogo (Camon et al. 2009).

Assim como na clínica, a avaliação no hospital geral tem o objetivo de se escolher a melhor **conduta** a ser utilizada em cada caso, como: psicoterapia breve

focal, orientação em relação a cirurgia, avaliação familiar, etc. De uma avaliação para a outra, as condutas, assim como os focos podem sofrer mudanças, sendo necessário, então, o estabelecimento de novas estratégias de acompanhamento (Camon et al. 2009).

A **síntese**, último item do roteiro de avaliação psicológica destina-se a confecção de um resumo da avaliação aplicada, cujo objetivo é fornecer à equipe de saúde uma visão geral do estado psicológico do paciente e nortear o psicólogo em relação à evolução do caso (Camon et al. 2009).

3.0 APLICAÇÕES DA AVALIAÇÃO NO HOSPITAL GERAL

3.1 A contribuição da avaliação psicológica no momento da cirurgia

Internar-se para a realização de um procedimento cirúrgico de alta complexidade (ou baixa) desencadeia no paciente uma série de pensamentos e sentimentos relacionados ao medo da morte, da dor, dos desconhecidos procedimentos médicos, da separação de seus familiares, de possível complicação, seqüela ou invalidez pós-operatória, do não voltar da anestesia. É um momento em que o paciente se enche de incerteza e fantasias em relação ao procedimento a ser realizado e forma de lidar com essas, interferem em seu pós-operatório (Tesser e Prebianchi, 2014).

Em geral uma cirurgia implica grande impacto sobre o bem-estar físico, social e emocional do paciente, com aumento dos níveis de ansiedade e stresse e pelo distanciamento, mesmo que temporário, da rede de apoio social e familiar (Tesser e Prebianchi, 2014).

A intervenção do psicólogo deve ser pautada nas necessidades individuais de cada paciente. Neste sentido, o trabalho é complexo e engloba questões sociais, psíquicas e biológicas, necessitando da cooperação dos diversos especialistas envolvidos no processo cirúrgico. Sua atuação com a equipe interdisciplinar é considerada importante para o paciente e sua rede de apoio, visando a minimização de sofrimentos decorrentes da hospitalização, do adoecimento e do

procedimento cirúrgico, proporcionando desenvolvimento da autonomia e co-responsabilização no processo de tratamento (Gabarra e Crepaldi 2009).

As preocupações de cada área possuem interfaces mútuas. Por exemplo, as restrições alimentares (nutrição) que se não aderidas de forma correta podem interferir no processo anestésico (anestesia), a estadia e internação (enfermagem), informações que precisam ser adequadamente compreendidas (psicologia), para que o processo cirúrgico aconteça sem intercorrências (Turra, Junior, Almeida e Doca, 2013).

Em levantamento literário, Turra et al. destaca o trabalho pioneiro de Kennedy que menciona a necessidade de um trabalho de preparação psicológica à cirurgia que privilegiasse a escuta do ponto de vista de paciente ressaltando que nenhuma procedimento deveria ser executado sem a avaliação da vontade e competência daquele (Gabarra e Crepaldi 2009)

Outro trabalho pioneiro sobre a avaliação pré-cirúrgica, de Brande et al. mencionado por Turra et al. enfatiza a necessidade de preparação psicológica como redutor potencial de ansiedade e medo da cirurgia. Nesse trabalho recomenda-se que a preparação psicológica enfatize a identificação de fatores psicossociais individuais dos pacientes que poderiam implicar em dificuldades de enfrentamento da cirurgia, explicações sobre exames, anestésias, procedimentos cirúrgicos e cuidados pós-operatórios e uma conversa aberta entre cirurgião e paciente sobre resultados da cirurgia e perspectivas de reabilitação.

A atuação do psicólogo pode ocorrer antes, durante e depois da cirurgia; sendo a última dividida em pós-operatório imediato e tardio, e que cada um destes momentos possui peculiaridades. As possibilidades de intervenção psicológica variam conforme a especificidade do paciente e de sua família, da doença, da equipe médica, da estrutura hospitalar - centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, equipamentos e medicações disponíveis, entre outras coisas (Gabarra e Crepaldi 2009).

A preparação cirúrgica baseada no estilo de enfrentamento individual, já mostrou indícios que pode reduzir os níveis de ansiedade pré-cirúrgica, utilizando

modelos de avaliação psicoeducacional dividido em três níveis de suporte psicológico que sugere uma explicação detalhada da conduta médica e de estratégias de enfrentamento baseadas em conteúdos cognitivos, explicações intermediárias com informações médicas simples sobre comportamentos e sensações que devem ser vivenciadas durante a cirurgia e como cognitivamente é possível enfrenta-las e com o uso de técnicas que incentivem o conforto psicológico, instruções de relaxamento e dicas de estratégias de manejo cognitivo (Turra, Junior, Almeida e Doca, 2013).

Abandono, ansiedade, apreensão, auto-eficácia, auto-estima, delirium, depressão, distress, dor, empoderamento, estresse, expectativas, humor, memória, percepção da hospitalização ou procedimento e qualidade de vida, são focos psicológicos, emocionais e comportamentais que devem ser considerados na assistência psicológica ao paciente cirúrgico (Turra et. al 2013)

A avaliação do paciente pré-cirúrgico deve ser flexível para adaptar-se às diferenças e especificidades de cada cirurgia e também deve ser geral o suficiente para monitorar a situação como um todo, de internação do paciente. Quanto ao psicólogo, sua atuação deve priorizar o objetivo de minimizar a angústia e ansiedade do paciente, possibilitando um espaço que favoreça a expressão dos sentimentos e verbalização das fantasias advindas do processo cirúrgico, como também auxiliar na compreensão da situação vivenciada, intermediando em um clima de confiança entre o paciente e a equipe de saúde (Turra et. al 2013).

3.2 Avaliação psicológica cirúrgica pediátrica.

Em se tratando de crianças como pacientes hospitalizados, Baptista (2010) afirma que a infância no processo de hospitalização vai de zero a dezoito anos, sendo dividida em quatro etapas: até três anos, dos três aos cinco anos, dos seis aos quatorze anos e dos quinze aos dezoito anos. Período que normalmente oferece grandes mudanças físicas e psicológicas aos pacientes, contam com um variante que potencializa tais mudanças: a internação (Mesquita et. al, 2013)

A literatura apresenta a importância de preparar as crianças para todo tipo de procedimento médico, como forma de amenizar o estresse da hospitalização e do momento da cirurgia. Crianças quando submetidas à internação passam por eventos estressores, pois essas são retiradas de seu convívio e rotina habitual. O estresse infantil se assemelha a adultos, podendo gerar sérias consequências no caso de ser excessivo (Broering e Crepaldi, 2011). Segundo Tesser e Prebianchi (2014):

Quando os pacientes são crianças, os fatores de risco da crise vital gerada pela hospitalização e cirurgia, são potencializados por se tratarem pacientes em estágios do desenvolvimento iniciais. A criança internada para a realização de um procedimento cirúrgico sai de sua rotina, podendo vir a desenvolver distúrbios psicológicos, advindos do desconforto, ansiedade e alterações do sensorio (turvação da consciência, alucinações, ilusões e desorientação), devido ao medo do desconhecido.

A preparação para a cirurgia não é necessária apenas para as crianças, mas também para seus pais, pois lhes permitem certo grau de controle da situação cirúrgica, visto que em geral essa é percebida como um momento de vulnerabilidade e risco. A participação dos pais na hospitalização também é importante para o combate ao estresse e às consequências nocivas da internação, pois também se traduz em medida fundamental para proteger a criança de danos em seu desenvolvimento. Orientar os pais é uma técnica que tem papel primordial quando se trata de pacientes pediátricos, mas, por si só não é suficiente, pois os pais têm suas limitações e são afetados pela condição de doença e hospitalização, por isso necessitam de atenção. (Broering e Crepaldi, 2011).

O ato cirúrgico expõe a criança em situações com as quais ela não está acostumada. Pessoas estranhas, injeções, ambiente desconhecido e procedimentos dolorosos contribuem para provocar reações de insegurança e medo. Assim, fazê-la entender o motivo dessas mudanças (a doença e a hospitalização) contribui para aliviar o medo e responder melhor a situação pré-cirúrgica. A finalidade da informação é promover a possibilidade de manejar os eventos antecipando-os e compreendendo seus objetivos, seu significado e seu propósito, além de corrigir o que não ficou claro.

Para a criança hospitalizada preparar-se melhor para o momento da cirurgia é necessário uma avaliação esmiuçada dela e de suas condições psicossociais como também fatores a serem levantados com a família, como: o nível de desenvolvimento da criança e seu estilo de enfrentamento, compreensão dela e da família sobre sua condição médica e sobre o procedimento a ser realizado, experiência previa da hospitalização e de situações adversas, sintomas emocionais e físicos, medos em geral e de procedimentos específicos, composição familiar, fatores linguísticos, culturais e religiosos, o método mais apropriado para lhes transmitir as informações (verbal, visual, escrita e sensorial); outros estressores familiares, como os financeiros e sociais; outros eventuais problemas de saúde; e o modo como os familiares tomam decisões (Broering e Crepaldi, 2011).

As investigações pré-operatórias podem ser representadas por informação narrada ou escrita, visita hospitalar, vídeos informativos, técnicas de uso de bonecos, técnicas de relaxamento ou teatralização em que as crianças participem simulando o médico ou o paciente, respeitando a faixa etária de cada uma.

Durante essa etapa preparatória é importante oferecer um espaço para que a criança possa se familiarizar e dramatizar situações que irá vivenciar no processo cirúrgico: contato com materiais hospitalares, dramatização do corte de cabelo (que é necessário em alguns tipos de cirurgia), curativos e vivência da situação hospitalar por meio de diversos brinquedos. Além disso, é importante deixar um momento para que a criança formule perguntas possibilitando a verbalização de possíveis angústias e receios sobre os procedimentos (Broering e Crepaldi, 2011). Segundo Broering e Crepaldi (2011):

A necessidade de brincar não deve ser eliminada quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas, uma vez que a brincadeira desempenha papéis importantes, como capacitá-las a sentir-se mais seguras em um ambiente estranho entre pessoas desconhecidas.

A preparação deve levar em conta as particularidades de cada criança, a idade, o gênero, a escolaridade, o tipo de doença, o tipo de cirurgia e sua condição de saúde, eventuais experiências anteriores de cirurgia, inserção familiar e sociocultural, além de sua familiaridade com o ambiente, pessoal e procedimentos hospitalares e estilo de enfrentamento de problemas. Estes programas beneficiam

tanto pais e filhos como o profissional de saúde, que irá trabalhar com pessoas preparadas previamente. Além disso, as técnicas propostas são pouco onerosas, não havendo necessidade de nenhum material de alto custo econômico (Broering e Crepaldi, 2011)

Brincar no hospital tem efeitos positivos sobre a criança hospitalizada, o que se torna essencial no tratamento. Assim quando uma criança tem a possibilidade de brincar dentro do hospital, esta sendo propiciado a essa momentos de distração, e conseqüentemente, de diversão, proporcionando-lhes momentos mudança de rotina (Mesquita et. al 2013). Segundo Mesquita et. al (2013):

As implicações psicológicas relacionadas à internação da criança e do adolescente podem ser tão variadas, como tão diversas são as formas de intervenções que o psicólogo hospitalar pode desenvolver junto a esses pacientes. Para isso, o psicólogo deve estar treinado para lidar com situações muito complexas, que envolvam o bem estar psicológico não só da criança, mas também de todos os que o rodeiam.

Deve-se considerar que o conceito de doença para a criança, passa por uma questão evolutiva e está ligado ao seu nível de desenvolvimento cognitivo, em que o hospital muitas vezes, traz experiências negativas que afetam seu desenvolvimento físico e psicológico, assim a atuação com esse público em particular torna-se desafiante, no entanto, não tornando-se menos importante, pois com um trabalho interdisciplinar feito de forma ética e séria, respeitando as singularidades da faixa etária, é possível proporcionar não apenas a cura, mas também lembranças agradáveis da internação e tratamento (Mesquita et. al 2013).

4 CONCLUSÃO

A avaliação psicológica no contexto hospitalar é uma prática que tem a muito a acrescentar ao profissional de Psicologia inserido nesse ambiente. Com o trabalho apresentado verificou-se sua importância para traçar o plano de acompanhamento para o paciente respeitando suas demandas físicas e psicológicas.

Quanto aos pacientes e familiares no momento da avaliação é possível a verbalização de suas emoções, impressões e compressão do momento vivenciado, que em muitas vezes acontece de forma repentina exigindo muitos artifícios adaptativos que isolados não conseguem diminuir a angústia da experiência da internação e as fantasias ocasionadas pelo adoecimento.

A avaliação psicológica como ferramenta do psicólogo hospitalar pode ser utilizada pelos mais variados pacientes, com suas singularidades obviamente respeitadas durante os atendimentos. Sua utilização no contexto pediátrico propicia a criança uma melhor compreensão de seu estado, sentimento de acolhimento e melhor adaptação à rotina do hospital e adesão ao tratamento a qual é submetida.

Apesar de todos os seus benefícios e importância para a prática da Psicologia Hospitalar, com a construção desse trabalho, em forma de revisão bibliográfica, verificou-se que muito pouco é escrito e pesquisado sobre esse tema. Muito se encontra sobre as contribuições da avaliação psicológica em determinadas áreas da Psicologia, seja ela clínica, organizacional, escolar, etc., no entanto, no hospital suas publicações são restritas repartindo-as em áreas de atuação como, por exemplo, a cirúrgica.

As demandas como internação, momentos que antecedem a exames invasivos, as reincidências do tratamento e hospitalização e o se deparar com a possibilidade de morte são demandas reais no ambiente hospitalar e necessitam de maior atenção por partes dos psicólogos e pesquisadores.

Esse trabalho teve como objetivo principal a abertura para uma construção da avaliação psicológica que abranja a todos os hospitais, não apenas o geral, que sua

prática propague-se as demais áreas de atuação, não se restringindo as pré e pós operatório mas também possibilite abertura para demais pesquisas sobre o tema e assim seja alcançado uma maior cobertura e padronização dessa ferramenta primordial para o trabalho do psicólogo hospitalar.

REFERÊNCIAS

ANGERAMINI-CAMON, Valdemar Augusto; et al. **E a Psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2009.

BROERING, Camilla Volpato; CREPALDI, Maria Aparecida. Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 16, n. 1, Mar. 2011 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2014.

CANTARELLI, Ana Paula Silva. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Rev. SBPH**, 2009, v.12, n. 2, p.137-147. ISSN 1516-0858.

CAPITAO, Cláudio Garcia; SCORTEGAGNA, Silvana Alba; BAPTISTA, Makilim Nunes. A importância da avaliação psicológica na saúde. **Aval. psicol.**, Porto Alegre , v. 4, n. 1, jun. 2005 . Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712005000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2014.

DIAS, Natália Martins; RADOMILE, Maria Eugênia Scatena. A implantação do serviço de psicologia no hospital geral: uma proposta de desenvolvimento de instrumentos e procedimentos de atuação. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, dez. 2006 . Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 set. 2014.

LIMA, Anthonyoni Assis Tavares. **Psicodiagnóstico**. Salvador: Concursos Psi, 2013.

_____. **Psicopatologia** Salvador: Concursos Psi, 2013.

MESQUITA, Darcilene de Araújo; SILVA, Edseany Pereira da; JÚNIOR, José Rodrigues Rocha. O Psicólogo atuando junto à criança hospitalizada. **Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, v. 01, p. 89-96. 2013.

SEBASTIANI, Ricardo Werner; MAIA, Eulália Maria Chaves. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cir. Bras.**, São Paulo , v. 20, supl. 1, 2005 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010286502005000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2014.

TESSER, Naiara Lissoni; PREBIANCHI, Helena Bazanelli. Atenção psicológica aos pacientes cirúrgicos adultos e infantis nos períodos pré e pós-operatório. **Anais do XIX Encontro de Iniciação Científica – ISSN 1982-0178**. São Paulo, 2014.

TONETTO, Aline Maria; GOMES, William B. Prática Psicológica em hospitais: demandas e intervenções. **Ver. PSICO**, São Paulo, v. 36, pp. 283-291, n. 3, set./dez. 2005.