UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOBIOLOGIA

TATIANE POSSANI

**Caracterização psicossocial de pacientes atendidos no ambulatório de psicologia de um
hospital escola.**

Ribeirão Preto

2018

TATIANE POSSANI

Caracterização psicossocial de pacientes atendidos no ambulatório de psicologia de um hospital escola.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicobiologia

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Gorayeb

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Possani, Tatiane

Caracterização psicossocial de pacientes atendidos no ambulatório de psicologia de um hospital escola. Ribeirão Preto, 2018.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Psicobiologia.

Orientador: Gorayeb, Ricardo

1. Hospital geral. 2. Psicologia da saúde 3. Caracterização

FOLHA DE APROVAÇÃO

Tatiane Possani

Caracterização psicossocial de pacientes atendidos no ambulatório de psicologia de um hospital escola.

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicobiologia

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____

Instituição _____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À minha família, em primeiro lugar a minha Mãe (in memoriam), que mesmo em sua breve passagem pela minha vida, sempre será minha maior referência de amor, carinho, cuidado e superação. Ao meu Pai, meus irmãos Everton e Daniela, minha cunhada Daisy, meus avós, que sempre estiveram ao meu lado me apoiando e em especial a minha sobrinha Beatriz, por ser meu maior frescor desde seu nascimento.

Ao Prof. Ricardo Gorayeb, pela oportunidade, confiança em meu trabalho e pelo constante incentivo. Sempre serei grata por ter me recebido em seu Serviço e por ter possibilitado meu avanço profissional.

Aos amigos de Jundiaí, em especial: Sabrina, Marília, Jéssica, Monise, Fábio, Zeu, Luís Otávio, Diego, Thiaguinho e Aninha que sempre estiveram dispostos a me acolher, incentivar e alegrar nos momentos necessários.

As queridas Iara e Ana Luiza, laços de amor e cumplicidade que a vida me deu.

As queridas Patrícia e Juliana, que me acolheram com tanto carinho quando tudo era novo, a vocês meus sinceros agradecimentos!

Aos meus colegas de jornada de Pós-graduação, pelas conversas, informações, desabafos, reflexões, cafés e festejos, sem vocês, seria muito mais difícil.

À Carla Adda e Bianca Nascimento que foram meus principais modelos de Psicólogas Hospitalares.

A todo o Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP, que direta ou indiretamente contribuíram para a conclusão deste trabalho, em principal as Aprimorandas e Residentes, que me auxiliaram na coleta dos dados.

Aos pacientes do Ambulatório de Psicologia, que tornaram este trabalho possível e por toda a partilha de vida.

Agradeço ao Programa de Pós-graduação em Psicobiologia, em especial a Renata pela disponibilidade e auxílio prestado.

RESUMO

Possani, T. (2018). *Caracterização psicossocial de pacientes atendidos no ambulatório de psicologia de um hospital escola*. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

O objetivo deste estudo foi caracterizar os pacientes que foram encaminhados por profissionais do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) ao Ambulatório de Psicologia, localizado dentro do Serviço de Psicologia da instituição. Durante o período de 2013 a 2016 o Ambulatório de Psicologia recebeu o total de 189 pacientes, que passaram pelo atendimento de triagem psicológica para a avaliação da elegibilidade do caso, ou seja, se a demanda apresentada pelo paciente e os sintomas psicológicos estavam de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos pelo Ambulatório. Dos 110 pacientes que foram aceitos no Ambulatório, 58 estavam de acordo com os critérios de inclusão desta pesquisa. Para a caracterização sócio-demográfica utilizou-se a Entrevista de Anamnese Padrão do Ambulatório de Psicologia. Para a avaliação dos aspectos psicológicos e comportamentais utilizou-se o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), o Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e para avaliar a qualidade de vida utilizou-se o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQoL-Bref). As análises foram conduzidas no software Statistical Package for the Social Science 20.0 (SPSS 20.0), foram realizados testes para verificar a existência de associação entre as variáveis sociodemográficas e os resultados obtidos nos instrumentos. A caracterização sociodemográfica identificou que 81% dos pacientes são mulheres, 46,6% possuem de 18 a 58 anos, 58,6% são procedentes de Ribeirão Preto, 58% possuem companheiro, 39,7% possuem de 10 a 14 anos de estudo e 62,% trabalham. As principais fontes de encaminhamento foram da Psicologia (22%) e das especialidades voltadas ao cuidado da saúde da mulher (19%). Em relação ao desfecho do atendimento psicológico, 54% ocorreram devido à alta por falta ou desistência do paciente. Quanto aos aspectos psicológicos e comportamentais, 46,6% apresentaram sintomas de ansiedade moderado e grave e 55,2% sintomas de depressão moderado e grave 55,2% e 89,7% possuem estresse. Houve o predomínio de déficit nas habilidades sociais nos fatores avaliados no IHS e a autossatisfação com a qualidade de vida foi avaliada como 'ruim' por 43% dos pacientes. Esta pesquisa obteve dados relevantes para a melhoria no funcionamento do Ambulatório de Psicologia do HCFMRP-USP e por se tratar de um centro de atendimento de grande porte, que forma profissionais especializados, torna-se importante a produção e divulgação de conhecimentos na área.

Palavras-chave: Hospital geral; Psicologia da saúde e Caracterização.

ABSTRACT

POSSANI, T. (2018). *Psychosocial characterization of patients attended at the psychology outpatient clinic of a school hospital*. University of São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

The purpose of this study was to characterize those who were referred by professionals from the Clinic Hospital of the Medical School of Ribeirão Preto of the University of São Paulo (HCFMRP-USP) to the Ambulatory of Psychology, located within the Psychology Department of the institution. During the period from 2013 to 2016, the Ambulatory of Psychology received a total of 189 patients, who underwent psychological screening to assess the eligibility of the case, in other words, whether the patient's demand and the psychological symptoms were in agreement with the inclusion criteria established by the Ambulatory. Out of the 110 patients who were admitted to the outpatient clinic, 58 were in agreement with the inclusion criteria of this study. For the sociodemographic characterization the Interview of Standard Anamnesis of the Ambulatory of Psychology was used. For the evaluation of the psychological and behavioral aspects the Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Lipp's Inventory of Stress Symptoms for Adults (ISSL), Social Skills Inventory (IHS) were used, and to evaluate the quality of life the World Health Organization of Life (WHOQoL-Bref) was used. The analyzes were conducted in the Statistical Package for Social Science 20.0 (SPSS 20.0) software, and tests were carried out to verify the existence of an association between sociodemographic variables and the results obtained in the instruments. The sociodemographic characterization identified that 81% of the patients are women, 46.6% are 18 to 58 years old, 58.6% are from Ribeirão Preto, 58% have a partner, 39.7% have 10 to 14 years of study and 62,% work. The main sources of referrals were from Psychology (22%) and specialties focused on women's healthcare (19%). Regarding to the outcome of psychological care, 54% occurred because of discharge due to lacks or patient's abandonment. Concerning the psychological and behavioral factors, 46.6% had symptoms of moderate and severe anxiety and 55.2% had moderate and severe depression symptoms, 55.2% and 89.7% had stress. There was an absolute predominance of deficit in social skills factors evaluated in the IHS, and self-satisfaction with quality of life was evaluated as 'poor' by 43% of the patients. This research obtained relevant data for the improvement in the functioning of the Ambulatory of Psychology of HCFMRP/USP and because it is a large service center, which forms specialized professionals, it becomes important to produce and disseminate knowledge in the area.

Keywords: General Hospital; Health Psychology and Characterization.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma de Descrição do processo de formação da amostra do estudo.....	36
Figura 2 - Dados sociodemográficos dos pacientes que foram encaminhados para o Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP e que realizaram triagem entre 2013 e 2016.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Especialidades que encaminharam os pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	41
Tabela 2 - Número de sessões realizadas durante o processo psicoterapêutico dos pacientes de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	42
Tabela 3 - Dados referentes ao desfecho do processo psicoterapêutico dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	43
Tabela 4- Nível de sintomas de Ansiedade e Depressão dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	44
Tabela 5 - Dados referentes à presença de sintomas de estresse, fases e predominância dos sintomas dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	45
Tabela 6 - Habilidades Sociais dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	46
Tabela 7 - Qualidade de vida dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	47
Tabela 8 - Comparação entre as variáveis: sintomas de depressão e região de procedência, dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	49
Tabela 9 - Comparação entre as variáveis: sintomas de depressão e sintomas de ansiedade, dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	49
Tabela 10 - Comparação entre as variáveis: sintomas de depressão e qualidade de vida, dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	50
Tabela 11 - Comparação entre as variáveis: sintomas de depressão e habilidades sociais, dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	53
Tabela 12 - Comparação entre as variáveis: sintomas de ansiedade, região de procedência e sexo dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	55

Tabela 13 - Comparação entre as variáveis: sintomas de ansiedade e qualidade de vida dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	57
Tabela 14 - Comparação entre as variáveis: sintomas de ansiedade e habilidades sociais dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	59
Tabela 15 - Comparação entre as variáveis: sintomas de estresse, sexo e estado civil dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	61
Tabela 16 - Comparação entre as variáveis: sintomas de estresse e qualidade de vida dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	62
Tabela 17 - Comparação entre as variáveis: habilidades sociais (fator 4 – auto exposição) e estado civil dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA	American Psychological Association
BAI	Inventário de Ansiedade de Beck
BDI	Inventário de Depressão de Beck
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS-I	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID	Código Internacional de Doenças
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
DSM	Diagnóstico Internacional de Doenças
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo
IHS	Inventário de Habilidades Sociais
ISSL	Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp
OMS	Organização Mundial da Saúde
QV	Qualidade de Vida
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization
WHOQol	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Atuação do psicólogo no ambiente hospitalar.....	15
1.2	Descrição do Serviço de Psicologia do HCFMRP/USP.....	17
1.3	Descrição do Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP.....	18
1.4	Depressão.....	21
1.5	Ansiedade.....	22
1.6	Estresse.....	24
1.7	Qualidade de vida.....	25
1.8	Habilidades Sociais.....	27
1.9	Justificativa.....	28
2	OBJETIVO.....	28
2.1	Objetivo Geral	28
2.2	Objetivos Específicos	28
3	MÉTODO	29
3.1	Participantes e local do estudo.....	29
3.2	Materiais e instrumentos	30
3.3	Procedimento	33
3.4	Análise dos dados	34
4	RESULTADOS	35
4.1	Descrição do processo de formação da amostra do estudo.....	35
4.1.1	Caracterização sócio-demográfica dos pacientes que realizaram triagem.....	37
4.1.2	Caracterização sociodemográfica dos pacientes que iniciaram psicoterapia e realizaram avaliação psicológica.....	39
4.1.3	Especialidades fontes de encaminhamento.....	40
4.1.4	Dados referentes ao processo psicoterapêutico.....	42
4.1.4.1	Número de sessões realizadas.....	42
4.1.4.2	Desfecho do processo psicoterapêutico.....	42
4.1.5	Aspectos psicológicos.....	43
4.1.5.1	Depressão e ansiedade.....	44
4.1.5.2	Estresse.....	44

4.1.5.3 Habilidades Sociais	45
4.1.5.4 Qualidade de vida.....	47
4.1.6 Comparação entre as variáveis.....	48
4.1.6.1 Comparação entre as variáveis depressão e região de procedência.....	48
4.1.6.2 Comparação entre as variáveis depressão e ansiedade.....	49
4.1.6.3 Comparação entre as variáveis depressão e qualidade de vida.....	50
4.1.6.4 Comparação entre as variáveis depressão e habilidades sociais.....	52
4.1.6.5 Comparação entre as variáveis ansiedade, região de procedência e sexo.....	55
4.1.6.6 Comparação entre as variáveis ansiedade e qualidade de vida.....	56
4.1.6.7 Comparação entre as variáveis ansiedade e habilidades sociais.....	58
4.1.6.8 Comparação entre as variáveis estresse, sexo e estado civil.....	61
4.1.6.9 Comparação entre as variáveis estresse e qualidade de vida.....	62
4.1.6.10 Comparação entre habilidades sociais e estado civil.....	63
4 DISCUSSÃO	65
5.1 Caracterização sócio-demográfica.....	66
5.2 Aspectos clínicos.....	67
5.3 Aspectos psicológicos.....	69
CONCLUSÕES.....	71
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	81
ANEXOS	83

1. INTRODUÇÃO

Os hospitais considerados de alta complexidade ou terciários são responsáveis por procedimentos e intervenções que requerem aparatos de alta tecnologia e elevada especialização. Nestes, são realizados procedimentos cirúrgicos cardiológicos, neurológicos, transplantes, parto de alto risco, traumatologia ortopédica, cirurgia bariátrica, mastectomia, dentre diversas outras cirurgias curativas, paliativas, diagnósticas e reparadoras. Nos atendimentos ambulatoriais os procedimentos de alta complexidade são voltados à quimioterapia, radioterapia, hemoterapia, exames como ressonância magnética e acompanhamento a doenças que requerem atendimento especializado (Conselho Nacional de Secretários da Saúde [CONASS], 2007).

As doenças são divididas entre as que se manifestam em condições agudas e as que se manifestam em condições crônicas. As de condições agudas são caracterizadas pela manifestação em curto período de tempo e de forma pouco previsível, exigindo intervenções e cuidados rápidos, como no caso de doenças inflamatórias e infecciosas, dor torácica, apendicites, traumas, dentre outras (MENDES, 2018).

Já as doenças de condições crônicas manifestam-se em maior período de tempo e exigem intervenções e cuidados contínuos, como no caso da hipertensão arterial, diabetes, mal de Parkinson, deficiências físicas e distúrbios mentais de longo prazo (MENDES, 2018).

As taxas de mortalidade e morbidade causadas por doenças crônicas aumentam significativamente em todos os países e classes econômicas, sendo consideradas as principais causas de morte no mundo, representando quase 60% de todas as mortes e 43% da carga global de doenças, sendo que em 2020 estima-se que esses números aumentem para 73% e 60% respectivamente (World Health Organization [WHO], 2002).

As doenças de maior prevalência mundialmente são em primeiro lugar as cardiovasculares, câncer, doença pulmonar obstrutiva crônica e diabetes tipo 2, que possuem contribuições de comportamentos e hábitos alimentares não saudáveis, como uso de tabaco, ingestão de bebida alcoólica, ausência de atividade física; o que favorece também a obesidade, que está presente em altas taxas, tanto em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento (WHO, 2002; WHO, 2007; WHO, 2015).

Comportamentos e hábitos alimentares saudáveis são importantes tanto na prevenção do aparecimento de doenças, como na minimização dos riscos trazidos por doenças já existentes. A prática de comportamentos saudáveis é um processo complexo, sendo necessária

a compreensão tanto dos efeitos prejudiciais para a saúde gerados por hábitos nocivos, como também a compreensão dos benefícios gerados através de hábitos saudáveis, que auxiliam no favorecimento da qualidade de vida (SZWARCWALD, SOUZA JÚNIOR, DAMACENA et al., 2015).

Sendo a saúde conceituada de forma ampla através do "[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades" seu cuidado deve abranger múltiplos fatores sociais, psicológicos e biológicos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2007). Desta forma a atuação do psicólogo nos diferentes ambientes de cuidado à saúde favorece o cuidado integral do paciente e auxilia na discriminação dos fatores comportamentais e ambientais que possam favorecer o aparecimento de doenças, como também nos cuidados com a saúde.

1.1 Atuação do psicólogo no ambiente hospitalar

A Psicologia da Saúde é compreendida como o campo de estudo e atuação que investiga as influências psicológicas na saúde, não abrange apenas hospitais, mas também diversos centros de saúde ou programas que tenham por objetivo focar a saúde coletiva e que abranjam tanto saúde física como mental (BAPTISTA, BAPTISTA e DIAS, 2003). Na definição de Matarazzo (1980, p.815, apud PIRES e BRAGA, 2009), a Psicologia da Saúde pode ser entendida como:

[...] um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia para promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico dos correlatos de saúde, doença e funções relacionadas, e a análise e aprimoramento do sistema e regulamentação da saúde (p. 815).

Com os avanços tecnológicos e da medicina ao longo dos anos, ocorreram mudanças significativas nas causas de morbidade e mortalidade da população, que passaram de doenças infectocontagiosas para patologias relacionadas ao estilo de vida e padrões de comportamento, sendo que a expectativa de vida da população entre os anos de 2000 e 2015 aumentou cinco anos globalmente, evolução mais rápida desde a década de 1960 (OMS, 2015).

Aliados a esta questão, ressalta-se os crescentes custos dos serviços de saúde, que com o desenvolvimento tecnológico dos recursos médicos, aumentou a complexidade dos atendimentos e a preocupação com a qualidade de vida dos pacientes e com o impacto da doença sobre o funcionamento global do indivíduo. Isto fez com que surgisse a demanda para o trabalho multidisciplinar, colocando o profissional psicólogo como elemento de suma importância na educação sobre práticas saudáveis e comportamentos preventivos, na tentativa de se reduzir a vulnerabilidade para doenças e aumentar a adesão a tratamentos (MIYAZAKI, AMARAL, SALOMÃO, 1999; GUIMARÃES, 1999; TAYLOR, 1999; ALMEIDA, MALAGRIS, 2011).

A American Psychological Association (2010) aponta os hospitais como um dos possíveis locais de atuação do psicólogo da saúde. O objetivo principal da psicologia no ambiente hospitalar é o de “minimização do sofrimento provocado pela hospitalização” (p.23). Portanto, o que vai nortear a atuação do psicólogo dentro do contexto hospitalar é a determinação de como processos biológicos e psicológicos agem juntos na saúde e na doença, sendo que o psicólogo deve desenvolver a habilidade de descrever em que condições as doenças foram adquiridas e o que o sujeito faz a partir da doença (KERBAUY, 1999).

A atuação do psicólogo em um hospital pode ocorrer em três níveis: (1) psicopedagógico, quando se trata de fornecer informações ao paciente (fatores de risco e proteção, informações sobre estado geral de saúde, procedimentos, diagnósticos e prognósticos); (2) psicoprofilático, em que o nível de atenção é primário (objetivo de prevenir doenças); e (3) psicoterapêutico, o qual envolve as intervenções psicoterápicas em si, com aplicação de técnicas e procedimentos específicos (ROMANO, 1999).

Gorayeb (2015) destaca que a formação do psicólogo para atuar no ambiente hospitalar deverá ser desenvolvida através do constante aprimoramento, tanto das competências técnicas e práticas, quanto nas habilidades de relacionamento com os pacientes, seus familiares e equipe de trabalho. Sendo extremamente necessários comportamentos objetivos, ágeis, postura científica, somado a características pessoais de empatia, compreensão, autocontrole, entre outros.

Deve-se ressaltar que a grande importância da Psicologia da Saúde consiste na aplicação de métodos, modelos e procedimentos da psicologia científica ao contexto da saúde em geral, buscando-se uma redução dos crescentes custos associados a tratamentos por meio da alteração de comportamentos e estilos de vida dos pacientes, bem como, e principalmente, uma maior qualidade de vida para os indivíduos que deste serviço se beneficiam (MIYAZAKI; DOMINGOS; CABALLO, 2001).

Dentro dos hospitais terciários o psicólogo atua com os pacientes que se encontram gravemente adoecidos, seja por condições agudas ou crônicas. Neste ambiente, é comum a presença de Serviços de Psicologia que prestam atendimentos nas diversas especialidades médicas que contemplam os hospitais de alta complexidade.

1.2 Descrição do Serviço de Psicologia do HCFMRP/USP

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP) é reconhecido como centro de referência e por realizar pesquisas de alta qualidade. A área de atuação do Hospital concentra-se basicamente no município de Ribeirão Preto e região, entretanto, ante as suas características de hospital de referência para atendimentos complexos, é muito comum encontrar nos corredores dos ambulatórios e enfermarias pessoas vindas de outros estados e até mesmo de outros países. Diariamente, o HC realiza cerca de 2.500 consultas, 60 cirurgias, 90 internações, 6 mil exames laboratoriais, 2 mil exames especializados, 500 exames radiológicos e efetua, em média, 220 transfusões de sangue (HCRP, 2016).

O hospital conta com 870 leitos e em 2015 foram contabilizados 82 psicólogos contratados e 24 residentes em cinco programas de formação distintos. O Serviço de Psicologia está diferenciado em três áreas distintas, e, na área sob orientação do Professor Dr. Ricardo Gorayeb, onde foi realizada a pesquisa que será apresentada nesse trabalho, estão 21 psicólogos contratados, que atuam como responsáveis pelo atendimento direto a 26 ambulatórios ou enfermarias e fazem a supervisão de psicólogos recém-formados em treinamento em quatro programas de pós-graduação *lato sensu*. Sendo eles:

- Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Clínica e Hospitalar, criado em 1976; com 40 horas de dedicação semanal e duração de dois anos;
- Programa de Aprimoramento Profissional em Promoção de Saúde na Comunidade, criado em 1990; com 40 horas de dedicação semanal e duração de um ano;
- Programa de Residência Multiprofissional de Atenção à Saúde, criado em 2010, que tem como característica dar um treinamento de 60 horas semanais durante 2 anos.
- Programa de Aprimoramento Profissional em Saúde da Mulher, criado em 2016, com 40 horas de dedicação semanal e duração de um ano;

Até o final de 2014, os quatro programas coordenados pelo Serviço de Psicologia formaram 97 psicólogos especialistas para atuação no ambiente hospitalar, 44 na área de promoção de saúde na comunidade e 5 na área de residência multiprofissional.

(GORAYEB, 2015)

1.3 Descrição do Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP

No Serviço de Psicologia do HCFMRP/USP, além dos atendimentos diretos em enfermarias, em geral executados por psicólogos que atuam especificamente naquelas áreas, pacientes também são atendidos ambulatoriamente. Isto ocorre nos casos de pacientes que não precisam ser internados ou que necessitam de apoio psicológico após uma internação. A atenção a tais pacientes é dada no Ambulatório de Psicologia, que também tem como responsabilidade atender pacientes internados por meio de interconsultas médico-psicológicas. De 2012 a 2016 as especialidades atendidas no ambulatório e nas enfermarias foram: clínica médica; dermatologia; cirurgia plástica; gastrocirurgia; nutrologia; cirurgia torácica; cirurgia geral; urologia ginecológica; imunologia; cirurgia vascular; reumatologia, entre outras. As especialidades descritas são as que ficaram sob a responsabilidade do Ambulatório de Psicologia, por não possuírem psicólogos contratados na própria área.

Os pacientes chegam ao ambulatório para atendimento psicológico através do encaminhamento em formulário próprio realizado pelo médico ou por algum membro da equipe multiprofissional e em seguida é agendada uma triagem psicológica, como forma de realizar primeiramente o acolhimento do paciente e avaliar a demanda emocional.

1.3.1 Triagem

Para todos os atendimentos do Ambulatório de Psicologia, inicialmente é efetuada uma avaliação dos pacientes encaminhados ao serviço em dois encontros com o paciente, sendo que no primeiro é aplicada a entrevista de anamnese padrão do Ambulatório, a qual visa sistematizar os principais aspectos da demanda trazida pelo paciente para que, em sequência, seja possível avaliar se a mesma condiz com os critérios de elegibilidade do

serviço ou não. No segundo encontro são complementadas as informações e o paciente é informado se permanecerá para atendimento no serviço.

Em caso negativo, o psicólogo responsável realiza o encaminhamento deste paciente ao serviço mais apropriado para atendimento da demanda identificada. Por se tratar de um atendimento psicológico especializado dentro do ambiente hospitalar de nível terciário, os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos para o favorecimento do cuidado da demanda relacionada a esse ambiente. Sendo eles:

Crítérios de Inclusão

- Estar em acompanhamento em alguma especialidade médica do HCFMRP-USP;
- Ter sido encaminhado ao Serviço de Psicologia por algum membro da equipe;
- Apresentar sofrimentos emocionais como consequência de doença física, intervenção médica e/ou comunicação de diagnóstico clínico;
- Residir na cidade de Ribeirão Preto, exceto nos casos em que não haja serviço de psicologia em sua cidade de origem;
- Ser familiar do paciente e apresentar demanda emocional relacionado a seu adoecimento.

Crítérios de Exclusão

- Ser portador de doenças clínicas que acometam o Sistema Nervoso Central ou cujo tratamento possa interferir nas habilidades cognitivas;
- Fazer uso abusivo atual ou progressivo de álcool ou drogas ilícitas;
- Apresentar transtornos mentais orgânicos, sintomas psicóticos, transtornos dissociativos, déficits cognitivos;
- Queixas de distúrbio de aprendizagem;
- Queixas que não envolvam sintomas físicos e transtornos psiquiátricos severos (Transtorno de Personalidade Borderline, Esquizofrenia, etc).

Na finalização do processo de triagem, é realizado o encaminhamento desses pacientes de acordo com o serviço especializado necessário, como Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS-I), Ambulatórios Especializados, clínicas escolas que oferecem atendimento gratuito, dentre outros. O encaminhamento é realizado de acordo com a cidade que o paciente reside. O paciente é orientado de forma psicoeducativa sobre os motivos do

encaminhamento, é valorizada a demanda apresentada e ressaltada a importância do tratamento psicológico de acordo com cada problemática.

1.3.2 Atendimentos

Após a etapa inicial de triagem, os atendimentos são executados por duas psicólogas contratadas responsáveis pelo Ambulatório de Psicologia e por residentes e aprimorandos de psicologia, que atendem sob a supervisão das mesmas.

O atendimento individual refere-se a sessões semanais com duração de aproximadamente de 50 minutos, sendo que o número de sessões realizadas depende diretamente da resposta do paciente ao tratamento psicoterapêutico, do plano terapêutico delineado pelo profissional psicólogo responsável e do tipo de demanda apresentada. Neste processo são utilizados diversos tipos de intervenção psicológica, sendo que a escolha dependerá do tipo de problemática do paciente e do objetivo terapêutico.

As intervenções clínicas realizadas tanto no Serviço de Psicologia, quanto no Ambulatório de Psicologia são fundamentadas dentro dos conceitos da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental “por se acreditar que estes têm maior eficácia e pelo fato de técnicas objetivas e diretivas se aplicarem melhor ao ambiente hospitalar” (GORAYEB, 2015, p. 436).

Por se tratar do atendimento psicológico especializado dentro do hospital, os planejamentos e intervenções psicoterapêuticas são direcionados a favorecer a compreensão do paciente sobre o processo de adoecimento e sofrimento emocional pelo qual passa; auxiliar na elaboração de estratégias de enfrentamento adequadas e efetivas; buscar por suporte familiar e ou social; favorecer comportamentos de cuidado com a saúde e adesão ao tratamento e quando necessário, a equipe multidisciplinar que está em contato com o paciente também recebe orientações, com a finalidade de favorecer o melhor manejo do caso (GORAYEB e POSSANI, 2015).

1.4 Depressão

Segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) há 322 milhões de pessoas vivendo com depressão em todo o mundo, sendo que o transtorno tem maior prevalência na população feminina. No Brasil a depressão abrange 5,8% da população, cerca de 11.548.577 pessoas (WHO, 2017).

A depressão é definida como um transtorno mental caracterizado pela “[...] *presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo*” (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION [APA], 2014, p.155).

Identificam-se também outras diversas alterações, como na capacidade de experimentar o prazer, diminuição da autoestima, prejuízos no sono, mudanças no comportamento alimentar e redução da energia (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde [CID-10], 1993).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) os prejuízos decorrentes da depressão podem variar de leves a incapacitantes, conforme a gravidade dos sintomas, havendo uma maior prevalência de dor, doenças físicas e redução no funcionamento físico e social (APA, 2014).

Assim como os transtornos de saúde mental, a dor crônica também é comum na população em geral, sendo que, os transtornos psicológicos de maior prevalência mundial são a depressão e a ansiedade e esses, estão presentes em até 70% dos indivíduos com dor crônica (OMS, 2015; BAIR, ROBINSON, KATON et al., 2003).

A gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos aumenta a probabilidade da dor altamente incapacitante e limitante e, mesmo que os sintomas encontrem-se remetidos à influência sobre a dor crônica, ainda prevalece de forma significativa comparado aos que não apresentaram esses transtornos (DE HEER, GERRITS, BEEKMAN et al., 2014; LERMAN, RUDICH, BRILL et al., 2015).

A depressão apresenta-se altamente relacionada a outras doenças e trás consequências negativas ao indivíduo de diversas formas. O estudo de Guthrie, Dickens, Blackmore et al. (2016) que foi realizado no Reino Unido com pacientes portadores de doenças crônicas atendidos na atenção primária, avaliou a associação entre depressão e a admissão desses nas emergências hospitalares. Os resultados obtidos apontaram a relação entre a gravidade da

depressão e a probabilidade de internações hospitalares de emergência, aumentado em mais de duas vezes.

Direcionado ao tempo de internação hospitalar, o estudo de Poole, Leigh, Kidd et al. (2014) avaliou a relação entre os sintomas depressivos, em pacientes pré-operatórios de cirurgia de revascularização miocárdica eletiva, com o tempo de permanência no pós-operatório, bem como as associações entre a recuperação geral do procedimento. Os resultados obtidos demonstraram que, quanto maiores os sintomas depressivos, maior o tempo de internação hospitalar.

Os pacientes com depressão pré-operatória também apresentaram maior incidência de complicações médicas durante o período de seis meses após o procedimento (POOLE et al., 2014).

A influência da depressão também foi identificada de forma direta e negativa na saúde global de pacientes de um hospital terciário brasileiro, que foram estomatizados devido a câncer retal, além disso, a acurácia da percepção da imagem corporal também se mostrou prejudicada diante da depressão (REZENDE, ALMEIDA e NEUFELD, 2015).

Em relação aos aspectos genéticos e fisiológicos, comparados à população geral, os familiares de primeiro grau de pessoas com transtorno depressivo possuem mais chances de desenvolvê-lo. O transtorno depressivo também pode ser induzido por substâncias e medicamentos, como álcool e outras drogas ilícitas, sendo que, seu início deve ocorrer durante o uso ou durante a abstinência (APA, 2014).

1.5 Ansiedade

Desde o nascimento o ser humano passa por situações inesperadas e desconhecidas, sendo necessário adaptar-se a diferentes contextos ao longo do desenvolvimento. Desde percepções internas relacionadas ao corpo, como a percepções externas, como mudanças de ambiente, pessoas novas, barulho, entre outras (CABRERA e SPONHOLZ, 2017).

Como forma de proteção para sobreviver a situações perigosas, o corpo emite sinais de alerta através de reações fisiológicas, para que ocorra o preparo, tanto para a luta quanto para a fuga diante do perigo, tal reação emocional é nomeada como ansiedade (CABRERA et al., 2017)

Trata-se de uma reação emocional normal, porém quando as respostas são inadequadas diante de um estímulo, ou até mesmo em sua ausência, seja pela intensidade, duração ou frequência, caracteriza-se a ansiedade patológica, que pode surgir em qualquer fase da vida (ROSENBAUM e POLLACK, 1991).

A OMS estimou em 2015 que 3,6% da população mundial apresentam transtornos de ansiedade, havendo uma prevalência maior em mulheres, 4,6% em relação a 2,6% em homens. Na Região das Américas, estimou-se que 7,7% da população feminina sofram de transtorno de ansiedade (homens, 3,6%), sendo que no Brasil a ansiedade está presente em cerca de 9,3% da população (WHO, 2017).

O transtorno de ansiedade é caracterizado por sentimentos de medo, ansiedade e preocupação excessiva, sendo eles, desproporcionais à situação, ao objeto e ao risco real, o que favorece surtos repentinos de medo que geram reações fisiológicas e cognitivas, que prejudicam de forma significativa o funcionamento psicossocial do indivíduo (APA, 2014).

De acordo com a CID- 10, a presença do medo evocado pela exposição a algo determinado, é nomeado como transtorno fóbico-ansioso. Neste transtorno são extremamente frequentes medo de multidões, locais públicos, animais, fenômenos da natureza, sentir-se exposto à avaliação de outras pessoas, entre outros. Reações fisiológicas, como o aumento do batimento cardíaco e sudorese são comumente observadas, sendo que seu início ocorre até mesmo de forma antecipada ao evento ou objeto de medo (CID-10, 1993).

Diferentemente dos transtornos fóbico-ansiosos, os transtornos ansiosos não são necessariamente evocados pela exposição a algo determinado. São caracterizados por ataques recorrentes e imprevisíveis de uma ansiedade grave, reações fisiológicas como, tontura, tremores, sensações de asfixia, como também, medos relacionados a doenças e acidentes, direcionados a si ou a pessoas próximas (CID-10, 1993).

Cabrera et al. (2017) descrevem que diante do adoecimento, que é considerado algo estressor, o paciente irá desencadear reações emocionais de ansiedade, podendo elas serem passageiras ou duradouras, o que poderá colaborar para diferentes percepções de dor.

O estudo de Hayter, Salkovskis, Silber, et al. (2016) realizado com pacientes em tratamento de esclerose múltipla, identificou que os que apresentaram alto índice de ansiedade de acordo com a escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) percebiam maior prejuízo em relação ao seu estado físico e cognitivo comparado aos com menor índice de ansiedade, sendo mais propensos a fazerem atribuições somáticas do estado geral da saúde e até mesmo antecipar a percepção de incapacidades físicas mesmo sem o surgimento efetivo de qualquer deficiência.

Os pacientes também relataram um nível significativamente mais baixo de ansiedade no dia da alta do que antes da cirurgia (JAKOBSSON; IDVALL; WANN-HANSSON, 2016).

1.6 Estresse

Diante de um evento ou estímulo estressor o organismo humano emite reações psicofisiológicas, através de um processo bioquímico, como forma de superar a ameaça ou se adaptar a um momento específico, tanto bom como ruim (LIPP, 2004; LIPP e MALAGRIS, 2001; LIPP, 2003). O organismo reage tanto ao perigo real e atual, quanto ao perigo imaginado, sendo que o prolongamento do estresse afeta diretamente o sistema imunológico, deixando-o mais suscetível a infecções e outras doenças (BOTEGA, 2017).

De acordo com o modelo quadrifásico desenvolvido por Lipp (2001) o estresse pode ser dividido em quatro diferentes fases, sendo elas:

- (1) Fase do alerta, caracterizada pelo aumento de energia através da produção de adrenalina, o que gera sensações consideradas positivas, como também pela preservação da sobrevivência.
- (2) Fase da resistência, ocorre à reação automática na tentativa de lidar com os estressores, conservando a homeostase interna.
- (3) Fase de quase exaustão, caracterizada pela persistência em frequência ou intensidade dos fatores estressantes, dando início ao processo de adoecimento e deterioração dos órgãos de maior vulnerabilidade de cada indivíduo, seja devido à genética ou por fatores ambientais. Neste momento, os sintomas depressivos surgem e permanecem na próxima fase.
- (4) Fase de exaustão, caracterizada pela fase final do estresse, na qual os estressores mantêm-se presentes e não há o uso de estratégias de enfrentamento adequadas à situação, o que eleva a possibilidade da ocorrência de doenças graves, como o enfarte.

De acordo com o DSM-V os transtornos relacionados a traumas e a estressores são caracterizados por reações emocionais peculiares de ansiedade após a exposição a um evento traumático. Tais sintomas podem apresentar formatos diferentes, porém comumente ocorre a revivência ou a reatividade ao evento traumático, através de sonhos ou flashbacks, que podem variar de semanas a meses (APA, 2014).

A CID-10 divide os transtornos relacionados ao estresse como reações ao estresse grave e transtornos de adaptação. Na categoria reações ao estresse grave estão presentes os transtornos necessariamente desencadeados por um evento estressor que gera reações agudas ou altamente marcantes na vida do indivíduo, visto como uma resposta não adaptativa ao contexto (CID-10, 1993).

Diante de um estímulo ou acontecimento estressante as reações podem ocorrer de forma aguda e transitório, sendo frequentes reações fisiológicas como, taquicardia, sudorese e ondas de calor. Comumente tais sintomas desaparecem no período de dois a três dias ou até mesmo em algumas horas.

Já os transtornos de adaptação são caracterizados pelo sofrimento e perturbação emocional subjetivos diante da adaptação a uma mudança existencial ou a um acontecimento estressante. O estressor pode afetar um único indivíduo ou um grupo, como no caso de um desastre natural.

Como já mencionado, as reações psicofisiológicas acionadas por estímulos ou situações estressoras, afetam o sistema imunológico favorecendo o aparecimento de doenças. Neste sentido o estudo realizado por Bower, Crosswell e slavich (2014) identificou que mulheres sobreviventes ao câncer de mama que apresentam fadiga persistente, relatam níveis significativamente maiores de exposição cumulativa ao estresse ao longo da vida. Sendo identificada a maior frequência de experiências estressantes na infância e na idade adulta, em principal, relacionados ao divórcio e a conflitos no ambiente familiar.

1.7 Qualidade de Vida

O termo qualidade de vida (QV) contempla vários aspectos da vida do indivíduo e não há um consenso sobre sua definição, porém de acordo com especialistas reunidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) trata-se da percepção individual dentro do contexto cultural e de sistemas de valores em que o indivíduo está inserido e formula seus objetivos, padrões e preocupações (WHOQoL Group, 1998). Compreende amplos aspectos relacionados ao funcionamento diário e individual, abrange o completo bem-estar físico, mental, social e não se limita às condições de saúde ou ao fato de não se ter uma doença (WHOQoL Group, 1998).

A qualidade de vida pode ser favorecida por amplos aspectos, como a escolaridade, que foi estudada por Silva et al. (2016) com o objetivo de estimar os diferenciais de mortalidade por nível de escolaridade da população adulta do Brasil e suas regiões, segundo sexo e idade. Através dos resultados obtidos, foi possível observar que quanto maior o nível de escolaridade da pessoa de referência do domicílio, menor é a probabilidade de morte adulta, o que foi encontrado em todas as regiões. Em relação à expectativa de vida, na população masculina os resultados revelaram que os que possuem ensino superior completo apresentam 6,7 mais anos de vida comparados aos que possuem a escolaridade inferior ao ensino fundamental, já na população feminina adiciona-se 2,25 anos de expectativa de vida para as que possuem ensino superior completo em relação aquelas com escolaridade inferior. Em todas as regiões brasileiras a expectativa de vida da população feminina é maior do que a masculina em todos os níveis de escolaridade (SILVA et al., 2016).

Em relação à renda e expectativa de vida, um estudo realizado nos Estados Unidos entre 2011 e 2014, analisou 408 milhões indivíduos entre 40 e 76 anos de idade e identificou a associação entre a maior longevidade e a maior renda, sendo que o 1% que detinha a maior renda, apresentou a expectativa de vida maior em 15 anos para homens e 10 anos para mulheres em relação ao 1% com a menor renda (CHETTY, STEPNER, ABRAHAM et al., 2016). Houve a variação da expectativa de vida para os indivíduos de baixa renda relacionados às áreas locais, sendo que as diferenças de longevidade entre os grupos de renda diminuíram em algumas áreas e aumentaram em outras, o que foi correlacionado com comportamentos de saúde e características da área local.

O nível de escolaridade e a renda favorecem a qualidade de vida, porém seu constructo é muito mais abrangente e como forma de avaliar a percepção subjetiva do indivíduo em relação a sua qualidade de vida, a OMS desenvolveu World Health Organization Quality of Life- Bref (WHOQoL-Bref) versão abreviada do WHOQoL-100, do qual são avaliados domínios sobre saúde física e psicológica, relações sociais e ambiente do indivíduo (WHOQoL Group, 1998). Através desse instrumento vários estudos foram realizados, como o realizado por Almeida-Brasil, Silveira, Silva et al (2017) com uma amostra de pacientes em sua maioria portadores de doenças crônicas como hipertensão e diabetes atendidos em diferentes Unidade Básica de Saúde (UBS) da região de Minas Gerais.

Os resultados evidenciaram que a pontuação no domínio ambiente foi menor nas comunidades localizadas em áreas mais vulneráveis socialmente, em relação às UBS localizadas em áreas mais favorecidas socialmente, sendo que classes sociais mais baixas demonstram menor QV em todos os quatro domínios. Em relação à saúde, a presença de

doença crônica esteve associada negativamente à QV geral e nos domínios físico e psicológico, sendo que, os indivíduos que se percebem como saudáveis apresentam melhor avaliação da QV global (Almeida-Brasil, et al., 2017). A melhor percepção da QV também é encontrada em pacientes com maior adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão, sendo que os piores escores da QV se apresentam nos indivíduos de não adesão extrema e limítrofe a não adesão total ao tratamento (HANUS, SIMÕES, AMBONI, et al., 2015).

1.8 Habilidades sociais

O conceito habilidades sociais é definido de diferentes formas por diversos autores, o que evidencia a complexidade do estudo neste campo (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2010). Para esses autores, as habilidades sociais são compreendidas pelas [...] “relações funcionais entre as respostas de duas ou mais pessoas em interação, onde as respostas de uma delas são antecedentes ou consequentes para as da outra, de forma dinâmica e alternada no processo interativo” (p.107).

As respostas sociais são consideradas competentes quando as consequências aumentam a probabilidade do reforço tanto para o indivíduo quanto para as pessoas do grupo social em que está inserido, ou seja trata-se do comportamento com grande funcionalidade no ambiente que o indivíduo interage, que produz resultados eficazes, através da aprovação social e de sentimentos de autossatisfação (DEL PRETTE e DEL PRETTE, 2010).

A interação social está significativamente relacionada à saúde mental. Os achados dos estudos de Marroquín e Nolen-Hoeksema (2015) mostraram que a conexão social, sendo ela efetiva e fonte de suporte adequado, diminui os sintomas depressivos, como também os eventos estressantes ao longo da vida do indivíduo.

Assim como na saúde mental, as relações sociais mostram-se também correlacionadas a comportamentos de cuidado da saúde, o que foi evidenciado no estudo realizado por Watt, Sabbah e Newton et al. (2014) em uma amostra nacional americana representativa de pessoas idosas. Através dos resultados foi possível identificar que os indivíduos que apresentam comportamentos menos comprometidos com a saúde, como fazer uso de tabaco, álcool e ir ao dentista com menor frequência, estão relacionados ao estado civil sem companheiro. Já a prática de atividade física, como comportamento de promoção da saúde, estava associada ao

tamanho das redes de amizade, sendo que aqueles com um círculo maior de amigos eram mais propensos a serem fisicamente ativos (WATT et al., 2014).

1.9 Justificativa

Esta pesquisa visa obter dados relevantes para o Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP, que possam ser usados para mudanças em seu funcionamento, como a programação de intervenções preventivas. Por se tratar de um centro de atendimento de grande porte, que também forma profissionais especializados, esta sistematização é relevante para orientar o próprio sistema de formação de novos profissionais. Identificar características sociais e psicológicas, tanto prévias quanto manifestadas a partir do adoecimento, favorece o planejamento de intervenções eficazes, que resultem em comportamentos e estilos de vida compatíveis ao cuidado com a saúde adequado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo caracterizar a população que é encaminhada por profissionais do HCFMRP-USP ao Ambulatório de Psicologia que atua dentro do Serviço de Psicologia da instituição.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os pacientes que foram encaminhados ao Ambulatório de Psicologia durante o período de 2013 a 2016, quanto a dados sócio-demográficos;
- Identificar a elegibilidade dos casos, de acordo com os critérios de inclusão do Ambulatório;

- Identificar aspectos psicológicos dos pacientes que iniciaram psicoterapia, quanto a sintomas de depressão e ansiedade, níveis de estresse, habilidades sociais e qualidade de vida;
- Identificar aspectos clínicos dos pacientes que iniciaram psicoterapia, quanto ao adoecimento físico e a especialidade médica que originou o encaminhamento psicológico;
- Analisar o processo psicoterapêutico realizado, quanto ao número de sessões concretizadas e o desfecho do atendimento psicoterápico.

3 MÉTODO

3.1 Participantes e Local do estudo

Os participantes deste estudo foram 58 pacientes que realizaram tratamento médico nas dependências do HCFMRP-USP e que foram encaminhados ao Ambulatório de Psicologia, localizado no 3º andar. A amostra foi constituída de acordo com o fluxo de atendimento do Ambulatório ao longo dos anos de 2013, 2014, 2015 e 2016, que concordaram em fazer parte do presente projeto.

Os pacientes foram selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão listados a seguir:

Critérios de Inclusão:

- Idade acima de 18 anos;
- Estar em acompanhamento em alguma especialidade médica do HCFMRP-USP.
- Ter sido encaminhado ao Serviço de Psicologia pelo sistema de interconsultas do hospital.

Critérios de Exclusão:

- Ser portador de doenças clínicas que acometam o Sistema Nervoso Central ou cujo tratamento possa interferir nas habilidades cognitivas;
- Fazer uso abusivo atual ou progressivo de álcool ou drogas ilícitas;
- Apresentar transtornos mentais orgânicos, sintomas psicóticos, transtornos dissociativos, déficits cognitivos e ideação suicida.

3.2 Materiais e Instrumentos¹

3.2.1 Entrevista de Anamnese Padrão do Ambulatório de Psicologia do Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP

Anamnese elaborada e utilizada pelo Ambulatório de Psicologia - HCFMRP/USP abrange dados sócio demográficos (escolaridade, estado civil, renda, local de residência, atividade profissional) do paciente e do cônjuge (no caso de pessoas com parceiro (a) estável); motivo do encaminhamento; tempo de existência da problemática; queixa resumida; associação com quadro orgânico; áreas de dificuldade (trabalho, família, estudos, sono, apetite, amizades, relações afetivas e sociais e relacionamento amoroso e/ou sexual); risco de suicídio e desfecho do processo de triagem (ANEXO A).

3.2.3 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi desenvolvido originalmente por Beck & Steer em 1988 e foi adaptado e validado para a população brasileira por Cunha (2001). Trata-se de uma escala de autorrelato que avalia a intensidade de sintomas de ansiedade, constituída de 21 itens referentes a afirmações acerca de sintomas de ansiedade a serem classificadas em quatro níveis (absolutamente não; levemente; moderadamente e gravemente). As afirmações incluem: dormência ou formigamento, sensação de calor, tremores nas pernas, incapaz de relaxar, medo que aconteça o pior, atordoado ou tonto, palpitação ou aceleração do coração, sem equilíbrio, aterrorizado, nervoso, sensação de sufocação, tremores nas mãos, trêmulo, medo de perder o controle, dificuldade de respirar, medo de morrer, assustado, indigestão ou desconforto no abdômen, sensação de desmaio, rosto afogueado e suor (não devido ao calor).

¹ Os materiais com direitos autorais e os instrumentos que são de uso restrito a psicólogos de acordo com o Conselho Federal de Psicologia, não foram disponibilizados em anexo.

Os níveis com escores de 0 a 10 são classificados como ansiedade mínima, de 11 a 19, como ansiedade leve, de 20 a 30, como ansiedade moderada e de 31 a 63 como ansiedade grave. O instrumento apresenta alfa de Cronbach de 0,87 (Tavares; Schffer; Almeida, 2012).

3.2.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck – BDI foi desenvolvido originariamente por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e foi adaptado e validado para a população brasileira por Cunha (2001). Trata-se de uma escala de auto relato avaliativa do quadro depressivo, contendo 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se a: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, autodepreciação, autoacusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.

Os níveis com escores de 0 a 11 são classificados como depressão mínima, de 12 a 19, como depressão leve, de 20 a 35, como depressão moderada e de 36 a 63, como depressão grave.

3.2.5 Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)

O Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL) padronizado por Lipp e Guevara (1994) avalia a presença de sintomas de estresse, o tipo de sintoma mais predominante (somático ou psicológico) e a fase em que se encontra. Fases estas que são divididas em: 1) alerta, 2) resistência, 3) quase exaustão e 4) exaustão.

O instrumento é composto por três quadros, sendo que em cada quadro o indivíduo assinala as afirmações que mostram como ele se sente. O primeiro quadro é composto por 12 sintomas físicos e três psicológicos a serem avaliados nas últimas 24 horas. O segundo quadro constitui-se de 10 sintomas físicos e 5 psicológicos experimentados na última semana. O terceiro quadro consiste de 12 sintomas físicos e 11 psicológicos vivenciados no último mês.

O manual do ISSL (Lipp, 2000) fornece o procedimento para se calcular as porcentagens de sintomas de cada quadro e também de sintomas físicos e psicológicos. Em cada quadro é somada a quantidade de alternativas assinaladas e o número é convertido em porcentagem que corresponde a uma das fases de estresse.

3.2.6 Inventário de Habilidades Sociais (IHS)

O Inventário de Habilidades Sociais (IHS) foi construído para a população brasileira por Del Prette & Del Prette (2001). Trata-se de um instrumento auto aplicado que avalia o repertório de habilidades sociais do indivíduo com base na frequência de suas respostas. Consta de 38 itens, sendo que cada um deles descreve uma interação social e uma possível ação para que seja analisada quanto à frequência que o indivíduo reage desta maneira. Esta graduação pode ser feita em cinco pontos (nunca ou raramente, com pouca frequência, com regular frequência, muito frequentemente, sempre ou quase sempre). Os itens abarcam cinco fatores: enfrentamento e autoafirmação com risco; autoafirmação na expressão de sentimentos positivos; conversação e desenvoltura social; auto exposição a desconhecidos e situações novas e autocontrole da agressividade.

A correção e interpretação são feitas através do crivo de pontuação e inversão dos itens e uma Folha de Apuração para cada sexo. O manual contém tabelas de dados normativos para transformação dos escores totais e fatoriais em percentis por gênero, a tabela para a transformação de Resultado Bruto dos fatores em Resultado T. O resultado final é classificado através de cinco categorias: 1) Repertório bastante elaborado de HS, 2) Bom repertório de HS (acima da mediana), 3) Repertório médio, 4) Bom repertório de HS (abaixo da mediana), 5) Indicação para Treinamento em HS quando os déficits se tornam fonte de problemas.

3.2.7 WHOQoL-Bref

O instrumento foi originalmente desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (OMS), o World Health Organization Quality of Life (WHOQoL Group). Inicialmente a escala foi desenvolvida com 100 questões (WHOQoL

Group, 1994), sendo adaptada para a população brasileira em 1994 por Fleck et al.. A necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQoL-100, o WHOQoL-Bref.

O instrumento ficou composto por 26 questões, sendo duas questões gerais sobre qualidade de vida (índice geral) e as demais questões foram subdivididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Cada questão é medida em uma escala tipo Likert de cinco pontos, sendo elas: nada (1), muito pouco (2), médio (3), muito (4) e completamente (5). Os domínios são pontuados de forma independente, considerando a premissa de que a qualidade de vida é um construto multidimensional; dessa forma, o escore pode variar de um a cinco, sendo que quanto maior o valor, melhor é o domínio de qualidade de vida do avaliado: 1) Muito Ruim, 2) Ruim, 3) Nem boa nem ruim, 4) Boa e 5) Muito Boa (ANEXO B).

3.3 Procedimento

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e após sua aprovação em 08 de maio de 2013 (Sistema UPC nº 7008) a coleta foi iniciada (ANEXO C).

No primeiro dia de atendimento psicológico, foi oferecida ao paciente que estava dentro dos critérios de inclusão estabelecidos para esta pesquisa a possibilidade de participar. Os psicólogos responsáveis esclareceram que as identidades seriam preservadas, que todas as informações coletadas seriam mantidas em sigilo e utilizadas apenas para fins científicos, observando que os que optassem por participar, poderiam a qualquer momento desistir. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) foi lido e após a concordância e a assinatura do paciente os instrumentos psicológicos eram aplicados nos primeiros dias de atendimento. Em caso negativo, os pacientes que optaram por não participarem da pesquisa, tiveram os atendimentos mantidos normalmente no Ambulatório, sem prejuízos.

As aplicações dos testes e os atendimentos foram realizadas por duas psicólogas contratadas e supervisoras no Ambulatório de Psicologia e por cinco psicólogas recém

formadas e residentes pelo PAP em Psicologia Clínica e Hospitalar, que foram devidamente orientadas e treinadas para a padronização no formato da aplicação. Os testes foram aplicados obedecendo à ordem: (1) BAI, (2) BDI, (3) ISSL, (4) IHS e (5) WHOQoL-Bref, sendo possível a finalização em cerca de dois a três sessões de atendimento. Após, os atendimentos ocorreram em dias e horários acordados entre o paciente e o psicólogo responsável pelo caso, como forma de favorecer a formação do vínculo terapêutico.

Os pacientes foram atendidos dentro das atividades de rotina já desenvolvidas no Ambulatório de Psicologia e, como a pesquisa ocorreu como uma forma de descrição sistemática das atividades rotineiras desenvolvidas pelo mesmo, avaliou-se que não haveria nenhum ônus adicional para o paciente participar do estudo. Vale ressaltar que não foi oferecido nenhum tipo de remuneração pela participação dos pacientes.

Para realizar as atividades descritas no projeto (triagens e atendimentos individuais), foram utilizadas salas de atendimentos equipadas com uma mesa e pelo menos duas cadeiras. Para a caracterização sociodemográfica de todos os pacientes que foram encaminhados ao Ambulatório durante o período de 2013 a 2016 foram analisadas as informações da Anamnese Padrão do Ambulatório aplicada durante os atendimentos de triagem.

3.4 Análise dos dados

Os dados foram tabulados em planilhas Microsoft Office Excel 2007 e as análises foram conduzidas no software Statistical Package for the Social Science 20.0 (SPSS 20.0). Foi utilizada a abordagem quantitativa, realizando-se inicialmente análise estatística descritiva, com cálculos de porcentagens. Os dados referentes aos instrumentos psicológicos aplicados (BAI, BDI, ISSL, IHS, WHOQoL) foram avaliados de acordo com os critérios e recomendações definidos pelos seus próprios autores, uma vez que apresentam adaptação e validação para a população brasileira. Posteriormente, foram realizados os testes Qui quadrado (χ^2) e exato de Fisher para verificar a existência de associação entre as variáveis sociodemográficas e os resultados obtidos nos instrumentos.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados foi dividida em seis partes para facilitar a compreensão e descrição dos dados. A primeira parte consistirá na descrição do processo de formação da amostra do estudo. A segunda parte apresentará dados sóciodemográficos dos pacientes que foram encaminhados ao Ambulatório de Psicologia e que realizaram triagem entre 2013 e 2016. A terceira parte apresentará dados sóciodemográficos e aspectos clínicos da amostra do estudo. Na quarta parte serão mostrados dados referentes ao processo psicoterapêutico dos pacientes, número de sessões realizadas e desfecho do atendimento. Na quinta parte serão descritos os resultados do objetivo principal do estudo, que foi avaliar aspectos psicológicos, voltados a sintomas de Ansiedade e Depressão, sintomas de estresse, habilidades sociais e qualidade de vida. A sexta parte contém análises de associação entre as variáveis sociodemográficas, aspectos clínicos, aspectos psicológicos e processo psicoterapêutico.

4.1 Descrição do processo de formação da amostra do estudo

Para a descrição do processo de formação da amostra do estudo, os dados foram apresentados em formato de fluxograma para favorecer a compreensão do desenvolvimento de cada etapa. Estas informações estão apresentadas na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma de Descrição do processo de formação da amostra do estudo.

Durante o período de 2013 a 2016 o Ambulatório de Psicologia recebeu o total de 189 pacientes, que passaram pelo atendimento de triagem psicológica para avaliação da elegibilidade do caso, ou seja, se a demanda apresentada pelo paciente e os sintomas psicológicos estavam de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos pelo Ambulatório. Nesse processo 23 pacientes faltaram no segundo atendimento de triagem, o que inviabilizou a conclusão da avaliação, sendo considerados desistentes. Após 166 triagens concluídas, 110 pacientes foram aceitos no Ambulatório, de acordo com os critérios de inclusão e dos 56 pacientes que não foram aceitos, 13 não apresentaram demanda ou desejo para atendimento psicológico.

Foram avaliados como fora dos critérios de inclusão do Ambulatório, 42 pacientes. Dos 110 pacientes que foram aceitos no Ambulatório, de 53 foram coletados dados sóciodemográficos, porém não participaram da parte da pesquisa onde são aplicados testes psicológicos, por terem idade inferior a 18 anos ou por ter sido avaliada a necessidade de outros modelos de atendimento psicológico, que não o de psicoterapia, como atendimentos pontuais de psicoeducação. Foi realizada avaliação psicológica em 58 pacientes que estavam de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa e foi aplicado o reteste em cinco pacientes.

4.1.1 Caracterização sóciodemográfica dos pacientes que realizaram triagem

Para a caracterização dos pacientes encaminhados para o Ambulatório de Psicologia durante o período de 2013 a 2016 avaliou-se sexo, faixa etária, nível de escolaridade, estado civil, procedência e situação empregatícia. Estas informações estão apresentadas na Figura 2.

Figura 2 - Dados sociodemográficos dos pacientes que foram encaminhados para o Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP e que realizaram triagem entre 2013 e 2016 (n= 189).

Conforme apresentado na Figura 2, no que se refere à caracterização sócio-demográfica dos pacientes encaminhados ao Ambulatório de Psicologia entre os anos de 2013 a 2016, a maioria é do sexo feminino (74%), 64% possuem entre 18 a 58 anos de idade e 64% residem na cidade que está localizado o hospital, Ribeirão Preto. Quanto ao estado civil, houve o predomínio de pacientes com companheiro, ou seja, casados ou amasiados. Em relação ao nível de escolaridade, foi possível observar que a maior parte dos participantes apresenta de 5 a 14 anos de estudo e no que se refere à condição empregatícia, 53% encontravam-se exercendo algum tipo de atividade remunerada.

4.1.2 Caracterização sociodemográfica dos pacientes que iniciaram psicoterapia e realizaram avaliação psicológica

A Figura 3 apresenta os dados da caracterização sociodemográfica dos pacientes que estavam dentro dos critérios de inclusão estabelecidos pelo Ambulatório de Psicologia e dentro dos critérios estabelecidos para esta pesquisa e assim, iniciaram psicoterapia e realizaram a avaliação psicológica proposta neste estudo. Avaliou-se sexo, faixa etária, nível de escolaridade, estado civil, procedência e situação empregatícia.

Figura 3 - Dados sociodemográficos dos pacientes que iniciaram psicoterapia e realizaram avaliação psicológica no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n= 58).

(Continua)

(Conclusão)

Os pacientes, em sua maioria mulheres, têm faixa de idade de maior prevalência de 18 a 58 anos, são predominantemente procedentes da cidade em que é localizada o hospital, Ribeirão Preto (59%). Quanto ao estado civil, houve o predomínio de pacientes com companheiro, ou seja, casados ou amasiados. Em relação à escolaridade, identifica-se que grande parte apresenta de 5 a 14 anos de estudo e, no que se refere à condição empregatória, 62,% encontram-se desenvolvendo algum tipo de atividade remunerada.

4.1.3 Especialidades fontes de encaminhamento

Por se tratar de um ambulatório de psicologia que recebe seus pacientes através de pedidos de interconsulta dentro do hospital geral, é possível observar 12 diferentes áreas que

foram fontes de encaminhamento durante o período de 2013 a 2016. O encaminhamento da Psicologia para o Ambulatório de Psicologia acontece quando os psicólogos contratados ou aprimorandos, durante seus atendimentos aos pacientes que se encontram internados nas enfermarias, tanto no momento que antecede ou sucede algum procedimento cirúrgico quanto em internações necessárias para a contenção e tratamento de sintomas, identificam uma demanda psicológica que seja pertinente à continuação do atendimento após a alta hospitalar. Os dados referentes às especialidades que encaminharam os pacientes ao Ambulatório de Psicologia encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1 - Especialidades que encaminharam os pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n=58).

Especialidades	N	%
Psicologia	13	22
Ginecologia, Dor Pélvica, Obstetrícia e Uroginecologia	11	19
Dermatologia	9	16
Psiquiatria	8	14
Imunologia	3	5
Cardiologia	3	5
Clínica da Dor	2	3
Otoneurologia	2	3
Nutrologia	2	3
Transplante de Fígado	2	3
Reumatologia	2	3
Nefrologia	1	2
Total	58	100

Dos pacientes que iniciaram psicoterapia durante os anos de 2013 a 2016, a maior fonte de encaminhamento foi através dos profissionais psicólogos, seguido de 19% das especialidades médicas voltadas ao cuidado da saúde da mulher, ginecologia, dor pélvica, obstetrícia e uroginecologia.

4.1.4 Dados referentes ao processo psicoterapêutico

4.1.4.1 Número de sessões realizadas

Foi identificada a quantidade de atendimentos realizados durante o processo psicoterapêutico. Estes dados foram obtidos através dos registros dos prontuários psicológicos dos participantes e encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2 - Número de sessões realizadas durante o processo psicoterapêutico dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n=58).

Sessões realizadas	N	%
1 a 5 sessões	16	28
6 a 10 sessões	6	10
11 a 20 sessões	7	12
21 a 30 sessões	15	26
31 a 40 sessões	6	10
41 a 50 sessões	3	5
Mais de 51 sessões	5	9
Total	58	100

Estes dados demonstram que houve o predomínio de pacientes que realizaram de 1 a 5 atendimentos psicológicos, seguido de 26% que realizaram de 21 a 30 atendimentos.

4.1.4.2 Desfecho do processo psicoterapêutico

O desfecho do atendimento psicológico se deu através de cinco diferentes motivos: 1) alta por falta ou desistência, de acordo com os critérios estabelecidos pelo Ambulatório e orientados aos pacientes no início dos atendimentos: duas faltas consecutivas sem justificativa caracterizam abandono do atendimento e como conduta é estabelecida a alta do paciente em condições insatisfatórias. Desistência é quando o paciente comunica a indisponibilidade para

continuar os atendimentos, por exemplo, quando há uma mudança de emprego que gere a incompatibilidade da conciliação com o horário de funcionamento do ambulatório. Ressalta-se que, caso o paciente venha a manifestar interesse em retornar aos atendimentos, o caso é reavaliado, podendo ser permitida a continuidade do processo psicoterapêutico; 2) alta por finalização: a finalização dos atendimentos ocorreu dentro de condições satisfatórias, das quais tanto psicoterapeuta quanto paciente identificaram que a maior parte dos objetivos terapêuticos inicialmente estabelecidos foram atingidos, havendo a remissão dos sintomas psicológicos apresentados; 3) em acompanhamento: o paciente continua em atendimento psicológico até o momento da coleta do dado; 4) encaminhado: quando há uma mudança que origina o encaminhamento para outro local de atendimento psicológico, seja por mudança de demanda terapêutica, mudança de cidade, entre outras; 5) óbito. A Tabela 3 mostra a descrição do desfecho do processo psicoterapêutico.

Tabela 3 - Dados referentes ao desfecho do processo psicoterapêutico dos pacientes atendidos no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n=58).

Desfecho	N	%
Alta por falta ou desistência	32	54
Alta por finalização	11	19
Em acompanhamento	9	16
Encaminhado	5	9
Óbito	1	2
Total	58	100

Conforme os dados apresentados, o maior motivo do desfecho dos atendimentos se deu devido à falta ou desistência dos pacientes ao longo dos atendimentos, seguido de 19% que concluíram o processo psicoterapêutico e tiveram a alta.

4.1.5 Aspectos psicológicos

Para a compreensão dos aspectos psicológicos dos pacientes, foram realizadas avaliações de sintomas de ansiedade e depressão, estresse, habilidades sociais e qualidade de vida. Os resultados serão apresentados a seguir.

4.1.5.1 Depressão e ansiedade

Os pacientes foram avaliados quanto a sintomas de ansiedade e depressão através das Escalas de Beck (BAI e BDI) aplicadas no primeiro dia de atendimento. Os dados obtidos estão apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 - Nível de sintomas de Ansiedade e Depressão dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n=58).

Inventário de Depressão de Beck (BDI)			
	Nível	N	%
Ansiedade	Mínima	14	24,1
	Leve	17	29,3
	Moderada	12	20,7
	Grave	15	25,9
Total		58	100
Inventário de Depressão de Beck (BDI)			
	Mínima	6	10,3
Depressão	Leve	20	34,5
	Moderada	12	20,7
	Grave	20	34,5
Total		58	100

Os dados evidenciam a presença de sintomas de ansiedade e depressão na maior parte dos participantes do estudo, sendo que na ansiedade os níveis mais elevados foram o leve (29,3%) seguido do nível grave (25,9%). Já nos sintomas depressivos, tanto o nível leve quanto o nível grave, foram os dados com maiores pontuações e tiveram o mesmo resultado, 34,5%.

4.1.5.2 Estresse

Os pacientes foram avaliados quanto à presença de sintomas de estresse, fase em que se encontra e predominância dos sintomas, através do Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL). Os dados obtidos estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5 - Dados referentes à presença de sintomas de estresse, fases e predominância dos sintomas dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n=58).

Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp (ISSL)			
		N	%
Apresenta sintomas de estresse	Sim	52	89,7
	Não	6	10,3
Total		58	100
Fase do estresse	Alerta	2	4
	Resistência	29	56
	Quase exaustão e Exaustão	16	31
	Exaustão	5	10
Total		52	100
Predominância dos sintomas	Físicos	16	31
	Psicológicos	33	63
	Ambos	3	6
Total		52	100

Os sintomas de estresse estão presentes na maior parte dos pacientes (89%) e desses, 56% encontram-se na fase de resistência, na qual prevalecem sintomas como mal-estar generalizado e sensação de desgaste físico constante. Quanto à predominância dos sintomas, a maior parte apresenta o predomínio de sintomas psicológicos (63%).

4.1.5.3 Habilidades Sociais

Os pacientes foram avaliados quanto ao repertório de habilidades sociais através do Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os dados obtidos estão apresentados na Tabela 6.

Conforme os dados apresentados há a predominância absoluta em todas as categorias que o inventário se propõe a avaliar de déficit nas habilidades sociais dos participantes do estudo.

4.1.5.4 Qualidade de vida

A Tabela 7 mostra os dados referentes à qualidade de vida dos pacientes que participaram do estudo, segundo os critérios estabelecidos pelo instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQoL-Bref.

Tabela 7 - Qualidade de vida dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia HCFMRP/USP entre 2013 e 2016.

WHOQoL-Bref				
Domínio	Auto avaliação da qualidade de vida		Autossatisfação com a saúde	
	N	%	N	%
Muito ruim	6	10	6	10
Ruim	11	19	25	43
Nem boa nem ruim	23	40	20	35
Boa	17	29	6	10
Muito boa	1	2	1	2
Total	58	100	58	100
Domínio	Físico		Psicológico	
	N	%	N	%
Necessita melhorar	36	62	29	50
Regular	17	29	25	43
Boa	5	9	3	5
Muito boa	0	0	1	2
Total	58	100	58	100
Domínio	Relações Pessoais		Meio Ambiente	
	N	%	N	%
Necessita melhorar	23	40	22	38
Regular	26	45	30	52
Boa	9	16	6	10
Muito boa	0	0	0	0
Total	58	100	58	100

No que tange à auto avaliação da qualidade de vida, 40% dos pacientes a identificam como ‘nem boa nem ruim’ e 43% apresentam a autossatisfação com a saúde como ‘ruim’. Em relação aos domínios físico e psicológico a maioria avalia como ‘necessita melhorar’, 45% percebem suas relações pessoais como ‘regular’ e a maior parte identifica o domínio meio ambiente como ‘regular’.

4.1.6 Comparação entre as variáveis

Para a análise da associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui quadrado (χ^2), sendo o nível de significância estabelecido $p \leq 0,05$. Para tal análise, as categorias de cada instrumento foram agrupadas da seguinte forma: Depressão e Ansiedade, (1) sintomas mínimo e leve e (2) sintomas moderado e grave; Qualidade de vida, qualidade de vida geral: (1) muito ruim e ruim (2) nem boa nem ruim e (3) boa e muito boa, demais domínios: (1) necessita melhorar e Regular e (2) boa e muito boa; Estresse, (1) alerta e quase exaustão e (2) resistência e exaustão; Habilidades Sociais, (1) repertório bastante elaborado de HS e bom repertório de HS (acima da mediana) e (2) repertório médio e bom repertório de HS (abaixo da mediana) e indicação para treinamento em HS quando os déficits se tornam fonte de problemas.

4.1.6.1 Comparação entre as variáveis depressão e região de procedência

A Tabela 8 apresenta a comparação entre sintomas de depressão e região de procedência dos pacientes.

Tabela 8 - Comparação entre as variáveis: sintomas de depressão e região de procedência, dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n= 58).

Inventário de Depressão de Beck (BDI)				
Procedência		Sintomas de depressão		
		Mínimo e Leve	Moderado e Grave	
Ribeirão Preto	N	19	15	
	%	55,9	44,1	
Região de Ribeirão Preto	N	7	17	
	%	29,2	70,8	
Total	N	26	32	58
	%	44,8	55,2	100

Observa-se que há diferença significativamente superior dos sintomas de depressão moderado e grave nos pacientes que procederam da Região de Ribeirão ($p \leq 0,044$, 70,8%, 44,1%) apresentando 3,01 vezes mais chance de terem os sintomas do que os procedentes da cidade de Ribeirão Preto.

4.1.6.2 Comparação entre as variáveis depressão e ansiedade

A Tabela 9 apresenta a comparação entre sintomas de depressão e ansiedade dos pacientes.

Tabela 9 - Comparação entre as variáveis: sintomas de depressão e sintomas de ansiedade, dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016(n= 58).

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)		Inventário de Depressão de Beck (BDI)	
Sintomas de Ansiedade		Sintomas de Depressão	
		Mínimo e Leve	Moderado e Grave
Mínimo e Leve	N	23	8

(Continua)

				(Conclusão)
	%	74,2	25,8	
Moderado e Grave	N	3	24	
	%	11,1	88,9	
Total	N	26	32	58
	%	44,8	55,2	100

O percentual de quem tem sintomas de depressão moderado e grave é significativamente superior em quem tem sintomas de ansiedade moderado e grave ($p \leq 0,000$, $88,9\% > 25,8\%$), sendo que, os que apresentam sintomas de ansiedade moderado e grave tem 23 vezes mais chances de terem sintomas de depressão moderado e grave.

4.1.6.3 Comparação entre as variáveis depressão e qualidade de vida

A Tabela 10 apresenta a comparação entre sintomas de depressão e qualidade de vida dos pacientes.

Tabela 10 - Comparação entre as variáveis: sintomas de depressão e qualidade de vida, dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n= 58).

WHOQoL-Bref		Inventário de Depressão (BDI)		
Auto avaliação da Qualidade de vida		Mínimo e Leve	Moderado e Grave	
Muito ruim e ruim	N	1	16	
	%	5,9	94,1	
Nem boa nem ruim	N	8	15	
	%	34,8	65,2	
Boa e muito boa	N	17	1	
	%	94,4	5,6	
Total	N	26	32	58
	%	44,8	55,2	100

(Continua)

(Conclusão)

Muito ruim e ruim	N	8	23	
	%	25,8	74,2	
Nem boa nem ruim	N	11	9	
	%	55,0	45,0	
Boa e muito boa	N	7	0	
	%	100	0	
Total	N	26	32	58
	%	44,8	55,2	100
Domínio Psicológico				
Necessita Melhorar e Regular	N	22	32	
	%	40,7	59,3	
Boa e Muito Boa	N	4	0	
	%	100	0	
Total	N	26	32	58
	%	44,8	55,2	100
Domínio das Relações Pessoais				
Necessita Melhorar e Regular	N	18	31	
	%	36,7	63,3	
Boa e Muito Boa	N.	8	1	
	%	88,9	11,1	
Total	N	26	32	58
	%	44,8	55,2	100

Os dados mostram que o percentual dos pacientes que possuem sintomas de depressão moderado e grave é significativamente superior nos que apresentam o domínio auto avaliação da qualidade de vida referida como ‘muito ruim e ruim’ ($p \leq 0,000$, $94,1\% > 65,2\%$ e $5,6\%$). Em relação ao domínio autossatisfação com a saúde, os pacientes que a identificam como ‘muito ruim e ruim’ apresentam o percentual significativamente maior de sintomas de depressão moderado e grave ($p \leq 0,001$, $74,2\% > 45,0\%$ e $0,0\%$).

O percentual de quem tem sintomas de depressão moderado e grave novamente é significativamente superior em quem tem o domínio psicológico avaliado como ‘necessita melhorar e regular’ ($p \leq 0,021$, $59,3\% > 0,0\%$). Já os pacientes que possuem o domínio das relações pessoais avaliado como ‘necessita melhorar e regular’, apresentam 13,7 vezes mais

chances de ter sintomas de depressão moderado e grave em relação às demais categorias ($p \leq 0,008$, $63,3\% > 11,1\%$).

4.1.6.4 Comparação entre as variáveis depressão e habilidades sociais

A Tabela 11 apresenta a comparação entre as variáveis depressão e habilidades sociais.

Tabela 11 - Comparação entre as variáveis: sintomas de depressão e habilidades sociais, dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n= 58).

Inventário de Depressão de Beck (BDI)		Inventário de Habilidades Sociais (IHS)	
Sintomas de Depressão		Repertório bastante elaborado de HS	Repertório médio
		Bom repertório de HS (acima da mediana)	Bom repertório de HS (abaixo da mediana)
			Indicação para Treinamento em HS
		Escore Total	
Mínimo e Leve	N	8	0
	%	100	0
Moderado e Grave	N	18	32
	%	36	64,0
Total	N	26	32
	%	44,8	55,2
F1-Autoafirmação na expressão de sentimentos			
Mínimo e Leve	N	11	6
	%	64,7	35,3
Moderado e Grave	N	15	26
	%	36,6	63,4
Total	N	26	32
	%	44,8	55,2
F3-Conversaão e desenvoltura social			
Mínimo e Leve	N	12	7
	%	63,2	36,8

(Continua)

(Conclusão)

Moderado e Grave	N	14	25	
	%	35,9	64,1	
Total	N	26	32	58
	%	44,8	55,2	100
Auto exposição e desconhecidos e situações novas				
Mínimo e Leve	N	15	4	
	%	78,9	21,1	
Moderado e Grave	N	11	28	
	%	28,2	71,8	
Total	N	26	32	58
	%	44,8	55,2	100
Autocontrole da Agressividade				
Mínimo e Leve	N	14	9	
	%	60,9	39,1	
Moderado e Grave	N	12	23	
	%	34,3	65,7	
Total	N	26	32	58
	%	44,8	55,2	100

Observa-se percentual significativamente superior de sintomas de depressão moderado e grave nos pacientes que apresentam o escore total do IHS ‘abaixo da mediana’ ($p \leq 0,001$, $64\% > 0\%$). Em relação ao fator 2 - autoafirmação na expressão de sentimentos do IHS, os pacientes que foram identificados como ‘abaixo da mediana’ apresentam o percentual significativamente superior de sintomas de depressão moderado e grave ($p \leq 0,050$, $63,4\% > 35,3\%$), sendo as chances de ter tais sintomas 3,7 vezes maior.

O percentual de quem tem sintomas de depressão moderado e grave também é significativamente superior nos que apresentam o fator 3 - conversação e desenvoltura social do IHS avaliados como ‘abaixo da mediana’ ($p \leq 0,050$, $64,1\% > 36,8\%$). No que se refere ao fator 4 - auto exposição a desconhecidos e situações novas do IHS as chances de apresentarem sintomas de depressão moderado e grave é 9,5 vezes maior nos pacientes que são identificados como ‘abaixo da mediana’ ($p \leq 0,000$, $71,8\% > 21,1\%$).

Novamente, o percentual de quem tem sintomas de depressão moderado e grave é significativamente superior nos que apresentam o fator 5- autocontrole da agressividade do IHS ‘abaixo da mediana’ ($p \leq 0,046$, $65,7\% > 39,1\%$), sendo estes 2,9 vezes mais suscetíveis a terem os sintomas.

4.1.6.5 Comparação entre as variáveis ansiedade, região de procedência e sexo

A Tabela 12 apresenta a comparação entre sintomas de ansiedade e região de procedência dos pacientes.

Tabela 12 - Comparação entre as variáveis: sintomas de ansiedade, região de procedência e sexo dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n= 58).

		Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)	
Procedência		Mínimo e Leve	Moderado e Grave
Ribeirão Preto	N	22	12
	%	64,7	35,3
Região de Ribeirão Preto	N	9	15
	%	37,5	62,5

(Continua)

				(Conclusão)
Total	N	31	27	58
	%	53,4	46,6	100
Sexo				
Feminino	N	22	25	
	%	46,8	53,2	
Masculino	N	9	2	
	%	81,8	18,2	
Total	N	31	27	58
	%	53,4	46,6	100

Observa-se que há diferença significativamente superior de sintomas de ansiedade moderada e grave nos pacientes que procederam da Região de Ribeirão Preto ($p \leq 0,041$, $62,5\% > 35,3\%$), sendo 3,06 vezes maiores as chances desses, apresentarem os sintomas, quando comparados com os procedentes da cidade de Ribeirão Preto. Em relação à variável sexo, identifica-se a diferença significativamente superior do percentual de sintomas de ansiedade moderada e grave em quem é do sexo feminino ($p \leq 0,036$, $62,5\% > 35,3\%$), sendo 5,1 vezes maiores as chances de apresentarem tais sintomas.

4.1.6.6 Comparação entre as variáveis ansiedade e qualidade de vida

A Tabela 13 apresenta a comparação entre sintomas de ansiedade e qualidade de vida dos pacientes.

Tabela 13 - Comparação entre as variáveis: sintomas de ansiedade e qualidade de vida dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n= 58).

WHOQoL-Bref		Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)		
Domínios		Sintomas de Ansiedade		
Auto avaliação da Qualidade de vida		Mínimo e leve	Moderado e Grave	
Muito ruim e ruim	N	4	13	
	%	23,5	76,5	
Nem boa nem ruim	N	11	12	
	%	47,8	52,2	
Boa e muito boa	N	16	2	
	%	88,9	11,1	
Total	N	31	27	58
	%	53,4	46,6	100
Autossatisfação com a saúde				
Muito ruim e ruim	N	12	19	
	%	38,7	61	
Nem boa nem ruim	N	13	7	
	%	65,0	35	100
Relações Pessoais				
Necessita melhorar e regular	N	23	26	
	%	46,9	53,1	
Boa e muito Boa	N	8	1	
	%	88,9	11,1	
Total	N	31	27	58
	%	53,4	46,6	100

Identifica-se que o percentual dos pacientes que apresentam sintomas de ansiedade moderado e grave é superior nos que possuem o domínio auto avaliação da QV avaliado como ‘muito ruim e ruim’ ($p \leq 0,000$, 76,5% e 52,2% > 11,1%).

Em relação ao domínio auto satisfação com a saúde, o percentual de quem tem sintomas de ansiedade moderada e grave é significativamente superior nos que a referem como ‘muito ruim e ruim’ ($p \leq 0,035$, 61,3% > 14,3%).

Observa-se que o percentual dos pacientes com sintomas de ansiedade moderado e grave é significantemente superior nos que possuem o domínio relações pessoais avaliado como ‘necessita melhorar e regular’ ($p \leq 0,029$, $53,1\% > 11,1\%$), apresentando 9 vezes mais chance de ter os sintomas.

4.1.6.7 Comparação entre as variáveis ansiedade e habilidades sociais

A Tabela 14 apresenta a comparação entre sintomas de ansiedade e habilidades sociais dos pacientes.

Tabela 14 - Comparação entre as variáveis: sintomas de ansiedade e habilidades sociais dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016(n= 58).

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)		Inventário de Habilidades Sociais (IHS)		
Sintomas de Ansiedade		Repertório bastante elaborado de HS		Repertório médio
		Bom repertório de HS (acima da mediana)		Bom repertório de HS (abaixo da mediana)
		Indicação para Treinamento em HS		
Escore Total				
Mínimo e Leve	N	8	23	
	%	100	46	
Moderado e Grave	N	0	27	
	%	0	54	
Total	N	8	50	58
	%	100	100	100
Fator 4-Auto exposição a desconhecidos e situações novas				
Mínimo e Leve	N	14	17	
	%	73,7	43,6	
Moderado e Grave	N	5	22	
	%	26,3	56,4	
Total	N	19	39	58
	%	100	100	100

(Continua)

(Conclusão)

Fator 5- Autocontrole da Agressividade

Mínimo e Leve	N	17	14	
	%	73,9	40	
Moderado e Grave	N	6	21	
	%	26,1	60	
Total	N	23	35	58
	%	100	100	100

Identifica-se o percentual significativamente superior de sintomas de ansiedade moderada e grave nos pacientes que apresentam o escore total do IHS avaliados como ‘médio para baixo’ ($p \leq 0,005$, $54,0\% > 0,0\%$).

No que se refere ao fator 4 - auto exposição a desconhecidos e situações novas do IHS, o percentual de quem tem sintomas de ansiedade moderado e grave é significativamente superior nos pacientes que apresentam repertório ‘médio para baixo’ ($p \leq 0,031$, $56,4\% > 26,3\%$), possuindo 3,6 vezes mais chance de ter os sintomas.

Observa-se que o percentual dos que apresentam sintomas de ansiedade moderado e grave é significativamente superior nos pacientes com repertório ‘médio para baixo’ no fator 5- autocontrole da agressividade do IHS ($p \leq 0,011$, $60,0\% > 26,1\%$), sendo as chances de terem os sintomas 42 vezes maior.

4.1.6.8 Comparação entre as variáveis estresse, sexo e estado civil

A Tabela 15 apresenta a comparação entre a presença de sintomas de estresse, sexo e estado civil dos pacientes.

Tabela 15 - Comparação entre as variáveis: sintomas de estresse, sexo e estado civil dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n= 58).

Inventário de Sintomas de <i>Estresse</i> para Adultos de Lipp (ISSL)				
Sexo	Estresse			
		Tem sintomas	Não tem sintomas	
Feminino	N	45	2	
	%	95,7	4,3	
Masculino	N	7	4	
	%	63,6	36,4	
Total	N	52	6	58
	%	89,7	10,3	100

(Continua)

(Conclusão)

Estado civil				
Sem companheiro	N	19	5	
	%	79,2	20,8	
Com companheiro	N	33	1	
	%.	97,1	2,9	
Total	N	52	6	58
	%	89,7	10,3	100

Os dados revelam que pacientes do sexo feminino apresentam diferença significativamente superior de sintomas de estresse ($p \leq 0,009$, $95,7\% > 63,6\%$), apresentando 12,86 vezes mais chances de ter estresse.

Em relação ao estado civil, os pacientes com companheiro possuem o percentual de estresse significativamente superior ($p \leq 0,039$, $97,1\% > 79,2\%$), apresentando 8,7 vezes mais chances de ter estresse.

4.1.6.9 Comparação entre as variáveis estresse e qualidade de vida

A Tabela 16 apresenta a comparação entre a presença de sintomas de estresse e qualidade de vida dos pacientes

Tabela 16 - Comparação entre as variáveis: sintomas de estresse e qualidade de vida dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n= 58).

WHOQoL-Bref		Inventário de Estresse LIPP	
Auto satisfação com a saúde		Tem sintomas	Não tem sintomas
Muito Ruim e Ruim	N	29	2
	%	93,5	6,5
Nem boa nem ruim	N	19	1
	%	95,0	5,0

(Continua)

			(Conclusão)	
Boa e Muito Boa	N	4	3	
	%	57,1	42,9	
Total	N	52	6	58
	%	89,7	10,3	100

Observa-se diferença significativamente superior de sintomas de estresse em pacientes que apresentam o domínio auto satisfação com a saúde avaliada como ‘muito ruim e ruim’ e ‘nem boa nem ruim’ em relação aos que avaliam como ‘boa e muito boa’ ($p \leq 0,020$ (93,5% e 95,0% > 57,1%).

4.1.6.10 Comparação entre habilidades sociais e estado civil

A Tabela 17 apresenta a comparação entre o fator 4 - auto exposição a desconhecidos e situações novas do IHS e estado civil dos pacientes.

Tabela 17 - Comparação entre as variáveis: habilidades sociais (fator 4 – auto exposição) e estado civil dos pacientes que realizaram psicoterapia no Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP entre 2013 e 2016 (n= 58).

Inventário de Habilidades Sociais (IHS)				
Fator 4 - Auto exposição a desconhecidos e situações novas				
Estado Civil		Repertório bastante elaborado de HS e	Repertório médio	
		Bom repertório de HS (acima da mediana)	Bom repertório de HS (abaixo da mediana)	
		Indicação para Treinamento em HS		
Sem companheiro	N	12	12	
	%	50	50	
Com companheiro	N	7	27	
	%	20,6	79,4	
Total	N	19	39	58
	%	32,8	67,2	100

Observa-se que os pacientes que possuem companheiro apresentam o percentual significativamente superior de repertório 'médio para baixo' no fator 4 - auto exposição do IHS ($p \leq 0,019$, $50\% > 20,6\%$) apresentando 3,8 vezes mais chance de ter repertório 'médio para baixo' de habilidades sociais neste fator.

5 DISCUSSÃO

Os encaminhamentos realizados ao Ambulatório de Psicologia são feitos por profissionais da equipe multidisciplinar, em sua maioria por médicos, que durante suas consultas identificam algum aspecto psicológico, através da verbalização do paciente ou de comportamentos, que os levam a realizar o encaminhamento. Neste contexto, quando o paciente é atendido pelo psicólogo e compreende o trabalho que o profissional dessa área realiza, faz-se uma avaliação sobre a necessidade do tratamento e o paciente participa com suas percepções. Desta forma, a compreensão do paciente sobre o trabalho realizado pela psicologia no ambiente hospitalar no primeiro atendimento de triagem, pode ter colaborado para que 23 pacientes faltassem no segundo atendimento, sendo considerados desistentes.

Os 13 pacientes que optaram por não realizar o acompanhamento justificaram que não avaliaram necessidade e que muitas vezes apresentaram uma demanda pontual durante a consulta com o profissional que o encaminhou, ou negam a percepção do solicitante.

De acordo com Botega (2017) são inúmeros os motivos que levam o médico a realizar o encaminhamento do paciente para os profissionais da área da saúde mental. Cada profissional apresenta um limiar de tolerância diante das demandas emocionais e comportamentais do paciente, o que influencia diretamente no tempo e no formato do encaminhamento. O autor descreve diferentes formas que os mesmos são realizados, sendo de forma elaborada, como algo construído e conversado junto com o paciente; de forma automática, quando procura encaminhar sua angústia e responsabilidade para outro profissional e no formato “bomba relógio”, como forma de manter um perigo distante.

Outro fator a ser considerado é a cidade de origem dos pacientes, pois muitos residiam em cidades distantes do local de atendimento e apresentavam dificuldade de locomoção, devido à própria condição de saúde, financeira, ou de organização da rotina.

Por outro lado, 43 pacientes, por apresentarem demandas relacionadas a outros aspectos que não ao sofrimento emocional causado pelo adoecimento físico ou por

apresentarem demandas não contempladas pela atuação do Ambulatório, como etilismo, drogadição, distúrbio de aprendizagem, transtornos psiquiátricos severos (Transtorno de Personalidade Borderline, Esquizofrenia, etc.) e doenças clínicas que acometam o Sistema Nervoso Central ou cujo tratamento poderia interferir nas habilidades cognitivas, foram encaminhados para locais de atendimento apropriados e compatíveis com as necessidades individuais.

5.1 Caracterização sócio-demográfica

A caracterização sócio-demográfica dos 58 pacientes que estavam dentro dos critérios de inclusão desta pesquisa e que foram atendidos durante o período de 2013 a 2016 no Ambulatório de Psicologia evidenciou a maior prevalência do sexo feminino (81%).

Esses achados estão de encontro com os resultados apresentados no estudo de Levorato, Mello, Da Silva et al. (2014) que avaliou a procura por serviços de saúde na mesma cidade em que foi realizado o presente estudo, Ribeirão Preto. Foi observada a maior prevalência do sexo feminino na procura pelos serviços, como também, a maior referência de problemas de saúde, comparada aos homens.

Em relação à saúde masculina, o estudo realizado por Moura, Santos, Neves, et al. (2014) que avaliou estratégias de promoção à saúde masculina em diversos estados brasileiros, observou lacunas em relação ao desenvolvimento de ações de promoção voltadas ao agravamento das doenças mais frequentes nesta população, o que foi relacionado a menor procura por atendimentos à saúde.

Desta forma, a menor prevalência de pacientes do sexo masculino atendidos no Ambulatório de Psicologia pode estar relacionada à menor referência, por estes, de problemas e queixas sobre a saúde, como também a menor compreensão da importância de ações múltiplas de autocuidado, como os voltados ao cuidado da saúde mental.

Foi identificada a maior prevalência de pacientes entre 18 a 38 anos (46,6%) e 39 a 58 anos (43,1%), a maioria possuem companheiros, ou seja, são casados ou amasiados, o que demonstra a compatibilidade com outros estudos de caracterização de pacientes atendidos em hospitais gerais brasileiros que também identificaram a maior prevalência de pacientes mulheres, dentro desta mesma faixa etária, sendo que a maioria também possuíam

companheiros (GAZOTTI e PREBIANCHI, 2014; CATANI, JUHAS, SANTOS, et al., 2012 e FERNANDES e SILVARES, 2010).

A variável que não se mostrou compatível aos estudos de caracterização mencionados foi anos de estudo, pois a maioria dos pacientes apresentaram de 10 a 14 anos de estudos (39,7%) e nas pesquisas apresentadas a maior prevalência foi de menos de 10 anos de estudo.

5.2 Aspectos clínicos

A principal fonte de encaminhamento do Ambulatório de Psicologia foi através da própria Psicologia (22%) provavelmente pelo fato dos psicólogos, durante as intervenções realizadas na internação hospitalar dos pacientes, apresentarem maior facilidade em identificar a necessidade da continuação do atendimento psicológico após a alta hospitalar. As especialidades médicas voltadas aos cuidados da saúde da mulher, como ginecologia, mastologia e obstetrícia foi a responsável pela segunda maior fonte de encaminhamentos (19%), o que provavelmente colaborou para o número expressivo de mulheres recebidas pelo Ambulatório.

Em relação ao número de sessões realizadas observou-se o predomínio de pacientes que realizaram de 1 a 5 atendimentos psicológicos (28%), seguidos de 26% que realizaram de 21 a 30 atendimentos. No estudo de revisão realizado por Chaves, Lopes, Perez et al., (2016) sobre instrumentos utilizados para avaliar os resultados de psicoterapia foi observado o número mínimo de 6 sessões (aproximadamente, um mês e meio) e um máximo de 72 sessões (um ano e 6 meses).

O maior motivo do desfecho dos atendimentos se deu devido à falta ou desistência dos pacientes ao longo dos atendimentos (54%), seguido de 19% que concluíram o processo psicoterapêutico e tiveram a alta.

O estudo de Jung, Serralta, Nunes et al., (2015) analisou fatores associados ao término e a conclusão da psicoterapia em uma clínica ligada a um curso de pós-graduação. Os resultados mostraram que pacientes mais resistentes, ou seja, com menor disposição a mudanças, tiveram mais abandono ao tratamento e o principal motivo descrito pelos pacientes foi a dificuldade financeira.

Em relação ao que favoreceu a adesão ao atendimento psicológico, foi observado que quando a iniciativa da busca por atendimento foi do próprio paciente, houve maior disposição

para mudanças e para seguir até a finalização da psicoterapia, comparado aos pacientes que foram encaminhados por outras pessoas. A experiência positiva prévia em psicoterapia também foi vista como contribuinte para que os pacientes seguisse o tratamento até a finalização do processo (JUNG et al., (2015).

Desta forma, o elevado número de desistência dos atendimentos no Ambulatório de Psicologia pode estar relacionado a dificuldades financeiras dos pacientes, pois mesmo tratando-se do atendimento gratuito, existem custos, como o de transporte. Ressalta-se também que os encaminhamentos são realizados por profissionais que atendem os pacientes, que podem não levar em conta seu desejo de realizar atendimento psicológico.

Os próprios sintomas psicológicos podem dificultar a adesão e o engajamento do paciente no início do acompanhamento psicológico, pois a gravidade dos sintomas pode colaborar para a baixa energia e motivação, e até mesmo para buscar o tratamento (CHAVES et al., 2016).

Assim, pela característica dos pacientes atendidos pelo Ambulatório de Psicologia, situado dentro de um hospital de alta complexidade, que atende pacientes com doenças graves, com diversas comorbidades e que foram avaliados como; deprimidos, ansiosos, com estresse, baixa avaliação da qualidade de vida e déficits nas habilidades sociais é válido considerar a baixa motivação e disposição destes em realizar a psicoterapia.

Outra hipótese que pode ser levantada é em relação ao alívio dos sintomas psicológicos que os pacientes podem ter experimentado nos atendimentos que realizaram e obtido ganhos que julgaram como satisfatórios, o que os levaram a não investir mais nos atendimentos, interrompendo um atendimento sem prévio acordo com o terapeuta.

Chaves et al., (2016), em seu estudo de revisão, ressaltou a complexidade envolvida no processo de avaliação dos resultados da psicoterapia, justamente pela falta de instrumentos específicos com essa finalidade.

O planejamento inicial deste estudo era aplicar os instrumentos para a avaliação dos aspectos psicológicos e comportamentais no primeiro dia de atendimento psicológico e reaplica-los após sua conclusão em condições satisfatórias avaliadas tanto pelo psicólogo quanto pelo paciente, o que não foi possível devido à alta por desistência dos pacientes.

5.3 Aspectos psicológicos

Os sintomas depressivos e ansiosos moderados e graves tiveram prevalência nos pacientes atendidos no Ambulatório de Psicologia. Tanto a depressão como a ansiedade podem ser desencadeadas por uma condição médica geral. Os cenários médicos gerais são frequentemente associados a mudanças de humor em condições neurológicas, metabólicas, endócrinas, autoimunes, infecções virais, entre outras.

Identificou-se elevada relação entre sintomas de depressão moderado e grave e sintomas de ansiedade moderado e grave. Os pacientes que apresentaram sintomas de ansiedade moderado e grave têm 23 vezes mais chances de terem sintomas de depressão moderado e grave. No estudo de Bužgová; Jarošová; Hajnová (2015), realizado com pacientes em cuidados paliativos devido ao câncer, a ansiedade e depressão foram identificadas como contribuintes para o menor funcionamento físico, emocional e social, independente de qualquer efeito de dor e gravidade da doença em que o paciente se encontrava.

Observa-se que os pacientes que procederam da Região de Ribeirão apresentam sintomas de depressão moderado e grave significativamente superior em relação aos pacientes procedentes da cidade de Ribeirão Preto. O mesmo foi observado em relação aos sintomas de ansiedade moderada e grave. Uma das hipóteses que se pode levantar para explicar este dado seria relativa à qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde oferecidos nestes municípios. As cidades localizadas na Região de Ribeirão Preto possuem menor porte e menor número de habitantes. De acordo com o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (TCE-SP), quinze cidades que contemplam a Região de Ribeirão Preto apresentam a gestão de seus recursos públicos nas áreas da educação e saúde avaliada como ruim ou péssimo, o que pode se relacionar à maior prevalência de sintomas de depressão e ansiedade nessa população comparada a da cidade de Ribeirão Preto (TCE-SP, 2016).

Outro dado importante a ser considerado foi o maior percentual de sintomas de ansiedade moderado e grave identificados no sexo feminino. Dados de estudos norte-americanos apontam uma prevalência de depressão de 21% nas mulheres e 13% nos homens e essa diferença é atribuída ao impacto dos hormônios sexuais nas emoções, especialmente durante os estágios reprodutivos da vida (APA, 2000; SOARES et al., 2001).

O estresse teve alta prevalência nos pacientes estudados, chegando a 89%. Alto índice de estresse igualmente foi identificado no estudo de Prosdócimo, Lucina, Olandoski et al. (2014), também desenvolvido em um hospital brasileiro de nível terciário com pacientes

portadores de síndrome coronariana aguda, no qual foi identificada a presença de estresse global em 87,5% dos 830 avaliados.

Assim como na depressão e na ansiedade o estresse teve maior prevalência na população feminina, apresentando 12,86 vezes mais chances de ter estresse em relação aos homens.

De acordo com TANGANELLI (2004) através das reações ao estresse a mulher pode ter o fluxo de hormônios sexuais alterados, o que pode resultar em alterações no sistema imunológico, deixando-a mais susceptível inclusive a doenças autoimunes. O alto índice de estresse na mulher pode ter a colaboração em amplos aspectos, como o acúmulo de funções no contexto profissional e familiar, como também através de fatores culturais e sociais.

O alto índice de estresse apresentou relação inversa com a autossatisfação da qualidade de vida. Os pacientes com estresse apresentaram o percentual do domínio 'autossatisfação com a saúde' avaliado como 'muito ruim e ruim' de uma maneira significativamente superior às demais avaliações. Conforme o estudo de Schuler (2015) ter uma melhor percepção da saúde foi significativamente associado ao aumento da qualidade de vida, sendo que as percepções subjetivas da saúde atual foram um melhor preditor da qualidade de vida do que a presença de uma condição grave de saúde física ou mental.

Outro fator que demonstrou estar relacionado ao estresse foi o estado civil, pois os pacientes com companheiro apresentaram 8,7 vezes mais chances de ter estresse neste estudo. Ter companheiro também foi relacionado ao escore inferior no domínio psicológico da QV, já que o percentual 'necessita melhorar' e 'regular' é significativamente superior nos pacientes com estado civil com companheiro.

O estudo realizado por Yang, Boen, Gerken et al. (2016) evidenciou que a qualidade das relações sociais é importante para a saúde, sendo que o convívio e interações sociais mais satisfatórias são associados ao melhor funcionamento fisiológico e menores riscos de distúrbios físicos. Neste sentido é válido aprofundar a análise sobre a qualidade dos relacionamentos afetivos dos pacientes atendido no Ambulatório de Psicologia.

Em relação às habilidades sociais, houve predomínio de déficit nas habilidades sociais em todos os fatores que o inventário avalia, sendo indicado o treinamento de HS, pois os déficits se tornaram fontes de problema. Ressalta-se que o IHS foi validado para a população brasileira que possui ensino médio, o que não é encontrado na totalidade dos pacientes deste estudo, mas em 62,1%. Todavia, optou-se pelo seu uso diante da escassez de instrumentos que avaliem as habilidades sociais, sendo o IHS o único com propriedades psicométricas adequadas e padronizadas para a população brasileira.

Os sintomas de depressão moderado e grave foram encontrados de forma significativamente maior nos pacientes que apresentaram repertório de HS ‘abaixo da media’ para escore total, para o fator 2 - autoafirmação na expressão de sentimentos, fator 3 - conversação e desenvoltura social, fator 4 - auto exposição a desconhecidos e situações novas, e o fator 5- autocontrole da agressividade.

Os sintomas de ansiedade moderada e grave também foram encontrados de forma significantes nos pacientes que apresentaram repertório de HS ‘abaixo da media’ no escore total, fator 4 - auto exposição a desconhecidos e situações novas do, 5- autocontrole da agressividade do IHS.

A depressão está associada à disfunção social e ambientes sociais mal adaptativos, mas os mecanismos pelos quais as relações sociais afetam a psicopatologia depressiva não são claros (Marroquín et al., 2015). Os resultados do estudo realizado por Hostinar (2015) evidenciaram que as relações sociais de qualidade estão relacionadas a sentimentos de proteção e cuidado, e os autores argumentam que indivíduos com maior interação social apresentam menor índice de estresse.

Diante do adoecimento é provável que o paciente apresente dificuldades em realizar determinadas atividades cotidianas e que se sinta fragilizado emocionalmente. Desta forma, ao apresentar dificuldades em expressar suas necessidades no ambiente familiar, social e hospitalar, pode ter dificuldades em obter suporte e o apoio que necessita.

6 CONCLUSÕES

O principal objetivo deste estudo foi caracterizar a população que é encaminhada por profissionais do HCFMRP-USP ao Ambulatório de Psicologia que atua dentro do Serviço de Psicologia da instituição, o qual foi atingido de forma satisfatória.

A partir dos resultados, foi possível identificar o numero superior de mulheres encaminhadas e atendidas, faixa etária predominante de 18 a 38 anos, grande parte procedem da cidade de Ribeirão Preto, possuem companheiro, possuem de 10 a 14 anos de estudo e trabalham.

As principais fontes de encaminhamento foram da Psicologia e das especialidades voltadas ao cuidado da saúde da mulher. O número médio de atendimentos que os pacientes compareceram foi primeiramente de 1 a 5 atendimentos, seguido de 21 a 30 atendimentos.

Quanto ao desfecho do atendimento psicológico, ocorreu em sua maioria pela alta por falta ou desistência do paciente.

Identificou-se alto índice de depressão e ansiedade de nível moderado e grave, como também, a prevalência de estresse nos pacientes. Déficit nas habilidades sociais foi encontrado em todos os fatores avaliados no IHS e de forma geral a qualidade de vida foi avaliada como ‘ruim’ pelos pacientes.

A comparação entre as variáveis sócio-demográficas e variáveis psicológicas, evidenciou o maior número de mulheres com sintomas de ansiedade moderado e grave e com sintomas de estresse.

Através da ampla compreensão do perfil dos pacientes recebidos pelo Ambulatório de Psicologia, é possível estabelecer estratégias e intervenções de forma específica. Com base nos resultados obtidos neste estudo, sugere-se:

- Planejar intervenções de acordo com a média de permanência dos pacientes;
- Dada a alta prevalência do sexo feminino, estabelecer intervenções voltadas ao cuidado da saúde da mulher. Por se tratar de um grupo homogêneo em relação aos aspectos sociais, psicológicos e comportamentais, pode ser investigada a viabilidade da criação de grupos psicoterapêuticos que abranjam tais demandas;
- Realizar estratégias que possam favorecer o aumento do encaminhamento de pacientes do sexo masculino ao Ambulatório de Psicologia, através da promoção de ações de conscientização sobre a importância do cuidado da saúde física e mental;
- Sendo os déficits nas Habilidades Sociais prevalentes nesta população, realizar intervenções que favoreçam o desenvolvimento destas habilidades, em principal as voltadas a busca de suporte familiar e social, como também na comunicação com os profissionais da área da saúde;
- Estabelecer medidas de avaliação de resultados, como entrevistas pós-tratamento.

A principal limitação observada no estudo foi a impossibilidade de reaplicar os instrumentos de avaliação psicológica e comportamental na finalização do atendimento psicoterapêutico, devido à alta por abandono do paciente. Desta forma, sugere-se que em futuros estudos seja levado em consideração o tempo médio de permanência do paciente nos atendimentos psicológicos ambulatoriais no ambiente hospitalar e seja estabelecido um prazo para a reaplicação dos instrumentos.

Esta pesquisa obteve dados relevantes para a melhoria no funcionamento do Ambulatório de Psicologia do HCFMRP/USP que, por se tratar de um centro de atendimento

de grande porte, que forma profissionais especializados, salienta a importância da produção e divulgação de conhecimentos na área.

REFERÊNCIAS²

- ALMEIDA-BRASIL, Celline Cardoso et al . Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 5, p. 1705-1716, May 2017 .
- AMARAL, V.L.A.R. Análise funcional no contexto terapêutico da instituição. Em: ZAMIGNANI, D.R. (Org.) **Sobre Comportamento e Cognição**: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2001, p. 12-18.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5a ed.). Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.
- ANGERAMI-CAMON, V.A. **Psicologia Hospitalar**: teoria e prática. São Paulo: Editora Pioneira, 1994, p.15-28.
- BAIR, M. J. et al. Depression and Pain Comorbidity. **Archives of Internal Medicine**, v. 163, n. 20, p. 2433, 10 nov. 2003.
- BAPTISTA, M.N.; BAPTISTA, A.S.D.; DIAS, R.R. A psicologia da saúde no mundo e a pesquisa no contexto hospitalar. Em: BAPTISTA, M.N.; DIAS, R.R. **Psicologia Hospitalar**: teoria, aplicações e casos clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p.1-10.
- BARCELLOS, B.; HAYDU, V, B. História da Psicoterapia Comportamental. Em: RANGÉ, B. (Org.). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**: pesquisa, prática, aplicações e problemas. Campinas: Editora Psy II, 1995.
- BECK, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. An inventory for measuring depression. **Archives of General Psychiatry**, 4, 561-571, 1961.
- BOTEGA, N.J. et al. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista de Saúde Pública**, v.29, n.5,1995. p.355-360.
- BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: **CONASS**, 2007. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro9.pdf>
Acesso em 02 de março de 2018.
- BOWER, J. E.; CROSSWELL, A. D.; SLAVICH, G. M. Childhood Adversity and Cumulative Life Stress. **Clinical Psychological Science**, v. 2, n. 1, p. 108–115, 5 jan. 2014.

² De acordo com Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

- BUŽGOVÁ, R.; JAROŠOVÁ, D.; HAJNOVÁ, E. Assessing anxiety and depression with respect to the quality of life in cancer inpatients receiving palliative care. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 19, n. 6, p. 667–672, dez. 2015.
- CABRERA, C.C.; JR. SPONHOLZ, A. Ansiedade e insônia. Em: BOTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- CARVALHO-NETO, M.B. Análise do Comportamento: behaviorismo radical, análise experimental do comportamento e análise aplicada do comportamento. **Interação em Psicologia**, v.6, n.1, 2002. p.15-18.
- CATANI, Júlia et al . Motivos de encaminhamento à psicologia e a escuta da demanda médica no serviço de imunologia e alergia. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo , v. 10, n. 2, p. 33-50, jul. 2012.
- CHAVES, G. et al. Instrumentos de avaliação de resultados em psicoterapia individual com pacientes adultos acometidos por doenças orgânicas: uma revisão sistemática, 2016.
- CHETTY, R. et al. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001-2014. **JAMA**, v. 315, n. 16, p. 1750, 26 abr. 2016.
- CUNHA, J.A. **Manual da versão em português das escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DE HEER, E. W. et al. The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. **PloS one**, v. 9, n. 10, p. e106907, 2014.
- DEL PRETTE, Z; DEL PRETTE, A. **Inventário de habilidade sociais (IHS-Del Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DEL PRETTE, Z. A.P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades Social skills and behavior analysis: Historical connection and new issues. **www.revistaperspectivas.com.br 104 Revista Perspectivas**, v. 1, n. 2, p. 104–115, 2010b.
- EGGER, J. Health psychology in Austria. **European Review of Applied Psychology**.V.44, n.3, 1994, p.197-203.
- EMILIANO, L. et al. Mortality differentials according to schooling in Brazilian adults in 2010 Diferenciales de mortalidad por escolaridad en la población adulta brasileña en 2010. v. 32, n. 4, 2016.
- FERNANDES, L.F.B. Caracterização da população atendida e do processo de supervisão do Serviço de Psicologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto-SP, orientadora Edwiges Ferreira de Mattos Silavares, São Paulo, 2010.

FLECK, M.P.A. e cols. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQoL-Bref”. **Revista de Saúde Pública**, v.34,n.2, 2000. p.178-183.

GAZOTTI, Thaís de Castro; PREBIANCHI, Helena Bazanelli. Caracterização da interconsulta psicológica em um hospital geral. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 18-30, abr. 2014

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.5, n.1, 2003, p.11-19.

GORAYEB, R.; POSSANI, T. Atendimento ambulatorial e interconsulta no contexto hospitalar. Em: A prática da psicologia no ambiente hospitalar. Organizado por Gorayeb, R. Novo Hamburgo: Sinopsy, p.429, 2015

GORAYEB, R. A formação do psicólogo para atuar em hospitais: necessidade de avanço, uma visão do futuro. Em: A prática da psicologia no ambiente hospitalar. Organizado por Gorayeb, R. Novo Hamburgo: Sinopsy, p.23, 2015

GUTHRIE, E. A. et al. Depression predicts future emergency hospital admissions in primary care patients with chronic physical illness. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 82, p. 54–61, 2016.

GUIMARÃES, S.S. **Psicologia da saúde e doenças crônicas**. Em: KERBAUY, R.R. Comportamento e saúde: explorando alternativas. Santo André: Editora ARBytes, 1999, p.22-45.

HANUS, Juliét Silveira et al . Associação entre a qualidade de vida e adesão à medicação de indivíduos hipertensos. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 28, n. 4, p. 381-387, Aug. 2015.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINIA DE RIBEIRÃO PRETO, USP (HCFMRP-USP), 2016. Disponível em: <<https://site.hcrp.usp.br/relatorios-de-atividades/>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2018.

HOSTINAR, e C. Recent developments in the study of social relationships, stress responses, and physical health. **Current Opinion in Psychology**, v. 5, p. 90-95, October 2015.

HAYTER, A. L. et al. The impact of health anxiety in patients with relapsing remitting multiple sclerosis: Misperception, misattribution and quality of life. **The British journal of clinical psychology**, v. 55, n. 4, p. 371–386, nov. 2016.

JAKOBSSON, J.; IDVALL, E.; WANN-HANSSON, C. General health and state anxiety in patients recovering from colorectal cancer surgery. **Journal of advanced nursing**, v. 72, n. 2, p. 328–38, fev. 2016.

JUNG, Simone Isabel et al . Momentos distintos no abandono da psicoterapia psicanalítica. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 63, n. 2, p. 133-141, 2014 .

KERBAUY, R.R. **O papel da universidade e a formação do psicólogo que trabalha com comportamento e saúde.** Em: KERBAUY, R.R. (Org.) *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Santo André: ARBytes Editora, 1999, p.10-21.

LERMAN, S. F., et al. Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. **Psychosomatic Medicine**, 77(3), 333–341, 2015.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263–1274, 2014.

LALLONI, D.T. **O papel do psicólogo na instituição hospitalar diante das políticas institucionais.** Em: ZAMIGNANI, D.R. (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição: a aplicação da análise do comportamento e da terapia cognitivo-comportamental no hospital geral e nos transtornos psiquiátricos*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2001, p. 5-11.

LIPP, M.N. **Manual do inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp (ISSL).** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

LIPP, M., N. e Malagris, L., N. *O Stress Emocional e seu Tratamento*. Em: Bernard Range (Org) . São Paulo: Artes Medicas, 2001.

MATARAZZO, J.D. Behavioral health and behavioral medicine. **American Psychologist**. V.35, 1980, p.807-17.

MATOS, M.A. **Com o que o Behaviorismo Radical trabalha.** Em: BANACO, R.A. (Org.). *Sobre o comportamento e cognição: aspectos teóricos, metodológicos e de formação em análise do comportamento e terapia cognitivista*. Santo André: Esetec Editores Associados, v.1, 2001.

MARROQUÍN, B.; NOLEN-HOEKSEMA, S. Emotion regulation and depressive symptoms: Close relationships as social context and influence. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 109, n. 5, p. 836–855, 2015.

MENDES, E. V.; MENDES, E. V. Entrevista: A abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 431–436, fev. 2018.

MIYAZAKI, M.C.O.S.; DOMINGOS, N.A.M.; CABALLO, V.E. Psicologia da Saúde: intervenções em hospitais públicos. Em: RANGÉ, B. (Org.) **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2001, p.463-74.

MIYAZAKI, M.C.O.S.; SILVARES, E.F.M. Psicologia da saúde em hospital escola: extensão de serviços à comunidade acadêmica. Em: MARINHO, M.L.; CABALLO, V.E. **Psicologia Clínica e da Saúde**. Londrina: Editora UEL, 2001, p.335-59.

MIYAZAKI, M. C. O. S; AMARAL, V. L. A. R.; SALOMÃO Jr. J. B. Asma na infância: dificuldades no manejo da doença e problemas comportamentais. In: KERBAUY, R. R. (Org.) *Comportamento e saúde. Explorando alternativas*. Santo André/São Paulo: ARBytes, 1999.

MOURA, Erly Catarina de et al . Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, p. 429-438, Feb. 2014 .

PEREIRA, Z. A.; PRETTE, D.; PRETTE, A. DEL. Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades Social skills and behavior analysis: Historical connection and new issues. **www.revistaperspectivas.com.br 104 Revista Perspectivas**, v. 1, n. 2, p. 104–115, 2010.

PIRES, A.N.T.; BRAGA, T.M.S. **O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional**. Temas em psicologia, 2009, v.17, nº1, p. 151- 162.

POOLE, L. et al. The combined association of depression and socioeconomic status with length of post-operative hospital stay following coronary artery bypass graft surgery: Data from a prospective cohort study. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 76, n. 1, p. 34–40, 2014.

PROSDÓCIMO, A. C. G. et al. Prevalence of Burnout Syndrome in Patients Admitted with Acute Coronary Syndrome. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 104, n. 3, p. 218–225, 2014.

RANGÉ, B. **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva de Transtornos Psiquiátricos**. Em: RANGÉ, B. (Org.). Bases Filosóficas, históricas e teóricas da psicoterapia comportamental e cognitiva. Campinas: Editorial Psy, 1998.

REZENDE, Fabiana Faria. **Qualidade de vida, imagem corporal e ajustamento psicossocial de pacientes estomizados devido câncer colorretal**. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015. doi:10.11606/T.59.2015.tde-14102015-215856. Acesso em: 2018-03-27.

ROMANO, B.W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSENBAUM J. et al. Anxiety. Em: Cassem NH, editor. Massachusetts general hospital handbook of general hospital psychiatry.St. Louis: MosbyYear Book; 1991.

SANTOS, G.T. **A psicologia comportamental na formação dos profissionais da saúde**. Em: BRANDÃO, M.Z.S. et al (Cols.) Sobre comportamento e cognição: clínica, pesquisa e aplicação. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, 2003, p. 307-311.

SCHULER, B. R.; R., B. Health Perceptions and Quality of Life among Low-Income Adults. **Health & Social Work**, v. 40, n. 3, p. 225–232, ago. 2015.

SILVARES, E.F.M. **Avaliação e Intervenção Clínica Comportamental Infantil**. Em: SILVARES, E.F.M. (Org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil,v.1,Campinas: Papirus, p.13-29, 2004.

SILVARES, E.F.M.; BANACO, R.A. **O estudo de caso clínico comportamental**. Em: SILVARES, E.F.M. (Org.). Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil, v.1,Campinas: Papirus, p.31-48, 2004.

SZWARCWALD, C. L. et al. Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 2, p. 132–145, dez. 2015.

TANGANELLI MS. Mulher chefe de família – perfil, estudo e tratamento do stress. Em: O stress no Brasil: pesquisas avançadas. Lipp MEN. (ed.); **Papirus**: Campinas; 139-150. 27, 2004.

TAVARES, G. P., Scheffer, M., & Almeida, R. M. M. Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 89-95, 2012.

THE WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46:1569–1585.

TONETTO, A.M.; GOMES, W.B. A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. **Estudos de Psicologia**, v.24, n.1, 2007. p.89-98.

TOURINHO, E.Z. Estudos conceituais na análise do comportamento. **Temas em Psicologia da SBP**, v.7, n.3, 1999. p.213-222.

TOURINHO, E.Z. A produção de conhecimento em psicologia: a análise do comportamento. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.23, 2003.

VANDENBERGHE, L. A prática e as implicações da análise funcional. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v.4, n.1, 2002.

VIANNA, A.M. **Terapia Comportamental em Grupo**. Em: KERBAUY, R.R.; WIELENSKA, R.C. (Org.). Sobre o Comportamento e Cognição: Psicologia comportamental e cognitiva: da reflexão teórica á diversidade de aplicação, v.4, Santo André: Arbytes, p.302-305, 1999.

WATT, R. G. et al. Social relationships and health related behaviors among older US adults. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 533, 30 dez. 2014.

WESSLER, R.L. **Terapia de Grupo Cognitivo Comportamental**. Em: CABALLO, V.E. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. São Paulo: Santos Livraria Editora, p.721-739, 1999.

WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *Int J Ment Health*. 1994;23:24–56.

WORD HEALTH ORGANIZATION (2002). Reducing risks, promoting, healthy life. Geneva, Switzerland: WHO. Disponível em: < http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf?ua=1>. Acesso em 20 de novembro de 2017.

WORD HEALTH ORGANIZATION (2007). World health statistics. Geneva, Switzerland: WHO. Disponível em:
<http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/whostat2007.pdf>. Acesso em 18 de novembro de 2017.

WORD HEALTH ORGANIZATION (2012). Depression is a common illness and people suffering from depression need support and treatment. Geneva, Switzerland: WHO. disponível em:
<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/en/>. Acesso em 22 de novembro de 2017.

WORD HEALTH ORGANIZATION (2017). Depression and other common mental disorders. Global health estimates. Geneva, Switzerland: WHO. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=138768B82F0F04CC5E5F2BDFEBBED68A?sequence=1>. Acesso em 22 de novembro de 2017.

YANG, Y. C. et al. Social relationships and physiological determinants of longevity across the human life span. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 113, n. 3, p. 578–583, 19 jan. 2016.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96)

NOME DA PESQUISA: Caracterização psicossocial e efeitos de intervenção psicológica em pacientes atendidos em ambulatório de Hospital Geral

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS:

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb, professor associado do Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP – CRP 06/05558.

Tatiane Possani, psicóloga contratada do HCFMRP – CRP 06/102513.

Convido o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa, que tem como objetivo avaliar a qualidade dos atendimentos psicológicos, sejam eles individuais ou grupais. Pretende-se também verificar quais técnicas são mais utilizadas e qual delas funciona melhor para um problema psicológico específico.

Sua participação consiste em autorizar o registro e análise das informações referentes ao seu atendimento psicológico e os resultados obtidos com o tratamento. O senhor(a) também deverá responder a testes psicológicos que investigarão sintomas de ansiedade e depressão, qualidade de vida e sua forma de agir em situações sociais. Você responderá a estes testes ao iniciar o atendimento psicológico e na sua última sessão. Esclarecemos que estas ações são de rotina no atendimento neste ambulatório. Sua participação na pesquisa consiste simplesmente em nos autorizar a analisar estas informações para identificar a eficácia do atendimento.

É muito importante que o senhor (a) saiba que:

- Participar ou não da pesquisa em nada influenciará o seu atendimento psicológico, sendo que o senhor (a) poderá recusar e deixar de participar do estudo se assim desejar. Seu atendimento psicológico não será prejudicado por isto.
- Sua identidade e seus dados serão mantidos em sigilo. Os resultados obtidos serão publicados em revistas científicas e/ou congressos, apresentando-se somente somados aos dados de outros participantes, o que garante o total anonimato. O senhor (a) poderá ter acesso aos seus dados, resultados da pesquisa e publicações, se assim o desejar.
- Não será oferecida nenhuma remuneração financeira por sua participação.
- Para participar do estudo, o senhor (a) não precisará vir ao hospital outros dias, além das datas combinadas para o atendimento psicológico. A pesquisa não atrasará o seu atendimento.
- Não há nenhum risco significativo ao participar deste estudo. Como benefício, você poderá contribuir para o bom desenvolvimento de nossos serviços, melhorando as condições de atendimento e tratamento aos pacientes.

Eu,.....RG....., tendo sido esclarecido sobre as condições desse estudo, especialmente no que diz respeito a seu objetivo, declaro que tenho pleno conhecimento dos direitos e condições que me foram assegurados.

Declaro que concordo com as condições apresentadas e que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, manifestando minha vontade de participar deste estudo.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da Pesquisadora

Assinatura do Responsável

Em caso de dúvidas sobre esta pesquisa, você pode entrar em contato com:
Serviço de Psicologia do HCFMRP-USP: (16) 3602-2547, falar com:
Prof. Dr. Ricardo Gorayeb
Psicóloga Tatiane Possani
Psicóloga Mary Elly Alves Negrão
Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP: (16) 3602-2228

Contato

Serviço de Psicologia
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
Avenida dos Bandeirantes nº 3400 Monte Alegre
Fone: (16) 3602-2547 Ribeirão Preto, SP

ANEXO A

Parecer do comitê de ética

UPC
HCFMRP - USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

www.hcrp.fmrp.usp.br

HCFMRP
USP - RIBEIRÃO
PRETO

PROJETO DE PESQUISA

Ribeirão Preto, 08 de Maio de 20 13.

Ilustríssima Senhora Sistema UPC nº 7008
 Dr.ª Marcia Guimarães Villanova
 MD. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 Do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Senhora Coordenadora,
 Encaminho em anexo o projeto de pesquisa intitulado
Caracterização Psicossocial e Grupos de Intervenção
Psicológica em Pacientes Frenados em Ambulatório de
Hospital Geral.

juntamente com a documentação necessária para avaliação ética deste Comitê.
 O projeto acima mencionado será desenvolvido no (a) DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA
E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO.

Informo também que o pesquisador responsável e o orientador possuem currículo Lattes.
 O orçamento do presente projeto foi analisado pela equipe técnica da UPC antes da submissão ao
 Comitê e foi APROVADO.

Equipe Técnica UPC

Atenciosamente,

Ricardo Gorayeb
Pesquisador Principal ou Aluno (nome completo e assinatura)

Tawane Lessami
Pesquisador Principal ou Orientador (nome completo e assinatura)

Claudinei Coppola Júnior
Assessor de Trabalho Científico
Matr. nº 5319

De acordo:

Wilson Marques Júnior
Chefe de Departamento (assinatura e carimbo)
Prof. Dr. Wilson Marques Júnior
Chefe do Departamento de Neurologia
e Ciências do Comportamento

Ricardo Gorayeb
Chefe do Ambulatório/ Laboratório (assinatura e carimbo)
Prof. Dr. Ricardo Gorayeb
Serviço de Psicologia
HCFMRP-USP

Prof. Dr. Wilson Marques Júnior
Chefe do Departamento de Neurologia
e Ciências do Comportamento

Prof. Dr. Ricardo Gorayeb
Serviço de Psicologia
HCFMRP-USP

Obs.: Caso algum chefe possua vínculo com a pesquisa, deverá ser solicitada assinatura do suplente.
 Após assinatura em todos os campos, digitalizar toda a documentação do check list e encaminhar ao CEP via Plataforma Brasil.

HC - Campus Universitário
Monte Alegre 14048-900 Ribeirão Preto SP

UNIDADE DE PESQUISA CLÍNICA
Fone: (16) 3602-2956 FAX: 3602-2956

2

a. Estar atento para a necessidade de investigar as funções psicológicas em associação com a queixa apresentada.

b. Estar atento para patologias específicas, como psicoses, dependência química, distúrbios alimentares, problemas de aprendizagem, onde é necessária investigação específica)

2. Desde quando você nota que está com esse problema? _____

3. [Investigar o **quadro clínico (somático)** associado à procura psicológica ou que esteja presente no histórico do paciente, e qual a relação com as queixas psicológicas (*se houver*)

4. Investigar outras áreas onde as dificuldades relatadas como *queixas* estejam afetando (e de que forma?), ou que em si constituam outra área de conflito... (*importante para o diagnóstico geral do caso*)

a) ... trabalho (a capacidade de fazer as coisas no seu dia-a-dia): _____

b) ... vida familiar: _____

c) ... estudos: _____

d) ... sono: _____

e) ...apetite: _____

f) ...amizades: _____

g) ...relações afetivas e sociais: _____

h) ... relacionamento amoroso e/ou sexual: _____

5. Além dessas dificuldades, há mais alguma coisa que esteja preocupando você no momento?

() Não () Sim

O que? _____

6. Que tipo de ajuda você espera receber aqui? _____

7. Você já fez (ou faz) algum atendimento com psicólogo e/ou psiquiatra?

() não () sim

Qual? _____

7a. (Investigar o motivo, idade, duração e local do atendimento, tipo de intervenção realizada):

IV – Aspectos importantes a serem investigados em consonância com a história clínica de cada caso.

(Anotar no verso quando necessário)

- Risco de suicídio
- Vida Sexual
- História Familiar

V. Esclarecimento o informações sobre o Funcionamento do Serviço:

Ver ANEXO 1

VI. Exame psicológico:

(Esse item será preenchido pelo triador, após o término da entrevista.)

Ver anexo 2

1. Apresentação do paciente:

2. Afetividade:

3. Pensamento:

4. Atenção:

5. Memória:

6. Senso-percepção:

7. Consciência:

ANEXO C

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima,	1	2	3	4	5

	barulho, poluição, atrativos)?					
--	--------------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia- a- dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	Bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muitofrequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO