



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**A PSICOLOGIA PEDIÁTRICA EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS  
BRASILEIROS**

**Fernanda Nascimento Pereira Doca**

**Brasília, fevereiro de 2009**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**A PSICOLOGIA PEDIÁTRICA EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS  
BRASILEIROS**

Fernanda Nascimento Pereira Doca

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde

ORIENTADOR: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

Brasília, fevereiro de 2009

Doca, Fernanda Nascimento Pereira  
A psicologia pediátrica em hospitais universitários brasileiros.  
Brasília, 2009.

159 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde do Instituto de Psicologia/UnB. Área de concentração: Psicologia da Saúde.

Orientador: Costa Junior, Áderson Luiz.

1. Psicologia pediátrica. 2. Hospitais universitários.  
3. Hospitalização infantil. 4. Preparação psicológica.

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA

EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior – Presidente

Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares – Membro

Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto

---

Profa. Dra. Célia Maria Lana da Costa Zannon – Membro

Universidade de Brasília

---

Profa. Dra. Elizabeth Queiroz – Suplente

Universidade de Brasília

Brasília, fevereiro de 2009

*Ao meu esposo, minha avó, meus pais e meus irmãos  
por constituírem a família que tanto amo,  
base que sustenta e possibilita a construção  
de minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, pela oportunidade de estudar, aprender e crescer a cada dia. Que eu possa ser capaz de usar todo conhecimento adquirido em prol das pessoas que possam dele se beneficiar e, principalmente, que eu possa ter sabedoria e sensibilidade para percebê-las.

Ao Prof. Áderson por tudo o que me ensinou e ensina a cada dia; pelas orientações acadêmicas, científicas, técnicas, profissionais e pessoais; pela parceria, confiança, respeito e amizade; enfim, por cumprir com excelência o seu papel de orientador e, especialmente, por ir além dele.

À Prof<sup>ª</sup>. Célia Zannon pela disponibilidade constante em colaborar, pelas orientações e sugestões no delineamento dos procedimentos metodológicos e do instrumento de coleta de dados deste estudo, e pelas reflexões apontadas na avaliação final deste trabalho.

Às Profas. Beatriz Linhares e Elizabeth Queiroz pela participação na banca examinadora deste trabalho e pelas contribuições para o aperfeiçoamento e seguimento do mesmo.

Às Prof<sup>as</sup>. Eliane Seidl, Tereza Cristina e Lúcia Pulino, por todos os ensinamentos ministrados durante as disciplinas do mestrado.

Ao meu esposo, Thiago, por estarmos juntos nesta jornada, construindo nosso lar e nossa vida, num cotidiano de lutas e desafios, mas também de muita superação e alegria. Obrigada por tudo, pelo apoio afetivo, emocional, operacional e técnico, sem você, sem o aconchego de seu colo e a firmeza de suas palavras, eu não conseguiria finalizar esta etapa.

Aos meus pais, Olga e Deuzelino; meus irmãos, Fabiano, Karla e Raul; e minha avó, Jenezy, por toda torcida, incentivo e, acima de tudo, por toda compreensão e respeito pela minha opção em buscar a carreira acadêmica. Opção esta que demanda tempo e dedicação, implicando, muitas vezes na minha distância e até mesmo ausência da vivência familiar. Esforço-me a cada dia para encontrar o ponto de equilíbrio.

Aos alunos de Psicologia Pediátrica, turma 2007/2, que me proporcionaram uma rica experiência de aprendizado em docência universitária.

Aos psicólogos que participaram do estudo, pela valiosa colaboração, sem a qual não seria possível realizá-lo.

Ao Sérgio Borges, pela competência, dedicação e paciência na construção do *software* da pesquisa.

Ao Gunther Zafred, pelo suporte e ensino da língua inglesa, fundamental para o acompanhamento e aprendizado acadêmico-científico.

À Stephanie Siqueira, pela correção lingüística desta dissertação.

À Célia Moraes, pelo suporte terapêutico, essencial para a percepção de mim mesma, dos meus sentimentos, pensamentos e comportamentos.

Ao Alexandre, chefe da Divisão de Psicologia do HUB, pelo incentivo e apoio, expressos através da importante liberação de carga horária para finalização da escrita deste trabalho.

Às Dr<sup>as</sup>. Custódia, Inês, Maria do Carmo e Maria Luíza; Enf<sup>as</sup>. Luciene, Maria José e Cristiane; Nutricionista Juliana e; Assistente Social Patrícia – membros da equipe da Enfermaria de Pediatria Clínica do CCP/HUB – pelo apoio, confiança e parceria no cuidado à saúde de nossas crianças, adolescentes e seus familiares/acompanhantes.

Às minhas estagiárias, Samille, Paula e Camila pela compreensão e auxílio na manutenção das rotinas do serviço de psicologia pediátrica nos momentos em que precisei me ausentar devido às demandas e compromissos do mestrado.

Às crianças, adolescentes e familiares/acompanhantes atendidos na Enfermaria de Pediatria Clínica do CCP/HUB por tudo o que me ensinam, não nos bancos da academia, mas na vivência cotidiana de situações adversas. Obrigada pelos exemplos de superação, coragem, fé, esperança, resiliência e, sobretudo, amor!

A Virgínia e Fabrício, amigos e parceiros de trabalho e estudo. Obrigado por todo apoio, incentivo, estímulo, torcida e carinho. Vocês têm um lugar muito especial no meu coração!

À tia Tânia e tio João, pelo suporte pessoal e espiritual fundamental para a manutenção do meu equilíbrio, serenidade e fé diante das dificuldades pessoais vivenciadas neste período.

E a todos os demais amigos, pelas vibrações positivas e pelo carinho a mim dispensados.

*“O eterno aprendizado é o próprio fim...”*

*Jorge Vercilo*

## RESUMO

A psicologia pediátrica, enquanto uma subespecialidade da psicologia da saúde, se ocupa da promoção e manutenção da saúde de crianças e adolescentes em condições habituais de vida e daqueles expostos a tratamentos de doenças e/ou expostos a condições de risco para a saúde. A assistência em psicologia pediátrica é desenvolvida em diversos contextos, mais comumente naqueles destinados a hospitalização e tratamento pediátrico, os quais são considerados potencialmente adversos ao desenvolvimento infantil. Para reduzir a ocorrência, a magnitude e o impacto das repercussões adversas ocasionadas por hospitalizações e tratamentos médicos, a psicologia pediátrica tem desenvolvido procedimentos eficazes de intervenção, utilizando-se de variadas técnicas e recursos. A preparação psicológica constitui uma destas modalidades de intervenção, sendo referida e recomendada pela literatura por proporcionar aumento dos índices de adesão ao tratamento, redução de ansiedade antecipatória e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficientes contra doenças e contingências estressantes associadas. Com base nestes fatores, realizou-se um estudo com objetivo de descrever e caracterizar a condição de desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil, no que se refere à: (a) publicação científica nacional, disponível em periódicos de psicologia Qualis “A” e “B”, entre 2000 e 2008; e (b) atuação profissional dos psicólogos em serviços de psicologia pediátrica dos hospitais universitários públicos federais brasileiros, destacando-se as intervenções de preparação psicológica por eles realizadas. Para tanto, efetuou-se: (a) uma análise das publicações com temas de interesse à psicologia pediátrica, quanto a sua distribuição anual, etapa do desenvolvimento infantil e temática a que se referiam; (b) um mapeamento dos serviços de psicologia dos HUs públicos federais e dos psicólogos que neles atuavam, a partir de consultas aos portais do MS, MEC e dos próprios hospitais; e (c) um levantamento do perfil dos psicólogos pediátricos e da rotina de atenção e cuidados em saúde pediátrica desenvolvida por eles nos HUs públicos federais, através de questionário eletrônico auto-aplicável. A análise dos dados revelou, entre outros aspectos, que a psicologia pediátrica ainda não está conceitualmente estabelecida nos HUs públicos federais, tanto no âmbito teórico quanto prático, apesar do progressivo aumento da inserção de profissionais na área. Os fatores que se relacionam a esta condição de desenvolvimento referem-se especialmente à: (a) falta de delimitação do papel, das funções e das atividades práticas destes profissionais; (b) baixa produção e/ou publicação de pesquisas científicas; e (c) insuficiência e/ou inadequação da formação na área de saúde. A partir das evidências encontradas, fazem-se algumas sugestões: (a) para os psicólogos – necessidade de planejamento, organização e sistematização da rotina de cuidados e atenção à saúde, especialmente no que tange à descrição operacional das rotinas e ao registro sistemático e padronizado das informações coletadas; (b) para docentes e/ou pesquisadores – necessidade de aperfeiçoamento e/ou desenvolvimento da formação e de pesquisas científicas na área, como por exemplo, a criação de disciplinas específicas em nível de graduação e pós-graduação, a realização de eventos técnicos e científicos, a organização de uma associação e/ou sociedade na área e de um periódico científico, entre outras.

Palavras-chave: Psicologia Pediátrica. Hospitais Universitários. Hospitalização Infantil. Preparação Psicológica.

## ABSTRACT

Pediatric psychology, while a subspecialty of health psychology, deals with promotion and maintenance of children and adolescents' health, being those individuals either in habitual life conditions or exposed to health treatments and/or to conditions of risk to health. The assistance in pediatric psychology is developed in various contexts, especially in those directed to hospitalization and treatment of pediatric health, which are considered potentially adverse to child development. In order to reduce the occurrence, the magnitude, and the impact of adverse repercussion, pediatric psychology has developed a number of interventions, through the use of varied techniques and resources. Psychological preparation is one of those intervention modes, and it is referred and recommended by literature for it has provided the increase of treatment adherence rate, reduction of anticipatory anxiety, and development of more efficient coping strategies against illnesses and other stressful contingencies. Based on those factors, a study was carried out aiming at describing and characterizing the development conditions of pediatric psychology in Brazil, concerning: (a) national scientific production, available at Qualis "A" and "B" psychology journals, within the years of 2000 and 2008; and (b) professional performance of psychologists in charge of pediatric psychology services at Brazilian federal public University Hospitals (UHs), by highlighting the interventions of psychological preparation conducted by them. To achieve those purposes three procedures were carried out: (a) an analysis of publications with themes of interest for pediatric psychology, as regards the annual distribution, the child development stage, and the theme they referred to; (b) a mapping of psychology services at federal public UHs and of the psychologists who were active there, through consultation to Health and Education Ministries, and UHs' web portals; and (c) a profile survey of pediatric psychologists and a routine survey of pediatric health care and attention developed by the psychologists at federal public UHs, through a self-administered electronic questionnaire. Data analyses revealed, among other aspects, that pediatric psychology has not yet been conceptually established at federal public UHs, both in theoretical and practical extensions, despite the progressive increase of professional insertion in the area. The factors that are related to this development condition refer especially to: (a) lack of delimitation of professional role, functions, and practical activities; (b) low production and/or publication of scientific researches; and (c) insufficient and/or inadequate education in the health area. Some suggestions are offered based on the found evidences: (a) for the psychologists – need of planning, organization and systematization of attention and care routine to health, especially concerning routine operational description and systematic and standardized registration of collected information; (b) for professors and/or researchers – need of improvement and/or development of education and scientific researches in the area, such as the design of specific disciplines in undergraduate and postgraduate levels, execution of technical and scientific events, organization of an association in the area and of a scientific journal, among others.

**Keywords:** Pediatric Psychology. University Hospitals. Child Hospitalization. Psychological Preparation.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>IX</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>X</b>
<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>XI</b>
<b>LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS.....</b>	<b>XIII</b>
<b>LISTA DE SIGLAS.....</b>	<b>XIV</b>
<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
2.1 – Psicologia da saúde.....	8
2.1.1 – Psicologia da saúde no Brasil.....	13
2.2 – Psicologia pediátrica.....	15
2.2.1 – Psicologia pediátrica no Brasil.....	19
2.3 – Hospitalização infantil.....	22
2.3.1 – Intervenções psicológicas no contexto de hospitalização e tratamento infantil.....	24
2.4 – Preparação psicológica.....	27
<b>CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS.....</b>	<b>32</b>
3.1 – Objetivos.....	32
<b>CAPÍTULO 4 – MÉTODO.....</b>	<b>34</b>
4.1 – Universo/Amostra.....	34
4.1.1 – Seleção da amostra.....	35
4.2 – Instrumentos.....	39
4.3 – Procedimentos.....	41
4.3.1 – Fase I: Revisão bibliográfica.....	42
4.3.2 – Fase II: Elaboração do instrumento.....	43
4.3.3 – Fase III: Identificação e seleção da amostra.....	44
4.3.4 – Fase IV: Coleta de dados.....	46
4.3.5 – Fase V: Análise dos dados.....	50
<b>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS.....</b>	<b>53</b>
5.1 – Análise da literatura científica.....	53
5.2 – Análise do mapeamento dos psicólogos pediátricos.....	58
5.3 – Análise dos dados obtidos a partir dos questionários.....	59
5.3.1 – Caracterização dos psicólogos pediátricos dos HUs públicos federais.....	60
5.3.2 – Caracterização dos serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais.....	64

5.3.3 – Caracterização das intervenções de preparação psicológica infantil executadas nos serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais .....	71
<b>CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO.....</b>	<b>82</b>
6.1 – Produção científica na área de psicologia pediátrica .....	82
6.2 – Inserção de psicólogos na área de psicologia pediátrica .....	83
6.3 – Prática desenvolvida na área de psicologia pediátrica .....	85
6.4 – Formação na área de psicologia pediátrica .....	91
<b>CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>95</b>
7.1 – Sugestões para os psicólogos .....	100
7.2 – Sugestões para os docentes e/ou pesquisadores .....	101
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>113</b>
ANEXO A – Questionário .....	114
ANEXO B – Apresentação do <i>Software</i> .....	121
ANEXO C – Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa .....	128
ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido .....	129
ANEXO E – E-mail padrão de contato com os hospitais .....	130
ANEXO F – E-mail padrão de contato com os psicólogos pediátricos .....	131
ANEXO G – E-mail padrão de lembrete aos psicólogos pediátricos.....	132
ANEXO H – Publicações científicas em psicologia pediátrica no período de 2000 a 2008 .....	133
ANEXO I – Análise descritiva dos dados coletados através do questionário .....	135
ANEXO J – Estatística descritiva referente à análise de agrupamento da Questão 13 .....	141
ANEXO K – Estatística descritiva referente à análise de agrupamento da Questão 14.....	143
ANEXO L – Estatística descritiva referente à análise de agrupamento da Questão 27 .....	144

## LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

TABELA 1 – HUs públicos federais e psicólogos pediátricos identificados e participantes.....	37
TABELA 2 – Amostra da pesquisa .....	38
TABELA 3 – Publicações de interesse da psicologia pediátrica por periódico científico no período de 2000-2008 .....	55
TABELA 4 – Distribuição das publicações por tema e etapa do desenvolvimento .....	57
TABELA 5 – Abordagem teórico-filosófica dos(as) psicólogos(as) pediátricos(as).....	63
TABELA 6 – Tipos de atividades desenvolvidas pelos psicólogos(as) pediátricos dos HUs públicos federais .....	64
TABELA 7 – Intervenções realizadas nos serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais .....	65
TABELA 8 – N° de participantes por faixa estimada de pacientes atendidos por mês .....	76
TABELA 9 – N° de participantes por faixa estimada de familiares/acompanhantes atendidos por mês.....	77
QUADRO 1 – Descrição sumária dos procedimentos da pesquisa.....	42
FIGURA 1 – Mapa estrutural da dissertação .....	6
FIGURA 2 – Mapa estrutural da dissertação (Parte I).....	33
FIGURA 3 – Fluxograma de coleta de dados .....	49
FIGURA 4 – Mapa estrutural da dissertação (Parte II).....	52
FIGURA 5 – Publicações com temas de interesse da psicologia pediátrica por ano .....	54
FIGURA 6 – Distribuição das publicações por etapa do desenvolvimento .....	56
FIGURA 7 – Proporção de psicólogos identificados participantes da pesquisa .....	59
FIGURA 8 – Distribuição dos psicólogos participantes da pesquisa nas regiões brasileiras.....	59
FIGURA 9 – Caracterização dos(as) psicólogos(as) pediátricos(as) participantes da pesquisa .....	61
FIGURA 10 – Análise por <i>clusters</i> da utilização de técnicas nas intervenções psicológicas .....	68
FIGURA 11 – Análise por <i>clusters</i> da utilização de equipamentos e recursos nas intervenções psicológicas .....	70
FIGURA 12 – Caracterização das intervenções de preparação psicológica .....	72
FIGURA 13 – Análise por <i>clusters</i> da utilização de técnicas na execução da preparação psicológica .....	79
FIGURA 14 – Mapa estrutural da dissertação (Parte III) .....	81
FIGURA 15 – Mapa estrutural da dissertação (Total).....	94

**LISTA DE SIGLAS**

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ANPEPP	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia
APA	<i>American Psychological Association</i>
ASP	<i>Active server pages</i>
BAPP	Banco de dados sobre a atuação dos psicólogos pediátricos em hospitais universitários públicos brasileiros
BHE	Banco dos hospitais de ensino
BPCPP	Banco de dados da produção científica na área de psicologia pediátrica
CAAE	Certificado de apresentação para apreciação ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCP	Centro de Clínicas Pediátricas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CO	Centro-oeste (região brasileira)
cols.	Colaboradores
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
EUA	Estados Unidos da América
FS	Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
HE	Hospital de ensino
HU	Hospital universitário
HUB	Hospital Universitário de Brasília

IES	Instituição de Ensino Superior
IFES	Instituição Federal de Ensino Superior
JPP	<i>Journal of Pediatric Psychology</i>
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NO	Norte (região brasileira)
NE	Nordeste (região brasileira)
OMS	Organização Mundial de Saúde
Orgs.	Organizadores
p.	Página
PGPDS	Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
pp.	Páginas
RJU	Regime Jurídico Único
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SE	Sudeste (região brasileira)
SIHUF	Sistema de Informações dos Hospitais Universitários
SISNEP	Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos
SP	São Paulo
SPP	<i>Society of Pediatric Psychology</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SU	Sul (região brasileira)
SUS	Sistema Único de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

## CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

As mudanças na concepção de saúde e doença, ocorridas a partir do final do século XIX, estabeleceram as bases do modelo biopsicossocial de atenção à saúde, ainda em processo de inserção nos diversos sistemas de saúde, e têm possibilitado o surgimento de novas áreas de conhecimento, entre elas, a psicologia da saúde.

A psicologia da saúde, enquanto área de investigação científica e aplicação de conhecimentos à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento de doenças e ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde (Matarazzo, 1980), tem desenvolvido ações em todos os cinco níveis de atenção à saúde estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), da promoção de saúde à prevenção primária, secundária, terciária e quaternária (Jenkins, 2007). Suas intervenções abrangem vários domínios da saúde – biológico, psicológico, comportamental e social (Straub, 2005), e objetivam, a partir da mudança de crenças e comportamentos (Ogden, 1999), desenvolver estilos e hábitos de saúde em indivíduos e/ou populações. Por desenvolver-se em diversos contextos de cuidados e atenção à saúde, a psicologia da saúde envolve várias subespecialidades, entre elas, a psicologia pediátrica.

A psicologia pediátrica se ocupa do acompanhamento, bem como da intervenção psicológica, a crianças e adolescentes em condições habituais de vida e também àqueles expostos a tratamentos de doenças e/ou em risco para a saúde (Barros, 1999; Castro, 2007; Pires, 1998; Spirito & cols., 2003a).

Apesar de as ações desta especialidade não se restringirem ao contexto de hospitalização e tratamento de doenças, este é o que apresenta maior inserção e atuação profissional (desenvolvimento de pesquisas e intervenções); o caráter potencialmente adverso das experiências de hospitalização/tratamento e a ênfase do sistema de saúde em

ações curativas têm justificado tal inserção (Barros, 1999; Chiattonne, 1984; Junqueira, 2003; Oliveira, 1993; 1997).

A hospitalização infantil é permeada por potenciais perdas e fatores de estresse, os quais exigem dos pacientes e seus familiares/acompanhantes adaptações comportamentais que muitas vezes ultrapassam os limites suportáveis pelo indivíduo. Tais adaptações geram estresse e outras respostas desadaptativas (Lazarus & Folkman, 1984), que podem persistir por um longo período após a internação ou, até mesmo, perdurar por toda a vida, visto alterarem o curso de desenvolvimento habitual (Barros, 1999; Castro, 2007; Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Forinder, 2004; Quiles & Carrillo, 2000).

Com o objetivo de reduzir a ocorrência, a magnitude e o impacto destas repercussões adversas, a psicologia da saúde e a psicologia pediátrica têm desenvolvido procedimentos eficazes de intervenção, tanto com a criança/adolescente, quanto com os familiares/acompanhantes e a equipe multidisciplinar de saúde (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Doca & Costa Junior, 2007). Estas intervenções podem ser executadas utilizando-se de variadas técnicas e recursos, de acordo com os objetivos da intervenção e a abordagem teórico-metodológica do(s) profissional(is) de saúde. Uma modalidade de intervenção muito referida e recomendada pela psicologia da saúde e pela psicologia pediátrica é a preparação psicológica.

A preparação psicológica consiste em um conjunto de procedimentos técnicos com objetivo geral de prevenir e/ou aliviar as reações emocionais advindas da situação de internação hospitalar e facilitar a adaptação comportamental a este contexto (Quiles & Carrillo, 2000). Pode ser executada em momentos distintos do tratamento e utilizar-se de diferentes técnicas e recursos. Dados de pesquisa apontam que procedimentos de preparação psicológica têm proporcionado aumento dos índices de adesão ao tratamento, redução de ansiedade antecipatória e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento

mais eficientes (Anderson & Collier, 1999; Burke, Harrison, Kauffmann & Wong, 2001; Costa Junior, 2001; Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001; Quiles & Carrillo, 2000). Entretanto, a preparação psicológica, bem como as demais intervenções em psicologia pediátrica, ainda não têm eficácia suficientemente comprovada e não estão suficientemente organizadas e/ou sistematizadas, de forma tal que possam subsidiar a implantação e/ou estruturação de serviços na área.

Assim, a motivação inicial da autora pelo estudo da psicologia pediátrica e, em especial, das intervenções de preparação psicológica, surgiu a partir da experiência prática, na qual ela pode vivenciar a necessidade de estruturar um serviço de psicologia pediátrica no Centro de Clínicas Pediátricas do Hospital Universitário de Brasília, o qual pudesse: (a) atender as demandas dos usuários do serviço (pacientes e familiares/acompanhantes) e da equipe multidisciplinar de saúde; (b) desenvolver atividades de ensino e formação introdutória específica na área, destinada a estudantes de graduação da universidade; e (c) desenvolver pesquisas aplicadas capazes de subsidiar as intervenções práticas de assistência e ensino. Esta motivação inicial foi reforçada a partir de levantamento e estudo da literatura científica disponível sobre o tema (Doca & Costa Junior, 2007), a qual não dispõe de uma sistematização metodológica suficiente que permita apontar relações funcionais precisas entre a preparação psicológica e seus efeitos, dificultando assim a elaboração de programas e/ou ações práticas desta natureza.

O desafio de estruturar, desenvolver e manter atividades em psicologia pediátrica despertou o interesse em conhecer a estrutura e a rotina de cuidados e atenção à saúde da criança e do adolescente desenvolvidas por outros psicólogos em instituições hospitalares com características semelhantes, mais especificamente, os hospitais de ensino.

Neste contexto, realizou-se uma pesquisa com o objetivo de descrever e caracterizar a condição de desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil, no que se

refere à: (a) publicação científica nacional, disponível em periódicos de psicologia Qualis “A” e “B”, entre 2000 e 2008; e (b) atuação profissional dos psicólogos em serviços de psicologia pediátrica dos hospitais universitários públicos federais brasileiros, destacando-se as intervenções de preparação psicológica por eles realizadas. Para a consecução deste objetivo, optou-se por uma pesquisa exploratória e descritiva, de caráter qualitativo, na qual se utilizou como instrumento de coleta de dados um questionário eletrônico auto-aplicável, hospedado em uma *homepage* própria.

Assim, esta dissertação descreve o desenvolvimento da pesquisa e, para tanto, foi organizada em seis capítulos, sendo o primeiro reservado a esta introdução.

No Capítulo 2, apresenta-se o referencial teórico que subsidiou o desenvolvimento da pesquisa, o qual se fundamenta na psicologia da saúde e, mais especificamente, na psicologia pediátrica. Caracteriza-se esta área de conhecimento e aplicação do saber psicológico no que se refere à sua história de desenvolvimento (nos EUA e no Brasil), aos objetivos, às áreas de atuação e intervenções e às técnicas e recursos utilizados. Enfatiza-se a aplicação da psicologia pediátrica no contexto hospitalar e as intervenções de preparação psicológica aplicadas a este contexto.

No Capítulo 3, apresenta-se o objetivo que norteou o desenvolvimento da pesquisa.

O Capítulo 4 descreve o delineamento metodológico e os procedimentos adotados no planejamento e execução da pesquisa, bem como na análise dos dados.

No Capítulo 5, apresentam-se os resultados obtidos, os quais foram organizados em três tópicos distintos, referentes à: (a) análise da literatura científica brasileira na área de psicologia pediátrica; (b) análise do mapeamento dos psicólogos pediátricos atuantes nos hospitais universitários públicos federais brasileiros; e (c) análise dos dados obtidos a partir dos questionários. Este último tópico foi organizado em três partes, incluindo a caracterização: (a) dos psicólogos pediátricos participantes da pesquisa; (b) das ações e

atividades desenvolvidas por estes profissionais nos serviços de psicologia pediátrica; e (c) das intervenções de preparação psicológica executadas, respectivamente.

No Capítulo 6, discute-se, com base nos resultados, alguns elementos relacionados à condição de desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil, sendo eles: (a) a produção científica; (b) a inserção dos psicólogos na área pediátrica nos HUs públicos federais; (c) a estrutura e a rotina prática de atividades de cuidados desenvolvidas pelos psicólogos nos hospitais estudados; e (d) a formação destes profissionais.

Finalmente, no Capítulo 7, apresentam-se as considerações finais acerca do estudo, ressaltando as contribuições e limitações da pesquisa, bem como sugestões para os psicólogos, docentes e/ou pesquisadores atuantes na área da saúde pediátrica.

A Figura 1 apresenta o mapa estrutural desta dissertação.

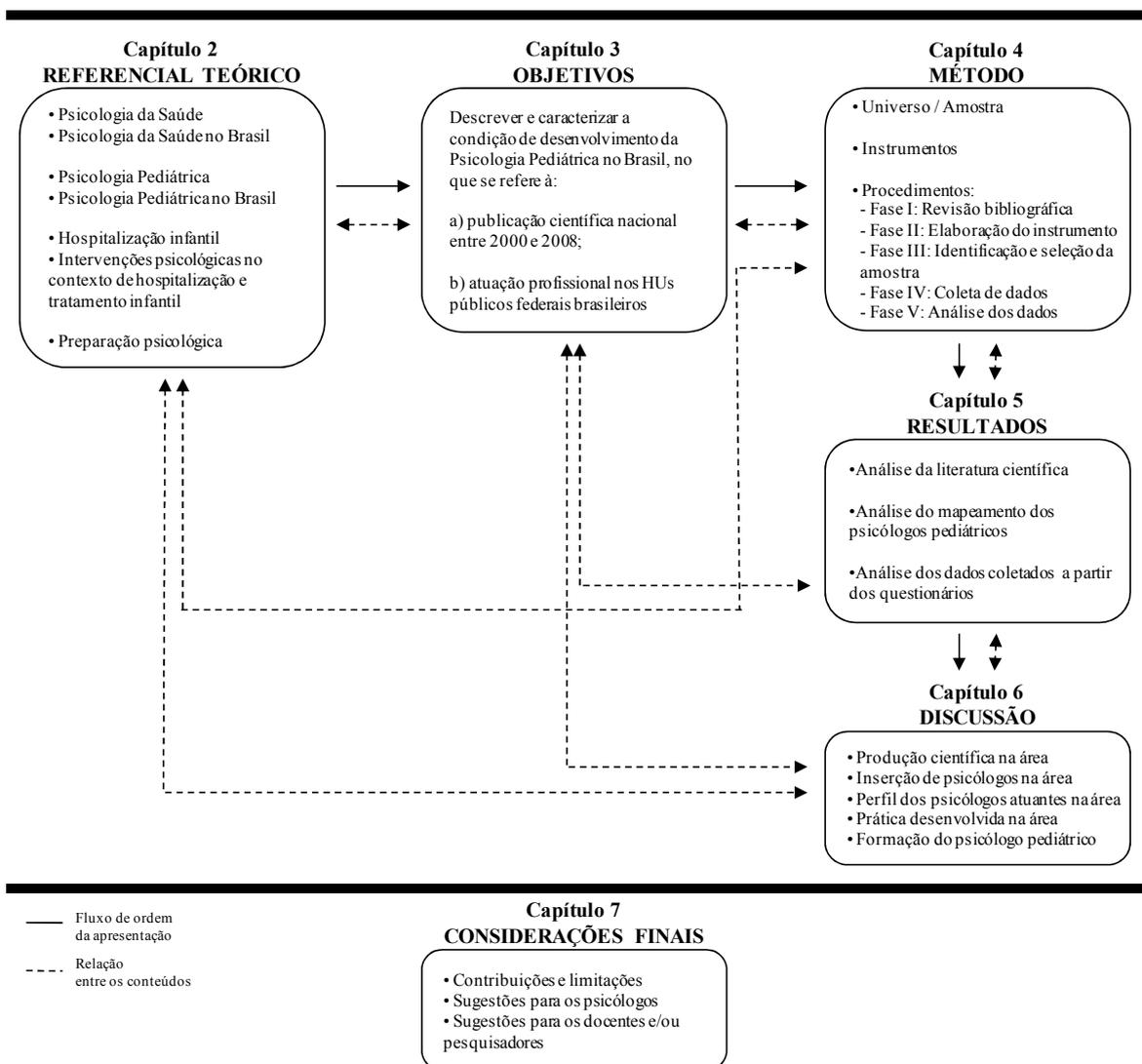


FIGURA 1 – Mapa estrutural da dissertação

## CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

Entre os séculos XVI e XVIII, as ciências biomédicas avançaram significativamente em termos científicos e tecnológicos, em suas mais diversas áreas, tais como anatomia, imagiologia e patologia. Estes avanços estabeleceram os princípios fundamentais do paradigma biomédico de atenção à saúde, fundamentado no reducionismo biológico, no mecanicismo e no dualismo entre corpo e mente (Reis, 1998). No modelo biomédico, a saúde e doença são percebidas como estados qualitativamente diferentes, gerados por fatores externos ao corpo ou por mudanças internas involuntárias, de forma tal que os indivíduos não têm controle ativo sobre eles, não sendo, portanto, responsabilizados por sua ocorrência. Nesta perspectiva, a doença não pode ser gerada ou influenciada por fatores psicossociais, podendo ter apenas consequências psicológicas (Ogden, 1999).

Entretanto, a partir do final do século XIX e ao longo do século XX, as concepções de saúde e doença começaram a mudar em virtude do desenvolvimento de pesquisas que apontavam a influência de processos psicológicos e fatores sociais sobre a condição física do corpo (Taylor, 1995). Desta forma, um novo paradigma de atenção à saúde começou a se desenvolver, o paradigma biopsicossocial, fundamentado na concepção de saúde e doença como processos interligados, situados num *continuum* e determinados por uma multiplicidade de fatores, entre eles os de ordem psicológica e comportamental (Sarafino, 1997).

Este processo de mudança paradigmática possibilitou o surgimento de outras áreas de conhecimento, entre elas a medicina psicossomática, a medicina comportamental, a psicologia da saúde e a psiconeuroimunologia. Destas, destaca-se a psicologia da saúde como a área mais recente de inserção da psicologia na compreensão da saúde e que é mais própria desta área do saber (psicologia) (Ogden, 1999).

## 2.1 – Psicologia da saúde

Classicamente, a psicologia da saúde foi definida por Matarazzo (1980) como “o conjunto de contribuições educacionais, científicas e práticas, específicas da disciplina da psicologia, para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento da doença e disfunções relacionadas, e o desenvolvimento de políticas públicas de saúde” (p. 815).

Reconhecida em 1978 como uma área científica especializada da psicologia, através da criação da Divisão 38 da *American Psychological Association* (APA), a psicologia da saúde tem crescido muito desde as duas últimas décadas do século XX, tornando-se uma das principais áreas de inserção de psicólogos atualmente (Brown & cols., 2002). Dados do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2005) apontam a psicologia da saúde como uma das três áreas de maior inserção de psicólogos no mercado de trabalho entre 2000 e 2005. Vários fatores contribuíram para esta expansão, entre eles: (a) a mudança na natureza dos problemas de saúde, ou seja, a redução da incidência de doenças infecto-contagiosas em contraposição ao aumento da ocorrência das doenças crônicas; (b) o reconhecimento da importância dos fatores biopsicossociais na promoção e manutenção da saúde e na prevenção e tratamento de doenças; e (c) os benefícios potenciais das intervenções comportamentais e cognitivas, tanto para a saúde do indivíduo quanto para o sistema público de saúde (Costa Junior, 2005; Taylor, 1995).

A psicologia da saúde tem desenvolvido ações em todos os cinco níveis de atenção à saúde estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sendo eles: (a) a promoção da saúde, que visa ampliar as condições de saúde da população através da educação para a saúde e da implantação de políticas públicas; (b) a prevenção primária, que objetiva evitar o desencadeamento de uma doença ou de um trauma através de sistemas eficientes de vigilância; (c) a prevenção secundária, que é destinada à detecção e intervenção precoce sobre a ação de doenças; (d) a prevenção terciária, que visa prevenir o

agravamento e as complicações de doenças ou lesões que já se encontram em estado avançado; e (e) a prevenção quaternária, que destaca a promoção de cuidados paliativos a pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura (Jenkins, 2007).

Segundo Brown e cols. (2002), tradicionalmente, a psicologia da saúde tem como o foco a atenção terciária e quaternária. Entretanto, as contribuições para os outros níveis de atenção à saúde têm crescido significativamente ao longo dos anos, sendo que a promoção da saúde e a prevenção primária têm se tornado, gradativamente, o principal foco de intervenção (Castro & Bornholdt, 2004), tendo em vista a consideração de que é muito mais difícil mudar estilos de vida insalubres do que preveni-los (Straub, 2005), além do alto custo financeiro das intervenções curativas para os sistemas de saúde.

A psicologia da saúde, através da intervenção sobre crenças e comportamentos de indivíduos e/ou populações – seu foco central (Ogden, 1999), tem oferecido inúmeras e significativas contribuições tanto para o desenvolvimento de estilos e hábitos de saúde da população quanto para a mudança comportamental de indivíduos expostos a riscos potenciais para o desenvolvimento de doenças. Tais contribuições se fazem fundamentais no contexto atual, visto que já se sabe que os comportamentos insalubres causam, ou, no mínimo, aceleram a ocorrência e a progressão de diversas doenças, além de afetarem a expectativa e a qualidade de vida dos indivíduos e/ou populações (Straub, 2005). Em contrapartida, sabe-se também que as variáveis positivas, tais como resiliência e espiritualidade, configuram-se como fatores de proteção à saúde, as quais transformam e/ou tornam mais eficientes as respostas dos indivíduos frente a diversas situações adversas ou potencialmente estressantes (Calvetti, Muller & Nunes, 2007).

Para tanto, as intervenções em psicologia da saúde têm se ampliado e se diversificado ao longo dos anos, de forma tal a abranger vários domínios da saúde, entre eles o domínio biológico, psicológico, comportamental e social (Straub, 2005). No

domínio biológico, podemos citar como exemplos de intervenção o relaxamento e o biofeedback. No domínio psicológico são comuns as intervenções para modificação de crenças, tais como a reestruturação cognitiva, e para controle dos sentimentos, tais como redução da ansiedade, depressão e raiva. No domínio comportamental, podemos citar as intervenções que objetivam o desenvolvimento de hábitos de saúde, como, por exemplo, adesão à prática regular de exercícios físicos e à dieta alimentar balanceada e/ou prescrita e o desenvolvimento de habilidades sociais, como a comunicação com a equipe de saúde (Silva, 2005). Por fim, no domínio social, são desenvolvidas intervenções para envolvimento e fortalecimento da rede social de apoio, assim como os grupos de apoio aos familiares e grupos de enfrentamento aos pacientes.

Considerando a abrangência das intervenções em psicologia da saúde e a ligação destes vários domínios a outras especialidades na área da saúde, a busca da interdisciplinaridade parece constituir uma característica intrínseca deste campo de atuação (Calvetti, Muller & Nunes, 2007). No entanto, Tonetto e Gomes (2007) destacam que o trabalho em equipe gera desafios que exigem habilidades e competências diferenciadas, tais como a comunicação e justificação clara e objetiva de procedimentos técnicos pertencentes a sua especialidade, que ainda não são suficientemente desenvolvidas na maior parte das equipes de saúde. Além disso, de acordo com Gorayeb e Guerrelhas (2003), para se inserir na área da saúde de forma interdisciplinar, é necessário que o psicólogo tenha uma atitude científica, ou seja, fundamente seu trabalho em evidências provenientes de ações claras, objetivas e precisas, passíveis de serem compreendidas por outros profissionais de saúde.

Em termos teórico-filosóficos, apesar de, historicamente, a inserção da psicologia na compreensão da saúde estar ligada às abordagens psicodinâmicas, especialmente à psicanálise (relacionada à primeira corrente teórico-filosófica da medicina psicossomática),

a psicologia da saúde encontra-se, desde sua criação, mais diretamente ligada aos modelos comportamental e cognitivo-comportamental. Pode-se dizer que esta ligação ocorra devido à necessidade de sistematização e fundamentação científica dos conhecimentos e práticas, bem como devido à fundamentação metodológica destas abordagens, que permitem análises funcionais mais adequadas das relações entre indivíduos e ambientes de cuidados com a saúde. Entretanto, faz-se importante ressaltar que a psicologia da saúde não privilegia modelos ou abordagens psicológicas, podendo ser desenvolvida por psicólogos (e outros profissionais de saúde) de diferentes correntes teóricas (Reis, 1998).

Em recente levantamento sobre a produção científica em psicologia da saúde, Witter (2008) observa que os temas mais abordados em psicologia da saúde, responsáveis por mais de 60% da produção qualificada, identificados no PsycINFO, relacionavam-se a assuntos de interesse também da psicopatologia e psicologia clínica. Witter destaca que as publicações se caracterizam pela distinção entre dois conjuntos de concepções sobre a saúde: (a) uma definição biopsicossocial de saúde, que não vê a saúde como mera ausência de doença, incluindo preocupação com aspectos sociais, psicológicos, ambientais e ecológicos de indivíduos e grupos; ou (b) uma definição mais restritiva, que analisa exames clínicos e laboratoriais que indicam, ou não, a presença de doenças ou de falhas no funcionamento orgânico.

Devido à possibilidade de utilizar-se de conhecimentos de várias áreas da psicologia e basear-se em diferentes perspectivas teórico-metodológicas, a psicologia da saúde, por vezes, é percebida como parte ou ampliação do campo de atuação de outras áreas, especialmente da área identificada como psicologia clínica (Gioia-Martins & Júnior, 2001). Por causa desta confusão, é comum encontrar, na literatura científica, discussões acerca das diferenças e semelhanças da psicologia da saúde com outras áreas, especialmente com a psicologia clínica (Yamamoto, Trindade & Oliveira, 2002). Entre

estas diferenças, destaca-se o modelo de atuação, que na psicologia clínica tende a ser um modelo terapêutico de caráter curativo e, na psicologia da saúde preconiza-se a adoção de um modelo de atenção integral, de caráter educativo, promocional. No modelo clínico, o psicólogo atua em espaço físico delimitado (mesmo que este seja dentro de uma instituição), efetua pouca ou nenhuma interação com outros profissionais, desenvolve prioritariamente um tipo de atividade (a psicoterapia) e tem como foco de intervenção apenas o sujeito (o paciente). No modelo de atenção integral à saúde, não há um *setting* determinado e exclusivo para a atuação do psicólogo (as atividades podem ser desenvolvidas em quaisquer ambientes de cuidado com a saúde), as ações são efetuadas em conjunto e/ou parceria com outros profissionais (trabalho em equipe), as atividades tendem a ser diversificadas e o foco de intervenção não se limita ao sujeito, mas abrange seu contexto sócio-familiar e de vida em geral (Seidl & Costa Junior, 1999).

Considerando, assim, as especificidades da psicologia da saúde e sua distinção de outras áreas da psicologia, faz-se necessário que os psicólogos que atuam ou desejam atuar nesta área busquem formação especializada, a qual deve contemplar, entre outros aspectos: (a) conhecimentos e habilidades práticas gerais em metodologias de avaliação e intervenção em saúde (avaliação psicossocial, intervenção breve e/ou em crise, entre outros); (b) conhecimentos e habilidades em metodologia de pesquisa em saúde e análises estatísticas; (c) bases biológicas, sociais e psicológicas da saúde e da doença de indivíduos e grupos populacionais; (d) conhecimento médico (suficiente para comunicar-se com outros profissionais de saúde e compreender informações relevantes acerca do tratamento dos pacientes); (e) conhecimentos, habilidades e experiência com o desenvolvimento de atendimento/intervenção interdisciplinar, comunicação e trabalho em equipe; (f) conhecimentos sobre desenvolvimento de políticas de saúde e organização de sistemas de saúde (com suas características sociais, políticas e econômicas); (g) atualização ética, legal

e tecnológica sobre temas ligados à área de saúde e psicologia; e (h) interface da psicologia da saúde com as outras áreas da psicologia e com outras disciplinas da saúde, com ênfase em suas diferenças e/ou semelhanças epistemológicas e metodológicas (Besteiro & Barreto *apud* Castro, 2007; Evans, 1983; Schneiderman, 1983; Tulkin, 1983). Além desta formação de âmbito geral, faz-se necessário também treinamento específico em serviço, na subárea da psicologia da saúde, na qual pretende atuar.

Witter (2008) destaca que “a psicologia da saúde é uma área que vem crescendo rapidamente em nível nacional e internacional...” (p. 582), no entanto, muitas melhorias “tanto técnico-científicas, quanto culturais” (p. 582) ainda se fazem necessárias. Uma destas mudanças deve ocorrer no processo de formação dos futuros profissionais de saúde, isto é, as universidades devem privilegiar a pesquisa científica na área e o treinamento de recursos humanos qualificados para atender às necessidades do sistema de saúde.

### **2.1.1 – Psicologia da saúde no Brasil**

As primeiras ações que representam o desenvolvimento da psicologia da saúde no Brasil ocorreram em meados da década de 60 do século XX. Em decorrência da centralização das políticas públicas no âmbito hospitalar, no Brasil, a psicologia da saúde teve seu desenvolvimento associado a este contexto, recebendo a denominação de psicologia hospitalar, termo que não é encontrado, com a mesma caracterização, em outros países. Esta denominação é tão difundida no Brasil que o CFP a utiliza, desde 2001, para definir a psicologia hospitalar como uma das áreas de especialidade do psicólogo brasileiro (CFP, 2001). Destaca-se que o termo psicologia hospitalar é inadequado por diversas razões, entre elas: (a) utiliza o local de atuação (o hospital) como critério de definição da área de atuação, sem considerar atividades, objetivos e alvos da intervenção; e (b) o hospital está frequentemente associado a um local em que são realizados procedimentos

curativos, de tratamento de doenças, enquanto a psicologia da saúde prioriza a promoção da saúde (Costa Junior, 2005; Yamamoto, Trindade & Oliveira, 2002). Além disso, Castro e Bornholdt (2004) alertam para a não equivalência entre os dois termos. Segundo as autoras, a psicologia hospitalar deve ser caracterizada como uma área de atuação da psicologia da saúde, a qual é mais abrangente por incluir diversos contextos e níveis de atenção a saúde.

Independentemente de confusões de nomenclatura, desde a década de 1990 do século XX, a psicologia da saúde é uma área em franca expansão no país, o que pode ser comprovado pelo: (a) número crescente de periódicos na área; (b) criação de seções de psicologia da saúde em sociedades de psicologia brasileira e de outras áreas da saúde; (c) aumento da produção científica; e (d) inserção gradativa de profissionais nos contextos de atenção a saúde (Seidl & Costa Junior, 1999).

Apesar de todos estes avanços, a psicologia da saúde ainda tem muito a expandir, especialmente se considerarmos a capacidade instalada da rede de saúde brasileira em contraposição à reduzida cobertura desta no que tange ao número de profissionais nela atuantes. Todavia, para adequado atendimento das necessidades da rede de saúde brasileira, não basta a simples alocação de profissionais na área. É imprescindível que estes tenham qualificação técnica para nela atuar, o que pode ser obtido através de cursos de formação em pós-graduação, *latu ou strictu sensu*, específicos na área. Atualmente, pode-se ter acesso a vários cursos de formação em psicologia da saúde no Brasil, entretanto, poucos são os cursos (*latu sensu*) que atendem a legislação e são credenciados junto ao CFP e/ou estão ligados (*latu e strictu sensu*) a universidades ou centros universitários com corpo docente qualificado e reconhecido na área. Segundo Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002), a formação dos psicólogos que atuam na área de saúde é ainda deficitária e/ou insuficiente, tanto no que se refere ao desenvolvimento de ações práticas quanto de

pesquisa científica aplicada (Castro & Bornholdt, 2004). Esta situação implica em dificuldades teóricas e técnicas dos profissionais para estruturar e desenvolver ações sistematizadas, potencialmente capazes de serem generalizadas e/ou aplicadas a outros contextos e subsidiarem, por meio de indicadores, o aprimoramento das intervenções desenvolvidas.

Witter (2008) chama a atenção para a necessidade de que, no Brasil, a própria psicologia passe por mudanças em sua concepção, incluindo “uma revisão de sua estruturação em áreas, particularmente da saúde” (p. 582). Witter sugere uma revisão das ênfases temáticas em saúde, de modo a permitir a análise do ser humano em termos mais globais e não apenas como um portador de problemas biopsicossociais. Desta forma, o sistema de saúde brasileiro poderia usufruir melhor das contribuições de psicólogos especializados em psicologia da saúde e aumentar sua eficiência em termos preventivos.

## **2.2 – Psicologia pediátrica**

Conforme exposto, a psicologia da saúde constitui uma resposta ao processo de transição paradigmática do modelo biológico para o modelo de atenção integral à saúde. Seu desenvolvimento deu-se através da interação de psicólogos com algumas especialidades médicas, entre elas, a pediatria, e a inserção deles nestes campos.

Desde o final do século XIX e início do século XX, psicólogos e pediatras norte-americanos começaram a perceber a existência de interesses mútuos e *links* entre as suas áreas de atuação. Então começaram a articular-se em ações comuns, especialmente no que tange à avaliação de crianças em tratamento médico não-psiquiátrico. Entretanto, a interação e colaboração mútua entre estas duas áreas do saber somente se fez notória a partir do final da década de 1960, quando a *American Psychological Association* (APA) contactou os Departamentos de Pediatria das escolas médicas dos Estados Unidos da

América (EUA) a fim de verificar os profissionais atuantes e/ou interessados neste campo de conhecimento. Tal ação resultou na organização e criação, em 1968, da Sociedade de Psicologia Pediátrica (*Society of Pediatric Psychology – SPP*) (Roberts, Mitchell & McNeal, 2003), destinada à prática e pesquisa do relacionamento entre os aspectos físicos, cognitivos, sociais e emocionais da criança e do adolescente (APA, 2008).

O termo “psicologia pediátrica” havia sido cunhado três anos antes (1965), por Logan Wright em um artigo da revista *American Psychologist*, o qual tinha por objetivo delimitar a atuação dos psicólogos em serviços de saúde infantil (Barros, 1999; Pires, 1998). Neste artigo, Wright salientava, entre outros aspectos, a necessidade de se desenvolver pesquisas aplicadas e treinamento especializado na área (Wright, 1967).

Inicialmente, a psicologia pediátrica foi definida apenas pelo contexto no qual as ações psicológicas eram desenvolvidas (Barros, 1999), já que os referenciais teóricos e metodológicos eram provenientes de outras áreas, especialmente da psicologia clínica infantil, com apenas algumas adaptações metodológicas que facilitassem a compreensão dos procedimentos médicos pelas crianças (Roberts, Mitchell & McNeal, 2003). Este fato fazia-se notar até mesmo institucionalmente, tendo em vista que a SPP encontrava-se vinculada à Divisão de Psicologia Clínica da APA. Com o passar do tempo, a psicologia pediátrica foi diferenciando-se da psicologia clínica infantil e delimitando uma nova especialidade, com características teóricas e metodológicas específicas, de forma tal que, em 2000, a SPP tornou-se uma divisão independente na APA, a Divisão 54 (SPP, 2009).

Atualmente, a psicologia pediátrica é definida como a subespecialidade da psicologia da saúde que se ocupa do acompanhamento e intervenção psicológica às crianças e adolescentes em condições habituais de desenvolvimento e aqueles expostos a tratamento de doença e/ou em condições de risco para o desenvolvimento de doenças (Barros, 1999; Castro, 2007; Pires 1998; Spirito & cols., 2003a). Desta forma, sua atuação

não se restringe aos contextos de tratamento de doença, estendendo-se a todos os contextos onde as crianças e os adolescentes vivem e se desenvolvem, ou seja, à família, à escola, à comunidade, entre outros (Barros, 1999).

Considerando a diversidade de contextos em que é aplicada, bem como a variabilidade das condições de desenvolvimento de seu público alvo, os objetivos da psicologia pediátrica englobam tanto aspectos educacionais quanto preventivos e curativos (Barros, 1999). De forma geral, eles se referem à promoção e manutenção da saúde, bem como à prevenção e ao tratamento de doenças em crianças e/ou adolescentes (Fonseca, 1998; Viana & Almeida, 1998). Em termos específicos, segundo Barros (1999), os objetivos da psicologia pediátrica são:

(1) Colaborar com as famílias, escolas, instituições de saúde e comunidade no que tange ao desenvolvimento de ações educativas que promovam a adoção de um estilo de vida saudável pelas crianças e adolescentes;

(2) Intervir preventivamente em situações de risco à saúde da criança e do adolescente, impedindo a ocorrência de transtornos em seu processo de desenvolvimento;

(3) Intervir curativamente em problemas de saúde física e mental de crianças e adolescentes, especialmente em situações de doença crônica ou de tratamento prolongado, a fim de incentivar o desenvolvimento de estratégias eficientes de enfrentamento e adesão ao tratamento, tanto em nível individual quanto familiar;

(4) Facilitar a adaptação de crianças e adolescentes às situações de hospitalização e tratamentos de doença, prevenindo e/ou reduzindo os potenciais efeitos adversos associados a estas experiências e;

(5) Colaborar com a formação de profissionais de saúde para que possam atender às necessidades psicossociais de crianças, adolescentes e suas famílias.

A psicologia pediátrica não possui, ainda, um corpo teórico-metodológico específico, de forma tal que se utiliza de contribuições de diversas áreas da psicologia, especialmente dos modelos teóricos que estão sendo delineados no âmbito da psicologia da saúde, tais como o modelo de crenças em saúde, o modelo da ação planejada e os diversos modelos que explicam o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Entretanto, ela se caracteriza por uma orientação desenvolvimentista e interdisciplinar (Barros, 1999; Fonseca, 1998) e também requer treinamento específico para atuação qualificada.

De acordo com a SPP, representada por Spirito e cols. (2003a, 2003b), a formação do psicólogo pediátrico deve contemplar o desenvolvimento de competências em doze áreas, sendo elas: (a) ciclo evolutivo vital; (b) psicopatologia do desenvolvimento; (c) avaliação da criança e/ou adolescente e sua família; (e) estratégias de intervenção; (f) métodos de pesquisa e sistemas de avaliação; (g) aspectos éticos e legais pertinentes ao atendimento de crianças e/ou adolescentes e sua família; (h) diversidade racial, cultural, sexual e religiosa; (i) trabalho em equipe multi e interdisciplinar; (j) prevenção e promoção da saúde; (k) aspectos sociais que afetam crianças e/ou adolescentes e sua família; (l) diferentes modelos e papéis em consultas e relacionamento de cuidados em saúde; e (m) processo de adoecimento e tratamento médico.

A partir destas competências, o psicólogo pediátrico pode desenvolver atividades de assistência, ensino e pesquisa, nos mais variados contextos e níveis de atenção à saúde, sendo que a associação da pesquisa à prática assistencial é altamente desejável e recomendada na psicologia pediátrica (Fonseca, 1998; Roberts, 1993; Roberts, Mitchell & McNeal, 2003; Spirito & cols. 2003a; Viana & Almeida, 1998; Zannon, 2004).

Análises sistemáticas das publicações do *Journal of Pediatric Psychology* (JPP), periódico de maior expressão e representante oficial da área, criado em 1976, revelam a prevalência de pesquisas aplicadas, voltadas a contextos de tratamento de doenças

(especialmente de doenças crônicas), cujos temas mais freqüentes são: adesão ao tratamento, enfrentamento, eficácia e custo-benefício do tratamento, crianças em condições de risco e prevenção primária. Alguns autores destacam que, para o futuro, o JPP deve investir esforços no sentido de estimular a publicação de pesquisas que comprovem a eficácia das intervenções em psicologia pediátrica (Aylward, Roberts, Colombo & Steele, 2008; Roberts, Mitchell & McNeal, 2003).

### **2.2.1 – Psicologia pediátrica no Brasil**

No Brasil, a inserção de psicólogos em serviços de assistência pediátrica hospitalar iniciou-se na década de 1970 (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006), a partir de iniciativas isoladas de alguns profissionais/pesquisadores, entre eles a Profa. Dra. Thereza Pontual de Lemos Mettel e a Profa. Dra. Célia Maria Lana da Costa Zannon (Linhares, 2008). Ao longo do tempo, esta inserção tem se ampliado gradativamente, de forma tal que hoje há um grande número de profissionais atuando na área (Castro, 2007).

O estágio atual da psicologia pediátrica no Brasil parece ser semelhante aos primórdios desta disciplina nos EUA na década de 1960, ou seja, observa-se um aumento progressivo e significativo de profissionais na área, bem como da publicação de relatos de experiência sobre as atividades por eles desenvolvidas, mas ainda falta delinear melhor o papel, as funções e atividades deste profissional (dissociando-o do psicólogo clínico infantil), bem como desenvolver pesquisas aplicadas e treinamento especializado na área (Wright, 1967).

No campo da formação esta especialidade ainda não é incluída na maior parte dos currículos universitários (Castro, 2007). No currículo do curso de graduação em psicologia da Universidade de Brasília, por exemplo, a disciplina psicologia pediátrica foi inserida no fluxo do curso em 2007 e ofertada pela primeira vez naquele ano. Situação semelhante é

observada em nível de pós-graduação, seja *latu* ou *strictu sensu*, onde não se tem informações de curso(s) específico(s) na área autorizados pelos órgãos federais competentes, apesar de muitos dos trabalhos de conclusão de cursos em áreas afins da psicologia versarem sobre temas de interesse direto da psicologia pediátrica. Por outro lado, observa-se iniciativas isoladas de formação de psicólogos para atuar nesta área desde o final da década de 1970, tal como os programas estruturados de estágio e/ou iniciação científica em psicologia pediátrica coordenados pela Profa. Dra. Célia Zannon, no Hospital Universitário de Brasília e em outras instituições de saúde do Distrito Federal (Zannon, 2005).

No intuito de auxiliar o desenvolvimento da área e de manter a sua consistência por meio de produções científicas, no ano 2000, um grupo de pesquisadores em psicologia pediátrica reuniu-se, sob a coordenação da Profa. Dra. Célia Zannon e começou a estabelecer contingências para o desenvolvimento de atividades conjuntas e integradas (Zannon, 2004). Em 2002, este mesmo grupo iniciou sua participação como Grupo de Trabalho (GT) vinculado à ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia), sob a denominação “GT – Psicologia Pediátrica” (Crepaldi, Linhares & Perosa, 2006).

Apesar de recente e restrita a alguns profissionais, esta iniciativa é de extrema importância para o desenvolvimento teórico-prático da área no Brasil, visto que os grupos de pesquisa facilitam o fluxo das informações e as trocas acadêmico-científicas, promovendo o avanço das ciências (Meadows, 1999). Desta forma, a criação do GT de Psicologia Pediátrica constitui um marco histórico do desenvolvimento da área no país.

Desde sua fundação, o GT de Psicologia Pediátrica tem cumprido seu papel e alcançado as metas que são delineadas a cada biênio. Segundo Linhares (2008), entre estes avanços pode-se citar o aumento da produção científica na área, a realização de cursos de

extensão, a participação integrada em congressos e eventos científicos nacionais e internacionais, e, principalmente, a publicação do primeiro livro brasileiro específico na área, intitulado “Temas em Psicologia Pediátrica”, organizado pelas pesquisadoras Maria Aparecida Crepaldi, Maria Beatriz Martins Linhares e Gimol Benzaquen Perosa, publicado em 2006 (Crepaldi, Linhares & Perosa, 2006).

Interessante seria se este GT pudesse fomentar a criação de uma associação/sociedade específica na área, bem como a organização de um periódico científico. Segundo Witter (2007), as sociedades/associações científicas são organismos essenciais para o progresso da ciência por possuírem, entre outros, os papéis de: (a) estimular e divulgar a produção científica na área; (b) avaliar e credenciar especialistas e cursos; (c) promover o intercâmbio e a criação de redes sociais entre os profissionais-pesquisadores da área; e (d) gerar e preservar a história da ciência e da profissão. Além disso, o periódico científico é um dos mais importantes canais de publicação de notícias científicas, podendo ser considerado um espaço institucional da ciência (Freitas, 2006; Meadows, 1999).

Enquanto estes e outros avanços não se consolidam, a psicologia pediátrica segue seu processo de desenvolvimento a partir do trabalho científico de docentes e/ou pesquisadores da área, especialmente àqueles vinculados ao GT de Psicologia Pediátrica, e a partir do trabalho prático de psicólogos na área da saúde da criança e do adolescente, o qual se encontra fundamentalmente vinculado ao contexto dos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, ou seja, ao contexto hospitalar (Crepaldi, Linhares & Perosa, 2006). Esta concentração de ações no âmbito hospitalar reflete, por um lado, as políticas públicas de saúde no Brasil, que desde a década de 40 do século XX, encontram-se centradas no modelo clínico/assistencialista (Castro & Bornholdt, 2004); e por outro, o caráter potencialmente adverso da experiência de hospitalização infantil, já consensual e

amplamente descrito na literatura (Barros, 1999; Carvalho & Begnis, 2006; Costa Junior & cols., 2006; Crepaldi, 1999; Mitre & Gomes, 2004; Zannon, 1991) e que será abordado a seguir.

### **2.3 – Hospitalização infantil**

A experiência de adoecimento, seja por acometimento agudo ou crônico, implica em exposição a algumas dificuldades potenciais de natureza física, social e psicológica, condicionadas por uma ampla variedade de fatores, tais como: gravidade da doença e suas características clínicas, sintomas e efeitos colaterais desagradáveis, estigma social vinculado à doença, tempo de duração da doença, restrições ambientais, entre outros (Barros, 1999; Zannon, 1981). Quando o adoecimento gera a necessidade de tratamento prolongado e/ou internação hospitalar, situações permeadas por perdas e fatores de estresse, o potencial adverso desta experiência é frequentemente aumentado (Barros, 1999; Junqueira, 2003; Chiattonne, 1984; Oliveira, 1997; 1993), sendo que, em se tratando de adoecimento e hospitalização infantil, não apenas o indivíduo (enfermo) é afetado, mas também toda a sua rede social, especialmente, os seus cuidadores primários (Barros, 1999; Crepaldi, 1999; Guimarães, 1988; Quiles & Carrillo, 2000; Scott & Arslanian-Engoren, 2005).

As perdas e os estressores associados a experiências desta natureza podem ser transitórios e/ou permanentes e, geralmente, envolvem aspectos como: (a) mudança de ambiente; (b) alteração da rotina; (c) afastamento dos familiares e de elementos de apoio social; e (d) experiência de dor e sofrimento físico (Barros, 1999; Carvalho & Begnis, 2006; Mitre, 2006). De forma prática, ao ser admitido em uma unidade de internação hospitalar infantil, a criança e/ou o adolescente é inserido num ambiente estranho e potencialmente insalubre, permeado por vivências dolorosas, não apenas do ponto de vista

físico, mas também psicoemocional. O afastamento do ambiente natural e familiar, das pessoas de referência com as quais possui vínculos afetivos, das experiências promotoras de desenvolvimento, tais como as escolares, configuram-se como experiências de perda potencial para os pacientes. Em contrapartida, os inúmeros exames e procedimentos médicos que geram dor e sofrimento, a falta de privacidade e autonomia, bem como o ambiente hospitalar em si, não ecologicamente voltado para as necessidades desenvolvimentais da criança e/ou do adolescente, configuram-se como potenciais fontes de estresse para os pacientes (Barros, 1999; Crepaldi, 1999; Guimarães, 1998; Oliveira, 1997). Além disso, a experiência de adoecimento, tratamento e hospitalização, evocam uma série de cognições, sensações e sentimentos difíceis de lidar, tanto para a criança e/ou adolescente quanto para seu familiar/acompanhante, porque eles tendem a condicionar o modo como irão enfrentar o período de restrição hospitalar e os múltiplos eventos do tratamento (Crepaldi, 1999; Doca & Costa Junior, 2007; Zannon, 1994).

Em decorrência dos fatores acima mencionados, os pacientes e seus familiares/acompanhantes necessitam fazer adaptações comportamentais em tempo nem sempre suficiente para os ajustes emocionais e cognitivos a que os esquemas e crenças subjacentes podem proceder (Beck, 1986). Como agravante, estas adaptações costumam ultrapassar os limites suportáveis pelo indivíduo, gerando, assim, estresse e outras respostas desadaptativas (Lazarus & Folkman, 1984), as quais tendem a dificultar, ou até mesmo impedir, a realização adequada do tratamento médico, além de afetarem negativamente o processo de desenvolvimento da criança/adolescente (Castro, 2007).

De acordo com estudos em psicologia pediátrica (Barros, 1999; Castro, 2007; Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Quiles & Carrillo, 2000), as repercussões adversas ao desenvolvimento de crianças e adolescentes podem ocorrer em ordem e duração variadas, e se configurar como: (a) regressões de comportamento; (b) alterações do humor e de

relacionamento social; (c) expressão de medos; (d) transtornos do sono; (e) transtornos alimentares; e (f) agressividade. No que se refere à duração, podem ser observadas apenas durante a internação e/ou persistir por períodos posteriores à alta, sejam estes imediatos ou tardios (Barros, 1999; Castro, 2007; Forinder, 2004; Quiles & Carrillo, 2000). Em contrapartida, as repercussões adversas para os familiares/acompanhantes podem incluir ansiedade, depressão, confusão, alteração do ciclo sono-vigília, transtornos alimentares e pensamentos repetitivos e intrusivos (Quiles & Carrillo, 2000).

Com o objetivo de reduzir a ocorrência, a magnitude e o impacto destas repercussões adversas, a psicologia da saúde e a psicologia pediátrica têm desenvolvido procedimentos eficazes de intervenção, utilizando-se de variadas técnicas e recursos, tanto com a criança/adolescente, quanto com os familiares/acompanhantes e a equipe multidisciplinar de saúde (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Doca & Costa Junior, 2007; Zannon, 1991). No tópico seguinte, serão abordadas as principais intervenções psicológicas descritas na literatura.

### **2.3.1 – Intervenções psicológicas no contexto de hospitalização e tratamento infantil**

As intervenções em psicologia da saúde/psicologia pediátrica no contexto hospitalar são desenvolvidas tanto nas unidades ambulatoriais quanto nas unidades de internação (pronto-socorro/emergência, enfermarias gerais e de especialidades, unidade de terapia intensiva pediátrica e/ou neonatal) (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006). Cada um desses contextos de cuidados possui especificidades concernentes à sua dinâmica de funcionamento, às características dos tratamentos de saúde dispensados e às demandas dos pacientes atendidos.

As unidades ambulatoriais são geralmente caracterizadas por atendimentos eletivos, de acompanhamento do processo de desenvolvimento e/ou tratamento de doenças, em

regime pré-agendado e com duração limitada. Segundo Pedromônico (2006), as demandas psicológicas ambulatoriais estão, em sua maioria, relacionadas aos problemas escolares. Cabral e Sawaya (2001), em um estudo com psicólogos da rede pública de Ribeirão Preto (SP), verificaram que 69% dos casos encaminhados aos ambulatórios de psicologia apresentavam queixas relacionadas a questões escolares, corroborando com as estatísticas já existentes de que 50 a 70% das crianças e adolescentes encaminhados aos serviços públicos de saúde têm como queixa dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento em sala de aula ou fora dela (Souza *apud* Cabral & Sawaya, 2001).

Por outro lado, as unidades de internação são caracterizadas pelo atendimento às doenças agudas variadas, doenças crônicas e casos cirúrgicos (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006), que necessitam de internação um pouco mais prolongada, seja para investigação diagnóstica e/ou tratamento especializado. Nestas unidades, as demandas psicológicas mais comuns referem-se à necessidade de adaptação ao contexto de hospitalização e ao tratamento de doenças, adesão e enfrentamento, manejo de eventos estressantes e de dor, redução de ansiedade e depressão, entre outros.

Nestes contextos, a psicologia pediátrica desenvolve intervenções, individuais e coletivas, utilizando-se de diferentes recursos e técnicas. De forma geral, as intervenções mais comumente realizadas no contexto hospitalar são: acolhimento, avaliação, atendimento individual (ao paciente, familiar e equipe), atendimento grupal (ao paciente, familiar e equipe), interconsulta e discussão de caso (com médicos e/ou outros profissionais da saúde), encaminhamento, supervisão (a alunos de psicologia e/ou de outras áreas da saúde, estagiários) (Barros, 1999; Castro, 2007; Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006, Zannon, 1981).

De acordo com os objetivos da intervenção e a abordagem teórico-metodológica do psicólogo, podem ser utilizadas diferentes técnicas, entre elas: (a) atendimento lúdico e/ou

ludoterapia (com a utilização de jogos, brinquedos e atividades recreativas); (b) dramatização, encenação e/ou ensaio comportamental; (c) escuta, ativa ou passiva; (d) entrevista; (e) fornecimento de informação escrita (manuais, folhetos, outros), oral e por meio de recursos audiovisuais (filmes, slides, transparências, outros); (f) observação de comportamentos; (g) preparação psicológica para determinado procedimento ou rotina; (h) psicoterapia; (i) relaxamento; (j) treino de habilidades sociais; e (k) visualização e/ou imaginação ativa (Taylor, 1995; Roberts, 2003; Spirito & cols., 2003b).

Por fim, na execução das intervenções psicológicas podem ser utilizados vários recursos: (a) testes psicológicos; (b) escalas e inventários; (c) protocolos de atendimento; (d) roteiros de entrevista; (e) manuais e/ou cartilhas; (f) dinâmicas de grupo; (g) objetos artísticos (obras de arte, literatura, poesia, entre outros); (h) instrumentos tecnológicos (computador, filmadora, máquina fotográfica, projetor de multimídia), entre outros (Barros, 1999; Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Quiles & Carrillo, 2000).

Como se pode perceber, a psicologia pediátrica dispõe de um amplo espectro de possibilidades de intervenções. Entretanto, estas ações nem sempre são organizadas e/ou sistematizadas de forma tal que possam subsidiar a implantação e/ou estruturação de serviços na área. Esta sistematização de intervenções, ou seja, o desenvolvimento de protocolos e rotinas de atendimento e seus registros, faz-se imprescindível no contexto hospitalar (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006), independentemente da natureza da intervenção psicológica, do público-alvo atendido, das técnicas utilizadas ou do referencial teórico adotado. A sistematização facilita ainda a interação com as outras áreas da saúde, numa perspectiva multi e interdisciplinar, e, conseqüentemente, beneficia o usuário do sistema de saúde ao melhorar a qualidade do atendimento dispensado (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

Dentre as intervenções desenvolvidas pela psicologia pediátrica no contexto de hospitalização e tratamento infantil, destaca-se a preparação psicológica, tendo em vista os resultados positivos alcançados a partir deste tipo de intervenção, especialmente no que se refere ao aumento dos índices de adesão ao tratamento, redução de ansiedade antecipatória e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficientes (Anderson & Collier, 1999; Burke, Harrison, Kauffmann & Wong, 2001; Corr, 1991; Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001; Quiles & Carrillo, 2000; Soares & Bomtempo, 2004).

#### **2.4 – Preparação psicológica**

A preparação psicológica constitui uma modalidade de intervenção muito referida e recomendada pela psicologia da saúde e psicologia pediátrica. Entretanto, não há uma definição clara e consensual na literatura científica, e nem na prática psicológica, sobre o que consiste especificamente esta intervenção. Neste trabalho, utilizou-se a definição de Quiles e Carrillo (2000), que consideram a preparação psicológica como um conjunto de procedimentos técnicos cujos objetivos gerais são prevenir e/ou aliviar as reações emocionais advindas da situação de internação hospitalar e facilitar a adaptação comportamental a este contexto.

Intervenções desta natureza pressupõem a antecipação de um fato/evento, devendo, portanto, serem realizadas em momento anterior à ocorrência deste, embora a definição exata do momento ainda seja objeto de discussão entre os pesquisadores e profissionais da área. Assim, a preparação psicológica pode ocorrer em três momentos distintos: (a) antes da hospitalização; (b) no momento da admissão hospitalar; ou (c) antes de exames e procedimentos invasivos, tais como punções e cirurgias.

Considerando o alto potencial aversivo de exames e procedimentos invasivos (Blount, Piira, Cohen & Cheng, 2006; Ramasay, 2000; Willemsen, Chowdhury & Briscall,

2002) e a alta frequência de comportamentos indicadores de sofrimento deles decorrentes (Costa Junior, 2001), as intervenções de preparação psicológica são mais comumente efetuadas antes destes eventos.

Broering e Crepaldi (2008), em revisão crítica da literatura sobre preparação psicológica para cirurgia em pediatria, apontam que, apesar desta intervenção ser muito utilizada, estudada e pesquisada, ainda existem muitas lacunas, especialmente no que se refere à descrição precisa de programas desta natureza e pesquisas acerca da eficácia de seus resultados.

Costa Junior (2005) observa que a utilização de preparação psicológica para procedimentos invasivos tende a enfatizar, de modo não exclusivo, os seguintes aspectos considerados essenciais: (a) a adaptação física e social do ambiente de cuidados (a enfermaria pediátrica, por exemplo) às necessidades psicológicas de pacientes e acompanhantes; (b) o fornecimento de informações educativas e/ou distrativas que promovam uma maior colaboração do paciente ao procedimento a ser executado; (c) o treinamento de profissionais de saúde para a identificação de indicadores de desenvolvimento infantil/adolescente e comportamentos de comunicação do paciente com a equipe de saúde. Costa Junior observa que a preparação psicológica deve ocorrer no momento em que a equipe de saúde julgar mais adequado às necessidades psicossociais do paciente, considerados o custo-benefício do procedimento e a rotina da unidade hospitalar.

Além da diferenciação quanto ao momento de execução, os programas de preparação psicológica podem se distinguir quanto às técnicas e procedimentos adotados. De acordo com Quiles e Carrillo (2000), os procedimentos mais utilizados nas intervenções de preparação psicológica envolvem: (a) informação; (b) audiovisual; (c) jogos; e (d) desenvolvimento de habilidades de enfrentamento.

O fornecimento de informação, oral e/ou escrita, é o procedimento mais utilizado, tendo em vista o seu alto potencial de redução de ansiedade e baixo custo operacional, sendo que a utilização de informação oral prevalece em relação ao uso da informação escrita, apesar do aumento do uso de manuais educativos verificados nos últimos anos (Ferreira, 2005). Entretanto, de acordo com Caminiti, Scoditti, Diodati e Passalacqua (2005), programas de preparação psicológica que se baseiam unicamente no fornecimento de informação adequada e clara se mostram menos eficazes do que aqueles que envolvem uma combinação de outros procedimentos, incluindo, por exemplo, distração e relaxamento.

Os recursos audiovisuais, que vão desde material em transparências de retroprojeção até filmes editados de curta duração, apesar de eficazes, são pouco utilizados em virtude do seu alto custo financeiro. Segundo Doca e Costa Junior (2007) estes métodos possuem vantagens e desvantagens. As primeiras referem-se: (a) ao caráter atrativo dos recursos audiovisuais; (b) à possibilidade de utilização de efeitos visuais e sonoros para enfatizar determinadas informações-chave; (c) à agilidade e padronização no fornecimento das informações; e (d) à facilidade de implantação e utilização deste recurso. Já as desvantagens referem-se: (a) ao caráter impessoal deste recurso; (b) à dificuldade e alto custo de sua elaboração; e (c) à limitação aos estímulos visuais e auditivos. Embora constituam potenciais desvantagens, destaca-se que podem ser superadas por meio de treinamento dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de habilidades sociais, bem como do desenvolvimento de parcerias com empresas e profissionais de tecnologia de informação e comunicação.

Outro procedimento muito utilizado na preparação psicológica de crianças/adolescentes são os jogos, uma vez que o brincar constitui a linguagem a partir da qual os indivíduos nesta faixa etária exploram e compreendem o mundo. Com o

desenvolvimento tecnológico, os jogos eletrônicos têm sido usados e testados neste tipo de intervenção com o objetivo de facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos da criança/adolescente da forma que lhe é própria, bem como a aprendizagem de habilidades de enfrentamento de situações que envolvem estresse e ansiedade (Franck & Jones, 2003; Patel & cols., 2006). Recentemente, diversos videogames têm sido desenvolvidos com objetivos específicos de auxiliar pacientes (crianças e adolescentes) a enfrentarem os diversos contextos adversos de tratamento, internação hospitalar e exposição a procedimentos médicos invasivos. Em um destes videogames, o *Re-mission*, os jogadores (que são os próprios pacientes) controlam um pequeno robô chamado *Roxxi*, que se movimenta em um ambiente tridimensional representando o interior do corpo de um jovem paciente com câncer. Os jogadores podem usar o *Roxxi* para destruir células cancerosas e controlar os efeitos colaterais do tratamento; vencer o jogo requer que os remédios de quimioterapia e antibióticos sejam tomados corretamente. Uso de técnicas de relaxamento, boa alimentação e outras formas de cuidados pessoais também estão disponíveis para uso durante o jogo (Kato, 2008).

Por fim, o desenvolvimento e/ou treino de habilidades de enfrentamento são efetuados a partir do uso de várias técnicas diferentes, tais como procedimentos de diminuição da atividade vegetativa excessiva (relaxamento, imaginação ativa, técnicas de respiração, entre outras), técnicas de reestruturação cognitiva (auto-instruções e autoverbalizações), técnicas para promover condutas colaborativas (reforçamento positivo), entre outras. Estes procedimentos possibilitam o aumento da sensação de controle, diminuem as interpretações aterrorizantes sobre a situação e incrementam a probabilidade de obter reforçamento positivo para comportamentos considerados adequados ao enfrentamento de situações estressantes (Doca & Costa Junior, 2007). Todas estas técnicas, quando associadas e executadas por equipes multiprofissionais, têm maior

probabilidade de alcançar taxas superiores de adesão ao tratamento (Caminiti, Scoditti, Diodati & Passalacqua, 2005).

## CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS

Considerando o disposto sobre a psicologia pediátrica, enquanto subárea de conhecimento e de intervenção da psicologia da saúde, aplicada à promoção, manutenção e tratamento de saúde de crianças e/ou adolescentes e a hospitalização infantil como um importante *locus* de intervenção, em virtude do seu caráter potencialmente adverso ao processo de desenvolvimento, realizou-se esta pesquisa, a qual foi norteada pelos objetivos apresentados a seguir.

### 3.1 – Objetivos

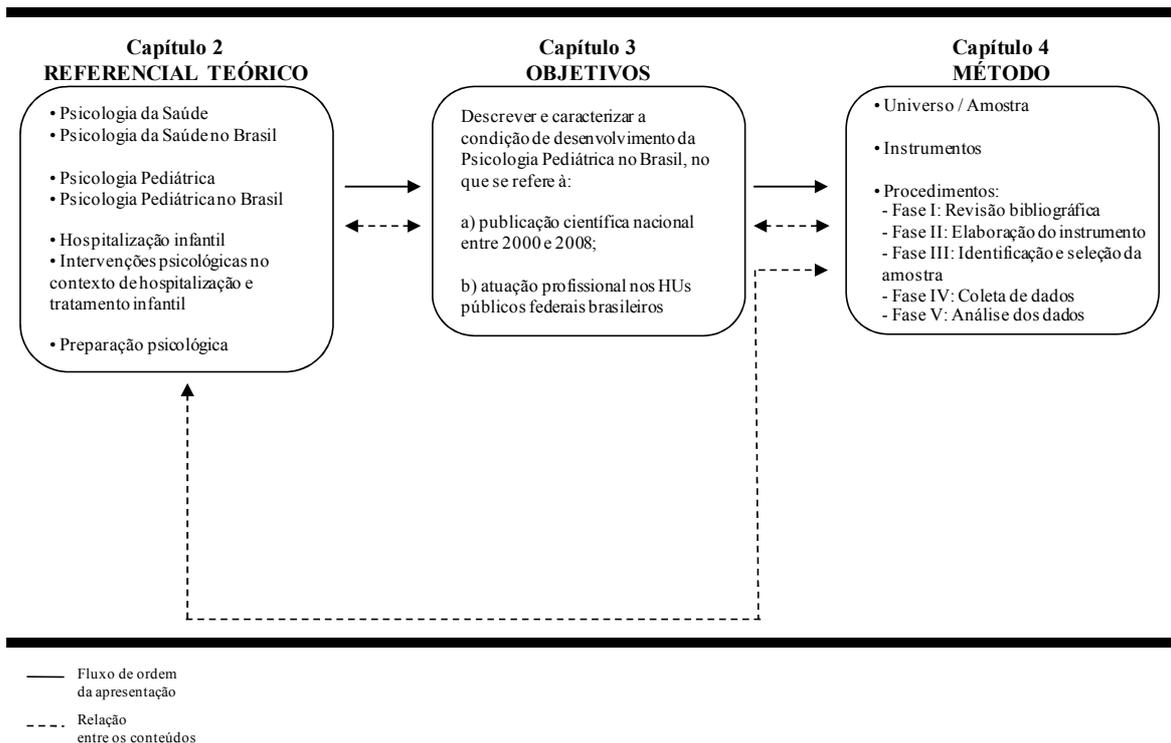
Descrever e caracterizar a condição de desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil, no que se refere à:

(a) publicação científica nacional, disponível em periódicos de psicologia Qualis “A” e “B”, entre 2000 e 2008;

(b) atuação profissional dos psicólogos em serviços de psicologia pediátrica dos hospitais universitários públicos federais brasileiros, destacando-se as intervenções de preparação psicológica por eles realizadas.

A Figura 2 apresenta a conexão entre os objetivos propostos para o estudo e os procedimentos metodológicos adotados para atingi-los, os quais são descritos no capítulo seguinte.

**Capítulo 1  
INTRODUÇÃO**



**FIGURA 2** – Mapa estrutural da dissertação (Parte I)

## CAPÍTULO 4 – MÉTODO

Para consecução dos objetivos propostos realizou-se uma pesquisa exploratória, descritiva, de caráter qualitativo, conforme critérios e procedimentos expostos a seguir.

### 4.1 – Universo/Amostra

O universo desta pesquisa referiu-se aos hospitais de ensino brasileiros, instituições que servem como campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, sejam hospitais gerais ou especializados, de propriedade ou formalmente conveniados a uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública ou privada (Brasil, 2004).

Para que a unidade hospitalar seja certificada e reconhecida como um hospital de ensino é necessário que atenda aos critérios estabelecidos em conjunto pelo Ministério da Educação e da Saúde, através da Portaria Interministerial N° 2400/2007 (Brasil, 2007a). A certificação é efetuada a partir de avaliação local e documental do hospital e tem validade de dois anos, devendo ser renovada ao final deste período, podendo ainda ser cancelada ou suspensa em virtude do descumprimento dos requisitos estabelecidos (Brasil, 2007a).

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – um sistema de informações gerenciado pelo Ministério da Saúde que visa cadastrar e manter atualizados os dados dos estabelecimentos de saúde, hospitalares e ambulatoriais, componentes da rede pública e privada, nos níveis federal, estadual e municipal (Brasil, 2005) – à época desta pesquisa existia no Brasil 188 hospitais de ensino, sendo 104 públicos e 84 privados.

Os hospitais de ensino podem ser classificados quanto: (a) à esfera administrativa a que estão submetidos – municipal, estadual, federal ou privado; (b) ao tipo de unidade – geral, especializada, mista, etc.; e (c) à natureza da organização ou tipo de administração – administração direta da saúde (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde,

Secretaria Municipal de Saúde), administração direta de outros órgãos (Ministério da Educação, Ministério do Exército, Marinha, etc); administração indireta (autarquias, fundação pública, empresa pública); economia mista; entidade beneficente sem fins lucrativos; empresa privada, entre outros.

#### **4.1.1 – Seleção da amostra**

Inicialmente, o estudo pretendia englobar todos os hospitais de ensino da rede pública brasileira, independentemente da esfera administrativa a que pertenciam ou da natureza da organização, desde que tivessem leitos disponíveis para internação pediátrica. Entretanto, devido às dificuldades de contato e acesso a grande parte destes hospitais, aos serviços de psicologia neles desenvolvidos e aos psicólogos que neles atuam, bem como à baixa responsividade dos profissionais de psicologia identificados em algumas instituições, fez-se necessário o refinamento do processo de seleção da amostra através da criação de novos critérios de inclusão.

Sendo assim, os hospitais da amostra foram selecionados a partir de amostragem não probabilística do tipo conveniência, baseada na acessibilidade das instituições. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

- (1) Hospitais da rede pública;
- (2) Hospitais vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES);
- (3) Hospitais de administração direta efetuada pelo Ministério da Educação (MEC);
- (4) Hospitais com atendimento pediátrico;
- (5) Hospitais com profissionais de psicologia atuando na área pediátrica.

Foi excluído da amostra o Hospital Universitário de Brasília, instituição a qual a autora encontra-se vinculada.

Com base nestes critérios, a população amostral desta pesquisa foi composta por 44 hospitais públicos de ensino, administrados pelo MEC, vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), e comumente denominados hospitais universitários. Apesar da grande heterogeneidade destes hospitais, envolvendo desde diferentes naturezas jurídico-legais, perfis docente-assistenciais, níveis de complexidade, porte e modelos de gestão (Machado & Kunchenbecker, 2007), eles representam importantes centros de referência no desenvolvimento e aperfeiçoamento de ações e/ou tecnologia na área de atenção à saúde e constituem um campo fecundo para o desenvolvimento de ações de assistência, ensino, pesquisa científica e extensão das mais diversas áreas da saúde (Brasil, 2007b).

Desta população amostral obteve-se retorno de 14 hospitais nos quais foram identificados 46 psicólogos pediátricos, sendo que 25 destes participaram efetivamente desta pesquisa, respondendo integralmente ao questionário (taxa de retorno do questionário de 54,3%). A Tabela 1 apresenta os hospitais universitários públicos federais que responderam ao convite para participar da pesquisa, fornecendo as informações solicitadas, com seus respectivos psicólogos pediátricos identificados e participantes.

**TABELA 1** – HUs públicos federais e psicólogos pediátricos identificados e participantes

Região	UF	Hospitais Universitários	Psicólogos Identificados	Psicólogos Participantes
NO	AM	Hospital 1 (H1)	5	3
	PA	Hospital 2 (H2)	2	0
	PA	Hospital 3 (H3)	4	3
NE	MA	Hospital 4 (H4)	8	4
	SE	Hospital 5 (H5)	1	1
CO	GO	Hospital 6 (H6)	2	2
	MT	Hospital 7 (H7)	1	0
SE	MG	Hospital 8 (H8)	3	2
	MG	Hospital 9 (H9)	2	2
	RJ	Hospital 10 (H10)	1	0
	RJ	Hospital 11 (H11)	6	1
SU	PR	Hospital 12 (H12)	5	4
	RS	Hospital 13 (H13)	2	1
	RS	Hospital 14 (H14)	4	2
Total		14	46	25

Considerando-se que em três dos hospitais apresentados na Tabela 1 (H2, H7 e H10) nenhum psicólogo(a) respondeu integralmente ao questionário, a amostra institucional desta pesquisa foi constituída por 11 hospitais universitários públicos federais, sendo 10 hospitais gerais e apenas 1 especializado, representados por 25 psicólogos(as) pediátricos. A Tabela 2 apresenta os hospitais que constituíram a amostra da pesquisa, com os respectivos psicólogos(as) pediátricos que os representaram, bem com a sua distribuição no território brasileiro (no que concerne ao estado e região a que pertencem). Os hospitais foram identificados pela letra “H” seguida por números e os psicólogos pela sigla “PSI” seguida pelo número do hospital a que pertenciam e uma letra do alfabeto ocidental.

**TABELA 2** – Amostra da pesquisa

Região	UF	Hospitais Universitários	Psicólogos Participantes
NO	AM	Hospital 1 (H1)	PSI 1A PSI 1B PSI 1C
	PA	Hospital 3 (H3)	PSI 3D PSI 3E PSI 3F
NE	MA	Hospital 4 (H4)	PSI 4G PSI 4H PSI 4I PSI 4J
	SE	Hospital 5 (H5)	PSI 5K
CO	GO	Hospital 6 (H6)	PSI 6L PSI 6M
SE	MG	Hospital 8 (H8)	PSI 8N PSI 8O
	MG	Hospital 9 (H9)	PSI 9P PSI 9Q
	RJ	Hospital 11 (H11)	PSI 11R
SU	PR	Hospital 12 (H12)	PSI 12S PSI 12T PSI 12U PSI 12V
	RS	Hospital 13 (H13)	PSI 13W
	RS	Hospital 14 (H14)	PSI 14X PSI 14Y

## 4.2 – Instrumentos

Para efetuar a coleta de dados da pesquisa, foi desenvolvido um questionário auto-aplicável e específico acerca da atuação do psicólogo em unidades pediátricas de hospitais públicos de ensino (Anexo A), que era composto por 29 questões divididas em três partes:

- (a) Parte I – Caracterização dos psicólogos que atuam na unidade pediátrica (10 questões - n° 1 a 10);
- (b) Parte II – Caracterização do trabalho na unidade pediátrica (4 questões - n° 11 a 14);
- (c) Parte III – Programas de preparação psicológica infantil para tratamento de saúde (15 questões - n° 15 a 29).

Do total de questões, 27 eram fechadas e duas abertas. As questões fechadas possuíam diferentes configurações, ora permitindo a marcação de apenas uma resposta, ora permitindo a marcação de múltiplas respostas. Nas questões que permitiam a marcação de múltiplas alternativas, o profissional poderia assinalar todas aquelas que se aplicavam à sua realidade. Em 14 questões fechadas, havia uma opção aberta denominada “outro(a)(s)”, para que o profissional pudesse descrever sua resposta, caso ela não tivesse sido contemplada nas alternativas anteriores. Entre as questões abertas, uma se referia especificamente à Parte III, e a outra, de caráter geral, encerrava o instrumento e se referia a informações adicionais que fossem consideradas relevantes pelo participante. Ressalta-se que estas informações sobre o questionário eram disponibilizadas aos participantes na página inicial de apresentação do instrumento.

Na Parte I, questões gerais sobre o próprio psicólogo(a) participante da pesquisa foram contempladas, para caracterização demográfica da amostra de respondentes. Esta caracterização referia-se à: idade, sexo, nível de formação, tempo de atuação na área

pediátrica, vínculo empregatício com o hospital, cargo/função desempenhada, local/unidade de atuação, carga horária semanal e abordagem teórico-filosófica de base.

Na Parte II, foram investigadas especificidades do serviço desenvolvido pelo psicólogo participante da pesquisa, ou seja, as atividades realizadas e seu público alvo, e as técnicas e recursos utilizados, bem como sua frequência de uso.

A Parte III se iniciava com a conceituação adotada na pesquisa acerca das ações de preparação psicológica e investigava, entre outros aspectos, se o profissional desenvolvia atividades desta natureza. Caso a resposta fosse positiva, o profissional deveria responder sobre como tais atividades eram estruturadas e efetuadas, quais técnicas e recursos eram utilizados, o público alvo a ser recebido, a média de atendimentos mensais e os mecanismos de avaliação dos resultados.

A fim de facilitar o acesso dos psicólogos e aumentar a taxa de retorno da pesquisa, o questionário impresso foi convertido, por um profissional especializado, em um sistema eletrônico programado em linguagem *Active Server Pages (ASP)*, registrado e hospedado no domínio público <http://www.psicologiapediatrica.com.br/>, que foi criado especificamente para o desenvolvimento desta pesquisa. No Anexo B são apresentadas as telas do *software* com as respectivas explicações de seus elementos.

Segundo Omote, Prado e Carrara (2005), questionários em versão eletrônica são vantajosos tanto para os participantes quanto para os pesquisadores. Para os primeiros, as vantagens referem-se à rapidez e facilidade de leitura e resposta do instrumento, bem como a atratividade propiciada pela interatividade. Já para os pesquisadores, as vantagens referem-se à confiabilidade dos dados coletados e a maior organização e agilidade na apuração destes, isso porque, quando programados previamente e de forma adequada, questionários em versão eletrônica reduzem consideravelmente os erros de preenchimento

incorreto (reduzindo, conseqüentemente, a perda amostral) e eliminam os erros de tabulação dos dados.

Apesar de existirem poucas pesquisas na área, estas apontam que os dados obtidos através do uso deste tipo de tecnologia são comparáveis aos obtidos pelos métodos convencionais (Cozby, 2006), de forma tal que se observa que a utilização deste método tem se expandido consideravelmente nos dias atuais.

### **4.3 – Procedimentos**

A realização desta pesquisa seguiu as normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidas pela Resolução 196/96 (Brasil, 1996), sendo, portanto: (a) submetida à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (FS/UnB), o qual emitiu parecer favorável à sua execução (Anexo C), registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 0043.0.012.000-07); e (b) efetuada com a autorização dos seus participantes, expressa através do aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo D).

Os procedimentos metodológicos adotados na execução desta pesquisa foram desenvolvidos em cinco fases, as quais se encontram descritas, resumidamente, no Quadro 1.

**QUADRO 1** – Descrição sumária dos procedimentos da pesquisa

Fase	Procedimentos	Fontes de Dados	Produtos de cada Fase
I	Revisão bibliográfica na área de psicologia pediátrica, com foco na produção nacional no período de 2000 a 2008	Periódicos de Psicologia Qualis A e Qualis B Nacional – disponíveis no Portal Capes e SciElo	Banco de dados da produção científica nacional na área de psicologia e, especificamente, de psicologia pediátrica (BPCPP)
II	Elaboração, testagem e conversão para versão eletrônica do questionário da pesquisa	Questionários de pesquisas eletrônicas em psicologia (elaboração), 03 psicólogas pediátricas (testagem) e 01 especialista em programação de sistemas (conversão)	<i>Homepage</i> com versão eletrônica do questionário da pesquisa
III	Identificação dos hospitais de ensino brasileiros e seleção da amostra	Sites: CNES, SIHUF, ABRAHUE, HES	Banco de dados dos hospitais de ensino brasileiros e seus respectivos psicólogos pediátricos (BHE)
IV	Contato (eletrônico e telefônico) com os HUs públicos federais e coleta de dados com seus psicólogos pediátricos	Direção dos HUs públicos federais (contato) e os psicólogos pediátricos neles atuantes (coleta de dados)	Banco de dados sobre a atuação dos psicólogos pediátricos em HUs públicos federais brasileiros (BAPP)
V	Análise dos resultados	BPCPP e BAPP	Delineamento da condição de desenvolvimento da psicologia pediátrica nos HUs públicos federais brasileiros

A seguir, descrevem-se detalhadamente cada uma das fases da pesquisa.

#### 4.3.1 – Fase I: Revisão bibliográfica

Primeiramente, foram realizadas buscas gerais com palavras-chave em bases de dados nacionais e internacionais disponíveis no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e no *Scientific Electronic Library*

*Online* (SciELO). As palavras-chave utilizadas foram combinadas de diferentes formas a fim de explorar várias possibilidades, e referiam-se à temática em questão, tais como: “psicologia pediátrica”, “criança hospitalizada”, “preparação psicológica”, “tratamento de saúde”, “intervenção psicológica”, entre outras.

A fim de aprofundar a pesquisa no âmbito nacional, todas as revistas brasileiras de psicologia classificadas pelo Sistema QUALIS<sup>1</sup> como “A” ou “B” nacional e disponíveis no Portal de Periódicos da CAPES tiveram os seus sumários do período de 2000 a 2008 analisados. A partir da análise do título, e quando necessário, do resumo do artigo, foram identificadas as publicações referentes à área da psicologia pediátrica, as quais foram organizadas e armazenadas em um banco de dados da produção científica nacional em psicologia pediátrica (BPCPP), criado especialmente para este trabalho.

Estes dados subsidiaram análises gerais sobre o panorama de publicação na área de psicologia pediátrica no Brasil no que se refere ao número de publicações anuais e aos periódicos mais receptivos a esta temática. Apenas as publicações pertinentes ao tema desta pesquisa foram analisadas pormenorizadamente a fim de subsidiarem a construção do referencial teórico.

#### **4.3.2 – Fase II: Elaboração do instrumento**

O questionário desta pesquisa foi construído com base em pesquisas eletrônicas sobre a atuação do psicólogo, tais como a pesquisa “Quem é o psicólogo brasileiro?” – hospedada na *homepage*: <http://www.psicologobrasileiro.ufba.br/abertura.asp>, e as pesquisas sobre a atuação específica do psicólogo em determinadas áreas, desenvolvidas pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) e

---

<sup>1</sup> O Sistema Qualis refere-se à classificação de periódicos, anais, revistas e jornais de divulgação da produção intelectual de programas de pós-graduação. As categorias A, B ou C são indicativas da qualidade do veículo de divulgação, enquanto as categorias local, nacional e internacional são indicativas do âmbito de circulação dos mesmos (Brasil, 2008).

hospedadas no *site* do Conselho Federal de Psicologia (CFP) – <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/>. A construção do referido instrumento também foi subsidiada pela revisão bibliográfica descrita anteriormente no tocante às características e especificidades da prática do psicólogo pediátrico.

O questionário construído foi submetido à testagem e apreciação de três profissionais de psicologia que atuavam na área da psicologia da saúde/psicologia pediátrica, no Distrito Federal, em instituições semelhantes àquelas que iriam compor a amostra da pesquisa, a fim de verificar possíveis dificuldades de compreensão das questões, amplitude dos temas abordados e das alternativas de respostas disponibilizadas, tempo médio de preenchimento e sugestões adicionais destas profissionais.

Após a testagem do instrumento, foram feitas as adaptações necessárias e, em seguida, foi contratado um profissional especializado para converter o questionário impresso em versão eletrônica, conforme especificações descritas na seção de instrumentos.

Após o registro do domínio público <http://www.psicologiapediatrica.com.br/> e a hospedagem do *software* nele, foram realizados vários testes no sistema, a fim de aperfeiçoar os mecanismos de funcionamento e controle do instrumento e consequente redução dos erros de resposta.

#### **4.3.3 – Fase III: Identificação e seleção da amostra**

A identificação dos hospitais de ensino brasileiros foi efetuada a partir de consultas à internet em diferentes *sites*. Primeiramente, conferiu-se a lista de hospitais de ensino de acordo com o Ministério da Saúde (MS), disponível no sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) – <http://cnes.datasus.gov.br/>. Neste sistema foram verificadas, ainda, as informações sobre a esfera administrativa de cada hospital (pública

ou privada), a gestão (municipal, estadual e/ou federal) e o tipo de unidade (geral ou especializada). Em seguida, foi checada a lista de hospitais universitários vinculados às IFES disponível no site do Ministério da Educação (MEC) através do Sistema de Informações dos Hospitais Universitários (SIHUF) – <http://portal.mec.gov.br/sesu/>. Por fim, consultou-se a lista da Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), disponível no *site* <http://www.abrahue.org.br/>.

Tendo em vista a existência de diversos pontos de divergência entre os dados obtidos a partir destas três fontes de informação, no que se refere a quais hospitais são considerados de ensino, bem como o caráter dinâmico deste tipo de certificação e a dificuldade de acesso a dados oficiais diretos dos órgãos públicos, optou-se por confrontar os dados obtidos, de forma a considerar todos os hospitais citados e eliminar as possíveis repetições.

Para a construção do banco de dados do universo desta pesquisa (BHE), no qual constava o nome do hospital e seu diretor, instituição a qual o hospital era vinculado, endereço, telefone e e-mail para contato, foi necessário consultar, ainda, os *sites* de vários hospitais, visto que os dados necessários ou não estavam disponíveis nos sistemas acessados ou encontravam-se desatualizados. É importante ressaltar que muitos hospitais não possuíam *site*, o que impossibilitou e/ou dificultou o acesso a eles.

Conforme exposto anteriormente, a dificuldade de acesso às informações sobre todos os hospitais públicos de ensino brasileiro, e, conseqüentemente, a dificuldade de identificação e acesso aos psicólogos pediátricos neles atuantes, implicaram na necessidade de refinamento dos critérios de seleção da amostra da pesquisa, restringindo a mesma aos hospitais universitários públicos federais.

#### **4.3.4 – Fase IV: Coleta de dados**

A coleta de dados da pesquisa teve duração de seis meses, tendo ocorrido no período de abril a outubro de 2008. Foi iniciada através do contato com a direção dos hospitais, via e-mail padronizado (Anexo E), no qual eram dadas informações gerais e objetivas acerca da pesquisa e solicitadas informações sobre os(as) psicólogos(as) atuantes no hospital (nome completo, telefone e e-mail para contato, área de atuação e o nome do responsável pela Psicologia no hospital, caso existisse). Cada hospital foi contatado, no máximo, três vezes via e-mail. Caso não fosse obtida qualquer resposta da direção a partir destas tentativas, a via de contato era modificada, utilizando-se, então, o meio telefônico.

As ligações telefônicas foram efetuadas sem restrição de número de tentativas, em virtude da possibilidade de a linha estar ocupada ou de o atendente não deter as informações necessárias e/ou indicar outros ramais da instituição. O contato telefônico não foi restrito à direção do hospital, sendo também efetuado com diversos setores em que havia possibilidade de acesso às informações, especialmente nas unidades pediátricas dos hospitais.

De posse das informações e contatos dos(as) psicólogos(as) atuantes na área pediátrica dos hospitais que compunham a amostra da pesquisa, foram efetuados os cadastros dos usuários e suas respectivas senhas no sistema eletrônico do questionário. Utilizou-se como usuário o nome do psicólogo(a) e seu último sobrenome, e como senha o último sobrenome (ex: Psicóloga – Fernanda Nascimento Pereira Doca; Usuário: fernandadoca; Senha: doca).

Cada psicólogo(a) foi contatado individualmente, através de e-mail padronizado (Anexo F), no qual eram apresentadas as informações gerais sobre a pesquisa, as instruções para participação e o usuário/senha de acesso.

O e-mail inicial com o convite e as instruções para pesquisa era enviado a cada psicólogo(a), no máximo, três vezes. Não obtendo resposta, as tentativas seguintes eram efetuadas pela via telefônica. Nos casos em que os e-mails enviados retornavam, os(as) psicólogos(as) eram contatados por telefone a fim de confirmar o endereço eletrônico e reenviar o convite da pesquisa.

Aos(às) psicólogos(as) que iniciavam o preenchimento do questionário, mas não o finalizavam no primeiro acesso, eram enviados até dois lembretes (Anexo G) sobre a não finalização do questionário e a importância de sua participação. Caso não respondessem ao questionário e/ou aos contatos efetuados, após o número de tentativas estabelecidos no delineamento metodológico, estes profissionais eram excluídos da pesquisa.

Os(as) psicólogos(as) que finalizavam o preenchimento do questionário visualizavam, de imediato, uma breve mensagem de agradecimento pela participação na pesquisa, a qual também solicitava a divulgação da mesma para os outros psicólogos pediátricos do hospital. O texto da mensagem era: *“Muito obrigado pela sua colaboração! Pedimos que se houver outro(a)(s) psicólogo(a)(s) que atue(m) na pediatria do seu hospital, solicite que entre em contato conosco para que também responda(m) a este questionário. Fernanda Nascimento Pereira Doca (61) 8188-1312 / (61) 3340-5051 / fernandadoca@unb.br”*.

Após a finalização do questionário, os dados obtidos eram tabulados automaticamente pelo sistema e armazenados sob o formato do Microsoft Access – Versão 2003, sendo que poderiam ser salvos ou impressos, a qualquer momento, em versão Microsoft Word 2003 (dados individuais) ou Microsoft Excel (dados coletivos), dando origem ao banco de dados sobre a atuação dos psicólogos pediátricos em hospitais universitários públicos federais brasileiros (BAPP).

O procedimento ora descrito foi estabelecido como padrão para a pesquisa. Entretanto, enfrentou-se grande dificuldade de identificação dos psicólogos pediátricos via contato eletrônico e/ou telefônico com o hospital. Desta forma, objetivando atingir o maior número de participantes, optou-se pela utilização de uma estratégia alternativa de divulgação da pesquisa e acesso aos(as) psicólogos(as) pediátricos, a qual foi efetuada a partir de contatos pessoais realizados em congressos e eventos científicos.

A partir desta estratégia, o(a) psicólogo(a) poderia solicitar pessoalmente seu cadastro na pesquisa informando os seus dados pessoais, ou, ainda, poderia cadastrar-se diretamente na *homepage* da pesquisa, tendo que aguardar a aprovação e liberação do acesso ao sistema, procedimentos estes efetuados pela autora. Após o cadastro e/ou liberação, os procedimentos adotados seguiam o padrão estabelecido para a pesquisa e descritos anteriormente.

A Figura 3 apresenta o fluxograma de coleta de dados da pesquisa.

Sobre a fase de coleta de dados, faz-se necessário destacar ainda que, no ato do convite para participação na pesquisa, foi disponibilizada aos participantes a possibilidade de responder o questionário via correio convencional ou eletrônico (e-mail), caso preferissem. Entretanto, nenhum dos participantes optou por estas vias de resposta, motivo pelo qual não foram incluídas na descrição e/ou no fluxograma de coleta de dados.

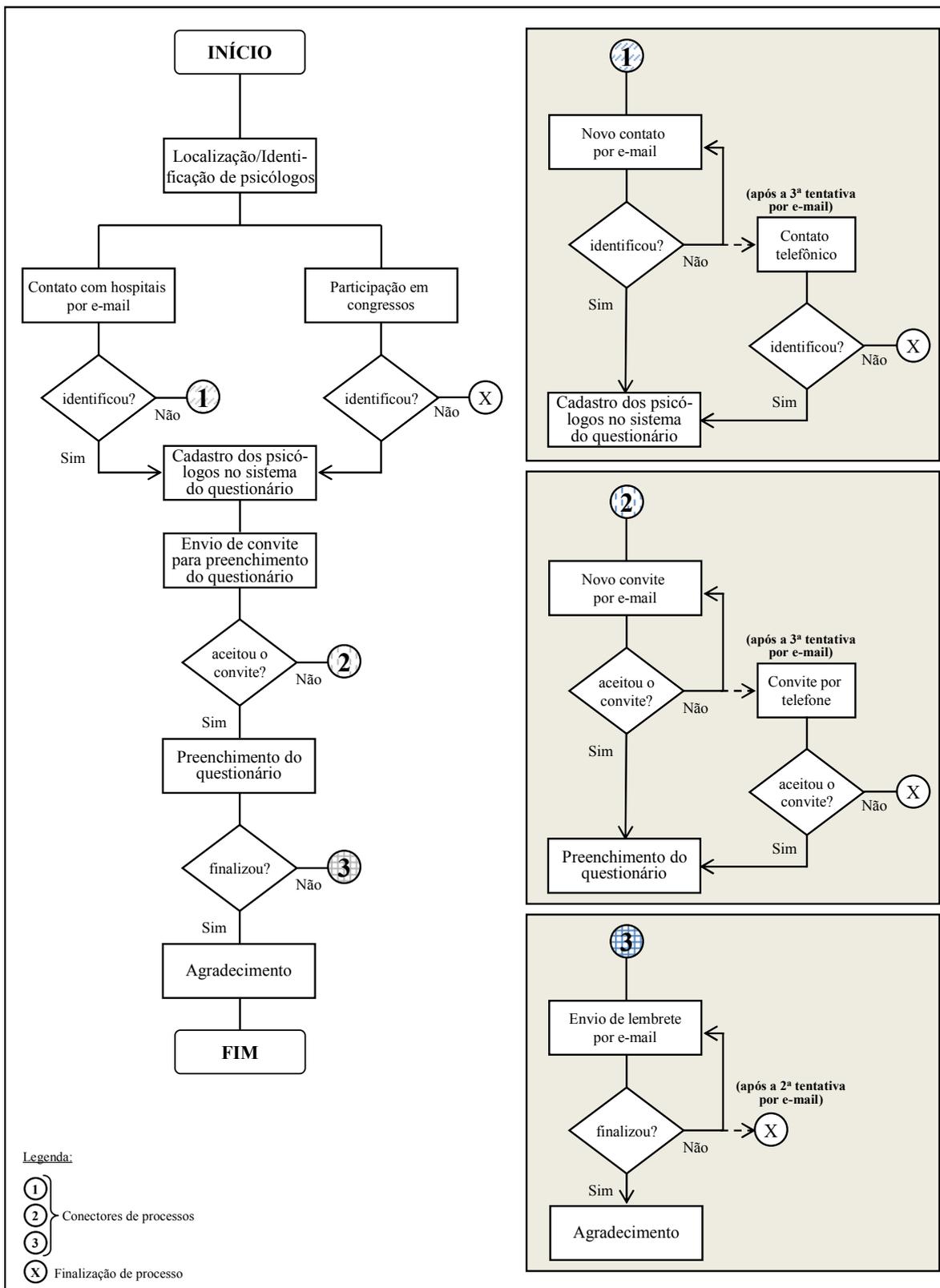


FIGURA 3 – Fluxograma de coleta de dados

#### 4.3.5 – Fase V: Análise dos dados

Para analisar as publicações concernentes à área da psicologia pediátrica, utilizou-se de análise qualitativa por meio de uma categorização funcional dos títulos das publicações de acordo com o tema principal e a etapa de desenvolvimento (infância e/ou adolescência) a que se referia.

Para analisar os dados obtidos a partir do mapeamento dos psicólogos pediátricos, utilizou-se de procedimento de estatística descritiva, com distribuição de frequência.

Para analisar os dados obtidos através do questionário, foram utilizadas técnicas diferenciadas, de acordo com o tipo de variável considerada nas questões. As questões com variáveis nominais foram analisadas por meio de procedimentos de estatística descritiva, com distribuição de frequência. As questões e/ou itens abertos (descritivos) do questionário foram analisadas por meio da categorização funcional de respostas (organizadas conforme os temas abordados pelos respondentes). As questões que envolviam múltiplas variáveis ordinais, ou seja, aquelas que investigavam a utilização de diversas técnicas e recursos por parte dos psicólogos (questões 13, 14 e 27), foram analisadas a partir de análise de agrupamentos.

A análise de agrupamentos (também denominada análise de *cluster*, análise de classificação, análise Q etc.) é um método da estatística multivariada que, segundo Hair, Anderson, Tatham e Black (2005), é pertinente em casos onde se pretende encontrar grupos de casos (objetos ou indivíduos) homogêneos entre si, e ao mesmo tempo, heterogêneos com relação aos casos pertencentes aos demais grupos (maximizar a homogeneidade interna e simultaneamente a heterogeneidade externa). É aplicável em situações nas quais “o pesquisador está procurando uma estrutura ‘natural’ entre as observações com base em um perfil multivariado” (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005, p.379). É, portanto, um método de interdependência, ou seja, não define relações de

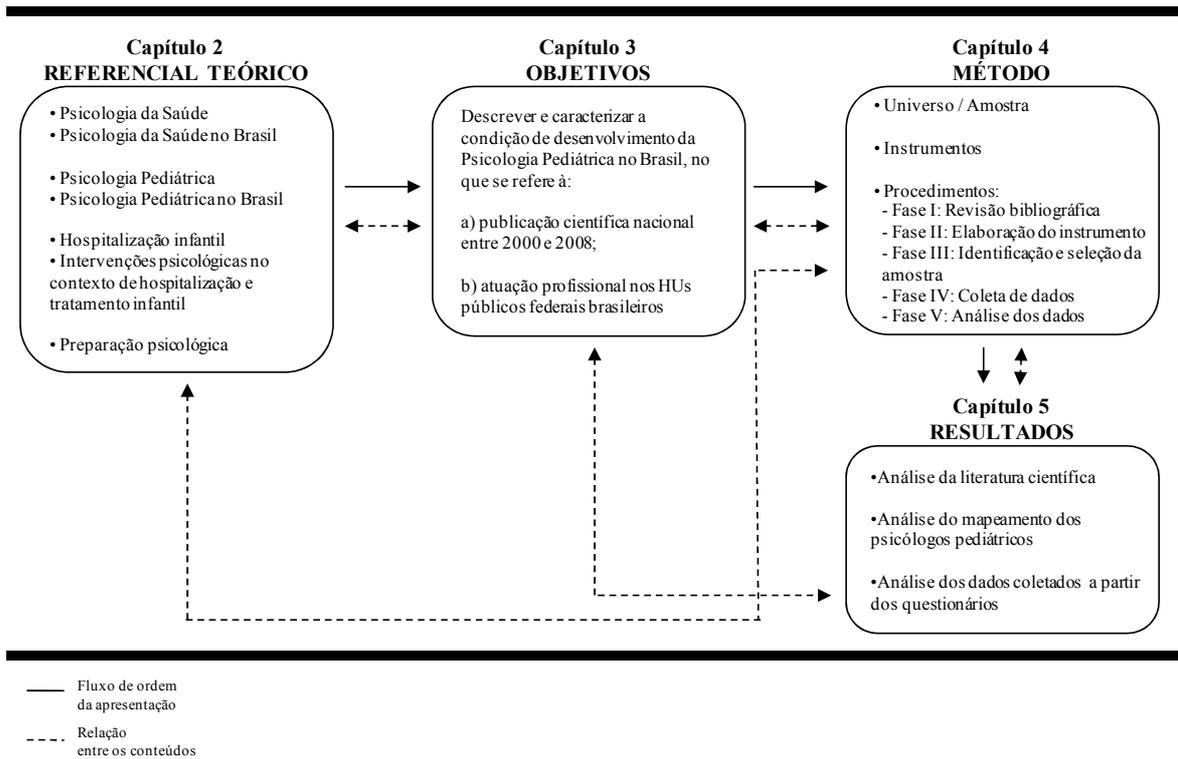
causa e efeito entre variáveis e também não utiliza a definição de variável dependente e independente em sua análise. Sua ênfase é a definição da estrutura dos dados e a avaliação de sua interdependência, sem analisar a natureza de suas relações de dependência. O método é descritivo e não inferencial e, por isso, é adotado principalmente como uma técnica exploratória.

Devido à finalidade exploratória deste trabalho, a análise de agrupamento se mostrou adequada para resumir dados e identificar grupos de psicólogos que utilizavam técnicas e recursos com nível de frequências mais similares (vide Anexo A – questões 13, 14 e 27 do questionário).

Neste trabalho, a análise de agrupamento foi realizada pelo *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows*, versão 13. Utilizou-se o método *hierarchical cluster*, em que as comparações das variáveis são feitas par a par. A técnica de agrupamento (clusterização) utilizada foi a *ward's method*. Nesta técnica, as distâncias entre os *clusters* são medidas através da soma dos quadrados entre dois *clusters* somados para cada variável. A *square euclidean distance* foi utilizada como medida de distância dos agrupamentos.

A Figura 4 apresenta a conexão entre os procedimentos metodológicos de coleta e análise dos dados do estudo e os resultados obtidos a partir dos mesmos, os quais são apresentados no próximo capítulo.

**Capítulo 1  
INTRODUÇÃO**



**FIGURA 4 – Mapa estrutural da dissertação (Parte II)**

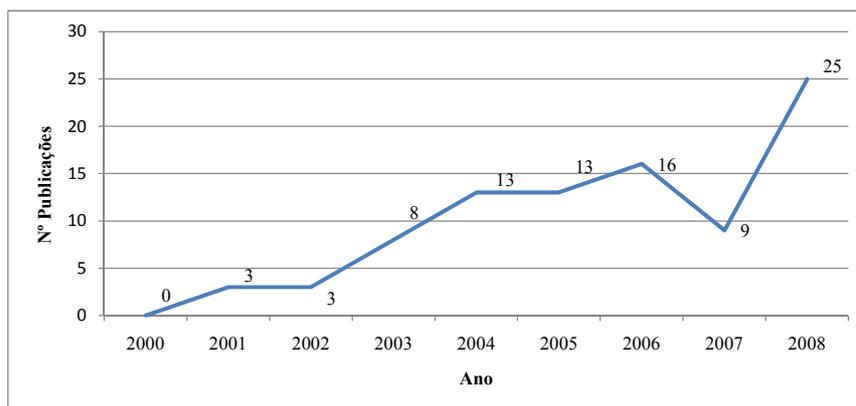
## CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

Os resultados obtidos nesta pesquisa foram organizados em três tópicos. O primeiro refere-se aos resultados obtidos a partir da revisão sistemática da literatura científica brasileira entre os anos de 2000 a 2008, publicada nos periódicos de psicologia Qualis “A” e “B”, indexados nas bases eletrônicas disponíveis no portal CAPES de periódicos. O segundo tópico refere-se ao mapeamento dos psicólogos pediátricos atuantes nos hospitais universitários públicos federais brasileiros. O último tópico refere-se aos resultados obtidos a partir do questionário eletrônico preenchido pelos psicólogos pediátricos destes hospitais.

### **5.1 – Análise da literatura científica**

Na revisão sistemática dos periódicos de psicologia classificados como Qualis “A” e “B” nacional, foram encontradas 90 publicações com temas de interesse à psicologia pediátrica, sendo 79 em periódicos “A” nacional e 11 em periódicos “B” nacional (Anexo H).

Estas publicações encontram-se distribuídas entre os seguintes anos: três publicações em 2001 e 2002 (cada); oito publicações em 2003; 13 em 2004 e 2005 (cada); 16 publicações em 2006; nove em 2007 e 25 publicações em 2008. A Figura 5 apresenta esta distribuição.



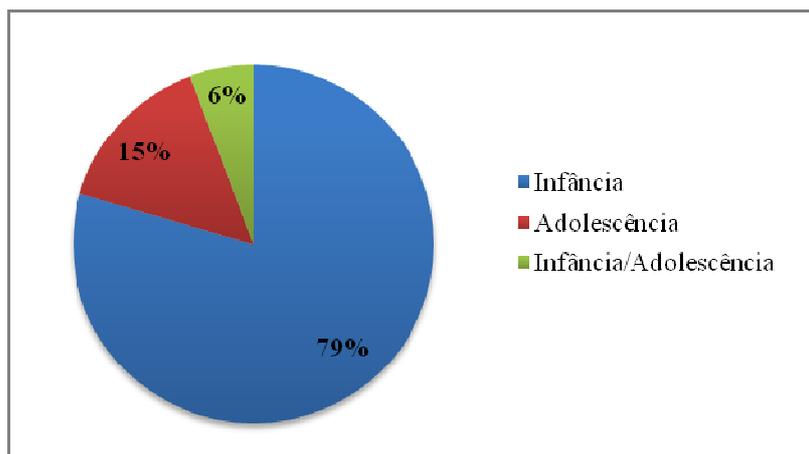
**FIGURA 5** – Publicações com temas de interesse da psicologia pediátrica por ano

Os periódicos que mais publicaram temas de interesse à psicologia pediátrica no período de 2000 a 2008 foram: Estudos de Psicologia (Campinas), com 16 publicações; Estudos de Psicologia (Natal), com 12 publicações; Psicologia, Ciência e Profissão, com 10; e Psico (USF), com nove publicações. Estes quatro periódicos foram responsáveis por 52% da produção científica na área de psicologia pediátrica. A Tabela 3 apresenta a distribuição das publicações com temas de interesse da psicologia pediátrica por periódico científico.

**TABELA 3** – Publicações de interesse da psicologia pediátrica por periódico científico no período de 2000-2008

Periódico	Nº de Publicações
Estudos de Psicologia (Campinas)	16
Estudos de Psicologia (Natal)	12
Psicologia, Ciência e Profissão	10
Psico (USF)	9
Aletheia (ULBRA)	7
Psicologia, Teoria e Prática	6
Boletim de Psicologia	3
Paidéia	3
Psicologia Argumento	3
Revista Mal Estar e Subjetividade	3
Arquivos Brasileiros de Psicologia	2
Avaliação Psicológica	2
Interação	2
Psic	2
Psicologia em Revista	2
Estilos da Clínica	1
Estudos e Pesquisa em Psicologia (UERJ)	1
Psicologia e Sociedade	1
Psicologia Escolar e Educacional	1
Psyche	1
Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva	1
Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental	1
Vínculo	1
<b>Total</b>	<b>90</b>

Dentre as publicações selecionadas, 70 referiam-se à infância, 13 à adolescência e cinco à infância/adolescência. A Figura 6 apresenta a distribuição das publicações por etapa do desenvolvimento a que se referiam.



**FIGURA 6** – Distribuição das publicações por etapa do desenvolvimento

Os temas de interesse da psicologia pediátrica mais abordados nas publicações selecionadas eram referentes à: doença crônica (12 publicações), transtornos mentais (11), hospitalização (8), enfrentamento (6), morte (5), preparação psicológica e odontopediatria (4 publicações cada). Entre os demais temas, menos citados, encontram-se: dor, qualidade de vida, psicoterapia, relação família-paciente, risco, surdez (1 publicação cada), entre outros. A Tabela 4 apresenta a distribuição das publicações selecionadas quanto ao tema e etapa do desenvolvimento a que se referiam.

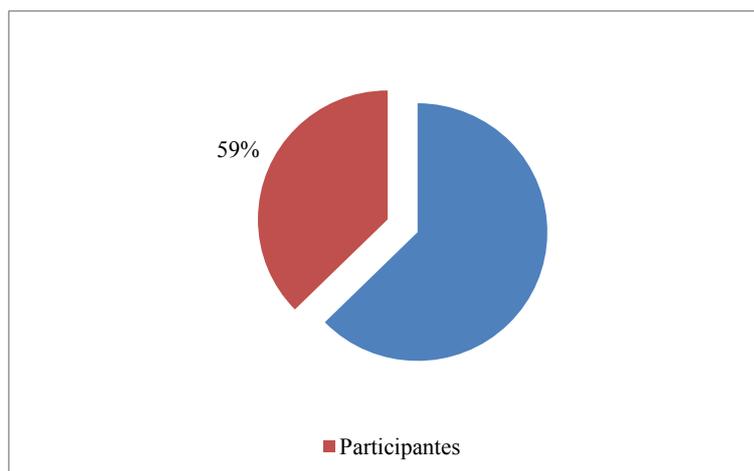
**TABELA 4** – Distribuição das publicações por tema e etapa do desenvolvimento

Alvo	Categorias Temáticas	N
Infância	Doença crônica	10
	Transtornos mentais	7
	Hospitalização	6
	Enfrentamento	5
	Morte	4
	Odontopediatria	4
	Preparação psicológica	4
	Reabilitação	3
	Rede de apoio	3
	Adoecimento	2
	Avaliação neuropsicológica	2
	Avaliação psicológica	2
	Brincar	2
	Queixa escolar	2
	Relação profissional-família	2
	Relação profissional-paciente	2
	Saúde e desenvolvimento	2
	Sono	2
	Dor	1
	Psicoterapia	1
Qualidade de vida	1	
Relação família-paciente	1	
Risco	1	
Surdez	1	
Adolescência	Transtornos mentais	4
	Doença crônica	2
	Gravidez	2
	Avaliação psicológica	1
	Drogadição	1
	Enfrentamento	1
	Morte	1
	Relação profissional-paciente	1
I/A <sup>a</sup>	Doença crônica	3
	Hospitalização	2
	Classe hospitalar	1
	Psicologia pediátrica - Revisão de literatura	1
	Total	90

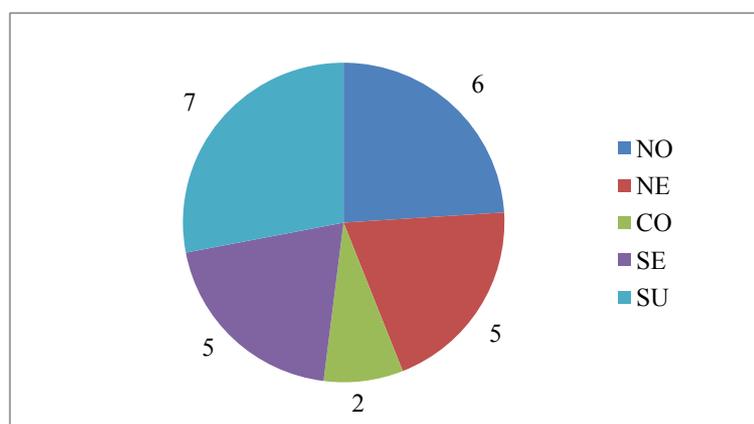
<sup>a</sup>= Infância/Adolescência. <sup>b</sup>= sem alvo específico

## 5.2 – Análise do mapeamento dos psicólogos pediátricos

No mapeamento dos profissionais atuantes em contextos médico-hospitalares de cuidados e atenção à saúde da criança e do adolescente foram identificados 51 psicólogos(as) pediátricos em 14 HUs públicos federais brasileiros. Deste total, participaram efetivamente da pesquisa 25 profissionais de 11 hospitais diferentes, sendo que, em sete destes hospitais obteve-se a participação de mais de um(a) psicólogo(a) (vide Tabela 2, no capítulo anterior). A média geral do número de psicólogos(as) pediátricos(as) atuantes nos hospitais participantes da pesquisa foi de 3,8 profissionais por instituição (desvio padrão = 2,1 psicólogos), sendo que o maior e o menor número de profissionais por hospital foi de oito e um, respectivamente (mínimo – máximo = 1 – 8). Estes dois extremos encontram-se situados na mesma região, o nordeste do país. Em uma análise regional, observa-se que o sudeste e sul do país concentram o maior número de profissionais (11 em cada região), e a região centro-oeste possui o menor número (2). Entretanto, quando verificadas as médias de profissionais por instituição, as regiões norte e nordeste apresentam médias mais altas (4,5 profissionais por instituição), tendo em vista o menor número de hospitais com atendimento especializado em psicologia pediátrica disponíveis nestas regiões. As Figuras 7 e 8 apresentam a proporção de psicólogos identificados que participaram da pesquisa e a distribuição destes entre as cinco regiões brasileiras, respectivamente.



**FIGURA 7** – Proporção de psicólogos identificados participantes da pesquisa



**FIGURA 8** – Distribuição dos psicólogos participantes da pesquisa nas regiões brasileiras

### 5.3 – Análise dos dados obtidos a partir dos questionários

Como já exposto, na aplicação do questionário eletrônico, obteve-se a participação de 25 psicólogos pediátricos atuantes em HUs públicos federais brasileiros. Os resultados obtidos a partir deste instrumento foram organizados em três sub-tópicos, correspondentes às partes do instrumento utilizado, sendo elas: (a) caracterização dos psicólogos pediátricos dos HUs públicos federais; (b) caracterização dos serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais; e (c) caracterização das intervenções de preparação psicológica infantil para tratamento de doenças executadas nos serviços de psicologia pediátrica dos

HUs públicos federais. No Anexo I, encontram-se as análises descritivas dos dados da pesquisa.

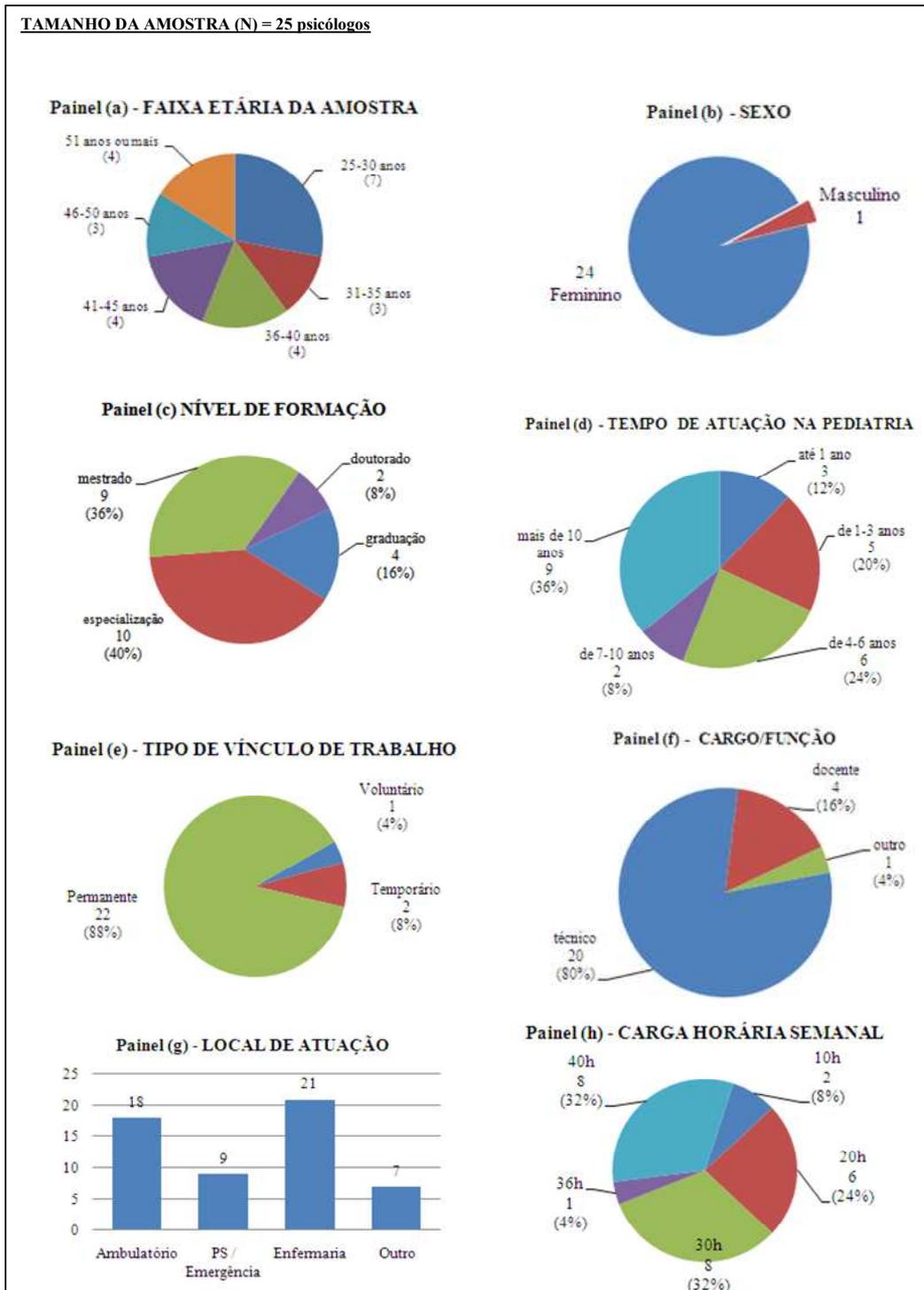
### **5.3.1 – Caracterização dos psicólogos pediátricos dos HUs públicos federais**

A caracterização dos psicólogos pediátricos participantes deste estudo foi efetuada baseando-se nos seguintes itens: idade, sexo, nível de formação, tempo de atuação na área pediátrica, vínculo empregatício com o hospital, cargo/função desempenhada, local/unidade de atuação, carga horária semanal de trabalho e abordagem teórico-filosófica de base. A Figura 9 apresenta um resumo destas características.

Conforme observado, houve grande variabilidade na idade dos(as) psicólogos(as), sendo a faixa de variação de 25 a 53 anos (média de idade = 38,8 anos; desvio padrão = 8,9 anos; coeficiente de variação = 23%). Dos 25 respondentes, sete tinham até 30 anos e 14 (56% da amostra) tinham até 40 anos. Por outro lado, quanto ao sexo, verificou-se grande homogeneidade, sendo que dos 25 respondentes, 24 eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino.

No tocante à formação dos profissionais, quatro eram apenas graduados. Os demais, com alguma formação em pós-graduação, tinham a seguinte caracterização: 10 com especialização, nove com mestrado e dois com doutorado. Na época de coleta de dados, 10 profissionais estavam com cursos em andamento, sendo dois em especialização, cinco em cursos de mestrado e três cursando doutorado.

Sobre o tempo de atuação na área pediátrica, do grupo pesquisado, 17 psicólogos(as) (68%) atuavam na área há, pelo menos, quatro anos e, destes, nove tinham mais de 10 anos de atuação no setor de cuidados à criança.



**FIGURA 9** – Caracterização dos(as) psicólogos(as) pediátricos(as) participantes da pesquisa

No que se refere às modalidades de vínculo empregatício dos(as) psicólogos(as) pesquisados, 22 afirmaram ter contrato de trabalho por tempo indeterminado com o hospital (regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) ou pelo Regime Jurídico Único (RJU)), dois psicólogos(as) tinham contratos temporários e um profissional prestava serviço de forma voluntária. Com relação ao cargo/função desempenhado, a maior parte dos pesquisados (20) ocupava cargos técnicos (psicólogo(a)). Entre os demais, quatro eram docentes e um respondente se enquadrava na categoria “outro” por prestar serviços na condição de voluntário.

Considerando o local/unidade de atuação, pode-se observar que apenas três psicólogos(as) atuavam em um único local do hospital, sendo que os demais atuavam em, pelo menos, dois setores diferentes. Em termos de distribuição, os(as) psicólogos(as) atuavam nos seguintes setores: 21 em enfermaria, 18 em ambulatório, nove em Pronto Socorro e/ou Emergência e sete em outros locais do hospital (quatro em UTI pediátrica e/ou neonatal, um(a) psicólogo(a) em otorrinolaringologia, um no bloco cirúrgico e um em escolas e creches conveniadas ao hospital). Entre os que atuavam em apenas um local do hospital, um respondente desenvolvia atividades na enfermaria, um na UTI pediátrica e neonatal e um na otorrinolaringologia. Os profissionais que atuavam em, pelo menos, dois setores diferentes, estavam assim distribuídos: (a) 18 em enfermaria e ambulatório (sendo que dois destes atuavam também em outros locais, um no bloco cirúrgico e um(a) psicólogo(a) atuava em escolas e creches conveniadas ao hospital, respectivamente); (b) sete em enfermaria e emergência; (c) oito em ambulatório e emergência; e (d) seis em enfermaria, ambulatório e emergência.

A partir da análise de frequência, depreende-se que 17 participantes dedicavam, no mínimo, 30 horas semanais de trabalho à unidade pediátrica (oito trabalhavam 40 horas; um trabalhava 36 horas e oito trabalhavam 30 horas). Os demais profissionais trabalhavam

20 horas (seis participantes) e 10 horas (dois participantes) semanais. Ressalta-se que o profissional que prestava serviço de forma voluntária dedicava 20 horas semanais às atividades nas unidades pediátricas em que atuava.

No que concerne à abordagem teórico-filosófica de fundamentação do trabalho dos(as) psicólogos(as), verificou-se que 19 respondentes referiram apenas uma abordagem, cinco referiram duas 2 abordagens e um referiu a utilização de seis abordagens. As abordagens mais referidas foram: psicanalítica (10); comportamental (3); humanista (2); e existencialista (2). As demais abordagens e/ou suas combinações foram referidas uma vez cada uma. A Tabela 5 apresenta a abordagem teórico-filosófica de fundamentação dos(as) psicólogos(as) participantes da pesquisa, incluindo a explicitação das abordagens cujos participantes afirmaram adotar mais de uma.

**TABELA 5** – Abordagem teórico-filosófica dos(as) psicólogos(as) pediátricos(as)

Abordagem teórico-filosófica	Frequência absoluta
Abordagem de base psicanalítica	10
Abordagem de base comportamental	3
Abordagem de base humanista	2
Abordagem de base existencialista	2
Abordagem de base cognitivista	0
Abordagem de base sócio-histórica	1
Abordagem de base psicodramática	0
Abordagem de base analítica	0
Outra(s): Análise Transicional	1
Abordagem de base cognitivista /comportamental	1
Abordagem de base psicanalítica /existencialista	1
Abordagem de base psicanalítica /cognitivista	1
Abordagem de base psicanalítica /humanista	1
Abordagem de base comportamental /humanista	1
Abordagem de base psicanalítica /comportamental /humanista /existencialista /cognitivista /analítica	1
Total	25

### 5.3.2 – Caracterização dos serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais

A caracterização dos serviços de psicologia pediátrica dos HUs pesquisados foi efetuada com base na delimitação das atividades desenvolvidas, quanto ao tipo de atividade, intervenções realizadas, público alvo, técnicas e recursos utilizados.

Relativo aos tipos de atividades desenvolvidas nos serviços de psicologia pediátrica dos hospitais pesquisados, verificou-se que todos os 25 profissionais realizavam atividades de assistência (atendimento aos usuários do serviço), 15 realizavam atividades de ensino, 13 desenvolviam pesquisa científica, nove referiram atividades de consultoria e um realizava atividade de extensão. Na Tabela 6, descreve-se os tipos de atividades desenvolvidas por psicólogos(as) nas unidades pediátricas.

**TABELA 6** – Tipos de atividades desenvolvidas pelos psicólogos(as) pediátricos dos HUs públicos federais

Tipo de Atividade	Frequência absoluta
Somente Assistência	7
Assistência /Ensino	2
Assistência /Ensino /Pesquisa	6
Assistência /Ensino /Pesquisa /Consultoria	6
Assistência /Ensino /Pesquisa /Extensão	1
Assistência /Consultoria	3

A análise da literatura científica revelou que, dentre os 13 participantes que referiram desenvolver pesquisa científica, apenas cinco tinham artigos publicados em periódicos científicos, sendo que um tinha 12 artigos publicados, um tinha sete artigos, um tinha cinco e dois tinham dois artigos publicados (cada um).

Quando o instrumento solicitava que explicitassem os tipos de intervenção que realizavam na rotina do serviço de psicologia pediátrica, as respostas obtidas variaram e estão ilustradas na Tabela 7. Neste item, os participantes eram solicitados a apontar todas

as opções de intervenção que realizavam e ainda dispunham de espaço adicional para inclusão de intervenções não previstas no sistema de resposta.

**TABELA 7** – Intervenções realizadas nos serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais

Intervenções realizadas	Frequência absoluta
Acolhimento	20
Avaliação	14
Atendimento individual	25
Atendimento grupal	15
Interconsulta	22
Encaminhamento	18
Supervisão	16
Outras atividades	3

Conforme a Tabela 7, os(as) psicólogos(as) referiram a realização de vários tipos de intervenção, desenvolvidas principalmente no âmbito da assistência. As mais citadas, em ordem decrescente, foram: atendimento individual (25), interconsulta (22), acolhimento (20), encaminhamento (18), supervisão (16), atendimento em grupo (15) e avaliação (14).

As intervenções do tipo avaliação, referidas por 14 participantes, foram categorizadas e organizadas funcionalmente de acordo com os temas abordados, sendo que estes referiam-se a: (a) aspectos gerais do desenvolvimento infantil (motricidade, linguagem, afetividade, socialização, cognição e personalidade); (b) aspectos neuropsicoemocionais/comportamentais (psicodiagnóstico, exame psíquico, avaliação comportamental, psicológica e emocional, entre outros); (c) aspectos relacionais (vínculo mãe-bebê, relacionamento com a família e a comunidade); (d) aspectos relacionados ao contexto de adoecimento e tratamento de saúde (adaptação ao contexto hospitalar, enfrentamento e adesão ao tratamento, reações emocionais, entre outros); (e) avaliação

específica para execução de procedimentos invasivos (transplante e cirurgia); e (f) outras avaliações (crianças com histórico de abuso sexual e negligência).

Com relação às intervenções que envolviam atendimento individual, realizados por todos os(as) 25 psicólogos(as) participantes do estudo, 24 realizavam atendimento individual com pacientes, 23 com familiares e sete com a equipe de saúde. Por outro lado, os atendimentos em grupo eram executados por 15 dos 25 participantes, sendo que 11 os realizam com pacientes, 13 com familiares e quatro com a equipe.

No que se refere às intervenções realizadas junto à equipe multidisciplinar de saúde e/ou outros profissionais, observa-se, ainda na Tabela 7, que 22 psicólogos(as) realizavam interconsultas no desenvolvimento de sua rotina de serviço e 18 executavam encaminhamentos a outros profissionais. Com relação às interconsultas, os(as) psicólogos(as) efetuavam-nas com os seguintes profissionais: médico (20), assistente social (15), enfermeiro (13), nutricionista (11), fonoaudiólogo (7), fisioterapeuta (5), terapeuta ocupacional (5), pedagogo (3) e farmacêutico (1). Já os encaminhamentos eram destinados aos seguintes profissionais: médicos de diversas especialidades (20), fonoaudiólogos (9), assistentes sociais (8), nutricionistas (7), pedagogos (3), terapeutas ocupacionais (3), fisioterapeutas (3), outros psicólogos (3), enfermeiros (2) e até advogados (1).

As intervenções realizadas no âmbito do ensino, referentes às supervisões, eram desenvolvidas na maioria dos casos com alunos de psicologia (15) e, em menor proporção, com alunos de medicina (2).

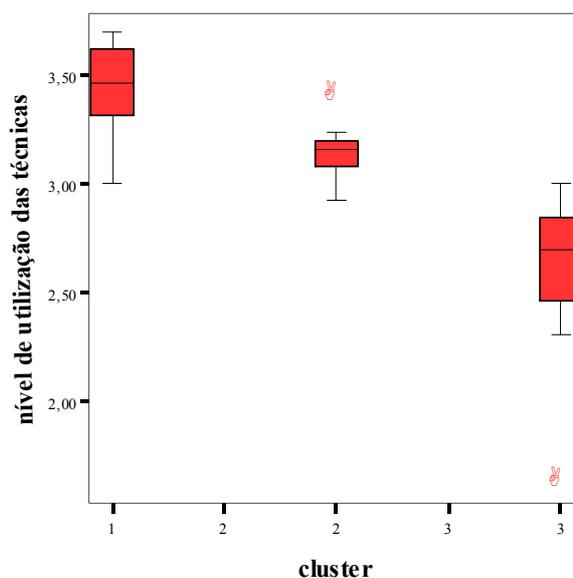
Quanto ao item aberto desta questão, denominado “outros(as)”, no qual o profissional podia informar intervenções e/ou atividades realizadas por ele(a) e não contempladas nos itens do questionário, apenas dois psicólogos(as) descreveram atividades adicionais, sendo elas: palestras, seminários, atividades lúdicas, atendimentos a vítimas de abuso sexual, participação em *rounds* e reuniões de equipes. Todavia, ressalta-se que a

maioria destas atividades poderia ser classificada nos itens da questão, sendo que, apenas as palestras e os seminários não haviam sido efetivamente contemplados pela pergunta.

No que tange às técnicas utilizadas na execução das intervenções, os(as) psicólogos(as) foram indagados sobre a frequência de uso, numa escala progressiva de 1 a 4 (onde 4=frequentemente, 3=ocasionalmente, 2=raramente e 1=nunca), de 13 técnicas psicológicas: (a) atendimento lúdico (utilização de jogos, brinquedos e atividades recreativas); (b) dramatização/encenação/ensaio comportamental; (c) escuta; (d) entrevista; (e) fornecimento de informação escrita (manuais, folhetos, outros); (f) fornecimento de informação oral; (g) fornecimento de informação por meio de recursos audiovisuais (filmes, *slides*, transparências, outros); (h) observação de comportamento; (i) preparação psicológica; (j) psicoterapia; (k) relaxamento; (l) treino de habilidades sociais; e (m) visualização/imaginação ativa.

Verificou-se que 25 participantes relataram uso frequente de sete destas técnicas, sendo elas: escuta (relatada por 24 participantes); fornecimento de informação oral (23), atendimento lúdico (21), entrevista (21), observação de comportamento (19), preparação psicológica (19) e psicoterapia (17). Por outro lado, as técnicas de dramatização e visualização foram citadas, respectivamente, por 15 e 14 respondentes como “nunca” utilizadas.

Para permitir uma visão geral da utilização de tais técnicas nos serviços de psicologia pediátrica, a amostra foi, de acordo com a similaridade, classificada em três *clusters* através da análise de agrupamentos. Para gerar os *clusters*, não se usou as sete categorias que descreviam as respostas das técnicas que eram utilizadas com maior frequência pela maior parte dos participantes, uma vez que elas não permitiriam diferenciar os grupos de indivíduos devido à similaridade das respostas. A Figura 10 apresenta os *clusters* em relação à escala de utilização das técnicas.



**FIGURA 10** – Análise por *clusters* da utilização de técnicas nas intervenções psicológicas

O eixo descrito na Figura 10 como “nível de utilização das técnicas” foi gerado através da média das respostas dos participantes em todas as técnicas. O *cluster* 1 foi formado por sete participantes; os(as) psicólogos(as) deste *cluster* utilizavam, com maior frequência, todas as técnicas em questão. As médias e o desvio padrão de utilização das técnicas deste *cluster*, apresentadas no Anexo J, demonstram que a “dramatização” e o “fornecimento de informações por meio de recursos áudio visuais” foram as técnicas utilizadas com menor frequência.

O *cluster* 2 foi formado por oito participantes e agrupou os(as) psicólogos(as) que utilizavam frequentemente as sete técnicas mais referidas pelo grupo e, raramente ou ocasionalmente, as demais.

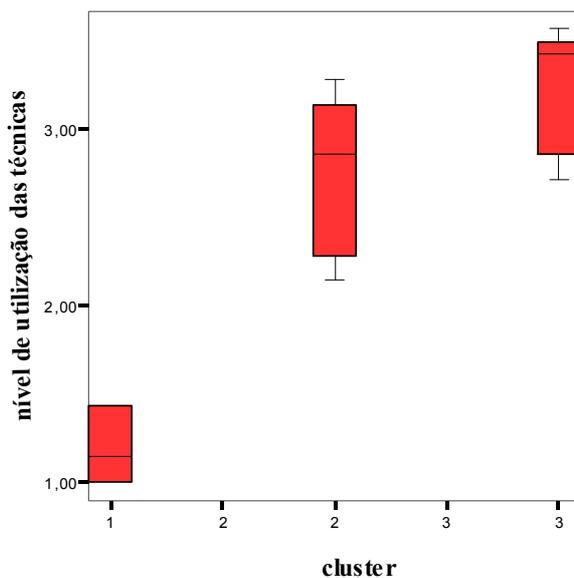
O *cluster* 3 foi formado por 10 psicólogos(as) que, embora utilizassem as técnicas mais comuns, nunca ou raramente utilizavam técnicas como dramatização, fornecimento de informação escrita, fornecimento de informação por meio de recursos audiovisuais, relaxamento, treino de habilidades sociais e visualização. Destacou-se neste *cluster* um

psicólogo(a) que utilizava frequentemente a entrevista e a escuta, ocasionalmente o atendimento lúdico e nunca utilizava as demais técnicas.

Por fim, com relação aos recursos utilizados na execução das intervenções, os(as) psicólogos(as) foram indagados sobre a frequência de uso, numa escala progressiva de 1 a 4 (onde 4=frequentemente, 3=ocasionalmente, 2=raramente e 1=nunca), dos seguintes materiais: (a) testes psicológicos, escalas e inventários; (b) protocolos de atendimento; (c) roteiros de entrevista; (d) manuais/cartilhas; (e) dinâmicas de grupo; (f) objetos artísticos (obras de arte, literatura, poesia, outros); e (g) tecnológicos (computador, filmadora, máquina fotográfica, projetor de multimídia, outros).

Os protocolos de atendimento foram os recursos relatados como mais utilizados entre os profissionais participantes da pesquisa, sendo que 14 psicólogos(as) afirmaram utilizá-los frequentemente. Em contrapartida, seis psicólogos(as) referiram nunca utilizar este recurso. O item “recursos tecnológicos” teve a maior incidência de “nunca” (com 10 respondentes).

Através da análise de agrupamento foi possível identificar três grupos similares quanto à utilização dos recursos. A variável “protocolos de atendimento” foi excluída do processo que gerou os *clusters* por não contribuir para a diferenciação dos grupos. Foram agrupados cinco participantes no *cluster* 1, 13 participantes no *cluster* 2 e sete participantes no *cluster* 3. A Figura 11 apresenta a definição destes *clusters*.



**FIGURA 11** – Análise por *clusters* da utilização de equipamentos e recursos nas intervenções psicológicas

O *cluster* 1 apresentou homogeneidade e baixa variabilidade nas respostas (vide média e desvio padrão das variáveis deste *cluster* no Anexo K). Este agrupamento representa os psicólogos que, em sua maioria, “nunca” utilizavam recursos ou equipamentos em suas intervenções.

O *cluster* 2 foi formado por mais da metade dos participantes e apresentou um nível intermediário de utilização de recursos. Predominam os(as) psicólogos(as) que raramente, ou ocasionalmente, utilizavam recursos em suas intervenções.

O *cluster* 3 agrupou os profissionais que utilizavam frequentemente, ou ocasionalmente, um maior número de recursos.

### **5.3.3 – Caracterização das intervenções de preparação psicológica infantil executadas nos serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais**

A caracterização das intervenções de preparação psicológica infantil para tratamento médico, desenvolvidas nos serviços de psicologia pediátrica dos hospitais pesquisados, foi efetuada considerando, entre outros aspectos, a utilização, ou não, de intervenções desta natureza, seus objetivos, o momento em que eram executadas, as técnicas e recursos utilizados, o público alvo, a média de atendimentos mensais e os mecanismos de avaliação dos resultados. A Figura 12 apresenta o resumo das características principais destas intervenções aplicadas nas unidades pediátricas dos HUs públicos federais.

Ressalta-se que, devido à inexistência de uma conceituação clara, objetiva e consensual na literatura sobre o que é preparação psicológica, adotou-se nesta pesquisa o seguinte conceito: “conjunto de procedimentos técnicos que tem por objetivo geral aliviar as reações emocionais advindas da situação de tratamento de saúde e facilitar a adaptação comportamental a este contexto” (conforme Quiles & Carrilo, 2000, p.75). Desta forma, buscou-se identificar as práticas referidas pelos participantes que se enquadrassem nesta conceituação, ou seja, utilizassem estes mesmos objetivos, embora pudessem receber diferentes nomenclaturas.



**FIGURA 12 – Caracterização das intervenções de preparação psicológica**

Todos(as) os(as) 25 psicólogos(as) participantes da pesquisa afirmaram utilizar intervenções com propósitos semelhantes aos da preparação psicológica. Entretanto, 10 destes participantes declararam usar outras denominações para este tipo de intervenção. As denominações utilizadas por estes profissionais foram: atendimento psicológico (2), intervenção psicológica, apoio psicológico, acompanhamento psicológico, acolhimento psicológico, ação de natureza psicoterápica, abordagem clínica e metodologia de intervenção, referidas uma vez cada. Ressalta-se que, um dos participantes declarou que utilizava intervenções desta natureza, porém, não as denominava por qualquer nome específico.

Apenas oito dos(as) psicólogos(as) pesquisados afirmaram que desenvolviam esta intervenção de forma sistematizada, ou seja, a partir de procedimentos planejados, organizados e padronizados, enquanto 17 relataram que não.

Dentre os participantes, 20 especificaram os focos de tratamento e/ou circunstâncias nas quais utilizavam-se de intervenções de preparação psicológica, sendo para: (a) investigação e/ou revelação diagnóstica; (b) cirurgias (geral, cardiológica, neurológica, ortopédica, endocrinológica, otorrinolaringológica); (c) transplantes (hepático ou de medula óssea); (d) internações prolongadas e/ou recorrentes; (e) eventos, procedimentos e/ou necessidades do tratamento (adaptação à dieta hospitalar, adesão ao tratamento, mudança de estilo de vida, procedimentos invasivos e transferência para equipe de adultos); (f) pacientes atendidos por determinadas especialidades médicas (oncologia pediátrica, gastropediatria, otorrino, etc) ou acompanhados em determinadas unidades de atendimento (UTI, unidade de internação pediátrica); e (g) terminalidade/morte (doenças terminais, perda de pais/irmãos em acidentes).

No que tange à origem da demanda pela utilização de intervenções de preparação psicológica, os profissionais foram questionados se esta era proveniente dos pacientes,

familiares, equipe de saúde, do(s) próprio(s) profissional(is) de psicologia ou, ainda, de outras fontes. Observou-se que 16 participantes referiram demanda proveniente da equipe de saúde, 14 participantes referiram demanda de pacientes, 12 de familiares, 11 participantes referiram demandas próprias e dois participantes explicitaram outras fontes, sendo elas, a comunidade (rede SUS) e direção do hospital. Vale ressaltar que 16 participantes referiram mais de uma fonte de demanda.

Quanto aos objetivos que norteavam a intervenção de preparação psicológica, os participantes afirmaram utilizar a preparação psicológica com o objetivo de informar (em 21 casos), reduzir o nível do estresse (21), reduzir o medo (20), aumentar o nível de adesão ao tratamento (22), reduzir a ansiedade (22), facilitar o enfrentamento (22) e outros (4). Faz-se notar que 19 participantes afirmaram que utilizam a preparação psicológica visando alcançar todos os objetivos anteriormente citados. Os(as) quatro psicólogos(as) que afirmaram utilizar a preparação psicológica com outros objetivos, assim descreveram-nos: (a) *“adaptação a aparelhos”*; (b) *“melhorar adaptação à situação de doença, hospitalização e tratamento e agir profilaticamente, a fim de diminuir possíveis traumas, etc”*; (c) *“propiciar ao paciente e aos seus familiares um espaço para a fala, sobre o que quiserem, se quiserem e se puderem”* e; (d) acompanhar *“a criança e/ou familiar que apresente qualquer indício de que esteja sofrendo com o seu tratamento ou cirurgia ou diagnóstico ou, ainda, qualquer outra coisa que concorra direta ou indiretamente à sua vida”*.

Nos serviços de psicologia pediátrica investigados, a preparação psicológica era realizada nos seguintes momentos do tratamento: (a) antes da internação (referida por sete participantes); (b) no momento da internação (17); (c) antes de procedimentos invasivos (18); (d) antes de cirurgias (19); (e) no momento de alta hospitalar (10); e (f) em outros momentos (7).

Os procedimentos invasivos precedidos de preparação psicológica eram: cirurgias, exames invasivos (punção venosa, endoscopia digestiva e exames de imagem com contraste), procedimentos invasivos (diálise, implantação de cateter para diálise, procedimentos hemodinâmicos, quimioterapia, colocação de sonda nasogástrica e curativos) e outros procedimentos (procedimentos emergenciais clínicos, admissão em UTI por intercorrência, entre outros).

As cirurgias precedidas de preparação psicológica eram: ortopédicas (referidas por sete profissionais), cardíacas (3), otorrinolaringológicas (3), neurológicas (2), transplantes (5), entre outras (hérnia, hipospádia, correção de má formação congênita, etc) – referidas, cada uma, por apenas um profissional. Faz-se notar que, oito profissionais mencionaram realizar preparo psicológico para todos os tipos de cirurgia.

Os outros momentos em que a preparação psicológica era executada referiam-se ao período de internação de forma geral (2) e ao retorno e/ou acompanhamento ambulatorial (4).

No que se refere à execução da preparação psicológica, todos os participantes (25) afirmaram que esta intervenção era realizada por psicólogos, sendo que destes, sete realizavam-na com exclusividade (sem o auxílio de outros profissionais da equipe de saúde), nove realizavam-na com outros profissionais, porém, separadamente, e nove realizavam a preparação psicológica de forma integrada com outros profissionais da equipe de saúde.

Os profissionais que auxiliavam a execução da preparação psicológica, de forma separada ou integrada, eram: assistente social e enfermeiro (referidos, cada um, por 15 participantes), médico (relatado por 14 participantes), auxiliar de enfermagem (9), nutricionista (6), pedagogo (4) e outros (6). Estes outros profissionais citados foram:

terapeuta ocupacional (3 ocorrências), fisioterapeuta (3) e anestesista (3), que apesar de ser um médico, foi citado separadamente pelos participantes.

Quanto ao público alvo das intervenções de preparação psicológica, em 23 serviços de psicologia pediátrica pesquisados, esta intervenção era empregada tanto com as crianças quanto com seus familiares/acompanhantes; em dois serviços, a preparação era utilizada apenas com um público, sendo em um com as crianças e em outro com seus familiares/acompanhantes.

Embora o número de usuários atendidos pelo serviço com intervenções de preparação psicológica dependa diretamente de outras variáveis, tais como o número de profissionais do serviço, as condições de trabalho e a demanda por intervenções desta natureza, fatores que impedem a comparação entre diferentes instituições, foi solicitado aos(as) psicólogos(as) participantes da pesquisa uma estimativa de número de pessoas atendidas por mês. As Tabelas 8 e 9 apresentam o número de participantes por faixa estimada de pacientes e familiares/acompanhantes, respectivamente, atendidos mensalmente com intervenções de preparação psicológica.

**TABELA 8** – N° de participantes por faixa estimada de pacientes atendidos por mês

Número de pacientes atendidos por mês	Frequência absoluta
00-30	12
31-60	3
61-90	3
91-120	2
121-150	2
151-200	1
Total	23

Análise descritiva da amostra:

Média = 54,9 // Mediana = 30

Desvio Padrão = 49,9

Mínimo = 3 // Máximo = 160

**TABELA 9** – N° de participantes por faixa estimada de familiares/acompanhantes atendidos por mês

Número de familiares/acompanhantes atendidos por mês	Frequência absoluta
00-30	10
31-60	5
61-90	4
91-120	2
121-150	1
151-200	1
Total	23

Análise descritiva da amostra:

Média = 54,6 // Mediana = 50

Desvio Padrão = 48,4

Mínimo = 8 // Máximo = 200

De acordo com 10 participantes da pesquisa, as intervenções de preparação psicológica eram executadas em grupo. Os outros 15 participantes da pesquisa não responderam a esta questão.

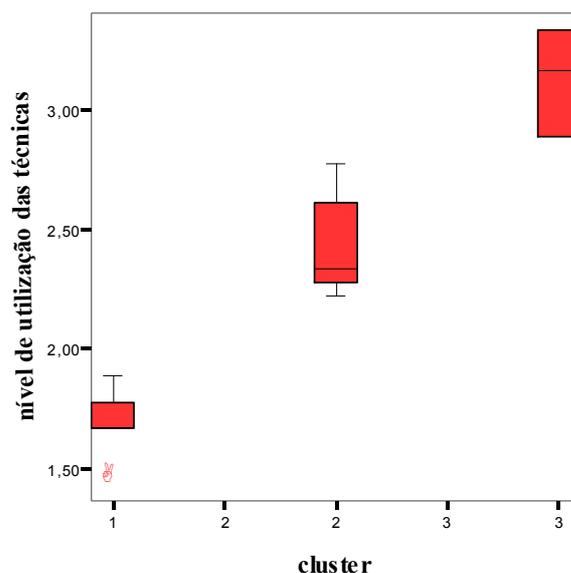
No que se refere às técnicas utilizadas na execução da preparação psicológica, os(as) psicólogos(as) foram indagados sobre a utilização de nove técnicas psicológicas, comumente descritas na literatura como: (a) fornecimento de informação oral; (b) fornecimento de informação escrita (manuais, folhetos, outros); (c) fornecimento de informação por meio de recursos audiovisuais (filmes, *slides*, transparências, outros); (d) ludoterapia (utilização de jogos, brinquedos e atividades recreativas); (e) distração; (f) relaxamento; (g) visualização/imaginação ativa; (h) dramatização/encenação/ensaio comportamental; e (i) treino de habilidades sociais. O objetivo era verificar a frequência de utilização das técnicas, sendo que para tanto foi empregada uma escala progressiva de quatro pontos (frequentemente, ocasionalmente, raramente e nunca), em que um equivalia à nunca e quatro à frequentemente.

As técnicas mais aplicadas foram a “informação oral” e a “ludoterapia”. A informação oral foi referida por 23 respondentes como de uso frequente e por dois como de

uso ocasional. A ludoterapia, por sua vez, era utilizada frequentemente por 20 respondentes e ocasionalmente por cinco participantes.

As técnicas menos usadas foram o “treino de habilidades sociais” e a “dramatização” (citadas por 13 participantes como nunca utilizadas), seguida por “visualização” (12) e “relaxamento” (nunca utilizada por 10 participantes). As demais técnicas se apresentaram distribuídas entre os quatro níveis investigados.

Após análise individual das nove técnicas (consideradas como variáveis de análise) aplicadas pelos(as) psicólogos(as) na execução de intervenções de preparação psicológica, serviu-se da análise de agrupamento para identificar, por similaridade, grupos de psicólogos(as) que tinham características similares quanto à utilização destas técnicas. Para viabilizar a formação dos *clusters*, foram excluídas as variáveis “fornecimento de informação oral” e “ludoterapia”, por terem aplicação similar em todos os casos, de forma tal que, para gerar os *clusters* foram utilizadas sete variáveis. Após análise realizada pelo *software*, três *clusters* se destacaram no conjunto de casos. A Figura 13 apresenta os *clusters*



**FIGURA 13** – Análise por *clusters* da utilização de técnicas na execução da preparação psicológica

Conforme a Figura 13, o *cluster* 1 agrupou os sete casos em que os(as) psicólogos(as) nunca, ou raramente, utilizavam as técnicas listadas no instrumento de pesquisa, exceto as duas que apresentaram utilização frequente entre os respondentes (fornecimento de informação oral e ludoterapia). A informação da Figura 13 é corroborada pelas médias e desvio padrão das variáveis deste *cluster*, apresentados no Anexo L.

O *cluster* 2 foi formado por oito casos em que os(as) psicólogos(as) apresentavam maior variabilidade no uso das técnicas com maior índice de raramente e ocasionalmente, entre as variáveis analisadas pelas técnicas de agrupamento.

O *cluster* 3 agrupou 10 psicólogos(as) que utilizavam com maior frequência todas as técnicas referidas no instrumento.

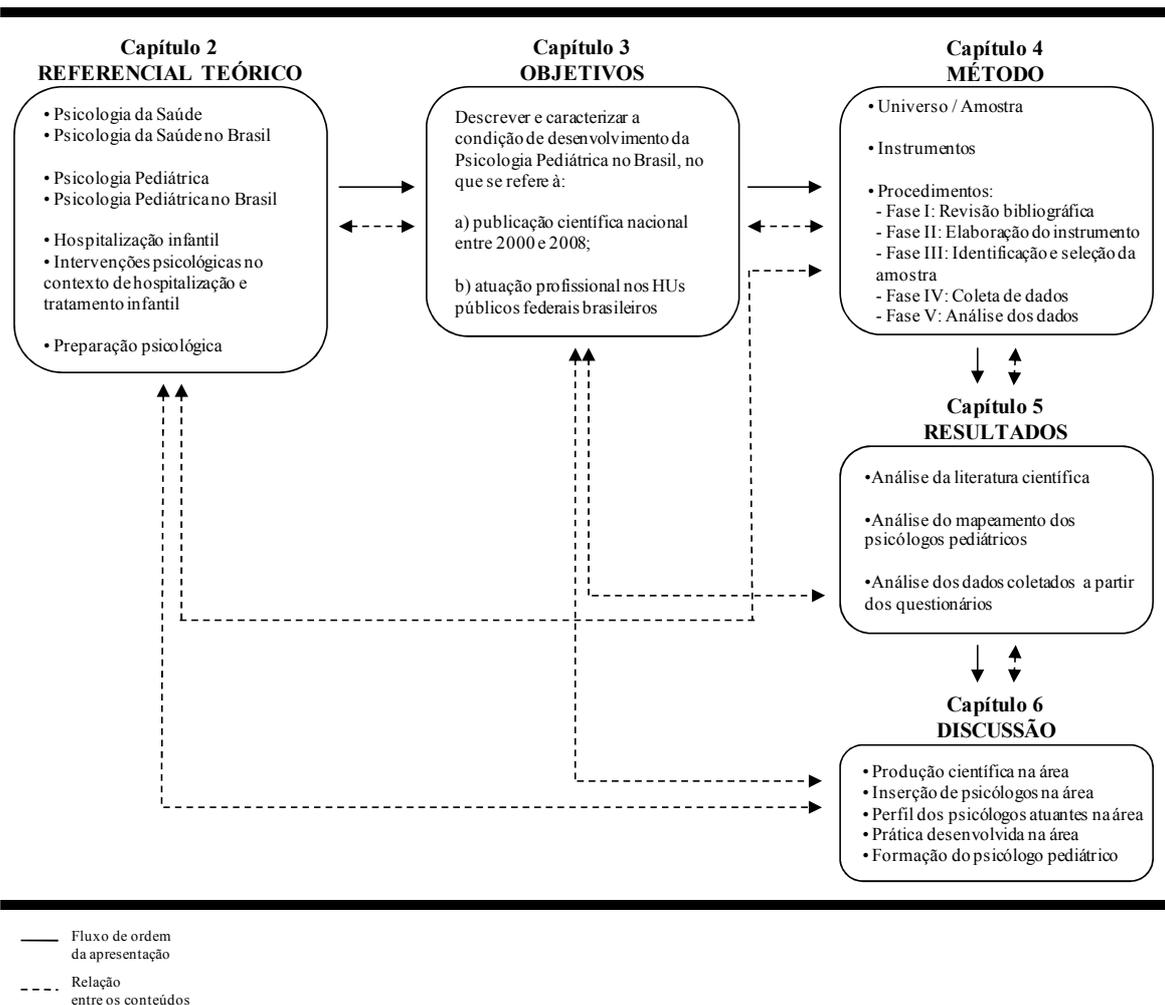
No que se refere à avaliação das intervenções de preparação psicológica que eram executadas, nove participantes afirmaram efetuar algum tipo de avaliação dos resultados. Destes, oito citaram as formas (estratégias) adotadas na realização destas avaliações, as

quais eram executadas a partir de: (a) ferramentas organizacionais (estatística de atendimento, relatório de atividades e avaliação institucional) – três participantes; (b) discussões de caso com a equipe – cinco participantes; (c) pesquisas (metodologia não especificada) – três participantes; (d) observação clínica não sistematizada – um participante; e (e) instrumentos sistematizados e/ou padronizados (escala de faces, roteiro de entrevista) – um participante. Foi referida, ainda, a participação em congressos e reuniões científicas. No entanto, por constituir uma consequência da avaliação, esta resposta não foi contabilizada como uma forma de proceder à avaliação.

O espaço existente ao final do questionário para que os participantes fornecessem informações adicionais que julgassem necessárias foi utilizado por oito participantes. O conteúdo destas informações adicionais era referente à: (a) agradecimento (1); (b) estrutura/organização do hospital (1); (c) história, desafios e perspectivas futuras do serviço de psicologia (3); e (d) esclarecimentos sobre respostas/informações dadas no questionário (6).

A Figura 14 apresenta as relações entre o referencial teórico, o método adotado no estudo e os resultados obtidos, elementos que subsidiaram as discussões apresentadas no próximo capítulo.

**Capítulo 1  
INTRODUÇÃO**



**FIGURA 14 – Mapa estrutural da dissertação (Parte III)**

## CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO

Com base nos resultados ora apresentados, neste capítulo discutem-se os fatores, ou seja, os elementos relacionados à condição de desenvolvimento da psicologia pediátrica na literatura científica nacional disponível nos periódicos de psicologia Qualis “A” e “B” e na prática desenvolvida pelos psicólogos pediátricos nos HUs públicos federais brasileiros. Estes fatores referem-se à: (a) produção científica na área; (b) inserção dos psicólogos pediátricos nos contextos de tratamento e cuidados à saúde; (c) estrutura e rotina prática de atividades de cuidados em saúde pediátrica desenvolvida pelos psicólogos; e (d) formação profissional dos psicólogos pediátricos.

### 6.1 – Produção científica na área de psicologia pediátrica

A análise da literatura científica brasileira consultada revela um crescimento acelerado nas publicações científicas, com temas de interesse à psicologia pediátrica, ao longo da década atual (2000 a 2008), especialmente a partir do ano de 2004. O aumento no número de publicações científicas já era um dos indicadores da expansão da psicologia da saúde no Brasil na década de 1990 do século XX (Seidl & Costa Junior, 1999), continuando a ser verificado atualmente, sendo expresso nesta pesquisa, através de sua subespecialidade, a psicologia pediátrica.

Apesar de no Brasil não se ter, ainda, periódicos científicos específicos na área da psicologia da saúde e psicologia pediátrica que possam exprimir e/ou representar oficialmente o seu desenvolvimento, tal como o *Health Psychology* e o *Journal of Pediatric Psychology* (JPP), observa-se que alguns periódicos científicos de psicologia têm se demonstrado mais receptivos às publicações com temáticas desta natureza. Entre estes periódicos destacam-se as revistas: (a) *Estudos de Psicologia*, publicada pelo Programa de

Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte; (b) *Estudos de Psicologia*, publicada pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas; e (c) *Psicologia, Ciência e Profissão*, publicada pelo Conselho Federal de Psicologia.

A análise das publicações com temas de interesse à psicologia pediátrica no período de 2000 a 2008, disponível em periódicos de psicologia Qualis “A” e “B”, apresenta semelhança com as análises sistemáticas das publicações do JPP no que diz respeito à prevalência de pesquisas voltadas a contextos de tratamento em saúde, especialmente doenças crônicas (Aylward, Roberts, Colombo & Steele, 2008; Roberts, Mitchell & McNeal, 2003), temática que apresenta o maior número de referências nas publicações brasileiras da área. Em contrapartida, considerando que o desenvolvimento da psicologia da saúde e da psicologia pediátrica no Brasil encontra-se historicamente associado ao contexto de cuidados hospitalares, na literatura brasileira consultada ainda há um grande predomínio de publicações referentes ao contexto de hospitalização infantil, em detrimento das temáticas referentes à prevenção em nível primário e secundário, já comuns na literatura científica norte-americana.

## **6.2 – Inserção de psicólogos na área de psicologia pediátrica**

Uma vez que o processo de desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil encontra-se intimamente ligado à prática de psicólogos inseridos em contextos de atenção e cuidados à saúde em nível secundário e terciário, ou seja, em hospitais (Crepaldi, Linhares & Perosa, 2006), e que os HUs públicos brasileiros, vinculados às IFES, configuram-se como importantes centros de referência no desenvolvimento e aperfeiçoamento de ações e/ou tecnologia na área de atenção à saúde (Brasil, 2007b), foi efetuado um mapeamento

dos psicólogos atuantes nestes hospitais, a fim de analisar da inserção de psicólogos na área de psicologia pediátrica.

Sobre este mapeamento, ressalta-se, em primeira instância, uma grande dificuldade em identificar e contatar os psicólogos pediátricos atuantes nos HUs públicos federais brasileiros por meio eletrônico e/ou telefônico. Esta dificuldade tem início na precariedade e contradição das informações acerca destes hospitais disponibilizadas pelos órgãos responsáveis por eles, MS e MEC, as quais se encontram, por vezes, desatualizadas e apresentam discordâncias entre si, inclusive no que diz respeito à quais hospitais são credenciados como de ensino. De forma semelhante, as informações disponibilizadas por estes hospitais, através de suas *homepages*, frequentemente apresentam-se insuficientes, em termos quantitativos e/ou qualitativos, bem como desatualizadas. Situações como estas podem gerar dificuldades de variada natureza, tanto para o usuário que busca o serviço de saúde quanto para estudantes e profissionais que buscam uma formação acadêmico-profissional na instituição e o docente/pesquisador que desenvolve pesquisas nestas instituições ou acerca delas.

Outro ponto que se faz necessário ressaltar acerca deste mapeamento refere-se à baixa responsividade dos(as) psicólogos(as) pediátricos(as) identificados(as) aos contatos eletrônicos e/ou telefônicos efetuados. Esta baixa responsividade pode ser decorrente tanto da desatualização de seus dados cadastrais (e-mail e/ou telefone), a partir da qual os profissionais podem não ter tomado conhecimento da pesquisa, quanto do restrito interesse por parte deles(as) em colaborar com a realização de pesquisas.

Considerando-se os dados obtidos a partir do mapeamento realizado, observa-se a existência de psicólogos(as) atuando em contextos de tratamento e cuidados em saúde da criança e do adolescente em todas as regiões brasileiras, sendo que as regiões sul e sudeste do país concentram o maior número de profissionais atuantes na área. Em termos de

profissionais por instituição, apesar de a média obtida nesta pesquisa poder ser considerada relativamente alta (3,8), sabe-se que na prática, a demanda por atendimento psicológico especializado na área de saúde é significativamente superior, bem como a capacidade instalada da rede de saúde brasileira para absorver profissionais desta área (Seidl & Costa Junior, 1999). Além disso, não se tem estabelecida, ainda, a relação de profissionais de psicologia por paciente, por número de leitos, e/ou outros indicadores que possam subsidiar a avaliação de tal resultado (média de profissionais por instituição).

### **6.3 – Prática desenvolvida na área de psicologia pediátrica**

A análise da estrutura e rotina prática de atividades de cuidados em saúde desenvolvidas pelos(as) psicólogos(as) pediátricos(as) nos HUs públicos federais foi efetuada através de um questionário eletrônico auto-aplicável. A partir deste instrumento, foram identificadas as características das ações e atividades desenvolvidas nos serviços de psicologia pediátrica, em especial, das intervenções de preparação psicológica para tratamento de doenças.

Observou-se que, a maioria dos(as) psicólogos(as) pediátricos(as) atua em unidades de internação pediátrica (pronto-socorro/emergência, enfermarias e unidades de terapia intensiva pediátrica e/ou neonatal), corroborando com a observação de Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006) de maior concentração de psicólogos nestes setores. Estes profissionais, enquanto técnicos em psicologia, desenvolvem prioritariamente atividades de assistência. No entanto, talvez pelo contexto onde estes profissionais se encontram inseridos, hospitais de ensino, muitos afirmam desenvolver atividades de ensino e pesquisa científica.

A este respeito, cabe ressaltar que, apesar de 13 psicólogos(as) afirmarem desenvolver pesquisa científica, apenas cinco tinham artigos publicados em periódicos científicos, conforme revisão da literatura efetuada. Considerando que os resultados de

pesquisas científicas são comunicados e validados principalmente através da publicação em periódicos científicos, livros e capítulos de livro, e que estes colaboram diretamente para o desenvolvimento e sistematização do conhecimento (Freitas, 2006; Meadows, 1999), a lacuna existente entre a realização de pesquisas e a divulgação dos resultados na forma de publicações, verificada neste estudo, pode influenciar negativamente a condição de desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil, especialmente no que tange ao ritmo de produção científica.

No que se refere às intervenções psicológicas desenvolvidas na rotina de cuidados e atenção à saúde de crianças e adolescentes, observa-se que os(as) psicólogos(as) pediátricos(as) dos HUs públicos federais têm recorrido a diferentes tipos de intervenção, com o objetivo de reduzir a ocorrência, a magnitude e o impacto das repercussões adversas da hospitalização e dos tratamentos de doenças ao processo de desenvolvimento dos usuários (Barros, 1999; Castro, 2007; Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006; Doca & Costa Junior, 2007; Zannon, 1981). Estas intervenções são efetuadas predominantemente em caráter individual, e pelo que os dados evidenciam, nem sempre são baseadas em avaliações, tendo em vista que apenas 14 profissionais afirmaram desenvolver algum tipo de avaliação com os pacientes e familiares/acompanhantes.

Sobre a avaliação realizada pelos(as) psicólogos(as) pediátricos(as) dos hospitais pesquisados, observa-se que esta engloba diversos aspectos, os quais não possuem, muitas vezes, relação direta com a área de saúde e/ou se apresentam vagos ou inespecíficos. Acredita-se que as respostas obtidas nesta pesquisa tendem a uma ampliação e/ou generalização, em decorrência da falta de definição de critérios objetivos próprios e pertinentes à área, ou, ainda, pela pouca reflexão do profissional acerca de suas práticas e implicações.

Os dados concernentes às intervenções realizadas pelos(as) psicólogos(as) pediátricos(as) participantes da pesquisa evidenciam, ainda, uma tendência de que estas sejam desenvolvidas com alguma interação com a equipe de saúde, seja através de interconsultas ou encaminhamentos, sendo que os profissionais com os quais o psicólogo mais interage são os médicos, seguidos pelos assistentes sociais, os fonoaudiólogos e os enfermeiros. A busca pelo trabalho conjunto com os outros profissionais da equipe de saúde, em caráter multi ou interdisciplinar, constitui, segundo Calvetti, Muller e Nunes (2007), uma característica intrínseca da atuação do psicólogo da saúde e, conseqüentemente, da psicologia pediátrica, devendo ser buscado e aperfeiçoado continuamente (Silva, 2005).

No que se refere às técnicas utilizadas nas intervenções psicológicas, observou-se que dentre as descritas pela literatura, os(as) psicólogos(as) dos HUs públicos federais restringem-se a utilizar, com maior frequência, apenas as técnicas psicológicas mais comuns, tais como atendimento lúdico, escuta, entrevista, fornecimento de informação oral, observação de comportamentos, preparação psicológica e psicoterapia. Tal fato pode indicar pouco conhecimento de outras técnicas por parte dos(as) psicólogos(as), ou ainda, mais uma vez, a falta de definição clara e objetiva acerca das diversas técnicas psicológicas, bem como a falta de sistematização delas em protocolos (*guidelines*) e/ou rotinas de atendimento (Crepaldi, Rabuske & Gabarra, 2006). Estas possíveis deficiências, portanto, tendem a dificultar a aplicação prática das técnicas de intervenção. Como há baixa divulgação de produção científica destes(as) e entre estes(as) psicólogos(as), a comunicação de informações, a troca de experiência, a realização de pesquisas multicêntricas, entre outros, não ocorre como se esperaria de uma área em expansão.

Com relação aos recursos utilizados na execução das intervenções psicológicas, estes se apresentaram escassos na realidade pesquisada, sendo que a maioria dos(as)

psicólogos(as) referiu utilizar “ocasionalmente”, “raramente” ou “nunca” os diferentes recursos listados no questionário a partir da revisão da literatura. Destaca-se o fato de os protocolos de atendimento serem os recursos referidos como utilizados com maior frequência por mais da metade dos(as) psicólogos(as) participantes da pesquisa; ressalta-se que este recurso pressupõe a sistematização de rotinas de atendimento e definição de critérios de avaliação, justamente a lacuna teórica e prática da psicologia pediátrica que esta pesquisa tem apontado. No que se refere ao uso dos testes psicológicos, ressalta-se a dificuldade advinda do baixo número de instrumentos para avaliação da criança e do adolescente validados para a população brasileira.

Sobre a preparação psicológica, observou-se que todos(as) os(as) psicólogos(as) participantes da pesquisa mencionaram o uso de intervenções desta natureza, apesar de utilizarem diferentes denominações para designá-la. A amplitude dos termos utilizados para denominar esta intervenção evidencia a falta e, em contrapartida, a necessidade de definição operacional das intervenções psicológicas (mesmo as mais comuns), bem como a uniformização da nomenclatura adotada, a fim de facilitar a comunicação e o desenvolvimento de ações conjuntas entre os próprios psicólogos atuantes na área, e destes com os outros profissionais da equipe de saúde, colaborando, assim, para o estabelecimento e desenvolvimento da psicologia pediátrica.

Apesar de a preparação psicológica ser uma intervenção muito aplicada, estudada e pesquisada, segundo Broering e Crepaldi (2008), ainda existem muitas lacunas, especialmente no que se refere à descrição precisa de programas desta natureza, fato observado nesta pesquisa, considerando o baixo número de profissionais que desenvolvem esta intervenção de forma sistematizada. Diante desta situação, faz-se necessário o investimento no planejamento, na organização e na padronização desta intervenção, tendo em vista que a sistematização facilita a interação com as outras áreas da saúde, e

consequentemente, beneficia o usuário do sistema de saúde, ao melhorar a qualidade do atendimento dispensado (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

De acordo com os(as) psicólogos(as) participantes da pesquisa, a preparação psicológica é uma intervenção utilizada nos mais diversos tratamentos médicos e em diferentes momentos, sendo mais comumente efetuada antes de procedimentos invasivos, dentre eles, as cirurgias. Este resultado é corroborado por diversas pesquisas que apontam o potencial aversivo destes procedimentos e a alta frequência de comportamentos indicadores de sofrimento deles decorrentes, como os fatores responsáveis pela concentração de intervenções nestes momentos do tratamento (Blount, Piira, Cohen & Cheng, 2006; Costa Junior, 2001; Ramasay, 2000; Willemsen, Chowdhury & Briscall, 2002).

No que tange aos objetivos a partir dos quais os profissionais servem-se das intervenções de preparação psicológica, observa-se, mais uma vez, a amplitude das respostas fornecidas pelos participantes, visto que 19 afirmaram utilizar esta intervenção com todos os objetivos listados no instrumento, os quais iam desde informar até facilitar o uso de estratégias de enfrentamento mais eficientes. Novamente, ressalta-se a importância de definir critérios a partir dos quais psicólogos possam pautar-se no desenvolvimento de sua rotina prática de cuidados em saúde.

Segundo os(as) psicólogos(as) participantes da pesquisa, a preparação psicológica é executada principalmente em grupos, tendo como foco tanto o paciente quanto o seu familiar/acompanhante. Sua execução é realizada sempre por profissionais de psicologia, os quais, muitas vezes, são auxiliados, de forma separada ou integrada, por outros profissionais da equipe de saúde, principalmente o assistente social, o enfermeiro e o médico. A este respeito, Tonetto e Gomes (2007) destacam que o trabalho em equipe gera desafios que exigem habilidades e competências diferenciadas, tais como a comunicação e

justificação clara e objetiva dos procedimentos técnicos pertencentes a cada especialidade, ainda não suficientemente desenvolvidas na maior parte das equipas de saúde, entre elas, as equipas de psicologia.

Com relação às técnicas utilizadas na execução da preparação psicológica, tal como apontado pela literatura, o fornecimento de informação (via oral) apresenta-se como a técnica mais referida, seguida pela ludoterapia, técnica destinada especificamente ao público infantil. Entretanto, considerando que as intervenções de preparação psicológica baseadas unicamente no fornecimento de informação adequada e clara se mostram menos eficazes do que quando envolvem combinação de outros procedimentos, tais como jogos, filmes, etc. (Caminiti, Scoditti, Diodati & Passalacqua, 2005), alguns(as) dos(as) psicólogos(as) (10) afirmam utilizar, com frequência, outras técnicas na execução da preparação psicológica.

Por fim, no que se refere à avaliação dos resultados da intervenção, observa-se que poucos(as) psicólogos(as) participantes da pesquisa utilizam-se deste recurso como forma de verificar tanto o alcance dos objetivos traçados quanto à eficácia da técnica utilizada para tal, o que não contribui para o aumento do corpo de conhecimentos relacionados aos resultados positivos descritos na literatura, especialmente no tocante ao aumento dos índices de adesão ao tratamento, redução de ansiedade antecipatória e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficientes (Anderson & Collier, 1999; Martins, Ribeiro, Borba & Silva, 2001; Burke, Harrison, Kauffmann & Wong, 2001; Corr, 1991; Quiles & Carrillo, 2000; Soares & Bomtempo, 2004).

Entre os(as) psicólogos(as) que realizam algum tipo de avaliação de resultados, observa-se que esta não se pauta em critérios claros, objetivos e/ou adequados. Ressalta-se que, para serem eficazes e úteis, as avaliações das intervenções devem ser baseadas em

evidências científicas, ou seja, provenientes de ações claras, objetivas e precisas, passíveis de serem compreendidas por outros profissionais de saúde (Gorayeb & Guerrelhas, 2003).

#### **6.4 – Formação na área de psicologia pediátrica**

A análise da formação na área de psicologia pediátrica foi fundamentada nos resultados obtidos a partir do questionário dos participantes, em contraposição às recomendações da literatura, especialmente às recomendações da APA.

Esta análise evidencia que, apesar de a maioria dos profissionais participantes da pesquisa ter alguma formação em nível de pós-graduação, esta parece ser insuficiente e/ou inadequada para a atuação em contextos de tratamento e cuidados em saúde, tendo em vista as respostas dadas por estes profissionais ao questionário da pesquisa. Problemas na formação dos psicólogos da saúde, em geral, já foram apontados por vários pesquisadores, entre eles Yamamoto, Trindade e Oliveira (2002) e Castro e Bornholdt (2004), que afirmam que a formação dos psicólogos atuantes na área de saúde é deficitária tanto no que se refere ao desenvolvimento de ações práticas quanto ao desenvolvimento de pesquisa científica aplicada.

Considerando as deficiências no desenvolvimento de ações práticas, observa-se que estas parecem ter início na definição da abordagem teórico-metodológica de fundamentação do trabalho do psicólogo na área da saúde. Isto porque as combinações de abordagens assinaladas pelos participantes da pesquisa referiam-se, por vezes, a abordagens epistemológicas diametralmente opostas, evidenciando, possivelmente, a existência de uma confusão conceitual entre a fundamentação teórico-metodológica do trabalho desenvolvido pelo(a) psicólogo(a) e a fundamentação de origem das técnicas psicológicas por eles(as) utilizadas.

Apesar de a psicologia da saúde não privilegiar modelos ou abordagens psicológicas (Reis, 1998), os resultados da pesquisa apontam para uma prevalência do uso da abordagem de base psicanalítica entre os(as) psicólogos(as) participantes da pesquisa. Todavia, esperava-se que as abordagens comportamental e cognitivo-comportamental se sobressaíssem, tendo em vista que elas têm sido associadas diretamente, na literatura científica, ao desenvolvimento mais sistemático da psicologia da saúde. A prevalência do uso da abordagem de base psicanalítica pode estar associada à confusão ainda existente entre a psicologia da saúde e a psicologia clínica (Gioia-Martins & Júnior, 2001; Yamamoto, Trindade & Oliveira, 2002). A abordagem de base psicanalítica é mais associada ao modelo clínico de atuação, no qual o psicólogo desenvolve prioritariamente atividade psicoterápica e tem como foco de intervenção apenas o sujeito (o paciente) (Seidl & Costa Junior, 1999). Esta hipótese é reforçada pela supremacia de uso de atendimentos individuais e da ampla utilização da psicoterapia enquanto técnica psicológica na amostra estudada.

A partir dos resultados apresentados e das evidências por eles apontadas, observa-se que a psicologia pediátrica ainda não está conceitualmente estabelecida nos HUs públicos federais, e sendo estes centros de referência no atendimento e desenvolvimento de tecnologias voltadas para tratamentos médicos, acredita-se que esta condição indique, de forma geral, a situação da psicologia pediátrica no Brasil, constituindo-se ainda de adaptações metodológicas de outras áreas da psicologia a fim de facilitar a compreensão dos procedimentos médicos pelas crianças (Roberts, Mitchell & McNeal, 2003), especialmente no contexto hospitalar (Barros, 1999).

Ressalta-se, ainda, no campo das ações práticas nos HUs públicos federais:

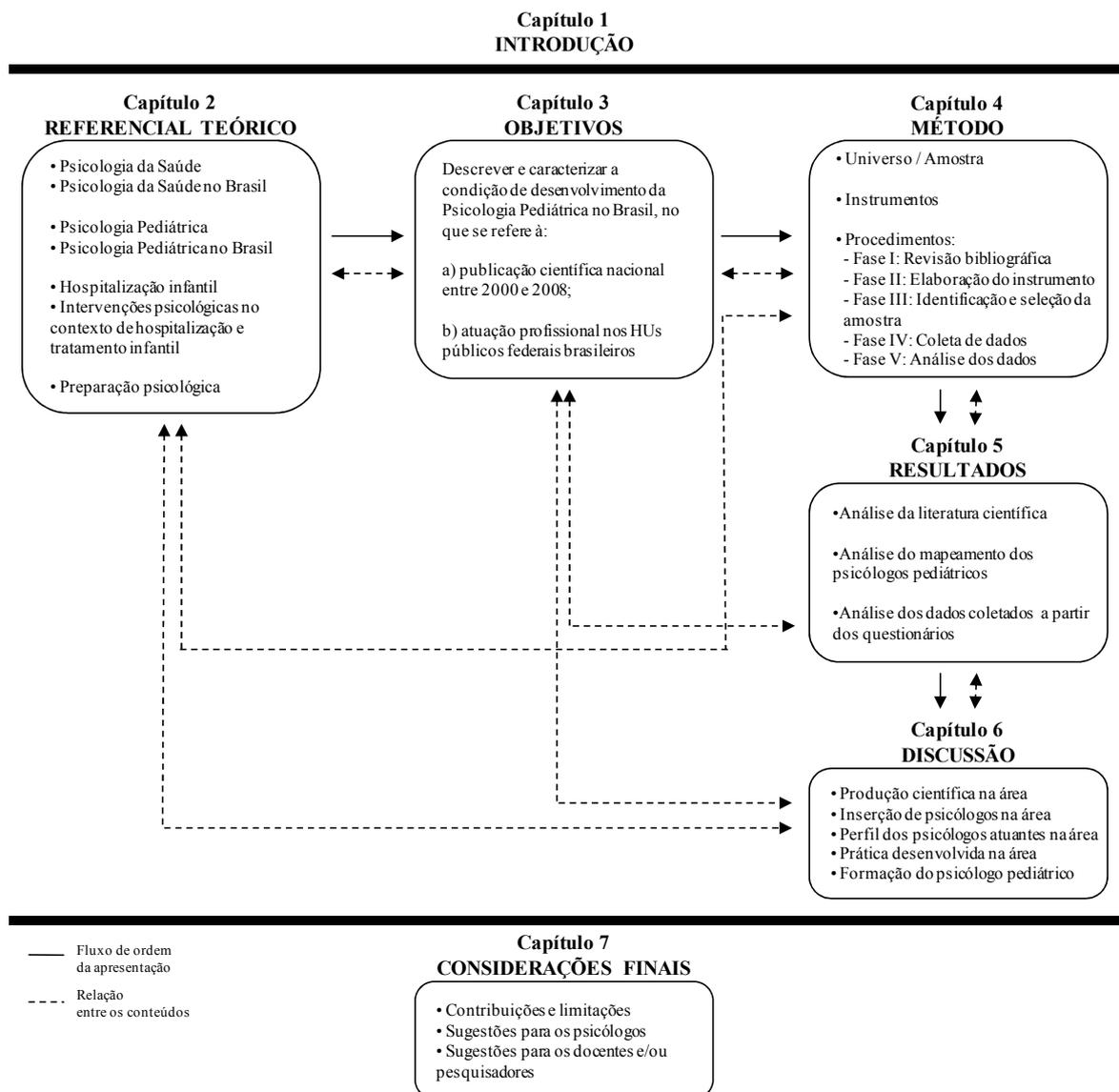
(1) A diversidade de nomenclatura utilizada para nomear as intervenções psicológicas e a falta de planejamento, organização, sistematização e padronização delas;

(2) Da mesma forma, a inexistência e/ou insuficiência de mecanismos avaliativos que possibilitem verificar, adequadamente, a eficácia das intervenções e técnicas utilizadas;

(3) As lacunas da formação profissional que, segundo as recomendações da APA deveria abordar, entre outros aspectos: (a) conhecimentos e habilidades práticas gerais em psicologia da saúde; (b) estratégias de intervenção; (c) conhecimentos acerca da construção do atendimento em equipe multi e interdisciplinar, além de propiciar experiência neste meio para desenvolver habilidades essenciais a esta atuação; (d) interface da psicologia da saúde com as outras áreas da psicologia e com outras disciplinas da saúde (com ênfase em suas diferenças e/ou semelhanças epistemológicas e metodológicas); (e) conhecimentos e habilidades em pesquisa (metodologias de pesquisa e análises estatísticas) e sistemas de avaliação (Besteiro & Barreto *apud* Castro, 2007; Evans, 1983; Schneiderman, 1983; Spirito & cols, 2003a; 2003b; Tulkin, 1983).

Considerando as deficiências no desenvolvimento de pesquisa científica aplicada, competência altamente desejável e recomendada na psicologia pediátrica (Fonseca, 1998; Roberts, 1993; Roberts, Mitchell & McNeal, 2003; Spirito & cols. 2003a; Viana & Almeida, 1998; Zannon, 2004), observa-se que, além de poucos profissionais desenvolverem este tipo de atividade nos HUs públicos federais, os que a exercem não divulgam os seus resultados, tornando a pesquisa infecunda. Além disso, ressalta-se que, para o desenvolvimento de pesquisas, fazem-se necessárias diversas outras ações precedentes, tais como a organização e sistematização de rotinas, definições claras e objetivas de critérios avaliativos, entre outras, apontadas anteriormente como falhas existentes no desenvolvimento de ações práticas dos psicólogos da saúde e psicólogos pediátricos no contexto estudado.

Finda as discussões, no próximo capítulo faz-se algumas considerações finais ao estudo, as quais resgatam todos os elementos componentes desta dissertação, conforme rerepresentado na Figura 15.



**FIGURA 15** – Mapa estrutural da dissertação (Total)

## CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicologia pediátrica, enquanto área de aplicação de conhecimentos psicológicos destinados à promoção, manutenção da saúde de crianças e adolescentes, expostos, ou não, a condições de risco, tem desenvolvido procedimentos eficazes de intervenção, potencialmente capazes de colaborar para o bem estar desta população. Estas intervenções tornam-se especialmente importantes nos países considerados em desenvolvimento, onde as condições de saúde da população são precárias e favorecem a maior incidência de doenças, o que implica na maior necessidade de tratamentos médicos, seja em regime ambulatorial ou de internação. No Brasil, por exemplo, a hospitalização infantil constitui uma experiência vivenciada por mais de um milhão de crianças por ano (Brasil *apud* Mitre & Gomes, 2007), as quais podem ter o seu processo de desenvolvimento prejudicado em virtude das potenciais repercussões adversas originadas das contingências desta experiência.

Por esta razão, investir esforços no sentido de auxiliar o desenvolvimento da psicologia pediátrica torna-se relevante, a princípio, para tornar as experiências de hospitalização e tratamento em saúde infantil menos traumáticas e, se possível, utilizá-las como experiências promotoras do desenvolvimento, tal como propõe Zannon (1981); e no futuro, ter a possibilidade de influenciar, de forma mais ampla, a melhoria das condições de saúde da população, através da participação no desenvolvimento de políticas públicas voltadas às necessidades da infância e adolescência.

Por considerar a importância do desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil e os HUs públicos federais como centros de referência no desenvolvimento de ações na área da saúde, a pesquisa ora apresentada objetivou descrever e caracterizar a condição de desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil, no que se refere à: (a) publicação

científica nacional, disponível em periódicos de psicologia Qualis “A” e “B”, entre 2000 e 2008; e (b) atuação profissional dos psicólogos em serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais brasileiros, destacando-se as intervenções de preparação psicológica por eles realizadas.

Para atingir a primeira parte do objetivo, procedeu-se a um levantamento da produção científica, conforme procedimentos metodológicos já descritos, o qual indicou um crescimento acelerado da produção científica na área, identificando 90 publicações com temas de interesse à psicologia pediátrica, as quais foram analisadas quanto à temática principal e etapa do desenvolvimento a que se referiam. Apesar de ter atingido o objetivo proposto para esta pesquisa, deve-se considerar as limitações de tal análise. A primeira refere-se ao breve período analisado (2000-2008), considerando que a inserção de psicólogos em serviços de assistência pediátrica teve início na década de 1970. A segunda limitação refere-se à restrição do levantamento aos periódicos de psicologia classificados como Qualis “A” ou “B” nacional, considerando que muitos psicólogos na área de saúde optam por publicar suas pesquisas em revistas médicas e/ou de ciências da saúde no geral. A terceira limitação refere-se a não inserção de outros tipos de publicação na análise efetuada, tais como resumos expandidos em congressos científicos, dissertações e teses. Por fim, a análise da literatura científica desta pesquisa apresenta limitações no que se refere à seleção e categorização temática das publicações, a qual foi efetuada apenas sob um ponto de vista, não podendo, portanto, ser vista como exaustiva e/ou conclusiva. Estas limitações, intrínsecas a estudos de caráter exploratório, indicam apenas a impossibilidade de generalização dos resultados obtidos.

Para atingir a segunda parte do objetivo, efetuou-se um mapeamento dos serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais e, em seguida, procedeu-se ao desenvolvimento e aplicação de um questionário específico para atuação na área. No que

se refere ao mapeamento, conseguiu-se identificar 51 psicólogos(as) em 14 HUs públicos federais, entre os quais apenas 25 psicólogos(as) participaram efetivamente da pesquisa, representando 11 hospitais. Esta restrição, apesar de prevista, ocorreu em escala maior do que o esperado, em virtude da dificuldade de acesso e da baixa responsividade dos HUs contatados e dos psicólogos neles atuantes, de forma tal que o mapeamento realizado apresentou-se limitado, embora não tenha impossibilitado a realização do estudo.

No que se refere ao desenvolvimento do questionário específico para obtenção de informações sobre os serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais, os psicólogos que neles atuavam e as intervenções de preparação psicológica que eram realizadas, obteve-se êxito tendo em vista que o instrumento, construído com base na literatura científica e em pesquisas divulgadas eletronicamente, apresentou-se como adequado para coletar as informações a que se propunha. A conversão do questionário impresso para a versão eletrônica tornou possível o acesso e a participação de psicólogos(as) de todas as regiões brasileiras, num breve espaço de tempo e com um custo muito reduzido. Além disso, a programação prévia e adequada do *software*, bem como das ferramentas de seu controle, mostraram-se altamente vantajosas no que se refere ao acompanhamento do estudo, à redução dos erros de preenchimento incorreto ou não preenchimento das respostas, e à eliminação dos erros de tabulação dos dados.

Por fim, no que se refere à aplicação do questionário e, conseqüentemente à coleta de informações sobre o perfil do psicólogo pediátrico atuante nos HUs públicos federais e a estrutura e rotina de atividades de cuidados em saúde desenvolvidas por eles, foi possível obter todas as informações pretendidas neste estudo, as quais possibilitaram descrever um panorama geral da inserção e atuação dos psicólogos pediátricos nos HUs públicos federais. Este panorama pode, potencialmente, subsidiar a realização de inúmeras pesquisas futuras na área. Entretanto, deve-se ressaltar que os dados obtidos apresentam-se

limitados, no que se refere à não apreensão da realidade total dos serviços de psicologia pediátrica dos HUs públicos federais, a qual não é passível de ser alcançada apenas através de um questionário, nem do reduzido número de psicólogos participantes.

De forma geral, este estudo revelou que a psicologia pediátrica nos HUs públicos federais encontra-se ainda em estabelecimento, organização e definição, ou seja, em seus primórdios de desenvolvimento, tanto no âmbito teórico quanto no prático, apesar do progressivo aumento da inserção de profissionais na área. Considerando os HUs públicos federais como importantes centros de desenvolvimento e aperfeiçoamento de ações e/ou tecnologia na área da saúde, acredita-se que, possivelmente, os resultados deste estudo indiquem a condição de desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil. Os fatores que se relacionam a esta condição referem-se especialmente à: (a) falta de delimitação do papel, das funções e das atividades práticas destes profissionais; (b) baixa produção e/ou publicação de pesquisas científicas; e (c) insuficiência e/ou inadequação da formação na área de saúde, bem como a inexistência de formação especializada na área.

De forma específica, este estudo evidenciou, entre outros aspectos, que:

(1) Os psicólogos pediátricos dos HUs públicos federais atuam predominantemente em contextos de internação pediátrica, apesar de também desenvolverem ações em contextos ambulatoriais;

(2) As atividades desenvolvidas por estes psicólogos encontram-se predominantemente no âmbito da assistência profissional, sendo que as atividades no âmbito do ensino e da pesquisa também são desenvolvidas, porém, em escala reduzida;

(3) Apesar de os psicólogos desenvolverem pesquisas científicas, os resultados delas não são amplamente compartilhados com os demais profissionais e/ou pesquisadores da área, tornando-se assim, possivelmente infrutíferas;

(4) Os psicólogos pediátricos dos HUs públicos federais têm recorrido a diferentes tipos de intervenções psicológicas, todavia, a um limitado número de técnicas e recursos;

(5) As intervenções psicológicas na área da saúde efetuadas pelos participantes da pesquisa ainda pautam-se no modelo clínico de atuação, sendo desenvolvidas predominantemente em nível individual e por meio de psicoterapia;

(6) As ações em psicologia pediátrica nos HUs públicos federais não se encontram suficientemente sistematizadas, não sendo, portanto, planejadas, organizadas e padronizadas a partir de critérios claros e objetivos, reduzindo a chance de desenvolvimento de pesquisas multicêntricas;

(7) As ações em psicologia pediátrica nos HUs públicos federais tendem a ser desenvolvidas com alguma interação com a equipe, contudo, num caráter predominantemente multidisciplinar;

(8) A maioria dos psicólogos pediátricos participantes do estudo, não desenvolve mecanismos avaliativos das intervenções que realizam, o que impossibilita a mensuração, adequada, da eficácia das técnicas utilizadas e resultados obtidos;

(9) Apesar de a preparação psicológica ser uma intervenção amplamente referida (como utilizada), não há consenso, teórico ou prático, no que se remete a sua conceituação, nomenclatura, objetivos, técnicas e procedimentos de execução; e

(10) Embora a formação dos psicólogos pediátricos dos HUs públicos federais seja academicamente interessante, parece ser insuficiente e/ou inadequada para o desenvolvimento de ações práticas e pesquisas científicas em contextos de tratamento e cuidados em saúde, especialmente pediátrico.

Com base nas evidências obtidas neste estudo, as quais apresentam um contexto empírico amplo, várias ações podem ser delineadas, tanto em termos práticos quanto teóricos, especialmente no tocante ao desenvolvimento de pesquisas futuras. Desta forma,

a seguir, fazem-se algumas sugestões para os psicólogos, docentes e/ou pesquisadores atuantes na área da saúde pediátrica.

### **7.1 – Sugestões para os psicólogos**

(1) Estabelecer o papel, as funções e as competências do psicólogo pediátrico na área e/ou setor em que atuam;

(2) Descrever, operacionalmente, a rotina de atenção e cuidados em saúde desenvolvida, ressaltando o objetivo de cada ação executada, bem como a sequência de procedimentos para a sua execução;

(3) Buscar, continuamente, o desenvolvimento desta rotina de forma integrada com outros profissionais de saúde, em caráter interdisciplinar;

(4) Registrar, de forma sistemática e padronizada, as informações coletadas durante as ações e/ou intervenções psicológicas;

(5) Desenvolver bancos de dados, quantitativos e qualitativos, para armazenar as informações coletadas; e compartilhar os bancos de dados com outros profissionais e pesquisadores da área;

(6) Definir critérios claros e objetivos de avaliação e mensuração das ações desenvolvidas e dos resultados obtidos;

(7) Implantar e/ou aperfeiçoar as atividades de ensino, de forma tal que possam desenvolver as habilidades e competências necessárias para atuação em psicologia pediátrica;

(8) Implantar e/ou aperfeiçoar as atividades de pesquisa científica, divulgando os resultados obtidos em periódicos, congressos, simpósios e outros meios de comunicação técnica e científica;

(9) Integrar as atividades de assistência, ensino e pesquisa, de maneira que estas possam se retroalimentar, subsidiando o desenvolvimento mútuo.

## **7.2 – Sugestões para os docentes e/ou pesquisadores**

(1) Propor a criação de disciplinas específicas na área de psicologia pediátrica em nível de graduação e pós-graduação, *latu e strictu sensu*;

(2) Estruturar cursos de extensão qualificados com temáticas de interesse à área de psicologia pediátrica;

(3) Fomentar a criação de uma instituição (associação ou sociedade) que promova a unidade dos psicólogos, docentes e pesquisadores interessados ou atuantes na área e que possibilite a organização, discussão e desenvolvimento de ações para a expansão da psicologia pediátrica no Brasil;

(4) Manter um espaço virtual para a divulgação de informações, desenvolvimento de pesquisas ou outros fins pertinentes à área de psicologia pediátrica, o qual poderia utilizar-se do domínio criado e adotado neste estudo (<http://www.psicologiapediatrica.com.br/>);

(5) Estimular a realização de congressos, simpósios e outros eventos técnico-científicos na área, bem como a participação de pesquisadores em congressos de áreas da medicina, odontologia, enfermagem e outros, com divulgação de pesquisas em psicologia pediátrica;

(6) Estabelecer e/ou fortalecer linhas de pesquisa com área de concentração em psicologia pediátrica em programas de pós-graduação de universidades públicas brasileiras;

(7) Estimular o desenvolvimento de pesquisas científicas, com diversas temáticas, entre as quais se aponta:

(7.1) Revisões bibliográficas mais sistemáticas e avançadas na área de psicologia pediátrica, que analisem períodos de publicação mais abrangentes, diferentes tipos de publicações e verifiquem, além da temática principal, aspectos teórico-metodológicos;

(7.2) Novo mapeamento dos psicólogos pediátricos no Brasil, abrangendo todos os contextos de tratamento e cuidados à saúde de crianças e adolescentes, sejam eles públicos ou privados, em todo o território nacional;

(7.3) Pesquisas sobre os procedimentos metodológicos adotados em cada uma das intervenções e/ou técnicas utilizadas pelos psicólogos pediátricos;

(7.4) Pesquisas sobre a eficácia das intervenções e/ou técnicas psicológicas em psicologia pediátrica;

(7.5) Pesquisas específicas sobre a preparação psicológica, aplicadas em diferentes contextos e momentos, com diferentes fins, utilizando diferentes técnicas e/ou recursos;

(7.6) Pesquisas sobre a atuação multi e/ou interdisciplinar dos psicólogos pediátricos;

(7.7) Pesquisas sobre a adequação da estrutura curricular dos cursos de graduação e pós-graduação em psicologia, para atuação em contextos de atenção e cuidados em saúde pediátrica;

(8) Divulgar, amplamente os resultados obtidos a partir do desenvolvimento de pesquisas científicas; e

(9) Fomentar a organização de um periódico científico específico para divulgação das pesquisas realizadas com temática de interesse da psicologia pediátrica.

Finalmente, espera-se que este estudo possa colaborar com o desenvolvimento da psicologia pediátrica no Brasil, ao apontar lacunas e caminhos a serem explorados no futuro próximo.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- American Psychological Association* [APA] (2008). *Division 54 – Society of Pediatric Psychology*, Web site: <http://www.apa.org/about/division/div54.html>, Acessado em 15/10/08.
- Anderson, C.A. & Collier, J.A. (1999). Managing very poor adherence to medication in children and adolescents: An inpatient intervention. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4, 393-402.
- Aylward, B. S., Roberts, M. C., Colombo, J. & Steele, R. G. (2008). Identifying the classics: An examination of articles published in the *Journal of Pediatric Psychology* from 1976-2006. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(6), 576-589.
- Barros, L. (1999). *Psicologia pediátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Beck, A. T. (1986). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Penguin Press.
- Blount, R.L., Piira, T. Cohen, L.L. & Cheng, P.S. (2006). Pediatric procedural pain. *Behavior Modification*, 30, 24-49.
- Brasil (1996). *Resolução N° 196*, de 10 de outubro, Brasília: Conselho Nacional de Saúde.
- Brasil (2004). *Portaria Interministerial N° 1000*, de 15 de abril, Brasília: Ministério da Educação & Ministério da Saúde.
- Brasil (2005). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. Brasília: Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
- Brasil (2007a). *Portaria N° 2400*, de 02 de outubro, Brasília: Ministérios da Educação / Ministério da Saúde.
- Brasil (2007b). *Ministério da Educação / Secretaria de Educação Superior / Hospitais Universitários*. Web site:

<http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=category&sectionid=10&id=97&Itemid=301>, Acessado em 23/05/2007.

Brasil (2008). *Web Qualis*. Web site: <http://qualis.capes.gov.br/webqualis/>, Acessado em 04/11/2008.

Broering, C. V. & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18(39), 61-72.

Brown, R. T.; Freeman, W. S.; Brown, R. A.; Belar, C.; Hersch, L.; Hornyak, L. M.; Rickel, A.; Rozensky, R.; Sheridan, E. & Reed, G. (2002). The role of psychology in health care delivery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 536-545.

Burke, S. O., Harrison, M. B., Kauffmann, E. & Wong, C. (2001). Effects of stress-point intervention with families of repeatedly hospitalized children. *Journal of Family Nursing*, 7, 128-158.

Cabral, E. & Sawaya, S. M. (2001). Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. *Estudos de Psicologia (Natal)*, (6)2, 143-155.

Calvetti, P. U., Muller, M. C. & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(4), 706-717.

Caminiti, C., Scoditti, U., Diodati, F. & Passalacqua, R. (2005). How to promote, improve and test adherence to scientific evidence in clinical practice. *BMC Health Services Research [on-line]*, 5(62). Acessado em 25/01/2006, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/62>.

Carvalho, A. M. & Begnis, J. G. (2006). Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. *Psicologia em Estudo*, 11(1), 109-117.

Castro, E. K. (2007). Psicologia pediátrica: a atenção à criança e ao adolescente com problema de saúde. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27(3), 396-405.

- Castro, E. K. & Bornholdt, E. (2004). Psicologia da saúde x Psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24(3), 48-57.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2001). *Resolução N° 02/2001*, de 10 de março. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia [CFP] (2005). *Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços*. São Paulo: Alínea.
- Chiattonne, H.B.C. (1984). Relato de experiência de intervenção psicológica junto à crianças hospitalizadas. Em V.A. Angerami (Org.), *Psicologia hospitalar* (pp. 71-77). São Paulo, SP: Editora Traço.
- Corr, C.A. (1991). Support for grieving children: The Dougy Center and the hospice philosophy. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 8, 23-27.
- Costa Junior, A. L. (2001). O desenvolvimento da psico-oncologia: implicações para a pesquisa e intervenção profissional em saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 36-43.
- Costa Junior, A. L. (2005). Psicologia da saúde e desenvolvimento humano: o estudo do enfrentamento em crianças com câncer e expostas a procedimentos médicos invasivos. Em M. A. Dessen e A. L. Costa Junior (Orgs.), *A essência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras* (171-189). Porto Alegre: Artmed.
- Costa Junior, A. L., Coutinho, S. M. G, Prado, J. A., Viana, K. F., Ferreira, R. S. & Meição, C. A. (2006). A importância de atividades de recreação e sala de espera de unidade de onco-hematologia pediátrica. *Pediatria Moderna*, 42(3), 138-141.
- Cozby, P. C. (2006). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. [Methods in behavioral research] (P. I. C. Gomide, Trad.) São Paulo: Editora Atlas. (Original em língua inglesa publicado em 2003).

- Crepaldi, M. A. (1999). Hospitalização na infância: representações sociais da família sobre a doença e a hospitalização de seus filhos. Taubaté: Cabral Editores.
- Crepaldi, M. A., Linhares, M. B. M. & Perosa, G. B. (2006). *Temas em psicologia pediátrica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Crepaldi, M. A., Rabuske, M. M. & Gabarra, L. M. (2006). Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. Em M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em psicologia pediátrica* (pp. 13-55). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Doca, F. N. P. & Costa Junior, A. L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17(37), 167-179.
- Evans, R. I. (1983). Task Group on Applied Research. *Health Psychology*, 2(5), 71-73.
- Ferreira, R. S. (2005). Efeitos da apresentação sistematizada de um manual educativo para pais de crianças com leucemia. *Dissertação de Mestrado*, Universidade de Brasília, Brasília, DF.
- Fonseca, M. T. A. (1998). O papel do psicólogo pediátrico. *Análise Psicológica*, 16(1), 177-181.
- Forinder, U. (2004). Bone marrow transplantation from a parental perspective. *Journal of Child Health Care*, 8, 134-148.
- Franck, L. S. & Jones, M. (2003). Computer-taught coping techniques for venepuncture: Preliminary findings from usability testing with children, parents and staff. *Journal of Child Health Care*, 7, 41-54.
- Freitas, M. H. (2006). Considerações acerca dos primeiros periódicos científicos brasileiros. *Ciência da Informação*, 35(3), 54-66.
- Gioia-Martins, D. & Júnior, A. R. (2001). Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Psicologia, Teoria e Prática*, 3(1), 35-42.

- Gorayeb, R. & Guerrelhas, F. (2003). Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, *V*(1), 11-19.
- Guimarães, S. S. (1988). A hospitalização na infância. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, *4*, 102-112.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W.C. (2005). *Análise multivariada de dados*. [Multivariate data analysis] (A. S. Sant'Anna & A. Chaves Neto, Trad.). Porto Alegre: Bookman. (Original em língua inglesa publicado em 1998).
- Jenkins, C. D. (2007). Princípios gerais de promoção da saúde e prevenção de doenças. Em C. D. Jenkins, *Construindo uma saúde melhor* [Building better health] (A. P. Fajardo, Trad.) (pp. 15-20). Porto Alegre: Artmed (Original em língua inglesa publicado em 2003).
- Junqueira, M. F. P. S. (2003). A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. *Estudos de Psicologia (Natal)*, *8*, 193-197.
- Kato, P.M. (2008). *Re-mission: A journey through the body of young patients with different kinds of cancer*. Web Site: [http://www2.re-mission.net/site/about/why\\_remission.php](http://www2.re-mission.net/site/about/why_remission.php)  
Acessado em 20/01/09.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Linhares, M. B. M. (2008). GT-46: Psicologia pediátrica. Em J. Q. Pinheiro & F. S. Albuquerque (Orgs), *Anais do XII Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia* (pp. 153-155), Natal: ANPEPP.
- Machado, S. P. & Kunchenbecker, R. (2007). Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *12*(4), 871-877.

- Martins, M. R., Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H & Silva, C. V. (2001). Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 9(2), 76-85.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Meadows, A. J. (1999). *A comunicação científica*. Brasília: Brinquet de Lemos/Livros.
- Mitre, R. M. A. (2006). O brincar no processo de humanização da produção de cuidados pediátricos. Em S. F. Deslandes (Org), *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas* (pp. 283-300). Rio de Janeiro, RJ: Editora FIOCRUZ.
- Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(1), 147-154.
- Mitre, R. M. A. & Gomes, R. (2007). A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1277-1284.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, H. (1993). A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. *Cadernos de Saúde Pública*, 9, 326-332.
- Oliveira, H. (1997). Ouvindo a criança sobre a enfermidade e a hospitalização. Em R. B. Ceccim & P. R. Carvalho (Orgs.), *Criança hospitalizada: atenção integral como escuta à vida* (pp. 42-55). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Omote, S., Prado, P. S. T. & Carrara, K. (2005). Versão eletrônica de questionário e o controle de erros de resposta. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 397-405.
- Patel, A. D., Schieble, T., Davidson, M., Tran, M. C. J., Shoenberg, C., Delphin, E. & Bennett, H. (2006). Distraction with a hand-held video game reduces pediatric preoperative anxiety. *Pediatric Anesthesia*, 16, 1019-1027.

- Pedromônico, M. R. M. (2006). A relevância da avaliação psicológica na clínica pediátrica. Em M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), *Temas em psicologia pediátrica* (pp. 83-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pires, A. (1998). Psicologia pediátrica: história, actualidade e formação. *Análise Psicológica*, 1(16), 5-10.
- Quiles, J. M. O. & Carrillo, F. X. M. (2000). *Hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Madrid: Editora Biblioteca Nueva.
- Ramasay, M. A. E. (2000). Acute postoperative pain management. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 13, 244-247.
- Reis, J. C. (1998). *O sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Editora Vega.
- Roberts, M. C. (1993). Introduction to pediatric psychology: An historical perspective. Em M. C. Roberts, G. P. Koocher, D. K. Routh & J. D. Willis (1993). *Readings in Pediatric Psychology* (pp. 01-21). New York: Plenum Press.
- Roberts, M. C. (2003). *Handbook of pediatric psychology*. New York: The Guilford Press.
- Roberts, M. C., Mitchell, M. C. & McNeal, R. (2003). The evolving field of pediatric psychology: Critical issues and future challenges. Em M. C. Roberts (Org.), *Handbook of pediatric psychology* (3-18). New York: The Guilford Press.
- Sarafino, E. P. (1997). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. United States of America: John Wiley & Sons, Inc.
- Schneiderman, N. (1983). Task Group on Basic Research. *Health Psychology*, 2(5), 67-70.
- Scott, L. D. & Arslanian-Engoren, C. (2005). The decision to care: A life-altering experience. *Home Health Care Management & Practice*, 17, 130-135.
- Seidl, E. M. F. & Costa Junior, A. L. (1999). O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(1), 27-35.

- Silva, M. J. P. (2005). *Comunicação tem remédio – A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo: Loyola.
- Soares, M.R.Z. & Bomtempo, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para procedimento médico de inalação. *Estudos de Psicologia*, 21, 53-64.
- Society of Pediatric Psychology [SPP] (2009). *Significant milestones in SPP (1967-2000)*.  
Web site:  
<http://www.societyofpediatricpsychology.org/~division54/history/milestones.shtml>,  
Acessado em 06/01/09.
- Spirito, A., Brown, R. T., D'Angelo, E., Delamater, A., Rodrigue, J. & Siegel, L. (2003a). Society of Pediatric Psychology Task Force Report: Recommendations for the training of pediatric psychologists. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(2), 85-98.
- Spirito, A., Brown, R. T., D'Angelo, E., Delamater, A., Rodrigue, J. & Siegel, L. (2003b). Training pediatric psychologists for the 21st century. Em M. C. Roberts (Org). *Handbook of pediatric psychology* (pp. 19-31), New York: The Guilford Press.
- Straub, R. O. (2005). A psicologia da saúde hoje a amanhã. Em R. O. Straub, *Psicologia da saúde [Health Psychology]* (571-589). Porto Alegre: Artmed (Original em língua inglesa publicado em 2002).
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology*. United States of America: McGraw-Hill College.
- Tonetto, A. M. & Gomes, W. B. (2007). A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(1), 89-98.
- Tulkin, S. (1983). Task Group on Health Care Services. *Health Psychology*, 2(5), 74-76.
- Viana, V. & Almeida, J. P. (1998). Psicologia pediátrica: do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 1(16), 29-40.

- Willemsen, H., Chowdhury, U. & Briscall, L. (2002). Needle phobia in children: A discussion of etiology and treatment options. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 609-619.
- Witter, G. P. (2007). Importância das sociedades/associações científicas: desenvolvimento da ciência e formação do profissional-pesquisador. *Boletim de Psicologia*, LVII(126), 1-14.
- Witter, G. P. (2008). Psicologia da saúde e produção científica. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 577-584.
- Wright, L. (1967). The pediatric psychologist: A role model. Em M. C. Roberts, G. P. Koocher, D. K. Routh & D. J. Willis (1993). *Readings in Pediatric Psychology* (27-31). New York, NY: Plenum Press.
- Yamamoto, O. H., Trindade, L. C. B. O. & Oliveira, I. F. (2002). O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. *Psicologia USP*, 13(1), 217-246.
- Zannon, C. M. L. C. (1981). Atuação do psicólogo em setores de assistência pediátrica hospitalar. *Boletim de Psicologia*, 33, 40-51.
- Zannon, C. M. L. C. (1991). Desenvolvimento psicológico da criança: Questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 7(2), 119-136.
- Zannon, C. M. L. C. (1994). A importância da hospitalização conjunta: Da prescrição ao ponto de vista da família. *Pediatria Moderna*, 30, 1126-1136.
- Zannon, C. M. L. C. (2004). *Grupo de Trabalho: Pesquisa em psicologia pediátrica, X Simpósio de Pesquisa e Intercâmbio Científico da ANPEPP*, Web site: <http://www.anpepp.org.br/index-grupoX.htm>, Acessado em 06/10/2008.
- Zannon, C. M. L. C. (2005). *Estágio em psicologia pediátrica no Hospital Universitário de Brasília – HUB*. Manuscrito não publicado. Instituto de Psicologia – UnB.

**ANEXOS**

**ANEXO A – Questionário****ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS DE HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO**

Prezado(a) psicólogo(a),

Este questionário é composto por 29 questões divididas em três partes:

Parte I – Caracterização dos psicólogos que atuam na unidade pediátrica (10 questões);

Parte II – Caracterização do trabalho na unidade pediátrica (4 questões);

Parte III – Programas de preparação psicológica infantil para tratamento de saúde (15 questões).

A maior parte das questões são fechadas, ora permitindo a marcação de apenas uma resposta, ora permitindo a marcação de múltiplas alternativas. Caso as alternativas existentes não contemplem a situação vivenciada em sua unidade ou no desenvolvimento de seu trabalho, marque a opção “outros” e em seguida, descreva no quadro ao lado, a resposta mais adequada no seu caso.

Para o sucesso desta pesquisa, é de fundamental importância que você responda todas as questões. Por isso, sempre que uma questão não for respondida, o sistema emitirá um alerta e indicará a questão deixada em branco.

A qualquer momento você pode interromper o preenchimento do questionário e retornar depois, sem perder as questões que já havia respondido. Para tanto é só clicar no botão “salvar” e depois em “sair do questionário”. Suas respostas serão armazenadas de tal forma que, ao acessar novamente a pesquisa, você dará continuidade do ponto onde parou.

Para finalizar a pesquisa, você deverá responder todo o questionário, e em seguida clicar no botão “finalizar”. Após este procedimento, você não poderá mais fazer alterações no questionário.

Mais uma vez agradecemos a sua valiosa colaboração e nos colocamos inteiramente disponíveis para o esclarecimento de dúvidas e/ou a obtenção de maiores informações.

## I – CARACTERIZAÇÃO DOS PSICÓLOGOS QUE ATUAM NA UNIDADE PEDIÁTRICA

1- Quanto(a)s psicólogo(a)s e estagiário(a)s de psicologia atua(m) na unidade/setor pediátrico do seu hospital?

\_\_\_\_\_ Psicólogos  
 \_\_\_\_\_ Estagiários

Por favor, forneça as seguintes informações sobre você:

2- Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

3- Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

4- Nível de Formação:

- ( ) graduação  
 ( ) especialização ( ) em andamento  
 ( ) mestrado ( ) em andamento  
 ( ) doutorado ( ) em andamento

5- Tempo de atuação na área de Pediatria:

- ( ) Até 1 ano  
 ( ) De 1 a 3 anos  
 ( ) De 4 a 6 anos  
 ( ) De 7 a 10 anos  
 ( ) Mais de 10 anos

6- Vínculo empregatício com o hospital:

- ( ) voluntário  
 ( ) contrato temporário  
 ( ) contrato permanente/estável (RJU, CLT, Outro)

7- Cargo/função:

- ( ) técnico  
 ( ) docente  
 ( ) outro(s). \_\_\_\_\_

8- Unidade(s) de atuação:

- |                           |         |         |
|---------------------------|---------|---------|
| Ambulatório               | ( ) Sim | ( ) Não |
| Pronto socorro/Emergência | ( ) Sim | ( ) Não |
| Enfermaria/Internação     | ( ) Sim | ( ) Não |
| Outro(s). _____           |         |         |

9- Carga horária semanal na unidade pediátrica (horas/semanais):

- ( ) 20h  
 ( ) 30h  
 ( ) 40h  
 ( ) outro(s). \_\_\_\_\_ (horas)

10- A(s) abordagem(s) teórico-filosófica(s) que fundamenta(m) seu trabalho no hospital é(são):

- ( ) Abordagem de base psicanalítica  
 ( ) Abordagem de base comportamental  
 ( ) Abordagem de base humanista  
 ( ) Abordagem de base existencialista  
 ( ) Abordagem de base cognitivista  
 ( ) Abordagem de base sócio-histórica  
 ( ) Abordagem de base psicodramática  
 ( ) Abordagem de base analítica  
 ( ) Outra(s). \_\_\_\_\_

## II – CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO NA UNIDADE PEDIÁTRICA

11- As atividades desenvolvidas por você na unidade(s)/setor(s) pediátricos envolvem:

- |                           |         |         |
|---------------------------|---------|---------|
| Assistência / atendimento | ( ) Sim | ( ) Não |
| Ensino                    | ( ) Sim | ( ) Não |
| Pesquisa científica       | ( ) Sim | ( ) Não |
| Consultoria               | ( ) Sim | ( ) Não |
- Outro(s): \_\_\_\_\_

12- Assinale as atividades que você desenvolve na(s) unidade(s) / setor(s) pediátrico:

- ( ) Acolhimento
- ( ) Avaliação. O que é avaliado? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- ( ) Atendimento individual  
     ( ) paciente ( ) familiar ( ) equipe
- ( ) Atendimento grupal  
     ( ) paciente ( ) familiar ( ) equipe
- ( ) Interconsulta/Discussão de Caso  
     ( ) Médico ( ) Outros Profissionais.  
     Quais? \_\_\_\_\_
- ( ) Encaminhamento a outro(s) profissional(is).  
     Quais? \_\_\_\_\_
- ( ) Supervisão  
     ( ) Alunos de Psicologia  
     ( ) Alunos de outras áreas. Quais? \_\_\_\_\_
- ( ) Outra(s) atividade (s). \_\_\_\_\_

13- Assinale as técnicas utilizadas por você nas intervenções psicológicas:

	Freqüentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Atendimento lúdico (utilização de jogos, brinquedos e atividades recreativas)	( )	( )	( )	( )
Dramatização / encenação / ensaio comportamental	( )	( )	( )	( )
Escuta	( )	( )	( )	( )
Entrevista	( )	( )	( )	( )
Fornecimento de informação escrita (manuais, folhetos, outros)	( )	( )	( )	( )
Fornecimento de informação oral	( )	( )	( )	( )
Fornecimento de informação por meio de recursos audiovisuais (filmes, slides, transparências, outros)	( )	( )	( )	( )
Observação de comportamento	( )	( )	( )	( )
Preparação Psicológica	( )	( )	( )	( )
Psicoterapia	( )	( )	( )	( )
Relaxamento	( )	( )	( )	( )
Treino de habilidades sociais	( )	( )	( )	( )
Visualização / Imaginação ativa	( )	( )	( )	( )
Outra(s)	( )	( )	( )	( )

14- Assinale os recursos e equipamentos que são utilizados nas intervenções psicológicas:

	Freqüentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Testes psicológicos, escalas e inventários	( )	( )	( )	( )
Protocolos de Atendimento	( )	( )	( )	( )
Roteiros de Entrevista	( )	( )	( )	( )
Manuais / Cartilhas	( )	( )	( )	( )
Dinâmicas de grupo	( )	( )	( )	( )
Objetos artísticos (obras de arte, literatura, poesia, outros)	( )	( )	( )	( )
Tecnológicos (computador, filmadora, máquina fotográfica, projetor de multimídia, outros)	( )	( )	( )	( )
Outro(s)	( )	( )	( )	( )

### III – PROGRAMAS DE PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA INFANTIL PARA TRATAMENTO DE SAÚDE

A literatura científica tem apresentado diversos termos para denominar o conjunto de procedimentos técnicos que tem por objetivo geral aliviar as reações emocionais advindas da situação de tratamento de saúde e facilitar a adaptação comportamental a este contexto.

Nesta pesquisa optamos por utilizar a denominação Preparação Psicológica, conforme você irá perceber nas questões a seguir.

Com base no exposto acima, por favor, responda às questões que se seguem.

15- No seu trabalho na unidade/setor pediátrico você utiliza intervenções com esses objetivos?

Sim       Não

16- Como você as denomina?

Preparação Psicológica

Outra(s) \_\_\_\_\_

17- O serviço de psicologia pediátrica de seu hospital dispõe de algum programa sistematizado de Preparação Psicológica?

Sim       Não

18- Este programa de Preparação Psicológica é voltado para que tipo(s) de tratamento de saúde?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19- O programa de sua unidade/setor surgiu a partir de demanda:

dos pacientes

dos familiares/acompanhantes

da equipe de saúde

do(s) profissional(is) de psicologia

Outra(s) \_\_\_\_\_

20 - Qual(s) o(s) objetivo(s) do programa de Preparação Psicológica de sua unidade/setor?

Informar

Reduzir o nível de estresse

Reduzir o medo

Aumentar o nível de adesão ao tratamento

Reduzir a ansiedade

Facilitar o enfrentamento

Outro(s). \_\_\_\_\_

21 - Em que momento o programa é executado?

antes da internação

no momento da internação (na chegada à enfermaria)

antes da realização de procedimentos médicos invasivos.

Quais? \_\_\_\_\_

antes da realização de cirurgias.

Quais? \_\_\_\_\_

no momento da alta hospitalar

outro(s). \_\_\_\_\_

22- O programa de Preparação Psicológica de sua unidade/setor é executado:

- por apenas uma categoria profissional  
 por mais de uma categoria profissional – separadamente  
 por mais de uma categoria profissional – em conjunto

23- Assinale o(s) profissional(s) que executa(m) o programa de Preparação Psicológica:

- Psicólogo  
 Assistente Social  
 Médico  
 Enfermeiro  
 Auxiliar de enfermagem  
 Pedagogo  
 Nutricionista  
 Outro(s). \_\_\_\_\_

24- A quem é dirigido o programa de Preparação Psicológica?

- crianças  
 pais / acompanhantes

25- De que forma o programa é executado?

- individualmente, com cada participante  
 em grupo

26- Qual o número de pessoas atendidas por mês?

\_\_\_\_\_ paciente por mês  
 \_\_\_\_\_ familiares/acompanhantes por mês

27- Quais as técnicas que são utilizadas no programa de Preparação Psicológica?

	Freqüentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
Fornecimento de informação oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornecimento de informação escrita (manuais, folhetos, outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fornecimento de informação por meio de recursos audiovisuais (filmes, slides, transparências, outros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ludoterapia (utilização de jogos, brinquedos e atividades recreativas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distração				
Relaxamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visualização / Imaginação ativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dramatização / encenação / ensaio comportamental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treino de habilidades sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outra(s).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28- O programa possui algum tipo de avaliação de resultados?

- Sim       Não

Em caso afirmativo, por favor, descreva como é executada esta avaliação:

---

---

---

---

29- Caso haja informações adicionais que você considere relevante, por favor, descreva abaixo ou envie um email para ([fernandadoca@unb.br](mailto:fernandadoca@unb.br)) anexando o documento:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Muito obrigado pela sua colaboração!

## **ANEXO B – Apresentação do *Software***

Trata-se de uma aplicação Web com linguagem *Active Server Pages* (ASP) para internet e armazenamento de dados através do Microsoft Access 2003, hospedado sob o domínio público <http://www.psicologiapediatrica.com.br/>. O sistema foi desenvolvido com o objetivo de possibilitar a criação de pesquisas *online*, em forma de questionário, sendo estas administradas totalmente pelo seu responsável (denominado administrador do sistema), sem a interferência e/ou a necessidade de um programador. Desta forma, o sistema possui dois níveis de acesso, sendo eles: (a) o do administrador do sistema e; (b) o do usuário que irá responder a pesquisa.

A página inicial da *homepage* (Figura B1) destinava-se a apresentar informações gerais sobre a pesquisa que estava sendo desenvolvida, bem como possibilitar todos os níveis de acesso ao sistema. As informações apresentadas referiam-se ao objeto e objetivo da pesquisa, o número de seu registro no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP) e os pesquisadores responsáveis. O acesso ao sistema era efetuado através do preenchimento dos campos “Usuário” e “Senha”, sendo que esta última poderia ser recuperada através da ferramenta “Esqueci minha senha”, que quando acionada, enviava automaticamente a senha para o e-mail do participante. Por fim, a página inicial disponibilizava ainda a opção “Cadastro”, a partir da qual era possível solicitar o cadastro para participação na pesquisa, sendo que a aprovação deste estava condicionada à avaliação e liberação dos pesquisadores responsáveis.

**FIGURA B1** – Página inicial da *Homepage*

A partir do *login*, as telas diferenciavam-se em dois tipos, conforme o nível de acesso acionado. A seguir, são apresentados os elementos principais de cada um dos níveis do sistema.

### **Acesso do administrador do sistema**

Ao acessar o sistema, o administrador visualizava uma lista de menus, a partir dos quais poderia criar um questionário eletrônico ou gerenciar um questionário já existente (Figura B2). Os menus com suas respectivas funções encontram-se descritos sumariamente a seguir:

- (a) Instituição – cadastrava das instituições a que os usuários que iriam responder a pesquisa estavam vinculados;
- (b) Autorizar cadastro – autorizava, ou não, as solicitações de cadastro efetuadas na página inicial da *homepage*, para que o usuário autorizado pudesse acessar e responder o questionário;
- (c) Usuários – cadastrava, pela área administrativa do sistema, os usuários identificados e convidados a participarem da pesquisa;

- (d) Pesquisa – cadastrava uma nova pesquisa;
- (e) Questões – cadastrava as questões do questionário da nova pesquisa;
- (f) Enunciados e Respostas – cadastrava os enunciados e respostas das questões da nova pesquisa;
- (g) Questionários – visualizava o questionário da nova pesquisa;
- (h) Andamento dos Questionários – controlava o andamento do preenchimento dos questionários pelos usuários;
- (i) Gerar Questionário em Excel – gerava uma planilha de Excel com a tabulação de todas as respostas emitidas até o momento da solicitação;
- (j) Gerar Questionário em Word – gerava o questionário de cada usuário separadamente em documento Word;
- (k) Impressão do Questionário – gerava a impressão dos questionários de cada usuário separadamente em documento Word;
- (l) Limpar Respostas do Questionário – limpava as respostas dos questionários solicitados (ferramenta utilizada amplamente na fase de testes do sistema).



**FIGURA B2** – Menus do sistema de pesquisa

### Acesso do usuário que irá responder à pesquisa

Ao acessar o sistema pela primeira vez, o participante era conduzido ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que deveria escolher uma das duas opções disponíveis: “concordo” ou “não concordo” (Figura B3).

**PSICOLOGIA PEDIÁTRICA**  
PESQUISA NACIONAL

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS DE HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO**

**TERMO DE CONSENTIMENTO:**

Caro(a) Psicólogo(a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada "Análise de programas de preparação psicológica infantil para tratamento de saúde" em hospitais públicos de ensino do Brasil, com o objetivo de descrever as principais metodologias de intervenção adotadas nestes hospitais, a fim de oferecer subsídios para a estruturação e sistematização de programas e protocolos específicos na área.

Para tanto, gostaríamos de convidá-lo(a) a colaborar com esta pesquisa, preenchendo o questionário a seguir, o qual contempla questões acerca da estrutura e rotina de atividades de cuidado em saúde desenvolvidas pelo serviço de psicologia (ou seu correspondente) nas unidades pediátricas da sua instituição.

Cabe ressaltar que os dados obtidos através do questionário serão analisados coletivamente, sendo que a identidade das instituições e do(a)s respondentes serão preservadas integralmente. Os resultados da pesquisa serão divulgados em periódicos científicos da área de saúde, bem como neste site.

A qualquer momento, você pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pela pesquisa, Psicóloga Espec. Fernanda Nascimento Pereira Doca e o Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior, através dos endereços eletrônicos informados a seguir.

Desde já agradecemos a sua solicitude e colaboração.

Fernanda Nascimento P. Doca  
fernandadoca@umb.br  
(61) 9198-1312 / (61) 3340-5051

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa  
aderson@umb.br  
(61) 3307-3699

Site desenvolvido por: [RS Soluções Web](#)

**FIGURA B3** – Termo de consentimento livre e esclarecido

Caso não concordasse em participar da pesquisa, sua participação era finalizada. Caso concordasse em participar, era conduzido às instruções para preenchimento do questionário (Figura B4) e por fim, ao instrumento propriamente dito.

**PSICOLOGIA PEDIÁTRICA**

PESQUISA NACIONAL

Bem-vindo à Pesquisa

Usuário: FERIANDADOCA

**ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM UNIDADES PEDIÁTRICAS DE HOSPITAIS PÚBLICOS DE ENSINO**

Prezado(a) psicólogo(a),

Este questionário é composto por 29 questões divididas em três partes:

Parte I – Caracterização dos psicólogos que atuam na unidade pediátrica (10 questões);

Parte II – Caracterização do trabalho na unidade pediátrica (4 questões);

Parte III – Programas de preparação psicológica infantil para tratamento de saúde (15 questões).

A maior parte das questões são fechadas, ora permitindo a marcação de apenas uma resposta, ora permitindo a marcação de múltiplas alternativas. Caso as alternativas existentes não contemplem a situação vivenciada em sua unidade ou no desenvolvimento de seu trabalho, marque a opção "outros" e em seguida, descreva no quadro ao lado, a resposta mais adequada no seu caso.

Para o sucesso desta pesquisa, é de fundamental importância que você responda todas as questões. Por isso, sempre que uma questão não for respondida, o sistema emitirá um alerta e indicará a questão deixada em branco.

A qualquer momento você pode interromper o preenchimento do questionário e retornar depois, sem perder as questões que já havia respondido. Para tanto é só clicar no botão "salvar" e depois em "sair do questionário". Suas respostas serão armazenadas de tal forma que, ao acessar novamente a pesquisa, você dará continuidade do ponto onde parou.

Para finalizar a pesquisa, você deverá responder todo o questionário, e em seguida clicar no botão "finalizar". Após este procedimento, você não poderá mais fazer alterações no questionário.

Mais uma vez agradecemos a sua valiosa colaboração e nos colocamos inteiramente disponíveis para o esclarecimento de dúvidas e/ou a obtenção de maiores informações.

**FIGURA B4** – Instruções para preenchimento do questionário

Após as instruções, o participante era conduzido ao questionário, o qual era apresentado de acordo com as suas três partes constituintes. Ao final de cada uma das partes do questionário havia três botões: “anterior”, “salvar” e “próximo”. O botão “anterior” o conduzia às questões já respondidas, caso o participante quisesse modificá-las. O botão “salvar” armazenava as respostas já preenchidas, sendo que o participante podia, a qualquer momento, interromper o preenchimento do questionário sem perder as questões que já havia respondido. Com este procedimento, ao acessar novamente a *homepage* ele seria conduzido automaticamente ao ponto em que parou em seu último acesso. Por fim, o botão “próximo” conduzia às partes seguintes do questionário, desde que todas as perguntas anteriores tivessem sido respondidas integralmente, ou seja, todos os campos estivessem preenchidos com alguma resposta (numérica ou textual). Caso houvesse alguma

pergunta ou item sem resposta, o sistema emitia uma mensagem e a assinalava em cor diferente para que pudesse ser facilmente identificada pelo participante.

Na última página da pesquisa, ao invés do botão “próximo”, havia o botão “finalizar”. Ao preencher todo o questionário, o participante deveria, necessariamente, clicar neste botão para que sua participação fosse encerrada efetivamente e suas respostas enviadas para o banco de dados. Após este procedimento, o acesso do participante ao sistema era bloqueado, não podendo este fazer novas alterações no questionário, sendo emitida uma mensagem de agradecimento pela sua colaboração.

As Figuras B5 e B6 são exemplos de telas do questionário.

PARTE I - CARACTERIZAÇÃO DOS PSICÓLOGOS QUE ATUAM NA UNIDADE PEDIÁTRICA

01 Quanto(a)s psicólogo(a)s e estagiário(a)s de psicologia atua(m) na unidade/setor pediátrico do seu hospital?

Psicólogo(a)s

Estagiário(a)s de Psicologia

Por favor, forneça as seguintes informações sobre você:

02 Idade:

03 Sexo:  Feminino  Masculino

04 Nível de Formação:

Graduação

Especialização

Mestrado

Doutorado

Pós-Doutorado

04.1 Situação do nível de formação assinalado:  Em andamento  Concluída

05 Tempo de atuação na área de Pediatria:

Até 1 ano

De 1 a 3 anos

De 4 a 6 anos

De 7 a 10 anos

Mais de 10 anos

FIGURA B5 – Questionário (Exemplo 1)

**13 Assinale as técnicas utilizadas por você nas intervenções psicológicas:**

Atendimento lúdico (utilização de jogos, brinquedos e atividades recreativas)	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Dramatização / encenação / ensaio comportamental	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Escuta	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Entrevista	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Fornecimento de informação escrita (manuais, folhetos, outros)	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Fornecimento de informação oral	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Fornecimento de informação por meio de recursos audiovisuais (filmes, slides, transparências, outros)	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Observação de comportamento	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Preparação Psicológica	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Psicoterapia	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Relaxamento	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Treino de habilidades sociais	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Visualização / Imaginação ativa	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Outra(s):	<input type="text"/>			

**14 Assinale os recursos e equipamentos que são utilizados nas intervenções psicológicas:**

Testes psicológicos, escalas e inventários	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Protocolos de Atendimento	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Roteiros de Entrevista	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Manuais / Cartilhas	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Dinâmicas de grupo	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Objetos artísticos (obras de arte, literatura, poesia, outros)	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Tecnológicos (computador, filmadora, máquina fotográfica, projetor de multimídia, outros)	<input type="radio"/> Frequentemente	<input type="radio"/> Ocasionalmente	<input type="radio"/> Raramente	<input type="radio"/> Nunca
Outro(s):	<input type="text"/>			

**FIGURA B6 – Questionário (Exemplo 2)**

**ANEXO C – Parecer de aprovação do comitê de ética em pesquisa**

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto: 078/2007

Título do Projeto: “Análise de programas de preparação psicológica infantil para tratamento de saúde”.

Pesquisadora Responsável: Fernanda Nascimento Pereira Doca

Data de Entrada: 13/07/2007.

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 078/2007 com o título: “Análise de programas de preparação psicológica infantil para tratamento de saúde”. Analisado na 7ª Reunião ordinária, realizada no dia 14 de agosto de 2007.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 29 de agosto de 2007.

Prof. Volnei Garrafa  
Coordenador do CEP/FS-UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Cep: 70.910-900

**ANEXO D – Termo de consentimento livre e esclarecido**

Caro(a) Psicólogo(a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “*Análise de programas de preparação psicológica infantil para tratamento de saúde*” em hospitais públicos de ensino do Brasil, com o objetivo de descrever as principais metodologias de intervenção adotadas nestes hospitais, a fim de oferecer subsídios para a estruturação e sistematização de programas e protocolos específicos na área.

Para tanto, gostaríamos de convidá-lo(a) a colaborar com esta pesquisa, preenchendo o questionário a seguir, o qual contempla questões acerca da estrutura e rotina de atividades de cuidado em saúde desenvolvidas pelo serviço de psicologia (ou seu correspondente) nas unidades pediátricas da sua instituição.

Cabe ressaltar que os dados obtidos através do questionário serão analisados coletivamente, sendo que a identidade das instituições e do(a)s respondentes serão preservadas integralmente. Os resultados da pesquisa serão divulgados em periódicos científicos da área de saúde, bem como neste site.

A qualquer momento, você pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis pela pesquisa, Psicóloga Espec. Fernanda Nascimento Pereira Doca e o Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior, através dos endereços eletrônicos explicitados a seguir.

Desde já agradecemos a sua solicitude e colaboração.

---

Fernanda Nascimento P. Doca

[fernandadoca@unb.br](mailto:fernandadoca@unb.br)

(61) 8188-1312 / (61) 3340-5051

---

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

[aderson@unb.br](mailto:aderson@unb.br)

(61) 3307-3069

**ANEXO E – E-mail padrão de contato com os hospitais**

	Universidade de Brasília Instituto de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
---	---

Ao Sr. \_\_\_\_\_  
 Diretor do Hospital \_\_\_\_\_

Sou Fernanda Nascimento Pereira Doca, Psicóloga do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e aluna de mestrado, em psicologia da saúde, na Universidade de Brasília.

Estou realizando uma pesquisa nacional sobre as atividades desenvolvidas por psicólogos em unidades pediátricas dos hospitais públicos de ensino no Brasil, com o objetivo de descrever as principais metodologias de intervenção adotadas nestes hospitais.

Em seu Hospital há profissionais de psicologia atuando? Para permitir o desenvolvimento deste trabalho, gostaria de ter acesso, se possível, às seguintes informações sobre ele(a)(s):

- (1) Nome (completo);
- (2) Contatos (telefone, e-mail);
- (3) Área em que o(a) psicólogo(a) desenvolve suas atividades;
- (4) Existe um responsável pela área de Psicologia no hospital? Qual o seu nome e os seus contatos (telefone, e-mail)?

Desde já agradeço a colaboração e me coloco à disposição para maiores informações.

Fernanda Nascimento P. Doca  
 CRP 11211  
 Fone: (61) 8188-1312 / (61) 3340-5051 / Skype: fernanda.doca  
 E-mail: [fernandadoca@unb.br](mailto:fernandadoca@unb.br)  
 Homepage: <http://www.psicologiapediatica.com.br/>

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior  
 CRP 01/4694  
 Fone: (61) 3307-3069  
 E-mail: [aderson@unb.br](mailto:aderson@unb.br)  
 Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB) e Orientador do trabalho

## ANEXO F – E-mail padrão de contato com os psicólogos pediátricos

	Universidade de Brasília Instituto de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
---	---

Caro(a) Psicólogo(a),

Estamos realizando uma pesquisa nacional sobre as atividades desenvolvidas por psicólogos que trabalham em unidades pediátricas dos hospitais públicos de ensino no Brasil. Pretendemos descrever as principais metodologias de intervenção adotadas nestes hospitais.

Por atuar em um hospital de ensino você está sendo convidado a participar de nossa pesquisa. Para tanto, pedimos que acesse a nossa homepage: <http://www.psicologiapediatica.com.br/>, (usuário: xxx / senha: xxx), leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, caso esteja de acordo, responda ao questionário que se segue.

Caso prefira, podemos enviar a pesquisa por correio ou por e-mail. Para tanto você deve entrar em contato conosco através dos telefones ou endereços eletrônicos abaixo, a fim de lhe enviarmos o questionário.

Na participação via correio você deve responder o questionário impresso e retorná-lo, juntamente com o TCLE assinado, para o seguinte endereço: SCR N 716, Bl. H. Entrada 8, Apt. 101, Asa Norte, Brasília – DF, CEP: 70770-680.

Na participação via e-mail, você deve responder ao questionário eletrônico e enviá-lo para um dos seguintes endereços eletrônicos: [fernandadoca@unb.br](mailto:fernandadoca@unb.br) ou [aderson@unb.br](mailto:aderson@unb.br).

Sua participação é fundamental para o sucesso de nossa pesquisa, por isso desde já agradecemos a sua valiosa colaboração e nos colocamos à disposição para o esclarecimento de dúvidas e/ou a obtenção de maiores informações.

Fernanda Nascimento P. Doca

CRP 11211

Fone: (61) 8188-1312 / (61) 3340-5051 / Skype: fernanda.doca

E-mail: [fernandadoca@unb.br](mailto:fernandadoca@unb.br)

Psicóloga do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e aluna de mestrado em Psicologia da Saúde na Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

CRP 01/4694

E-mail: [aderson@unb.br](mailto:aderson@unb.br)

Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB) e Orientador do trabalho

**ANEXO G – E-mail padrão de lembrete aos psicólogos pediátricos**

	Universidade de Brasília Instituto de Psicologia Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde
---	---

Caro(a) Psicólogo(a),

De acordo com nosso sistema, a sua participação em nossa pesquisa foi iniciada no dia \_\_\_/\_\_\_/2008, entretanto, até o presente momento seu questionário não foi finalizado. Caso tenha alguma dificuldade técnica em participar da pesquisa, solicitamos que entre em contato conosco através dos endereços eletrônicos e/ou telefones abaixo.

Em tempo, lembramos que:

- 1) Usuário: \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_
- 2) Para finalizar a sua participação em nossa pesquisa, é necessário, ao final do preenchimento do questionário, clicar no item “Finalizar”. A partir deste momento, o sistema não permitirá novas alterações e/ou acessos ao questionário, sendo os dados enviados para análise.

Mais uma vez agradecemos a sua valiosa colaboração, a qual é fundamental para o sucesso de nossa pesquisa, e nos colocamos à disposição para o esclarecimento de dúvidas e/ou a obtenção de maiores informações.

Fernanda Nascimento P. Doca

CRP 11211

Fone: (61) 8188-1312 / (61) 3340-5051 / Skype: fernanda.doca

E-mail: [fernandadoca@unb.br](mailto:fernandadoca@unb.br)

Psicóloga do Hospital Universitário de Brasília (HUB) e aluna de mestrado em Psicologia da Saúde na Universidade de Brasília (UnB)

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior

CRP 01/4694

E-mail: [aderson@unb.br](mailto:aderson@unb.br)

Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB) e Orientador do trabalho

## ANEXO H – Publicações científicas em psicologia pediátrica no período de 2000 a

### 2008

Série	Periódico	Qualis	Ano	Vol	Nº
1	Aletheia (ULBRA)	A	2004	-	20
2	Aletheia (ULBRA)	A	2004	-	20
3	Aletheia (ULBRA)	A	2005	-	21
4	Aletheia (ULBRA)	A	2006	-	24
5	Aletheia (ULBRA)	A	2007	-	25
6	Aletheia (ULBRA)	A	2008	-	27
7	Aletheia (ULBRA)	A	2008	-	27
8	Arquivos Brasileiros de Psicologia	A	2003	55	1
9	Arquivos Brasileiros de Psicologia	A	2005	57	1
10	Avaliação Psicológica	A	2006	5	1
11	Avaliação Psicológica	A	2008	7	2
12	Boletim de Psicologia	A	2005	55	123
13	Boletim de Psicologia	A	2006	56	124
14	Boletim de Psicologia	A	2006	56	125
15	Estilos da Clínica	A	2004	9	17
16	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2004	21	1
17	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2004	21	3
18	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2005	22	1
19	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2005	22	3
20	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2006	23	2
21	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2006	23	3
22	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2006	23	3
23	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2006	23	3
24	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2007	24	2
25	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2008	25	1
26	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2008	25	1
27	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2008	25	2
28	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2008	25	2
29	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2008	25	3
30	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2008	25	3
31	Estudos de Psicologia (Campinas)	A	2008	25	3
32	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2001	6	1
33	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2001	6	2
34	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2002	7	1
35	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2003	8	1
36	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2003	8	1
37	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2004	9	1
38	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2004	9	3
39	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2004	9	3
40	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2005	10	1
41	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2005	10	2
42	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2005	10	3
43	Estudos de Psicologia (Natal)	A	2005	10	3
44	Estudos e Pesquisa em Psicologia (UERJ)	A	2005	5	1
45	Interação	A	2003	7	1
46	Interação	A	2004	8	1
47	Paidéia	A	2007	17	36

Série	Periódico	Qualis	Ano	Vol	Nº
48	Paidéia	A	2007	17	37
49	Paidéia	A	2008	18	39
50	Psic	A	2003	4	1
51	Psic	A	2003	4	2
52	Psico (USF)	A	2004	9	2
53	Psico (USF)	A	2004	9	2
54	Psico (USF)	A	2006	11	1
55	Psico (USF)	A	2007	12	2
56	Psico (USF)	A	2008	13	1
57	Psico (USF)	A	2008	13	1
58	Psico (USF)	A	2008	13	1
59	Psico (USF)	A	2008	13	2
60	Psico (USF)	A	2008	13	2
61	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2001	21	1
62	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2004	24	2
63	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2005	25	3
64	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2006	26	2
65	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2006	26	3
66	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2007	27	3
67	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2008	28	2
68	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2008	28	3
69	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2008	28	3
70	Psicologia, Ciência e Profissão	A	2008	28	3
71	Psicologia e Sociedade	A	2008	20	-
72	Psicologia em Revista	A	2006	12	20
73	Psicologia em Revista	A	2007	13	1
74	Psicologia Escolar e Educacional	A	2006	10	1
75	Psyche	A	2003	7	12
76	Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva	A	2005	7	1
77	Revista Mal Estar e Subjetividade	A	2004	-	2
78	Revista Mal Estar e Subjetividade	A	2007	-	1
79	Revista Mal Estar e Subjetividade	A	2008	-	3
80	Psicologia Argumento	B	2005	23	43
81	Psicologia Argumento	B	2007	25	49
82	Psicologia Argumento	B	2008	26	55
83	Psicologia, Teoria e Prática	B	2002	4	2
84	Psicologia, Teoria e Prática	B	2002	4	2
85	Psicologia, Teoria e Prática	B	2003	5	1
86	Psicologia, Teoria e Prática	B	2006	8	1
87	Psicologia, Teoria e Prática	B	2006	8	1
88	Psicologia, Teoria e Prática	B	2006	8	2
89	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental	B	2008	11	1
90	Vínculo	B	2008	5	1

**ANEXO I – Análise descritiva dos dados coletados através do questionário**

Questão	Características		Frequência absoluta	Frequência percentual
2	Idade (Faixa Etária)	25-30	7	28,0%
		31-35	3	12,0%
		36-40	4	16,0%
		41-45	4	16,0%
		46-50	3	12,0%
		51 ou mais	4	16,0%
		Total	25	100,0%
3	Sexo	Feminino	24	96,0%
		Masculino	1	4,0%
		Total	25	100,0%
4	Formação (concluída)	Graduação	7	28,0%
		Especialização	7	28,0%
		Mestrado	9	36,0%
		Doutorado	2	8,0%
		Total	25	100,0%
	Formação (em andamento)	Especialização	2	8,0%
		Mestrado	5	20,0%
		Doutorado	3	12,0%
		Total	10	40,0%
5	Tempo de atuação na área (em anos)	até 1 anos	3	12,0%
		de 1-3 anos	5	20,0%
		de 4-6 anos	6	24,0%
		de 7-10 anos	2	8,0%
		Mais de 10 anos	9	36,0%
		Total	25	100,0%
6	Vínculo Empregatício	Voluntário	1	4,0%
		Temporário	2	8,0%
		Permanente	22	88,0%
		Total	25	100,0%

Questão	Características		Frequência absoluta	Frequência percentual
7	Cargo / Função	Técnico	20	80,0%
		docente	4	16,0%
		Outro	1	4,0%
		Total	25	100,0%
8	Local de Atuação	Ambulatório	18	-
		PS / Emergência	9	-
		Enfermaria	21	-
		Outro	7	-
9	Carga horária semanal (em horas)	10h	2	8,0%
		20h	6	24,0%
		30h	8	32,0%
		36h	1	4,0%
		40h	8	32,0%
		Total	25	100,0%

Questão	Abordagem teórico-filosófica	Frequência absoluta
10	Abordagem de base psicanalítica	10
	Abordagem de base comportamental	3
	Abordagem de base humanista	2
	Abordagem de base existencialista	2
	Abordagem de base cognitivista	0
	Abordagem de base sócio-histórica	1
	Abordagem de base psicodramática	0
	Abordagem de base analítica	0
	Outra(s): Análise Transicional	1
	Abordagem de base cognitivista /comportamental	1
	Abordagem de base psicanalítica /existencialista	1
	Abordagem de base psicanalítica /cognitivista	1
	Abordagem de base psicanalítica /humanista	1
	Abordagem de base comportamental /humanista	1
	Abordagem de base psicanalítica /comportamental /humanista /existencialista /cognitivista /analítica	1
	Total	25

Questão	Tipo de Atividade	Frequência absoluta
11	Assistência	7
	Assistência /Ensino	2
	Assistência /Ensino /Pesquisa	6
	Assistência /Ensino /Pesquisa /Consultoria	6
	Assistência /Ensino /Pesquisa /Extensão	1
	Assistência /Consultoria	3

Questão	Atividades desenvolvidas	Frequência absoluta	
12	Acolhimento	20	
	Avaliação	14	
	Atendimento individual	25	
		com paciente	24
		com familiar	23
		com equipe	7
	Atendimento grupal	15	
		com paciente	11
		com familiar	13
		com equipe	4
	Interconsulta	22	
		com médico	20
		com assistente social	15
		com enfermeiros	13
		com nutricionista	11
		com fonoaudiólogo	7
		com fisioterapeuta	5
		com terapeuta ocupacional	5
		com pedagogo	3
		com farmacêutico	1
	Encaminhamento	18	
		para Médico	3
		psiquiatra	9
		neurologista	5
		cardiologista	1
		otorrinolaringologista	1
		pediatra	1
		para Fonoaudiólogo	9
		para Assistente social	8
		para Nutricionista	7
		para Pedagogo	3
		para Psicólogo	3
		para Terapeuta ocupacional	3
	para Fisioterapeuta	3	
	para Enfermeiros	2	
	para Advogados	1	
Supervisão	16		
	à alunos psicologia	15	
	à alunos outras áreas	2	
Outras atividades	3		

Questão	Sobre a intervenção de preparação psicológica		Frequência absoluta
15	Utilização	Sim	25
		Não	0
16	Denominação	Preparação psicológica	15
		Outras	10
17	Sistematização	Sim	8
		Não	17
19	Origem da demanda	Pacientes	14
		Familiares	12
		Equipe	16
		Psicólogos	11
		Outra	2
20	Objetivos da intervenção	Informar	21
		Reduzir o nível do estresse	21
		Reduzir o medo	20
		Aumentar o nível de adesão ao tratamento	22
		Reduzir a ansiedade	22
		Facilitar o enfrentamento	22
		Outros	4
21	Momento execução	Antes da internação	7
		No momento da internação	17
		Antes de procedimentos invasivos	18
		Antes de cirurgias	19
		No momento de alta hospitalar	10
		Outro	7
22	Quem executa	Por apenas uma categoria profissional	7
		Por mais de uma categoria profissional - separadamente	9
		Por apenas uma categoria profissional - em conjunto	9

Questão	Sobre a intervenção de preparação psicológica		Frequência absoluta
23	Profissionais que executam	Psicólogo	25
		Assistente Social	15
		Médico	14
		Enfermeiro	15
		Auxiliar de enfermagem	9
		Pedagogo	4
		Nutricionista	6
		Outros	6
24	Público alvo	Crianças	24
		Pais e acompanhantes	24
25	Forma de execução	individual	0
		em grupo	10

Questão	Atendimentos	Pacientes	Familiares/Acompanhantes
26	00-30	12	10
	31-60	3	5
	61-90	3	4
	91-120	2	2
	121-150	2	1
	151-200	1	1
	Total	23	23

**ANEXO J – Estatística descritiva referente à análise de agrupamento da Questão 13**

**Questão 13: *Descriptive Statistics Cluster 1***

Variáveis	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Lúdico	7	4	4	4,00	,000
Drama	7	1	4	2,29	1,380
Escuta	7	4	4	4,00	,000
Entrevista	7	3	4	3,71	,488
Infoescrita	7	3	4	3,71	,488
Infooral	7	4	4	4,00	,000
Infoaudiovisual	7	1	3	2,43	,976
Observacao	7	1	4	3,00	1,414
Preppsico	7	3	4	3,86	,378
Psicoterapia	7	2	4	3,57	,787
Relaxamento	7	3	4	3,14	,378
Treinohab	7	3	4	3,29	,488
Visualizacao	7	3	4	3,57	,535
Valid N (listwise)	7				

**Questão 13: *Descriptive Statistics Cluster 2***

Variáveis	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Lúdico	8	3	4	3,88	,354
Drama	8	1	4	2,75	1,165
Escuta	8	2	4	3,75	,707
Entrevista	8	2	4	3,63	,744
Infoescrita	8	2	4	3,13	,835
Infooral	8	4	4	4,00	,000
Infoaudiovisual	8	1	2	1,88	,354
Observacao	8	4	4	4,00	,000
Preppsico	8	3	4	3,88	,354
Psicoterapia	8	2	4	3,50	,756
Relaxamento	8	1	2	1,88	,354
Treinohab	8	1	4	2,88	,991
Visualizacao	8	1	3	1,75	1,035
Valid N (listwise)	8				

**Questão 13: Descriptive Statistics Cluster 3**

Variáveis	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Lúdico	10	2	4	3,60	,699
Drama	10	1	1	1,00	,000
Escuta	10	4	4	4,00	,000
Entrevista	10	4	4	4,00	,000
Infoescrita	10	1	4	2,30	1,337
Infooral	10	1	4	3,60	,966
Infoaudiovisual	10	1	3	1,80	,919
Observacao	10	1	4	3,50	,972
Preppsico	10	1	4	3,30	1,059
Psicoterapia	10	1	4	3,30	1,160
Relaxamento	10	1	2	1,20	,422
Treinohab	10	1	2	1,10	,316
Visualizacao	10	1	1	1,00	,000
Valid N (listwise)	10				

## ANEXO K – Estatística descritiva referente à análise de agrupamento da Questão 14

### Questão 14: *Descriptive Statistics Cluster 1*

Variáveis	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Testepsi	5	1	1	1,00	,000
Protocolos	5	1	1	1,00	,000
Roteiros	5	1	2	1,20	,447
Manuais	5	1	1	1,00	,000
Dinâmicas	5	1	2	1,20	,447
Objetos	5	1	4	1,80	1,304
Tecnologicos	5	1	2	1,20	,447
Valid N (listwise)	5				

### Questão 14: *Descriptive Statistics Cluster 2*

Variáveis	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Testepsi	13	1	4	2,92	,862
Protocolos	13	1	4	3,46	,967
Roteiros	13	1	4	3,23	1,013
Manuais	13	2	4	3,00	,913
Dinâmicas	13	1	4	2,38	1,121
Objetos	13	1	4	2,23	1,013
Tecnologicos	13	1	3	1,62	,650
Valid N (listwise)	13				

### Questão 14: *Descriptive Statistics Cluster 3*

Variáveis	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Testepsi	7	1	3	2,00	1,000
Protocolos	7	2	4	3,57	,787
Roteiros	7	3	4	3,71	,488
Manuais	7	1	4	2,57	,976
Dinâmicas	7	2	4	3,43	,787
Objetos	7	3	4	3,57	,535
tecnologicos	7	3	4	3,57	,535
Valid N (listwise)	7				

## ANEXO L – Estatística descritiva referente à análise de agrupamento da Questão 27

### Questão 27: Descriptive Statistics Cluster 1

Variáveis	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Infooral27	7	3	4	3,71	,488
Infoescrita27	7	1	2	1,29	,488
Infovisual27	7	1	3	1,29	,756
Ludoterapia27	7	3	4	3,86	,378
Distracao27	7	1	2	1,14	,378
Relaxamento27	7	1	1	1,00	,000
Visual27	7	1	1	1,00	,000
Drama27	7	1	1	1,00	,000
Treinohab27	7	1	1	1,00	,000
Valid N (listwise)	7				

### Questão 27: Descriptive Statistics Cluster 2

Variáveis	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Infooral27	8	4	4	4,00	,000
Infoescrita27	8	2	4	3,13	,835
Infovisual27	8	1	2	1,50	,535
Ludoterapia27	8	3	4	3,75	,463
Distracao27	8	1	4	2,38	1,302
Relaxamento27	8	1	3	2,13	,835
Visual27	8	1	3	1,75	1,035
Drama27	8	1	2	1,25	,463
Treinohab27	8	1	4	2,00	1,414
Valid N (listwise)	8				

### Questão 27: Descriptive Statistics Cluster 3

Variáveis	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Infooral27	10	4	4	4,00	,000
Infoescrita27	10	2	4	3,10	,738
Infovisual27	10	2	4	2,70	,823
Ludoterapia27	10	3	4	3,80	,422
Distracao27	10	2	4	3,30	,675
Relaxamento27	10	1	4	2,60	,843
Visual27	10	2	4	2,90	,738
Drama27	10	2	4	3,10	,738
Treinohab27	10	1	4	2,70	,823
Valid N (listwise)	10				