



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

EMANUELLE DE PAULA JOAQUIM

**CLASSES DE COMPORTAMENTOS A SEREM
DESENVOLVIDOS PELO PSICÓLOGO PARA INTERVIR
DIRETAMENTE EM COMPORTAMENTOS DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

EMANUELLE DE PAULA JOAQUIM

**CLASSES DE COMPORTAMENTOS A SEREM
DESENVOLVIDOS PELO PSICÓLOGO PARA INTERVIR
DIRETAMENTE EM COMPORTAMENTOS DE PACIENTES
HOSPITALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre, sob orientação da prof^a. Dr^a. Olga Mitsue Kubo.

FLORIANÓPOLIS
2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Emanuelle de Paula Joaquim

Classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados / Emanuelle de Paula Joaquim; orientador, Olga Mitsue Kubo - Florianópolis, SC, 2013.

303 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Classes de comportamentos profissionais do psicólogo. 3. Intervenção em comportamentos de pacientes hospitalizados. 4. Classes de estímulos que constituem comportamentos de psicólogos em hospitais. I. , Olga Mitsue Kubo. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

Emanuelle de Paula Joaquim

**Classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo
para intervir diretamente em comportamentos de pacientes
hospitalizados**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciência Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 29 de julho de 2013

Dr.^a Olga Mitsue Kubo
(PPGP/UFSC – Orientadora)

Dr.^a Nilva Lúcia Rech Stédile
(UCS – Examinadora)

Dr.^a Andrea Valéria Steil
(PSI/UFSC – Examinadora)

Dr. Silvio Paulo Botomé
(PPGP/UFSC – Suplente)

AGRADECIMENTOS

Aos professores, Olga e Silvio, por apresentarem a minha mais importante ferramenta de trabalho, “o comportamento”. Pela paciência e profissionalismo ao longo desses anos de trabalho. Em especial, agradeço a Olga pela amizade, pelo carinho, pelas conversas, pelos ensinamentos de vida... não tenho palavras para expressar toda minha gratidão.

A minha família (pai, mãe, mano, vó), por todo investimento desde cedo na minha educação, por sempre terem dado prioridade ao estudo dos filhos, por todo apoio emocional e financeiro. Agradeço especialmente a minha mãe, Elenir, por aceitar revisar este trabalho, com muita seriedade e dedicação.

Ao amor da minha vida, Kirk, por ter me incentivado desde o processo seletivo, por ter me acordado madrugadas adentro para estudar, por ter dado conta de tantas coisas para que eu pudesse terminar o trabalho, pelas discussões produtivas para o avanço deste trabalho e por acreditar em mim. Quando eu crescer, quero ser uma profissional como tu!

A Ci, pela intensa e imensa participação neste trabalho, companheira de toda trajetória, desde sua gênese até o resultado final. Obrigada pelas horas de discussões a respeito dos procedimentos de tratamento e análise dos dados. Obrigada pelas dicas, correções, ideias e revisões!

A Vivi, pela parceria mesmo distante, pelo imediatismo de suas ajudas, pelas discussões, conversas, companhia e revisão de parte do trabalho.

As “meninas” (Ingrid, Flora, Naomi, Cíntia e Celina), pelas conversas, discussões, respostas aos e-mails e mensagens, pela ajuda com material de estudo. Muito obrigada!

A Cótinha, minha cachorra, companheira fiel de todas as horas! Obrigada por me acompanhar até o final como se estivesse entendendo cada etapa pela qual eu passava.

RESUMO

Pesquisas que caracterizaram a profissão do psicólogo nas décadas de 1970 e 1980 sugeriam uma atuação “clínica” e pouco diversificada. A inserção de psicólogos em hospitais data de meados da década de 1950 com profissionais reproduzindo atividades realizadas em consultórios psicológicos. Pesquisas tem demonstrado a relevância das intervenções de psicólogos em pacientes hospitalizados, porém algumas delas evidenciam que atividades características da clínica psicológica ainda são realizadas pelos profissionais em ambientes hospitalares. A reprodução de psicoterapia clássica em pacientes hospitalizados não corresponde as necessidades do paciente. Dessa forma, a resposta à pergunta de pesquisa “quais classes de comportamentos constituem a intervenção direta de psicólogos em comportamentos de pacientes hospitalizados?” parece contribuir para aumentar a visibilidade de psicólogos que atuam em hospitais a respeito das classes de comportamentos que podem ser desenvolvidos ao intervirem diretamente em comportamentos de paciente hospitalizados. Para respondê-la, foram analisadas as seções “Diagnóstico” e “Terapêutica” da obra “Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença”, de Alfredo Simonetti, de 2011. As informações contidas na obra foram examinadas por meio de procedimento constituído por 25 etapas. Nesse procedimento, os trechos selecionados da obra foram fragmentados e classificados em três conjuntos: “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”. Os trechos que constituíram o conjunto “ações [...]” passaram por alterações e revisões, possibilitando derivar 100 classes de comportamentos agrupadas em seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais. Após classificadas, as classes de comportamentos foram organizadas em um sistema comportamental. Foi possível identificar que os nomes das classes ainda necessitam refinamento para constituírem classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. A organização das classes de comportamentos no sistema comportamental evidenciou que as classes são ou muito gerais ou muito específicas, existindo “lacunas” de classes de comportamentos intermediários. A classe “Avaliar intervenções diretas realizadas em relação a processos comportamentais” foi constituída por uma classe de comportamentos e as classes “Aperfeiçoar intervenções em relação a

processos comportamentais a partir de dados de avaliação” e “Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em processos comportamentais” não apresentaram classes de comportamentos. Essas ausências em classes mais gerais indicam necessidade de identificar classes menos abrangentes que as caracterizem. Os trechos que constituíram os conjuntos “não ações [...]” e “aspectos do meio [...]” passaram por alterações que possibilitaram derivar ou identificar 623 aspectos do meio com os quais o psicólogo lida ao relacionar-se com o paciente hospitalizado. Uma característica importante desses aspectos foi o grau de minúcia dos mesmos. Aspectos do meio com alto grau de especificidade possibilitam derivar classes de comportamentos também específicas. Esses aspectos, provavelmente, constituem classes de estímulos componentes de classes de comportamentos a serem desenvolvidos por psicólogos ao intervir diretamente em comportamentos do paciente hospitalizado. A partir das prováveis classes de estímulos é possível identificar os demais componentes de classes de comportamentos que constituirão essa classe mais geral. Com “novas” classes identificadas e o sistema comportamental mais “completo” o psicólogo terá maior visibilidade e clareza a respeito de sua intervenção direta em comportamentos de pacientes hospitalizados.

Palavras-chave: Classes de comportamentos profissionais do psicólogo. Intervenção em comportamentos de pacientes hospitalizados. Classes de estímulos que constituem comportamentos de psicólogos em hospitais.

ABSTRACT

In the 1970s and 1980s, researches characterized psychologist's profession as a "clinical" and short extended activity. The inclusion of psychologists at hospitals started in the mid-1950s and these professionals reproduced the same activities used in psychological clinics. Researches have demonstrated the relevance of professional psychological intervention among hospitalized patients. However, some researches show that even today typical activities from clinical psychology are still carried out by professionals in hospital's environments. Applying classical psychotherapy among hospitalized patients does not correspond to the patients' needs. Thus, the answer to the question, "which classes of behaviors constitute the direct intervention of psychologists in hospitalized patients' behaviors?", seems to contribute to widen psychologists' view about the classes of behaviors that can be developed by them to intervene directly in behaviors of hospitalized patients. In this approach there were analyzed the sections "Diagnosis" and "Therapeutics" from "Manual of hospital psychology: map of diseases", by Alfredo Simonetti, from 2011. The Manual contents was examined through a procedure consisting of 25 steps. In this procedure, selected extracts from the Manual were fragmented and classified into three groups: "actions of psychologists in hospitals", "non-actions of psychologists in hospitals" and "aspects of environment that psychologists deal with in hospitals". The extracts classified in the group "actions [...]" went through changes and revisions that allowed for the derivation of 100 different classes of behaviors, which were then grouped into six general classes of professional behaviors of psychologists to produce changes in behavioral processes. Once classified, these classes of behaviors were organized into a behavioral system, then it was possible to identify that the names of the classes still need refinement to constitute classes of behaviors to be developed by psychologists to intervene directly in hospitalized patients' behaviors. The organization of the behaviors' classes in the behavioral system showed that the classes are either too general or too specific, revealing "gaps" of intermediate classes of behaviors. The class "Evaluate direct interventions performed, relating to behavioral processes" was constituted by only one behaviors' class. The classes "Improve interventions related to behavioral processes from evaluation data" and "Communicate findings about interventions on behavioral processes" presented no behaviors' classes. These absences in general classes indicate the need of identifying classes that

characterize them. The extracts classified into the groups “non-actions [...]” and “aspects of environment [...]” went through changes and provided the either derivation or identification of 623 aspects of environment which psychologists deal with in working with hospitalized patients. An important feature of these aspects was their level of details. Aspects of environment with high level of details enable to derive specific behaviors’ classes. These aspects probably constitute classes of stimuli components of behaviors’ classes to be developed by psychologists when intervening directly in hospitalized patient’s behaviors. From the probable stimuli’s classes, it is possible to identify other components of behaviors’ classes which constitute the general class. With "new" classes identified and the behavioral system more "complete", psychologists will have a wider and clear view about their direct psychological intervention in hospitalized patients’ behaviors.

Keywords: Professional behaviors’ classes of psychologists. Intervention in hospitalized patients’ behaviors. Classes of stimuli that constitute psychologists’ behavior in hospitals.

SUMÁRIO

I Classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....19

1. Características do sistema único de saúde como forma de localizar a organização hospitalar nesse sistema.....21
2. Caracterização da organização hospitalar como parte do sistema de relações no qual o psicólogo atua profissionalmente.....27
3. Características das atuações iniciais de psicólogos em organizações hospitalares e implicações dessas atuações nos diferentes nomes dados a esse subcampo profissional do psicólogo.....34
4. Características da atuação do psicólogo no campo da saúde e no subcampo hospitalar a partir da regulamentação da profissão.....40
5. O fenômeno saúde e a noção de multideterminação dos fenômenos como condição para identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados.....53
6. Conceito de fenômenos e processos psicológicos como condição para intervenção do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados.....59
7. Distinguir “campo de atuação profissional”, “área de conhecimento” e “mercado de trabalho” para ampliar a visibilidade do psicólogo em relação aos aspectos do meio sob controle dos quais ele deve intervir profissionalmente.....63
8. Características necessárias à capacitação do profissional psicólogo para intervir em saúde.....65
9. Proposição de objetivos de ensino a partir de necessidades da população como forma de identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados.....70

10. Contribuições específicas da análise experimental do comportamento para identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....79

II Método para identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....91

1. Fonte de informação.....91
2. Ambiente.....93
3. Materiais.....93
4. Procedimento.....93
- 4.1. De seleção de obra.....96
- 4.2. De coleta de dados.....97
 - A) seleção de partes da fonte de informação utilizada.....97
 - B) seleção de trechos das partes da obra utilizada como fonte de informação.....97
 - C) localização dos trechos selecionados.....98
 - D) registro dos trechos selecionados.....99
- 4.3. De análise, tratamento e organização dos dados.....100
 - A) fragmentação dos trechos selecionados.....100
 - B) reformulação da redação dos fragmentos.....108
 - C) classificação dos fragmentos em conjuntos de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”.....113
 - D) revisão dos fragmentos classificados no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”.....116
 - E) separação de sujeito, verbo e complemento em fragmentos classificados no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”.....118
 - F) avaliação dos verbos das orações e alterações quando necessário.....119

	G)	avaliação dos complementos das orações e alteração: quando necessário.....	122
	H)	avaliação dos fragmentos alterados e ajustes necessários nas orações.....	124
4.4.		De organização dos dados em um sistema comportamental.....	127
	A)	classificação dos “comportamentos” em classes de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais (intervenção direta).....	127
	B)	avalição dos “comportamentos” classificados em uma das seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo e reformulação da redação quando necessário.....	135
	C)	nova avaliação dos “comportamentos” e retirada de “comportamentos” já existentes em formulação mais geral.....	136
	D)	nova avaliação dos “comportamentos” e retirada de “comportamentos” que provavelmente constituem a intervenção indireta de psicólogos em comportamentos de pacientes hospitalizados.....	138
	E)	nova avaliação dos “comportamentos” e retirada de “comportamentos” com expressões que se referiam a atividades do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....	139
	F)	exclusão de fragmentos com expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo.....	140
	G)	união de “comportamentos” que apresentavam mesmo objeto de exame.....	141
	H)	reformulação da redação dos comportamentos resultantes.....	144
	I)	organização das classes de comportamentos dentro de cada uma das seis classes gerais de comportamentos....	146
4.5.		De organização dos dados para constituírem classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....	147

- A) derivação de classes de estímulos constituintes de situações do ambiente hospitalar relacionadas com a intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir do conjunto de dados classificados como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”.....147
- B) retirada de fragmentos pertencentes aos conjuntos “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” a partir dos quais não foi possível identificar classes de estímulos.....149
- C) organização final das prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....149

III Classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados organizadas em um sistema comportamental.....151

- 1. Características dos resultados intermediários produzidos nas etapas de análise e tratamento dos dados que constituíram classes de comportamentos profissionais do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....153
- 2. Sistema comportamental constituído por classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados, identificadas e derivadas de simonetti (2011).....158
- 3. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”.....161
- 4. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”.....169

5. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”.....171
6. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”.....182
7. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e a classe “comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”.....183
8. Organização das classes de comportamentos no sistema comportamental indica classes ainda desconhecidas que necessitam serem descobertas e nomenclaturas que ainda necessitam refinamento para constituírem classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....184

IV Aspectos do meio que podem constituir classes e estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....201

1. Organização geral dos conjuntos de aspectos do meio, derivados de simonetti (2011), que podem constituir classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....204
2. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “diagnóstico”.....210
3. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes

- hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “doenças”.....211
4. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “características de hospitais gerais”.....217
 5. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “características do paciente”.....221
 6. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “características de situações que afetam especificamente o psicólogo ou o trabalho do psicólogo em hospitais gerais”.....239
 7. Aspectos do meio com alto grau de especificidade possibilitam derivar classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos do paciente hospitalizado.....243

V Proposição de classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados: Limite e possibilidades de avanço da psicologia em saúde.....255

Referências.....275

Apêndice A – Lista das atividades retiradas na etapa “nova avaliação dos ‘comportamentos’ e retirada de ‘comportamentos’ com expressões que se referiam a atividades do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados” do método.....289

Apêndice B – Características dos resultados intermediários produzidos nas etapas de análise e tratamento dos dados que constituíram classes de comportamentos profissionais do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.....301

I

CLASSES DE COMPORTAMENTOS A SEREM DESENVOLVIDOS PELO PSICÓLOGO PARA INTERVIR DIRETAMENTE EM COMPORTAMENTOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

Pacientes hospitalizados por motivos de doenças malignas, doenças fatais, doenças sexualmente transmissíveis, pacientes terminais, pacientes em coma, pacientes oncológicos, pacientes que tentaram suicídio, são alguns exemplos de pessoas que frequentam as internações dos hospitais e que configuram parte do “alvo” da intervenção do psicólogo nesse tipo de organização. Quais são os comportamentos profissionais necessários aos psicólogos para intervirem diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados? A formação do psicólogo é suficiente para possibilitar intervenções que resultem em benefícios a essa população? Produzir conhecimento que possibilite identificar comportamentos profissionais dos psicólogos para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados torna-se relevante social e cientificamente de forma a contribuir para o desenvolvimento da profissão e para a capacitação de novos profissionais em Psicologia.

No Brasil, as organizações hospitalares são uma das partes constituintes do Sistema Único de Saúde, responsáveis por serviços que envolvem alto custo e alta complexidade tecnológica. Essas organizações constituem o terceiro nível de atenção à saúde e os profissionais que nelas trabalham são responsáveis pela realização de serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde dos usuários. Nesse contexto, a organização hospitalar possui algumas características que lhe são próprias e que são também determinantes da intervenção do psicólogo nesse ambiente. Esse ambiente, em geral, é caracterizado como um local de sofrimento e de ocorrência de processos desagradáveis nos pacientes. Adoecer, em geral, é um evento não esperado e não desejado pelas pessoas. Estar com condição de saúde debilitada está vinculado a estigmas sociais, a restrições em âmbitos financeiros, familiares etc. e a possíveis efeitos colaterais dos tratamentos.

Os psicólogos começaram a atuar em ambientes hospitalares em meados da década de 1950, sendo que seus trabalhos eram confundidos com a “atenção religiosa” realizada por freiras e sacerdotes (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP], 2006). Com a participação de profissionais de outros campos de atuação em equipes de trabalho em hospitais, houve a necessidade de psicólogos serem

integrados a essas equipes. Estudos de caracterização da profissão do psicólogo, nas décadas de 1970 e 1980, liderados pelo CFP mostraram que os poucos profissionais que se inseriam no “campo da saúde” iniciaram seus trabalhos transpondo técnicas clínicas realizadas em consultórios psicológicos. No entanto, reproduzir psicoterapia clássica nesse tipo de ambiente não foi suficiente, ou mesmo apropriado às necessidades do paciente hospitalizado.

Em relação à situação atual do psicólogo em organizações hospitalares, novas pesquisas do CFP realizadas para caracterizar a profissão possibilitaram verificar o aumento da quantidade de psicólogos inseridos no “campo da saúde”, em comparação com a pesquisa dos anos de 1980. Há estudos que apresentam possibilidades de intervenção de psicólogos em hospitais, como a interconsulta, o acompanhamento psicológico, a preparação psicológica, a formação de grupos etc. (GORAYEB, 2001; SEBASTIANI, MAIA, 2005; CREPALDI, RABUSKE, GABARRA, 2006; DOCA, COSTA JUNIOR, 2007; MENEZES, 2010; dentre outros). No entanto, os novos estudos liderados pelo CFP constataram ainda a prevalência das mesmas atividades desenvolvidas na década de 1980 (BASTOS, GONDIM, BORGES-ANDRADE, 2010). Apesar de novos campos de atuação terem sido configurados com mais evidência, como o “campo da saúde”, o psicólogo permanece desenvolvendo atividades ainda voltadas ao atendimento clínico tradicional, conforme Bastos, Gondim e Borges-Andrade (2010). Uma das razões para a realização dessas atividades, muito provavelmente, é a deficiente formação profissional dos cursos de graduação para intervir em um campo com características distintas daquelas que constituem a atividade de psicoterapia de consultórios.

Autores como Moré et al. (2009), Gorayeb (2010), Mota et al. (2006), Gorayeb e Guerrelhas (2003) e Botomé e Kubo (2002) sugerem alguns comportamentos profissionais a serem aprendidos por psicólogos ao intervir em saúde como, por exemplo, integrar os diferentes tipos de conhecimentos, de diferentes áreas de conhecimento, lidar com integrantes da equipe hospitalar multidisciplinar e com a família do paciente hospitalizado, desenvolver estratégias para manter-se distante emocionalmente dos pacientes, produzir conhecimento científico, por meio de pesquisas, atualizar-se cientificamente e transformar os novos conhecimentos em comportamentos profissionais. Em contrapartida, autores como Carvalho (1984a), Bock (1997), Yamamoto e Cunha (1998), Maia et al. (2005), Müller e Dias (2008) e Costa e Olivo (2009), demonstram em suas pesquisas que a formação do psicólogo permanece tecnicista e voltada para o modelo clínico tradicional. Os psicólogos

participantes dessas pesquisas afirmam sentirem-se despreparados para atuarem diferentes campos de atuação depois de formados. O que fazer para capacitar profissionais a apresentarem comportamentos que aumentam a probabilidade de uma atuação de qualidade ao lidar com pacientes hospitalizados? Considerar hospitais como um tipo de organização, inserido em um sistema mais amplo, cujas características estruturais e funcionais constituem variáveis relevantes na determinação das relações de trabalho e das exigências específicas a cada tipo de profissional envolvido, parece ser um início promissor para identificar comportamentos profissionais do psicólogo, como contribuição para sua capacitação.

1. Características do Sistema Único de Saúde como forma de localizar a organização hospitalar nesse sistema

O contexto histórico em que ocorreu a consolidação da Reforma Sanitária no Brasil e a garantia do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 foi, conforme Brasil (2006a), durante as décadas de 1970 e 1980, em que houve a transição do controle e autoritarismo do regime militar sobre a sociedade para uma relação Estado-sociedade mais paritária, mais democrática. Esse processo de mudança foi respaldado e liderado pelo movimento sanitário que, no início da década de 1970, ocupava restritos espaços de oposição. De acordo com Brasil (2006a), com o encerramento da ditadura militar e a concreta situação de pobreza e carência da população, o movimento sanitário ganhou mais abrangência e incorporou propostas reformistas. Em março de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, fato considerado marcante para a consolidação da Reforma Sanitária e a conquista do SUS (BRASIL, 2000, 2006a). O período dos anos 1987-1988 foi considerado o auge da luta pela Reforma Sanitária, período em que o movimento sanitário pode mudar as concepções de saúde no País. Anteriormente às conquistas do movimento sanitário, de acordo com Brasil (2000), havia fragmentação e duplicidade nos serviços de saúde. O Ministério da Saúde era responsável pelas ações preventivas e o Ministério da Previdência Social pela prestação de serviços médicos curativos. Esses serviços não eram direito de todo cidadão. Apenas trabalhadores com carteira registrada e pessoas que contribuíssem com o Ministério da Previdência Social tinham direito aos serviços públicos de saúde. A saúde foi instituída como direito de todos na Constituição Federal de 1988 e o SUS foi considerado uma das conquistas mais importantes da população no País (BRASIL, 2000, 2006a). É necessário

caracterizar a instituição e o desenvolvimento do SUS no País para identificar as posições que organizações hospitalares ocupam no sistema de serviços de saúde à população.

A seção II da Constituição, constituída pelos artigos 196 ao 200, é referente à saúde. De acordo com Brasil (1990), na Constituição estão estabelecidos três aspectos importantes, referentes à saúde: a) o conceito de saúde é ampliado e ela é determinada por variáveis do meio no qual o sujeito se desenvolve (condições geográficas, água, alimentação, habitação, ocupação, renda, educação, idade, sexo, herança genética etc.), b) o direito de todos às ações de saúde em todos os níveis e o dever do Governo de prover ações para a população usufruir desse direito e c) o SUS, de caráter público. O SUS foi formulado para organizar as ações estabelecidas pela Constituição de 1988, referentes às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. Ele é um Sistema, um conjunto de unidades e de serviços que se relacionam e são orientados por um mesmo objetivo-fim. O SUS é “Único” porque é regido de acordo com a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo País, por esferas autônomas do governo federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990).

Os princípios doutrinários que norteiam o SUS são a universalidade, equidade e integralidade. O primeiro princípio legitima o direito de acesso a todos os cidadãos aos serviços públicos e aos serviços privados de saúde que tenham convênio com o SUS. A equidade assegura que todo cidadão é igual perante o SUS e contará com serviços de todos os níveis, de acordo com a complexidade e necessidade de cada caso. No princípio da integralidade, é reconhecido que “o homem é um ser integral, bio-psico-social, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990, p. 5).

Os princípios que regem a organização do SUS são: regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos, complementaridade do setor privado. De acordo com os princípios de regionalização e de hierarquização os serviços devem ser realizados em uma área geográfica delimitada, com a definição da população a ser atendida e devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente. Esse tipo de organização facilita a solução dos problemas por parte do SUS, uma vez que oferece todas as modalidades de assistência a população e acesso a qualquer tipo de tecnologia disponível. A população acessa a rede do SUS por meio dos serviços de nível primário de atenção (Unidades Locais de Saúde)

que devem estar preparados para solucionar as principais demandas no sistema de saúde. As demais demandas são “encaminhadas” para os serviços de maior complexidade tecnológica, os serviços de nível secundário (ambulatórios de especialidades) e terciário (hospitais) de atenção (BRASIL, 1990).

No princípio da resolubilidade, o serviço de saúde deve estar capacitado para enfrentar e resolver o problema daqueles que buscam o atendimento até o nível de complexidade que lhe compete. Entende-se por descentralização, o fato de que quanto mais perto de sua origem a demanda for resolvida, mais chance haverá de acerto. As responsabilidades relativas as ações em saúde foram distribuídas entre os três níveis do governo: o que é abrangência de determinado município deve ser de responsabilidade do governo municipal, o que abrange um estado ou uma região estadual deve estar sob responsabilidade do governo estadual e o que é de abrangência nacional será de responsabilidade federal. Aos municípios cabe a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos, é o que se chama municipalização da saúde (BRASIL, 1990).

O princípio da participação dos cidadãos, também chamado de controle social, foi regulamentado pela Lei nº 8.142¹ e é a garantia constitucional da população de que “pode” participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, em todos os níveis, do federal ao municipal. Os usuários participam da gestão do SUS por meio de Conferências de Saúde, que ocorrem a cada quatro anos, e por meio de Conselhos de Saúde, no qual ocorre a representação paritária entre: usuários, com metade das vagas, governo, com um quarto da representação, e os trabalhadores, com outro quarto (BRASIL, 1990). A complementariedade do setor privado, quinto princípio a reger a organização do SUS, atesta que, quando por insuficiência do setor público, a contratação de serviços privados pode acontecer em três condições: a) celebração de contrato, conforme as normas de direito público, b) instituição privada de acordo com os princípios básicos e normas técnicas do SUS e c) integração dos serviços privados na mesma lógica organizativa do SUS, em termos de posição definida na rede

¹ Com a constitucionalização do SUS, tornou-se necessária a regulamentação de duas outras novas leis (8.080 e 8.142), ambas de 1990, que formam a “Lei Orgânica da Saúde” (BRASIL, 2000).

regionalizada e hierarquizada dos serviços (BRASIL, 1990). Compreender os princípios e doutrinas que regem o funcionamento do SUS é importante para profissionais que atuam em saúde, nesse sistema.

Em março de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, por meio da Portaria nº 648/GM, que estabelece diretrizes e normas para organizar a Atenção Básica no País (BRASIL, 2006b). A estratégia Saúde da Família é a estratégia ou o programa responsável pela organização da expansão e qualificação da Atenção Básica. Esse programa foi iniciado em 1994 e apresentou crescimento expressivo nos últimos anos. Atualmente, a estratégia Saúde da Família se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica no Brasil (BRASIL, 2006b, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA [DAB], 2011). O desafio da estratégia Saúde da Família é ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade na atenção à saúde. Em que consiste essa estratégia? A Saúde da Família supera a antiga proposição assistencialista e centrada na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas da Atenção Básica, sob a forma de trabalho em equipes multiprofissionais. Essas equipes foram implantadas em unidades básicas de saúde na comunidade e estabelecem vínculo com um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica previamente delimitada. As equipes de profissionais da Saúde Família atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade (DAB, 2011).

Considerando que a Saúde da Família é a estratégia responsável pela organização da expansão e qualificação da Atenção Básica, em que consiste essa Atenção? A Atenção Básica é um conjunto de ações que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo. Ela é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito singular, complexo, integral e inserido em meio sociocultural. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. A Atenção Básica utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, o que deve resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em território pré-determinado (BRASIL, 2006b, 2009).

A estrutura física mais básica de atendimento aos usuários do SUS, na Atenção Básica à saúde, são as Unidades de Atenção Básica

(BRASIL, 2009). As estruturas físicas dessas Unidades podem variar uma vez que se adequam às necessidades de cada local. Elas podem ser: a) Unidades de Saúde da Família (unidade específica para prestar assistência em atenção contínua programada nas especialidades básicas, com equipemultidisciplinar), b) Postos de saúde (unidade destinada à prestar assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não de médico), c) Centro de saúde ou Unidade básica de saúde (unidade para realizar atendimentos de Atenção Básica e integral, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência permanente de médico generalista ou especialistas e odontológica. Pode ou não oferecer pronto atendimento 24 horas), d) Unidade móvel fluvial, e) Unidade terrestre móvel para atendimento médico/odontológico, f) Unidade mista (unidade de saúde básica semelhante aos Centros de saúde, podendo ou não apresentar unidades de internação) e g) Ambulatórios de unidade hospitalar geral (BRASIL, 2009).

Essas unidades de Atenção Básica, de acordo com Brasil (2009), oferecem à população o nível primário de atenção à saúde, portanto devem ser prioridade do SUS, uma vez que os problemas mais comuns de saúde podem ser resolvidos nessas unidades. Quando a comunidade consegue resolver, com qualidade, a maioria dos seus problemas de saúde nas unidades básicas de saúde (nível primário de atenção), possibilita uma melhor organização e funcionamento também dos serviços de média e alta complexidade, uma vez que os ambulatórios de especialidades (serviços de nível secundário) e os hospitais (nível terciário de atenção) conseguem cumprir suas funções. As unidades, bem estruturadas, colaboram para reduzir as filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de alta tecnologia (BRASIL, 2009). Conforme Böing (2009), essas unidades de saúde acabam organizando toda a rede de atenção à saúde, uma vez que são elas que organizam o acesso da população aos níveis secundário e terciário de atenção.

Os termos nível primário de atenção à saúde (ou atenção primária à saúde) e Atenção Básica à saúde, conforme Gil (2006), são utilizados na literatura de maneira confusa e, por vezes, indiscriminada, mas é necessária a distinção. Böing e Crepaldi (2010) esclarecem a que cada um dos termos se refere. A Atenção Básica à saúde, como foi definida na Portaria nº 648 (BRASIL, 2006b), compreende ações integrais que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção

de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações correspondem ao novo modelo de atenção à saúde, cuja efetivação é buscada por meio da estratégia de Saúde da Família, de acordo com Böing e Crepaldi (2010). Ainda de acordo com essas autoras, o termo atenção primária à saúde é internacionalmente utilizado e seu significado é relacionado às ações de promoção e prevenção em saúde coletiva.

O SUS é organizado em níveis de complexidade tecnológica crescente, oferecendo todas as modalidades de assistência à população e acesso a quaisquer tipos de tecnologia que estejam disponíveis. O nível primário de atenção à saúde (ou atenção primária à saúde) é o serviço oferecido às pacientes com quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica que ocorre fora do ambiente hospitalar e exige “menor” complexidade tecnológica. Os serviços de média complexidade atendem aos principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. Em geral são ações realizadas em ambulatórios². Os serviços de alta complexidade tecnológica são ações que envolvem não só alta tecnologia, mas também alto custo, objetivando oferecer à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (nível primário e de média complexidade). Em geral, são ações realizadas em hospitais³ (BRASIL, 2009). Reconhecer os três níveis de atenção à saúde do SUS e os tipos de serviços ofertados em cada um dos níveis é importante para profissionais da saúde que se inserem em hospitais.

²Os tipos de ações de média complexidade realizadas, de acordo com Brasil (2009), são procedimentos especializados realizados por profissionais médicos ou outros profissionais de nível superior e médio, cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumato-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultra-sonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses e anestesia.

³Para conferir os tipos de ações de alta complexidade, realizadas em hospitais, verificar em BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

Entender a maneira como o SUS se organiza e seus processos ocorrem, possibilita “localizar” as organizações hospitalares dentro desse sistema. Conforme Brasil (2009), os hospitais são importantes para organizar a rede de assistência à saúde pelo tipo de serviços prestado, pela elevada quantidade de serviços oferecidos de média e de alta complexidade e pelo volume de recursos que consome. Diante de tanta importância em meio a um sistema de saúde, cabe caracterizar esses tipos de organizações.

2. Caracterização da organização hospitalar como parte do sistema de relações no qual o psicólogo atua profissionalmente

O que caracteriza uma organização hospitalar? Para Glenn e Mallot (2005), organizações são entidades culturais, compostas por unidades organizacionais de iguais ou de diferentes níveis hierárquicos e por grupos de pessoas que se comportam para atingir um objetivo-fim ou produzir um produto final. É esse produto que define a própria organização. Para atingir seu objetivo-fim, uma organização é constituída por sistemas complexos de unidades que se interrelacionam. De acordo com essas autoras, organizações estão em constante mudança. Essas transformações são resultados de interações entre comportamentos dos grupos de pessoas de uma organização com outras pessoas fora dela. Organizações hospitalares apresentam essas características gerais, mas também apresentam algumas particularidades de natureza econômica e organizacional (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002), portanto, caracterizar hospitais é parte da caracterização do sistema de relações no qual o psicólogo se comporta.

Foucault (1981) relata que uma organização com o objetivo de alcançar a “cura” de doentes, utilizando-se de instrumentos de intervenção terapêutica é relativamente nova. A função dos hospitais, antes do século XVIII, era separar os enfermos da sociedade, para esperarem a morte, praticamente sem intervenção sobre a doença ou sobre o doente. É possível verificar, em Informe Técnico elaborado por grupo de *experts* da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1957, p. 4, tradução nossa) a evolução referida por Foucault (1981) a respeito da função das organizações hospitalares na sociedade:

O hospital é parte integrante de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência medicosanitaria completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços

externos irradiam até o âmbito familiar, o hospital é também um centro de formação de pessoal medicosanitário e de investigação biosocial⁴.

De acordo com a proposição da OMS, os hospitais deveriam proporcionar assistência curativa e preventiva aos seus usuários. No Brasil, em ambientes hospitalares são realizados serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde dos usuários (BRASIL, 2009).

Em relação a formulação de Glenn e Mallot (2005), hospitais são organizações inseridas em uma “organização maior”. No Brasil, as organizações hospitalares são uma das partes integrantes do SUS, responsáveis por serviços que envolvem alto custo e alta complexidade tecnológica. Atualmente, organizações hospitalares são organizações altamente complexas, (GURGEL JUNIOR, VIEIRA, 2002; IBAÑEZ, VECINA NETO, 2007). No Brasil, a rede pública hospitalar é bastante heterogênea no sentido de incorporação tecnológica e complexidade de serviços, concentrado recursos e pessoal em complexos hospitalares de cidades de médio e grande porte (BRASIL, 2009).

Os hospitais que compõem o SUS são hospitais públicos e apresentam características típicas da administração pública que refletem na organização e na gestão desses hospitais. São elas, conforme Ibañez e Vecina Neto (2007): a) baixa capacidade operacional, b) fraco poder decisório, c) controles essencialmente formais e sem qualidade, d) influências políticas externas e e) os meios como finalidade da administração ao invés de serem os fins. Essas características de organização e de gestão das organizações públicas, de acordo com Ibañez e Vecina Neto (2007), interferem nas atividades desenvolvidas nos hospitais e dificultam a incorporação de tecnologias e a gestão de recursos humanos, por exemplo. Além de ser influenciada por características mais tradicionais da administração pública, as organizações hospitalares públicas (e também as privadas), segundo Gurgel Junior e Vieira (2002), são influenciadas pelos princípios éticos

⁴ Trecho original: “El hospital es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia medicosanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar, el hospital es también un centro de formación de personal medicosanitario y de investigación biosocial”.

e leis que normatizam o setor da saúde e pelas políticas de cada governo.

Por serem influenciadas por características mais tradicionais da administração pública, pelos princípios éticos e legais que regem os serviços em saúde e pelas políticas governamentais, de acordo com Gurgel Junior e Vieira (2002), as organizações hospitalares apresentam algumas especificidades organizacionais: a) leis de mercado não se aplicam diretamente ao setor da saúde, uma vez que as necessidades dos pacientes são prioridades não mercantis que se sobressaem aos custos de produção, valores de mercado e preços praticados, b) concorrência não é um elemento forte no ambiente hospitalar, c) alta variabilidade de assistência solicitada, sendo que cada paciente “responde” à assistência de maneira diferente, dificultando a padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta de serviço, d) informações desse mercado não são simétricas, uma vez que os clientes são, geralmente, leigos para julgar seu tratamento, suas necessidades, e) consumo do serviço é imediato à produção, dificultando o controle prévio da qualidade e o estoque para inspeção final; f) serviços realizados por variados profissionais, de diversos níveis de escolaridade e formação e g) a categoria médica apresenta forte resistência aos programas por sentir-se fiscalizada.

Autores como Ibañez e Vecina Neto (2007) e Vecina Neto e Malik (2007) afirmam que o cenário da saúde vem passando por transformações nos últimos anos, implicando em novos desafios para os profissionais desse meio. É nesse “novo” contexto que o psicólogo está se inserindo e, portanto, necessita de mais caracterização. Os aspectos que constituem o novo cenário mundial da saúde e que interferem e determinam o funcionamento das organizações hospitalares e dos profissionais que nelas trabalham, de acordo com Vecina Neto e Malik (2007), são: a) demografia, b) perfil epidemiológico, c) equipe multiprofissional, d) tecnologia, e) medicalização, f) custo, g) papel do cidadão, h) equidade, i) hospitalocentrismo e regionalização, j) fracionamento do cuidado e k) oferta de leitos. O primeiro dos aspectos, demografia, refere-se a acentuada queda da mortalidade infantil, desde o final do século XX, devido à redução da fecundidade e ao envelhecimento da população, refletindo diretamente no “consumo” dos serviços de saúde.

O perfil epidemiológico também vem sendo alterado, desde o final do século XX, ocorrendo redução da mortalidade por doenças infectocontagiosas, aumento da mortalidade ocasionada pelas doenças crônico-degenerativas e causas externas, reaparecimento de

enfermidades “reemergentes”, como dengue, tuberculose e cólera, e surgimento de enfermidades infectocontagiosas emergentes, como AIDS, hantavirose, bactérias ultra resistentes a antibióticos etc. O novo perfil de morbidade e mortalidade demanda maior utilização dos serviços de saúde e serviços cada vez mais complexos, uma vez que pacientes com doenças crônico-degenerativas necessitam de cuidados por período mais longo que aqueles com doenças infectocontagiosas e pacientes com complicações crônico-degenerativas, associadas ao aumento de idade, necessitam de atenção de alta complexidade tecnológica.

A inserção de outros profissionais nos hospitais, que não médicos e enfermeiros, compõem as equipes multiprofissionais. Ainda segundo Vecina Neto e Malik (2007), o conceito de equipe multidisciplinar passou a estar presente apenas em discursos, uma vez que cada profissional quer garantir a presença do seu conhecimento específico, ao lidar com o paciente, ao invés de complementarem os diferentes conhecimentos. Ainda, com o aumento da quantidade desses profissionais, aumentaram as formas de vínculos de trabalho, as formas de prestação de serviço e diminuiu a qualidade da formação. O resultado dessas mudanças implica diretamente na qualidade da atenção oferecida.

Em relação a tecnologia, de acordo com os autores, após a segunda metade do século XX, tem aumentado continuamente drogas, equipamentos e soluções no mercado. A medicalização significa, para Vecina Neto e Malik (2007), confundir a saúde propriamente dita com o consumo de produtos ou serviços de saúde. Ainda afirmam que a imagem de que o médico é aquele que cura ou salva vidas é reforçada pela baixa utilização da promoção da saúde. Em relação aos custos envolvidos na assistência à saúde, os preços desse setor crescem mais do que a economia em geral. Os autores sugerem que essa inflação intrínseca ao setor seja devido a demanda crescente, a pressão pelo uso da tecnologia e a necessidade de produzir mais valia. A respeito do papel do cidadão na sociedade, os autores afirmam que a Constituição de 1988, o Código de Defesa do Consumidor, o Ministério Público e o SUS criaram condições para que os cidadãos tivessem mais poder real na sociedade e não cedessem aos seus direitos. A equidade, para esses autores, é dar respostas diferentes a necessidades diferentes da população, como foi feito com a assistência farmacêutica na AIDS, por exemplo.

Em relação ao hospitalocentrismo, Vecina Neto e Malik (2007) afirmam que algumas das consequências por prestar assistências hospitalares sem necessidade são desperdício de recursos e perda de

qualidade do serviço. A regionalização, ainda segundo esses autores, tem sido resultado de um processo de urbanização pouco planejado. Como exemplo do pouco planejamento, os autores afirmam que existem 44 áreas metropolitanas no Brasil que não estão sob responsabilidade clara de ninguém e que existem municípios que recebem pacientes hospitalares de outras localidades. A consequência do mau planejamento é a ineficiência e a ineficácia dos serviços de saúde. Para esses autores, a respeito do fracionamento do cuidado, esse modelo assistencial “ignora a necessidade de integração de ações e da integralidade dos cuidados, gerando intervencionismo e medicalização” (p. 828). O processo de urbanização pouco planejado influencia na oferta de leitos nos hospitais. Os autores citam dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde de que apenas 22,8% dos leitos encontram-se em hospitais com menos de 50 leitos. Essas alterações que vem ocorrendo no ambiente da saúde estão compondo um novo cenário do qual o psicólogo também faz parte como membro das equipes multiprofissionais de saúde.

Além dos aspectos político-econômicos que interferem e determinam o funcionamento dos hospitais ainda cabe destacar grupos que constituem o ambiente hospitalar, cada um com suas expectativas e interesses. De acordo com Gurgel Junior e Vieira (2002), os usuários demandam diferentes tipos de atenção, os trabalhadores buscam boas condições de trabalho e sustento, fabricantes e distribuidores de insumos, empresas seguradoras e planos de saúde buscando uma relação comercial com o hospital, os acionistas buscando lucro (no caso de hospitais privados) e o interesse da gerência hospitalar e do governo em alcançar suas metas de política de saúde. Dentro de cada grupo, possivelmente, existem interesses e expectativas de âmbitos pessoais. Caracterizar alguns desses grupos que constituem o ambiente hospitalar também é parte da caracterização do sistema de relações no qual o psicólogo interage.

O conjunto de usuários, ou de pacientes, pode ser decomposto em classes menos abrangentes, facilitando a identificação das características desse grupo. Os pacientes hospitalizados variam em suas faixas etárias de pacientes infantis (GORAYEB, 2001; SOARES, BOMTEMPO, 2004; GABARRA, 2005; DOCA, COSTA JUNIOR, 2007; MASSIGNANI, 2007; BROERING, 2008; MENEZES, 2010), adolescentes (MASSIGNANI, 2007) a pacientes idosos (BERENSTEIN, WAJNMAN, 2008; BERENSTEIN, 2009). São pacientes de diferentes níveis sociais (SIMONETTI, 2011), com diferentes graus e tipos de religiosidades (SIMONETTI, 2011). As características dos pacientes variam ainda conforme as condições de

saúde pelas quais estão no hospital, como pacientes oncológicos (MOTTA, ENUMO, 2004, 2010; PINHEIRO, 2009), com insuficiência renal (PICANÇO, 2006; RESENDE et al., 2007), pacientes terminais (GORAYEB, 2001; OLIVEIRA, SANTOS, MASTROPIETRO, 2010), pacientes com doenças crônicas (GABARRA, 2005; RESENDE et al., 2007), com depressão pós-parto (MORAES, 2010), inférteis (GORAYEB, 2001), com doenças sexualmente transmissíveis (SIMONETTI, 2011) etc. Esses pacientes ainda variam em relação à gravidade das condições de saúde nas quais se encontram (DOCA, COSTA JUNIOR, 2007; SIMONETTI, 2011) e em relação às diferentes seções do hospital nas quais receberão assistência: em emergências (SIMONETTI, 2011), UTI (SIMONETTI, 2011), unidades de neonatologia (SETÚBAL, 2009) etc. A maneira como os pacientes se relacionam com suas condições de saúde também varia, tanto de paciente para paciente, quanto para o mesmo paciente ao longo da internação (SIMONETTI, 2011).

Adoecer, em geral, é um evento não esperado e não desejado pelo paciente. De acordo com Doca e Costa Junior (2007) e Simonetti (2011), estar com as condições de saúde debilitada está vinculado à estigmas sociais, à restrições de vários tipos e à possíveis efeitos colaterais dos tratamentos. Esses pacientes, em geral, se encontram fragilizados em consequência de suas condições de saúde e das condições de internação, conforme Gorayeb e Guerrelhas (2003) e Moré et al. (2009). Na internação hospitalar, de acordo com Doca e Costa Junior (2007), o paciente precisa lidar com diferentes tipos de perdas: a) de seu bem-estar, b) de seu ambiente habitual e pertences pessoais, c) de decidir a respeito de sua rotina diária, d) de controlar-se e de controlar o ambiente e e) de seus relacionamentos com sua rede de apoio. Além das perdas, pacientes hospitalares convivem com o medo do “desconhecido” (GORAYEB, 2001, MORÉ et al., 2009) e a constante busca de entendimento da condição na qual se encontram (MORÉ et al., 2009).

O ambiente hospitalar, de acordo com Gorayeb e Guerrelhas (2003) e Mota et al. (2006), em geral, é caracterizado como um local de sofrimento e de dor, um lugar aversivo que propicia desenvolvimento de processos desagradáveis, como insegurança, ansiedade e desesperança. Esse ambiente “aversivo” altera as relações interpessoais do paciente e os papéis sociais, de acordo com Doca e Costa Junior (2007). Ainda conforme esses autores, pacientes hospitalizados precisam adaptar-se a uma nova rotina como, por exemplo, passar a habitar um local estranho, a portar roupas padronizadas, ter sua rotina definida pela instituição (horários para alimentar-se, banhar-se, dormir etc.) e seus

comportamentos impostos por uma equipe de saúde. Conforme Moré et al. (2009), é característico que esse tipo de paciente perca sua identidade e passe a ser identificado por características como o nome de sua doença, um número de leito, um prontuário etc. Essas características, as quais o paciente hospitalar está “submetido” durante sua internação, contribuem para a caracterizar o ambiente de trabalho do psicólogo.

É comum a presença de familiares acompanhando os pacientes hospitalizados. Assim como os pacientes, familiares também estão submetidos a processos de angústia (GORAYEB, 2001) e de medo (MORÉ et al., 2009), no entanto, a presença de familiares durante o processo de internação auxilia pacientes a enfrentar suas condições de saúde ao mesmo tempo que ensina o próprio familiar a lidar com essa classe de variáveis, de acordo com Crepaldi (1999). A presença da família no processo de internação também favorece a ocorrência de gastos financeiros que acompanham a internação (GORAYEB, 2001, MORÉ et al., 2009) e a desestruturação na organização familiar (CREPALDI, 1999).

Outra característica comum dos hospitais são as equipes multidisciplinares. O psicólogo faz parte dessas equipes, onde está em contato constante com profissionais de outros campos (GORAYEB; GUERRELHAS, 2003). Gorayeb (2001) apresenta brevemente o surgimento dessas equipes em hospitais. Para o autor, equipes multidisciplinares apresentam mais de um profissional em sua composição, além de médicos e enfermeiros. Com o desenvolvimento de campos de atuação como Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional, a partir da década de 1960, aos poucos os profissionais desses campos foram sendo inseridos no hospital e os médicos e enfermeiros foram deixando de prescrever dietas, exercícios físicos e atividades. A prática profissional no hospital exige maior interação dos membros da equipe, em prol da melhoria nas condições de saúde do paciente. No entanto, de acordo com Gorayeb (2001), a inclusão desses “novos” profissionais originou uma divisão dos trabalhos relativos ao paciente e não uma integração entre os profissionais de diferentes campos de atuação. Equipes com essa função foram chamadas de “interdisciplinares”, pelo autor, e podem ser compostas por psicólogos, biomédicos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais etc. Ao encontro de Gorayeb (2001), em relação às equipes interdisciplinares, Moré et al. (2009) examinam como desafio para as “equipes de saúde” a integração das ações da equipe. Caracterizar precisamente o ambiente de trabalho hospitalar, é pré-requisito para a

proposição de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados.

3. Características das atuações iniciais de psicólogos em organizações hospitalares e implicações dessas atuações nos diferentes nomes dados a esse subcampo profissional do psicólogo

Uma das maneiras de o psicólogo estar presente em organizações hospitalares é como membro das equipes multidisciplinares. Nesse contexto, o psicólogo contribui para que pacientes, familiares e equipe de profissionais do hospital compreendam os eventos que estão acontecendo na vida do paciente. O trabalho realizado por psicólogos em hospitais passou por muitas mudanças que implicaram em diferentes nomes para caracterizar o que esse profissional realizava e realiza em organizações hospitalares. Alguns dos nomes encontrados para nomear esse subcampo de atuação profissional do psicólogo são: Psicologia Clínica (MIYAZAKI et al., 2002; GORAYEB, 2010), Psicologia Hospitalar (YAMAMOTO, CUNHA, 1998; CFP, 2001; YAMAMOTO et al., 2002; LAZZARETTI et al., 2007; MORÉ et al., 2009; GORAYEB, 2010; SIMONETTI, 2011) e Psicologia da Saúde (YAMAMOTO, CUNHA, 1998; MIYAZAKI et al., 2002; YAMAMOTO et al., 2002; GORAYEB, 2010). A que esses autores se referem ao nomear a intervenção de psicólogo em hospitais de uma ou de outra maneira? Quais as implicações para os profissionais psicólogos e para a população ao atribuir esses nomes ao trabalho realizado em hospitais? Parece ser válido, para identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados, entender a respeito da inserção de psicólogos nesse ambiente e avaliar as implicações dos diferentes nomes dados a esse subcampo de atuação profissional.

Conforme a narrativa a respeito da história da Psicologia em Hospitais na Revista Diálogos (2006, p.20) a “atenção religiosa” foi, por muitos séculos, confundida com a “atenção psicológica”. No Brasil, até primeira metade da década de 1950, eram freiras e sacerdotes que acompanhavam os pacientes hospitalizados e realizavam preces e unções, respectivamente, para confortá-los. Aos poucos, equipes interdisciplinares passaram a constituir o ambiente hospitalar de maneira a oferecer outros tipos de serviços à sociedade que não só o “serviço médico”. Nesse contexto, foi necessário que o conhecimento

psicológico deixasse de ser confundido com o conhecimento religioso e que fosse, de fato, “aplicado”.

Não há registros precisos a respeito do início de “atividades psicológicas” no Brasil. A maioria dos autores afirma que o trabalho da professora Mathilde Neder, no Instituto de Ortopedia do Hospital das Clínicas em São Paulo, em meados na década de 1950, foi pioneiro (SILVA, 2006; LAZZARETTI et al., 2007; SANTOS, JACÓ-VILELA, 2009; MORÉ et al., 2009; GORAYEB, 2010). A profissão de psicólogo só foi regulamentada no País no ano de 1962, fazendo com que esse tipo de assistência hospitalar, em seu início, não fosse realizado por psicólogos, de acordo com Conselho Regional de Psicologia [CRP]/SP (1999) e Silva (2006), mas por profissionais de outras áreas como Pedagogia, Filosofia, Ciências Sociais e Letras, que complementavam sua formação em Psicologia em cursos de especialização ou em estágios. As demandas que Neder recebia no hospital, de acordo com Silva (2006), vinham da equipe médica e de enfermagem para ajudar crianças, que apresentavam agitação após a cirurgia ortopédica, a aderir ao tratamento. A agitação das crianças danificava as peças de gesso usadas por elas e prejudicava a recuperação. Nessa época a atuação era essencialmente técnica (SANTOS; JACÓ-VILELA, 2009), com influências marcantes do modelo biológico (MORÉ et al., 2009).

Parte dos psicólogos inseridos em contextos hospitalares iniciou seus trabalhos, de acordo com Gorayeb (2001) e Gorayeb e Guerrelhas (2003), reproduzindo atividades realizadas em consultórios psicológicos. Reproduzir técnicas e conhecimentos não era suficiente para uma atuação profissional do psicólogo em hospitais. Segundo Gorayeb (2001) e Gorayeb e Guerrelhas (2003), reprodução de psicoterapia clássica nesse tipo de ambiente não corresponde às necessidades do paciente e nem da equipe. As necessidades de cada paciente, de cada organização, deveriam servir de “ponto de partida” para os profissionais iniciar qualquer modalidade de intervenção.

A inserção da Psicologia em ambientes hospitalares foi uma maneira diferenciada de realizar atividades que religiosos realizavam, transpondo conhecimentos e técnicas produzidas e experimentadas em consultórios psicológicos para um ambiente com necessidades diferentes (GORAYEB, 2001). A transposição de atividades e técnicas realizadas no consultório psicológico para o ambiente hospitalar parece ter contribuído para que o trabalho desenvolvido por psicólogos nesses ambientes fosse intitulado de “Psicologia clínica”. De acordo com CRP/SP (1999), esses psicólogos faziam apenas um transporte do modelo do consultório para o hospital. Conforme Gorayeb (2010, p.

119), “Psicologia Clínica” é uma “prática” existente desde o surgimento da Psicologia e pode ser entendida como “a aplicação dos conhecimentos do campo da Psicologia à solução de problemas pessoais ou grupais. Em geral, envolve o atendimento ou tratamento psicoterápico de um indivíduo que padece de algum distúrbio comportamental e/ou emocional”.

Conforme Miyazaki et al. (2002), apesar do conhecimento produzido em Psicologia clínica ser importante para a intervenção do psicólogo nas condições de saúde das pessoas, ainda são conhecimentos insuficientes para atuar em organizações hospitalares. Ao encontro desses autores, Gorayeb (2010) afirma que não é apenas uma questão de o profissional transferir conhecimentos ou “habilidades” do consultório para o hospital, existe uma diferença de ambiente, de situações, de condições que precisam ser estabelecidas. Organização hospitalar e consultório psicológico podem ter semelhanças entre si, mas características dos clientes, das demandas, dos problemas são diferentes e devem ter intervenções profissionais diferenciadas.

Alguns autores (CFP, 2001; LAZZARETTI et al., 2007; MORÉ et al., 2009; SIMONETTI, 2011) utilizam a nomenclatura “Psicologia hospitalar” e “psicólogo hospitalar” para atuação de psicólogos em organizações hospitalares. Simonetti (2011, p. 15) define “Psicologia hospitalar” como “o campo de entendimento & tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento”. Para esse autor, o objeto da Psicologia hospitalar são os aspectos psicológicos envolvidos no adoecimento do paciente e na angústia da família e da equipe de trabalho. Para Lazzaretti et al. (2007, p. 21), “Psicologia hospitalar” tem por objetivo “acolher e trabalhar com pacientes de todas as faixas etárias, bem como suas famílias, em sofrimento psíquico decorrente de suas patologias, internações e tratamentos”. Para Moré et al. (2009, p. 467), o papel do psicólogo em hospitais é

trabalhar o impacto da situação hospitalar e do processo da doença visando potencializar os recursos emocionais da pessoa, de sua família e de sua rede social significativa, em favor da promoção da saúde no seu sentido mais amplo e integral, num diálogo constante com todos os integrantes de uma equipe.

Assim como “Psicologia clínica” não fora a melhor descrição para a intervenção de psicólogos em ambientes hospitalares, Yamamoto e Cunha (1998), Yamamoto et al. (2002) e Gorayeb (2010) propõe

reflexões a respeito do termo “Psicologia hospitalar”. Para eles, “Psicologia hospitalar” é uma área pertencente à “Psicologia da saúde”, praticada em hospitais. O equívoco ao utilizar essa nomenclatura, segundo Gorayeb (2010), deve-se a duas razões. Uma delas seria o fato de que parte dos psicólogos que começou a trabalhar no “campo da saúde”, o fez em hospitais e, por isso, foram reconhecidos como “psicólogos hospitalares”. Para Yamamoto e Cunha (1998), Yamamoto et al. (2002) e Gorayeb (2010), definir um campo de atuação em função do local de atuação é uma lógica equivocada. Para Yamamoto et al. (2002) outros critérios poderiam ser considerados para nomear os campos de atuação, como as atividades que serão desenvolvidas, os objetivos da intervenção e os tipos de problemas. Independente do critério utilizado, o critério e os nomes devem ser avaliados a fim de que se refiram a melhor função do psicólogo no contexto hospitalar.

A segunda razão da confusão entre “Psicologia hospitalar” e “Psicologia da saúde”, sugerida por Gorayeb (2010), deve-se ao fato de que o CFP, por meio da Resolução nº 02/2001, instituiu a “Psicologia hospitalar” como uma especialidade da Psicologia. A especialidade em “Psicologia hospitalar”, concedida pelo CFP (2001, p. 13), tem por definição:

Atua em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção a saúde. Atua também em instituições de ensino superior e/ou centros de estudo e de pesquisa, visando o aperfeiçoamento ou a especialização de profissionais em sua área de competência, ou a complementação da formação de outros profissionais de saúde de nível médio ou superior, incluindo pós graduação *lato* e *stricto sensu*. Atende a pacientes, familiares e/ou responsáveis pelo paciente; membros da comunidade dentro de sua área de atuação; membros da equipe multiprofissional e eventualmente administrativa, visando o bem estar físico e emocional do paciente; e, alunos e pesquisadores, quando estes estejam atuando em pesquisa e assistência. Oferece e desenvolve atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a

procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo. O acompanhamento pode ser dirigido a pacientes em atendimento clínico ou cirúrgico, nas diferentes especialidades médicas. Podem ser desenvolvidas diferentes modalidades de intervenção, dependendo da demanda e da formação do profissional específico; dentre elas ressaltam-se: atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à comportamento a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe.

A partir da definição de especialização em “Psicologia hospitalar”, é possível compreender que “psicólogo hospitalar” é aquele que atua em instituições de saúde prestando serviços de nível secundário ou terciário de atenção à saúde, ou atua em instituições de ensino e pesquisa. O “psicólogo hospitalar”, ainda conforme essa definição, é responsável por intervir nas variáveis psicológicas que interferem com condições de saúde de pacientes quando estão ou serão submetidos a procedimentos médicos. Além de atender a pacientes, “psicólogos hospitalares” também atendem aos familiares ou responsáveis pelos

pacientes, a equipe interdisciplinar e, eventualmente, a equipe administrativa.

Autores como Yamamoto e Cunha (1998), Miyazaki et al. (2002), Yamamoto et al. (2002) e Gorayeb (2010) sugerem que um nome mais promissor para caracterizar o trabalho realizado por psicólogos em hospitais seria “Psicologia da saúde”. Matarazzo (1980, p. 815, tradução nossa) apresenta definição para “Psicologia da saúde” como

um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais da disciplina da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de doenças, a identificação da etiologia e diagnóstico dos correlatos de saúde, doença e funções relacionadas, bem como a análise e aprimoramento do sistema e regulamentação da saúde⁵.

Para Yamamoto e Cunha (1998), a mudança dos nomes “Psicologia clínica” e “Psicologia hospitalar” para “Psicologia da saúde” é válida, uma vez que “saúde” torna-se um possível campo de atuação do psicólogo e não mais um local de atuação. Para Gorayeb (2010), o que distingue a “Psicologia da saúde” dos demais campos de atuação da Psicologia são as necessidades dos pacientes. Para o autor, pacientes atendidos em “Psicologia da saúde”, em geral, tem problemas relacionados com suas condições de saúde “física”. Outra característica desse subcampo é que, usualmente, o psicólogo intervém nos comportamentos do paciente no contexto em que o comportamento ocorre, diferentemente de atendimentos em consultórios psicológicos. As considerações de Matarazzo (1980), de Yamamoto e Cunha (1998) e de Gorayeb (2010) para “Psicologia da saúde” demonstram que os conhecimentos produzidos por profissionais desse subcampo não se limitam ao local de trabalho do psicólogo, mas à ambientes em que as condições de saúde do paciente são objeto de intervenção.

⁵Trecho original: “Health psychology is the aggregate of the specific educational, scientific, and professional contributions of the discipline of psychology to the promotion and maintenance of health, the prevention and treatment of illness, and the identification of etiologic and diagnostic correlates of health, illness, and related dysfunction”.

“Psicologia da saúde” seria a expressão que melhor representa as possibilidades de atuação do psicólogo sobre as variáveis psicológicas que constituem as condições de saúde do organismo? Conforme exame realizado por Kubo e Botomé (2001a) a respeito da utilização da expressão “Psicologia da Saúde” para classificar estudos e intervenções realizados por psicólogos a respeito do “fenômeno saúde”, pareceu ser uma nomenclatura ainda pouco adequada. De acordo com esses autores, a inadequação ocorre devido ao fato de que a expressão “da saúde” delimita *a priori* os fenômenos nos quais o profissional poderá atuar, considerando o que já é tradicionalmente conhecido como “campo da saúde”. Ou então, a expressão limita o profissional à técnicas, aos procedimentos e aos recursos tecnológicos já identificados como pertencente ao mesmo campo. Quando os autores comparam as expressões “Psicologia da saúde” e “Psicologia em saúde” sugerem que esta expressão é mais apropriada pois permite considerar os diferentes tipos de relações entre o fenômeno psicológico e as demais dimensões que constituem o fenômeno “saúde”. Esses diferentes tipos de relações entre “fenômeno psicológico” e “fenômeno saúde” podem ser por determinação das diferentes variáveis constituintes do comportamento do indivíduo em suas condições biológicas ou, ao contrário, por determinação das condições biológicas dos indivíduos sobre as características de seus comportamentos.

Diante da maneira como ocorreu a inserção de “atividades psicológicas” nos hospitais e, mais tarde, com a regulamentação dos cursos de psicologia, dos profissionais psicólogos em hospitais é possível compreender os diferentes nomes atribuídos aos serviços prestados por psicólogos nesse tipo de organização. Que “atividades psicológicas” eram essas? Quais são as atividades desenvolvidas atualmente? Caracterizar o desenvolvimento das atividades que esse profissional vem realizando em hospitais desde sua inserção até 2012 constitui-se aspecto importante a ser considerado ao identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados.

4. Características da atuação do psicólogo no campo da saúde e no subcampo hospitalar a partir da regulamentação da profissão

A profissão do psicólogo no Brasil foi regulamentada em 1962, por meio da Lei nº 4.119. O que faziam os psicólogos após a regulamentação da profissão? Em que campos de atuação esses profissionais se inseriram? Pesquisas foram desenvolvidas para

caracterizar essa atuação profissional (PEREIRA, 1975; CARVALHO, 1984b, 1988; BASTOS, GOMIDE, 1989; BASTOS, GONDIM, BORGES-ANDRADE, 2010). Algumas delas indicam sinais de diversificação das modalidades de intervenção (CARVALHO, 1984b, 1988), outra apresenta características recentes dos profissionais e da profissão (BASTOS; GONDIM; BORGES-ANDRADE, 2010). Caracterizar a trajetória desde a inserção dos psicólogos no campo saúde até as atividades que esses profissionais realizam atualmente permite identificar o que está sendo realizado por psicólogos em organizações de saúde, incluindo hospitalares.

Conforme os dados obtidos por Pereira (1975) ao caracterizar as ocupações dos psicólogos diplomados na cidade de São Paulo até 1970, os psicólogos dividiam sua atuação em quatro principais grupos de ocupações: Ensino, Psicologia Clínica, Psicologia Escolar e Psicologia Industrial. A atuação em Clínica reunia 52% dos profissionais. Ainda de acordo com a pesquisa de Pereira (1975), 95 psicólogos, dos 125 que exerciam atividades clínicas, as exerciam em consultórios e clínicas particulares. Botomé (1979) examina os dados apresentados por Pereira (1975) e destaca que apenas quem recebia mais de três salários mínimos, em São Paulo, teria possibilidades de pagar os serviços prestados por psicólogos, ou seja, de cinco a 15% da população teria acesso aos serviços. Botomé (1979, p.9) também demonstra que, em geral, o psicólogo é solicitado quando há problemas sérios com as pessoas ou quando “faz parte” ter um psicólogo para realizar determinadas atividades. Essas pesquisas evidenciam que na década de 1970, no Brasil, os psicólogos atuavam no campo da Clínica, em sua maioria, e que uma pequena parcela da população tinha acesso ao “serviço psicológico”.

Na pesquisa de Carvalho (1984b) foram entrevistados 605 psicólogos recém formados em São Paulo, entre os anos de 1978 e 1982, ainda na tentativa de caracterizar a profissão e os profissionais psicólogos. De acordo com a autora, 53 atividades eram de difícil classificação em uma das áreas “tradicionais” de atuação do psicólogo (clínica, trabalho, escolar e ensino-pesquisa). Essas atividades foram, inicialmente, consideradas pela autora como modalidades alternativas de intervenção e foram agrupadas na categoria “Outras”. As categorias que faziam parte do grupo “Outras” eram: autônomas (6), área empresarial (2), assistenciais (4), entidades comunitárias (7) e instituições (34). Dois dos casos de atividades realizadas em instituições eram profissionais que trabalham em posto de saúde e realizavam atividades de orientação de gestantes e puérperas e três dos casos de atuação em instituições

ocorriam em hospitais. Esses profissionais realizavam atividades de aconselhamento, orientação de pais etc. Esses registros de Carvalho (1984b) parecem ser o primeiro mapeamento no qual a atividade de psicólogos inseridos no campo da saúde, seja em postos de saúde, seja em organizações hospitalares, aparece.

Com o objetivo de analisar as atividades desempenhadas pelos psicólogos, Carvalho (1988) entregou uma lista com 47 atividades para 2200 psicólogos, para que assinalassem quais atividades tinham desenvolvido em seu primeiro trabalho e quais desenvolviam no atual. A autora identificou que as atividades realizadas por cada psicólogo no trabalho atual eram pouco diversificadas, uma vez que mais de 30% dos profissionais realizavam apenas duas atividades. Ainda foi possível identificar que os trabalhos atuais dos psicólogos se concentram no campo da clínica e que mesmo dentro desse “campo”, as atividades são pouco diversificadas, pois se centram em terapia individual. No mesmo ano, Botomé (1988) também demonstra a tendência de psicólogos recém formados trabalharem com psicoterapias e com atividades de pouco abrangência social. Carvalho (1988, p. 235) define uma atuação abrangente como sendo aquela que “reflete o potencial de utilidade e de contribuição da profissão à sociedade”. Novamente as pesquisas que caracterizaram a profissão do psicólogo nas décadas de 1970-1980 indicam uma atuação “clínica” e, de acordo com os dados de Carvalho (1988), pouco diversificadas.

Ainda de acordo com os resultados obtidos por Carvalho (1988), dentre as atividades atuais realizadas por psicólogos, foram identificadas 47 “novas” atividades, com baixa frequência, mas que podem indicar uma possibilidade de “abertura” da atuação. Ainda, 10% das atividades foram agrupadas em “Outras atividades” que também podem indicar essa “abertura”. Carvalho (1988) ainda identifica nessa pesquisa que algumas atividades são mais citadas ao longo da trajetória da profissão (do ano de 1952 a 1985). Essas são, segundo ela, as atividades de atuação clássica ou tradicional do psicólogo. Nesse mesmo período de tempo, a autora identifica que algumas atividades não são citadas no início da trajetória profissional e aparecem em períodos mais próximo de 1985, sendo consideradas, de acordo com ela, tendências modernas da atuação. Na prática clínica, foi identificada ampliação tanto na diversificação de alvos e técnicas de atendimento, quanto na atuação preventiva. Percebeu-se também o surgimento de novos campos de atuação e de atuações em áreas de planejamento, consultoria, supervisão e ensino superior. De acordo com a autora, existe uma “perspectiva de ampliação da atuação profissional em termos de diversificação das

atividades” (p. 224). Os resultados de Carvalho (1988) são importantes uma vez que podem indicar uma possibilidade de ampliação da atuação, mesmo no campo clínico.

Bastos e Gomide (1989) apresentam os principais resultados obtidos em pesquisa com uma amostra de 2448 psicólogos de diferentes regiões do País cujos dados foram coletados por meio de questionário aplicado entre 1986 e 1987. 73% dos profissionais entrevistados se dedicam, exclusivamente, a um “campo”. Dentre esses, 39,3% é representado pelo campo clínico. A psicoterapia individual é a atividade exercida por 68,5% dos profissionais que atuam em clínica. Em relação aos locais de trabalho do psicólogo, considerando todos os entrevistados, o consultório representa 34,2%. Hospitais ficaram em quinto lugar, com 7,8% dos lugares onde os psicólogos desenvolvem suas atividades. Dois terços dos psicólogos que atuam em clínica trabalham em consultórios ou hospitais. No Rio de Janeiro e em São Paulo, 10% dos profissionais trabalhavam em postos de saúde, ambulatórios e hospitais, no entanto, nesses lugares também foram encontrados os mais altos índices de trabalho em consultórios particulares. Apesar de a quantidade de psicólogos que trabalham no campo clínico, realizando psicoterapia individual, continuar elevada, a atuação de psicólogos em saúde demonstra crescimento em relação à pesquisa de Carvalho (1984b).

Qual é a situação atual dos psicólogos? A quem eles servem? Que atividades realizam? Bastos, Gondim e Borges-Andrade (2010) replicaram parte importante do estudo conduzido pelo CFP nos anos de 1980 e realizaram uma nova pesquisa a respeito da profissão do psicólogo no Brasil, entre os anos de 2006 e 2008. Os autores identificaram a emergência da “área da saúde”, campo que não existia na pesquisa de 1988 e que foi o segundo campo de inserção de psicólogos na pesquisa referida. Conforme os autores, esse campo amplia as atividades e os contextos de inserção do psicólogo (em unidades de saúde de diferentes níveis de atenção, em setores público e privado). Em relação às unidades de saúde públicas e privadas, houve aumento da quantidade de psicólogos inseridos, em comparação com a pesquisa da década de 1980. Em relação ao local de trabalho do psicólogo, o consultório continua sendo o espaço mais utilizado pelo psicólogo e é também o local de trabalho para aproximadamente um quarto dos psicólogos que atuam no campo escolar, organizacional, saúde e ensino/docência. A psicanálise permanece como o tipo de conhecimento mais presente entre os psicólogos, inclusive no campo de saúde. Os autores identificaram muitas similaridades entre as atividades

desenvolvidas nos campos clínico, saúde e educacional, mudando apenas a frequência com que foram citados.

Em relação às atividades desenvolvidas atualmente, os autores relatam terem encontrado mais continuidades daquilo que era desenvolvido na década de 1980 do que mudanças. Apesar de novos campos de atuação terem surgido e da diversificação dos campos e dos locais de trabalho, de acordo com os autores, o psicólogo permanece desenvolvendo atividades muito semelhantes, inclusive entre um campo e outro. Visto que a atuação de psicólogos no campo da saúde tem aumentado quantitativamente, quais as características dessa atuação? O que o psicólogo tem desenvolvido ao intervir em saúde, especialmente em organizações hospitalares?

A atuação de psicólogos em hospitais tem apresentado algumas mudanças no século XXI. Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006) apresentam algumas das modalidades “atuais” de intervenção de psicólogos em hospitais. As modalidades apresentadas pelas autoras referem-se à intervenção em comportamentos de crianças hospitalizadas. No entanto, a maioria delas pode ser realizada em qualquer paciente, resguardadas as características ambientais de cada intervenção. Uma das modalidades de atuação do psicólogo em organizações hospitalares é a interconsulta. De acordo com essas autoras, a interconsulta ocorre quando o hospital não possui psicólogo em todas as unidades de internação e a presença do psicólogo é solicitada. Como interconsultor, o psicólogo faz um levantamento dos dados, por meio de entrevistas com a família, equipe e paciente, analisa o contexto da internação e identifica o problema rapidamente para elucidar a crise e escolher as estratégias de ação junto à família, à equipe de saúde e ao paciente. Ainda faz a devolução das informações para o responsável pelo pedido de interconsulta.

Outra possibilidade de intervenção para os psicólogos em ambiente hospitalar, de acordo com Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006), é atuar como membro contratado das equipes de saúde. Como membro da equipe, o psicólogo participa das reuniões com os demais profissionais para discutir casos e intervirem em conjunto. É papel do psicólogo manter a equipe informada a respeito do estado emocional do paciente e da família e dos demais processos pelos quais os pacientes estejam passando. As autoras também afirmam o psicodiagnóstico como sendo uma forma de psicólogos intervirem em hospitais e o caracterizam como sendo uma situação, de tempo limitado, que tem por objetivo descrever e compreender a “personalidade” do paciente ou da família. Ainda apresentam a avaliação e estimulação do desenvolvimento que,

segundo Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006), são atividades para identificar problemas no processo evolutivo da criança para poder intervir de forma a promover um desenvolvimento saudável.

Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006) também relatam o acompanhamento psicológico durante a internação como uma das possibilidades de atuação dos psicólogos em hospitais. Esse acompanhamento se dá de acordo com as necessidades de cada paciente, avaliadas pelo psicólogo. Sebastiani e Maia (2005) discutem a contribuição do acompanhamento psicológico para paciente em condições cirúrgicas, afirmando que uma intervenção profissional de qualidade anteriormente à cirurgia, interfere nas reações do paciente nas etapas trans e pós-operatórias. Segundo esses autores, o acompanhamento psicológico é fundamental para que os medos do paciente não interfiram nesse momento do processo cirúrgico. De acordo com Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006), os acompanhamentos psicológicos ocorrem também em condições de terminalidade do paciente. Nesses casos, o psicólogo prepara o paciente para sua morte e oferece um espaço para que ele expresse seus medos. Ao mesmo tempo, prepara a família para a perda do paciente. Ainda conforme essas autoras, é comum que, após a morte do paciente, a família retorne ao hospital para conversar com os profissionais. O psicólogo, diante dessas condições, auxilia no processo de elaboração do luto. Bolze e Castoldi (2005) relatam o estudo de caso do acompanhamento psicológico realizado a uma família do interior do sul do Brasil, antes e depois da morte de uma das filhas da família, de quatro anos, por câncer. Antes do óbito da criança, por sete meses, foi realizado acompanhamento psicológico à paciente, aos pais, irmãos e demais familiares por uma estagiária do curso de Psicologia. Após o óbito, foram realizados três conversas telefônicas com a família, oito contatos por e-mail e uma visita domiciliar da estudante à família da paciente. Assim, o acompanhamento psicológico de pacientes hospitalizados configura-se em uma possibilidade de atuação relevante do psicólogo.

Durante a internação, de acordo com Crepaldi, Rebuske e Gabarra (2006), é comum que procedimentos dolorosos e invasivos ocorram, incluindo cirurgias. Nesses casos, de acordo com as autoras, o psicólogo realiza preparações psicológicas para procedimentos e cirurgias. A preparação psicológica, em tais casos, foi definida por Menezes (2010) como informar às crianças e aos pais a respeito dos aspectos médicos, sociais e psicológicos da doença e da hospitalização de modo a diminuir a ansiedade e a desinformação. Os autores Doca e Costa Junior (2007) e Broering e Crepaldi (2008) sistematizaram o

conhecimento publicado a respeito da preparação psicológica à hospitalização de crianças. Eles destacaram a importância da preparação, as possíveis técnicas e as limitações dessa intervenção. Doca e Costa Junior (2007) ainda propuseram um programa de preparação psicológica para ser realizado ao admitir crianças em hospitais.

Crepaldi, Rabuske e Gabarra (2006) afirmam que o psicólogo pode utilizar alguns instrumentos como livros e cartilhas, sucata hospitalar, brinquedos etc. para preparar o paciente cirúrgico, pode levá-lo para conhecer o centro cirúrgico, pode descrever e informar ao paciente o que será realizado com ele e onde ocorrerá o procedimento. Pode realizar as mesmas atividades com familiares ou acompanhantes. Em casos de cirurgias emergenciais, esses procedimentos devem ser realizados no pós-cirúrgico. Ainda em relação à preparação psicológica para paciente pré-cirúrgicos, sugerida como modalidade de atuação do psicólogo que intervém em comportamentos de pacientes hospitalizados, Soares e Bomtempo (2004) avaliaram os efeitos de um programa de atividades para crianças sobre o comportamento delas diante do procedimento médico de inalação. O programa de atividades das autoras constituía-se em leitura de livro infantil, simulação por meio de brincadeiras de médico e atividades de relaxamento. Alguns dos resultados encontrados pelas autoras foram de que comportamentos concorrentes ao procedimento de inalação diminuíram sua frequência após o programa de atividades e que comportamentos que facilitam o procedimento médico aumentaram após a realização do mesmo programa. Broering (2008) também realizou estudo em hospital infantil para avaliar se a preparação pré-cirúrgica pode aliviar o sofrimento da criança e ajudá-la a encarar a cirurgia de forma menos aversiva. Foi utilizada a Escala de Stress Infantil, desenho-histórias, entrevistas com as mães e a preparação psicológica propriamente dita. Seus resultados mostraram significativa redução do nível de estresse do pré para o pós-teste. A preparação ainda reduziu o estresse e comportamentos negativos e inadequados no pós-cirúrgico, salientando a eficácia das preparações.

Outra modalidade de atuação do psicólogo em organizações hospitalares, conforme Crepaldi, Rebuske e Gabarra (2006), é nas atividades de elaboração de cartilhas específicas para cada doença e para faixa de desenvolvimento dos pacientes. Essas cartilhas propiciam maior controle das condições de saúde pelas quais o paciente está passando e favorece a autonomia, ambos do paciente e dos familiares. As autoras ainda sugerem a realização de grupos de pacientes para discutir questões a respeito das condições de saúde, do hospital, da família, da morte etc.

Outra modalidade de atuação seria incluir os pais das crianças, por meio do programa mãe participante. Os pais recebem informações a respeito da importância deles, para a criança e para a equipe de saúde, ao serem recebidos no hospital. Os pais são convidados e incentivados a permanecer com a criança durante sua internação, eles optam por permanecer ou não e por auxiliar na prestação de cuidados básicos à criança ou não. Os pais necessitam ser orientados pela equipe a respeito do papel deles como acompanhantes. Segundo as autoras, é necessário capacitar os profissionais a incluírem os pais nesse processo, bem como evidenciar a importância da participação dos pais à equipe. Para ambos os casos, o psicólogo é capaz de capacitá-los. Ainda podem ser realizados, na organização hospitalar, grupos de pais com o objetivo de discutir aspectos relacionados a hospitalização. As autoras sugerem a presença de diferentes profissionais da equipe de saúde nos grupos formados para que as dúvidas da família possam ser esclarecidas em diferentes âmbitos.

Outros autores tem investigado o momento que antecede cirurgias ou outros tipos de procedimentos. Em alguns casos, pesquisadores investigaram como foram feitas as preparações psicológicas desses pacientes para esses momentos. Crepaldi e Hackbarth (2002) investigaram a respeito dos “sentimentos e comportamentos” que a criança hospitalizada apresenta no momento que antecede a intervenção cirúrgica. Um dos procedimentos realizados pelas autoras foi contar uma estória às crianças, a respeito de um elefantinho doente que precisava realizar uma cirurgia. Em seguida as crianças desenharam a história que lhes foi contada e, por último, foram entrevistadas a respeito do que haviam desenhado. Alguns dos resultados foram que, antes da probabilidade de uma intervenção cirúrgica, as crianças sentem medo, culpa (de terem feito algo errado), fuga, tristeza e desconfiança da equipe (veem a equipe distante e não se sentem acolhidas). Carnier (2010) avaliou o nível de estresse de crianças e acompanhantes em situação pré-cirúrgica e as estratégias de enfrentamento dessas crianças. A autora identificou que crianças que receberam apenas informações pontuais a respeito dos procedimentos cirúrgicos a serem realizados e aquelas que não tinham experiência prévia com procedimentos cirúrgicos, apresentaram índices mais elevados de possibilidade e de presença de estresse. As crianças que tiveram mais de um informante, em geral, não apresentaram estresse. Em relação ao estresse dos acompanhantes, avaliados por meio de uma escala, 76,2% apresenta sintomas de estresse. Essas investigações a respeito de como se sentem e se comportam os pacientes diante de

cirurgias constituem-se informações relevantes para o psicólogo planejar sua intervenção em momentos como esses.

Com o mesmo caráter de relevância para a intervenção do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados, Picanço (2006) investigou o momento que antecede o tratamento de insuficiência renal crônica e buscou relações entre a adesão da criança ao tratamento recomendado e as maneiras dos pais se relacionarem com seus filhos. Alguns dos resultados demonstraram que pais que se relacionavam com seus filhos por meio de “práticas positivas” (ex.: comportamento moral e monitoria positiva), os filhos tinham alta adesão ao tratamento, enquanto que pais que se relacionavam com seus filhos por meio de “práticas negativas” (ex.: monitoria negativa, disciplina relaxada e negligência), os filhos tinham baixa adesão ao tratamento.

Setúbal (2009) apresenta, em forma de relato, o processo de mudança de sua atuação como psicóloga na área de Neonatologia da Universidade Estadual de Campinas, de 1993 a 2003. Segundo a autora, em 1993 iniciaram intervenções específicas da Psicologia na unidade neonatal. As intervenções foram conversar diretamente com o bebê, contando-lhe sua história de vida. Setúbal (2009) identifica que os próprios pais são as pessoas mais adequadas a conversar com seus bebês e a acompanhá-los durante esse tempo de internação. O acesso dos pais a unidade era irrestrito mas muitos pais tinham dificuldades em lidar com a situação de internação de seus filhos. Foi preciso orientá-los a respeito da importância de suas palavras e companhia para o filho hospitalizado. Formou-se, então, o Grupo de Pais de Bebês Internados na Neonatologia, em 1996. As primeiras reuniões foram coordenadas pela psicóloga e uma enfermeira e aos poucos outros profissionais, como o médico e a assistente social, passaram a participar das reuniões. O objetivo do grupo era oferecer aos pais um espaço para trocarem experiências com outros pais e profissionais. Foi explicitada a esses pais a importância do tocar o bebê, de chamá-lo pelo nome, de contar-lhe o desejo de concebê-lo, a história da gestação, do nascimento até o momento da internação, para criar vínculos entre eles e os próprios filhos.

Outra atividade desenvolvida pela psicóloga foi liberar a visita de irmãos e avós a unidade neonatal, favorecendo o vínculo desses membros da família com o bebê. Como decorrências dessas atividades realizadas na unidade neonatal, houve a maior integração entre os profissionais da equipe da saúde e o surgimento de Grupo de Paliativos, em 2002, para discutir questões éticas, médicas e psíquicas relacionadas à vida e à morte de bebês sem prognóstico. Ouve ainda a criação de um

protocolo de acolhimento ao óbito em UTI neonatal, que resultou na criação do Grupo de Retorno de Pais Enlutados, com reuniões com pais dos bebês que morrem na unidade. O relato de Setúbal (2009) a respeito do processo de mudança de sua atuação como psicóloga na Neonatologia representa algumas das possibilidades de atuação do psicólogo em hospitais.

Autores como Vasconcellos e Giglio (2007) tem discutido a introdução de atividades e técnicas para assistir aos pacientes com câncer em contexto hospitalar. Esses autores sugerem a arteterapia, a própria produção artística do paciente hospitalizado como terapia para melhorar sua qualidade de vida enquanto encontrar-se nessas condições. Para eles, a relevância da utilização da arteterapia em pacientes com câncer está em ajudá-lo a elaborar conflitos e a enfrentar experiências de dor, de perda e de luto, decorrentes da doença e do tratamento, por meio da experiência criativa. Castro (2008) sistematizou um procedimento lúdico para favorecer a interação de crianças em tratamento quimioterápico com o ambiente hospitalar. O procedimento sistematizado constituiu-se da elaboração de livros de historias infantis (contendo explicação a respeito dos materiais utilizados em ambiente hospitalar, da função de cada pessoa nesse contexto etc.) e atividades complementares (fantoches, jogos, música etc.). Castro (2008) conclui em sua sistematização que procedimentos que favoreçam a interação da criança no contexto de hospitalização possibilitam oportunidade de aprendizagem das crianças e auxilia na promoção da saúde. As técnicas sugeridas por esses pesquisadores possibilitam ao psicólogo intervir de maneira a melhorar as condições do paciente hospitalizado.

Ainda em relação às modalidades de atuação de psicólogos em hospitais, Costa Junior, Coutinho e Ferreira (2006) realizaram investigação para identificar os efeitos de um programa de recreação planejada em sala de espera hospitalar sobre os comportamentos de crianças e adolescentes em tratamento de câncer. O programa de recreação planejada constituía-se de atividades e brincadeiras propostas que abordavam temáticas hospitalares, especialmente relacionados às doenças e aos tratamentos pelos quais os participantes passavam. Dentre os resultados, os autores verificaram um aumento de comportamentos “colaborativos” e de “interação social”, bem como uma melhor adaptação às condições encontradas em ambiente hospitalar. A recreação planejada assemelha-se as técnicas de preparação psicológica para procedimentos ou tratamentos realizados em hospitais, auxiliando pacientes a compreenderem suas condições de saúde e a enfrentá-las. Gabarra (2005) realizou uma pesquisa para caracterizar o que crianças

hospitalizadas, diagnosticadas com doenças crônicas, entendiam por sua própria doença e por aspectos relacionados a doenças em geral. Foram realizadas entrevistas com as crianças e lhes foi solicitado para fazerem um desenho. Algumas das constatações da autora foram de que as crianças utilizam de suas experiências próprias de adoecimento para compreenderem as doenças em geral. A comunicação entre a equipe de saúde, a criança e sua família mostrou-se um aspecto fundamental para a criança entender a respeito de sua doença. Pesquisas como a de Gabarra (2005) que caracterizam aspectos importantes do ambiente hospitalar, como a compreensão de doenças por pacientes infantis, são relevantes para capacitar profissionais a melhor intervir em pacientes e familiares com essas necessidades.

Resende et al. (2007) relatam as intervenções realizadas em uma clínica de hemodiálise, com pacientes diagnosticados com insuficiência renal crônica, em Minas Gerais. Durante as intervenções foram realizadas leituras de histórias, técnicas de relaxamento e atendimentos focais. De acordo com os autores, a assistência da Psicologia junto aos pacientes renais crônicos pode auxiliá-los a desenvolverem estratégias de enfrentamento para resgatar o bem-estar e promover qualidade de vida. Oliveira (1993), com o objetivo de identificar as representações sociais da doença para as crianças, entrevistou crianças internadas em três hospitais pediátricos públicos do Rio de Janeiro. Além das entrevistas, a autora solicitou para que as crianças também fizessem desenhos. Em seus resultados, a autora concluiu que as crianças só perceberam os sintomas da doença quando estes geraram dores ou quando as impossibilitaram de realizar atividades que estavam acostumadas. O hospital foi percebido pelas crianças como um local de proibições (não pode andar pelos corredores, não pode jogar bola, não pode falar alto etc.) e de infantilização (crianças maiores são colocadas em berços e alimentadas por meio de mamadeiras). Estar hospitalizada, bem como as decorrências da hospitalização, são percebidas pela criança como uma punição, um castigo, por algo que elas fizeram e são culpadas. A caracterização da percepção dos pacientes a respeito de sua doença e de sua hospitalização é importante para propor mudanças estruturais e comportamentais nos hospitais.

Motta e Enumo (2010) propuseram uma intervenção psicológica para que crianças hospitalizadas com câncer enfrentassem essas condições e, posteriormente, avaliaram a eficácia dessa proposta, comparando-a com o brincar livre que já é realizado em hospitais. As crianças foram divididas em dois grupos, um grupo que brincou livremente no hospital e outro que teve a brincadeira direcionada pelo

psicólogo para o enfrentamento da doença. Ao comparar os resultados nesses dois grupos, não houve diferenças significativas entre os “comportamentos facilitadores à enfrentar o câncer” e os “comportamentos não facilitadores”. Em comparação dentro do grupo que teve suas brincadeiras direcionadas para o enfrentamento da doença, diminuiu significativamente os “comportamentos não facilitadores à enfrentar o câncer”. Esse resultado, segundo os autores, sugere possível efeito positivo do programa de intervenção com brincadeiras direcionadas ao enfrentamento da doença. Menezes (2010) objetivou com seu estudo compreender os significados do processo de hospitalização a partir da perspectiva da criança hospitalizada e do acompanhante. Pesquisas como essas apresentadas auxiliam o profissional a desenvolver comportamentos que favoreçam a adaptação do paciente e da família à hospitalização.

As pesquisas apresentadas a respeito das modalidades de atuação do psicólogo em hospitais são relevantes e caracterizam parte do que vem sendo realizado por psicólogos ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados. No entanto, pesquisas e discussões de autores (YAMAMOTO et al., 2003; MAIA et al., 2005; OLIVEIRA, SILVA, YAMAMOTO, 2007; COSTA, OLIVO, 2009; BÖING, CREPALDI, 2010; BASTOS, GONDIM, BORGES-ANDRADE, 2010) reafirmam que atividades características da clínica psicológica ainda são realizadas pelos profissionais, inclusive em ambientes de saúde. Pereira, em 1975, já tentava explicar essa insistência por atividades clínicas dos psicólogos, remetendo-se ao fato de que a Psicologia foi direcionada à orientação clínica desde seu início, subestimando as contribuições dos psicólogos em outros campos de atuação. Carvalho (1984b) identificou psicólogos que trabalhavam em postos de saúde realizando atividades características de consultórios particulares e conclui que o modelo de atuação do profissional foi transposto diretamente para a instituição (posto de saúde).

Maia et al. (2005) analisaram os dados publicados no Guia dos Psicólogos, de 2000/2001, pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Norte, a respeito do campo de atuação dos psicólogos. Esses autores constataram que apesar da atuação de psicólogos em contexto hospitalar ter se configurado um novo subcampo de atuação do psicólogo, ela mantém características do “modelo clínico tradicional”. Pesquisas como as de Oliveira, Silva e Yamamoto (2007), Costa e Olivo (2009) e Böing e Crepaldi (2010) demonstram que não apenas em hospitais permanece o modelo clínico, mas que em outros níveis de atenção à saúde ocorre o mesmo. Os dados dessas pesquisas são

referentes à atuação de psicólogos no Programa (ou estratégia) de Saúde da Família. No estudo de Oliveira, Silva e Yamamoto (2007) foram entrevistados 21 profissionais, sendo quatro psicólogos, envolvidos no processo de implantação do Programa de Saúde da Família em um distrito da cidade de Natal, no Rio Grande do Norte. Esses autores concluem, dentre outros aspectos, que os psicólogos apresentam dificuldades em delimitar seu papel na Saúde Pública e que a atuação dos profissionais continua centrada no entendimento clínico individual. Costa e Olivo (2009, p. 1387) entrevistaram sete psicólogas voluntárias que atuavam no Programa de Saúde da Família em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, e constataram, na maioria das entrevistas, que

a atuação dos psicólogos, ao iniciarem sua prática e inserção nos serviços de atenção básica a saúde, ainda permanece vinculada ao atendimento individual, em consultórios particulares, onde predomina o modelo de atendimento clínico, importado da graduação, e aplicado aos usuários de uma maneira em geral.

Para Böing e Crepaldi (2010), transpor o modelo clínico tradicional ao contexto de atenção primária não atende às necessidades da saúde coletiva. Para solucionar esses problemas, de acordo com as autoras, os profissionais precisam superar a formação acadêmica e complementá-la com tecnologias condizentes com a realidade desafiadora e complexa desse contexto de atuação. Diante das permanências de comportamentos profissionais do psicólogo no campo da saúde desde a regulamentação da profissão, autores relacionam essa atuação profissional com a capacitação insuficiente dos profissionais para lidar com fenômenos quaisquer, incluindo a saúde (CARVALHO, 1984a, 1984b; BASTOS, GOMIDE, 1989; BOCK, 1997; YAMAMOTO, CUNHA, 1998; KUBO, BOTOMÉ, 2001a; YAMAMOTO et al., 2002; MIYAZAKI et al., 2002; MAIA et al., 2005; ROSA, 2005; RUTSATZ, CÂMARA, 2006; DOCA, COSTA JUNIOR, 2007; MÜLLER, DIAS, 2008; COSTA, OLIVO, 2009; BASTOS, GONDIM, BORGES-ANDRADE, 2010; BÖING, CREPALDI, 2010). Para identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir em saúde é preciso analisar outros fenômenos, como os fenômenos “psicológico” e “saúde”, e outros conceitos, como os conceitos “campo de atuação profissional”, “área de conhecimento” e “mercado de trabalho”.

5. O Fenômeno saúde e a noção de multideterminação dos fenômenos como condição para identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados

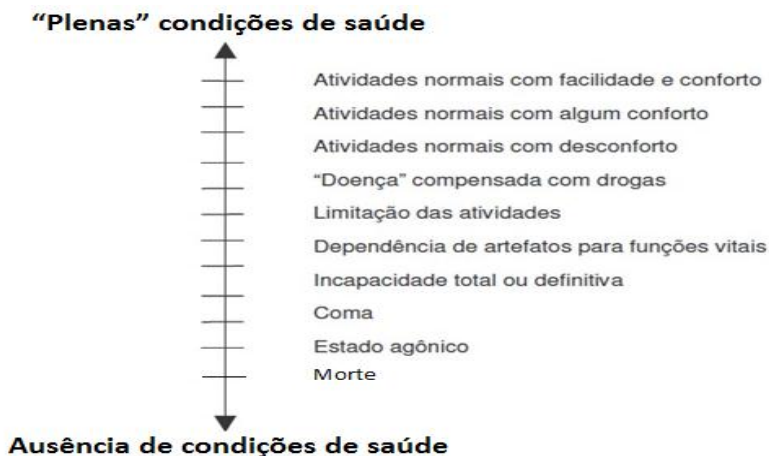
A definição de que saúde é um estado completo de bem estar e não apenas a ausência de doença existe desde 1948 quando foi proposta no preâmbulo da constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1948) e vem sofrendo aprimoramentos. Conforme dispõe o artigo terceiro da Lei nº 8.080, alguns dos aspectos que constituem o “estado completo de bem estar” de pessoas são a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte e o lazer (BRASIL, 1990). As variáveis que provavelmente constituem o fenômeno saúde são discutidas há décadas (BOTOMÉ, SANTOS, 1984; STÉDILE, 1996; KUBO, BOTOMÉ, 2001 a; BUSS, 2009), no entanto alguns profissionais ainda não tem clareza a respeito do que constitui esse fenômeno. Ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados, o psicólogo lidará constantemente com o “fenômeno saúde” tornando-se condição examinar esse fenômeno e a noção de multideterminação para a intervenção profissional.

Stédile (1996) expõe ser comum entre os profissionais que lidam com o “fenômeno saúde” uma concepção equivocada a respeito do mesmo. Para a autora muitos profissionais ainda concebem saúde como ausência de doença, como se saúde e doença se referissem a processos dicotômicos. Em relação a oposição formada entre “saúde” e “doença”, Czeresnia (2009, p. 50) afirma que estar saudável é resultante de muitos fatores que não apenas do não estar doente, é “algo tão amplo como a própria noção de vida”. Conforme Botomé e Santos (1984), Stédile (1996) e Kubo e Botomé (2001a), a separação em “saúde” e “doença” é bastante inadequada para lidar com o objeto de trabalho dos profissionais em saúde. Para esses autores, as pessoas não são, em geral, doentes ou saudáveis. Condições de saúde de uma pessoa são o resultado de uma combinação de graus de variáveis que as determinam e as constituem num certo momento e que variam em um contínuo caracterizando desde condições excelentes de saúde até péssimas condições de saúde. O conceito de saúde apresentado dessa maneira possibilita ao profissional caracterizar com mais precisão as condições nas quais o indivíduo se encontra e as variáveis que as determinam.

Considerar saúde e doença como fenômenos opostos seria ignorar os diferentes graus que as condições de saúde de uma pessoa podem ter. Na Figura 1.1 o fenômeno “condições de saúde” está

representado por um contínuo, constituído por graus dessa variável. Na representação, essas condições variam configurando desde “plenas” condições de saúde até ausência de condições de saúde. Entre esses dois extremos do fenômeno estão descritos outros possíveis valores que “condições de saúde” podem assumir.

Figura 1.1 – Alguns dos valores que “condições de saúde” de um organismo pode assumir



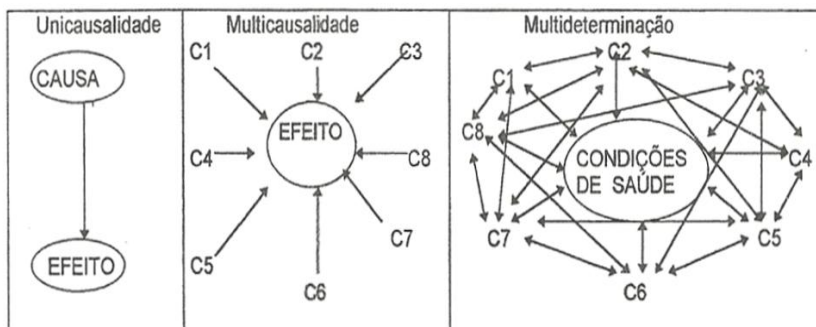
Adaptado de Kubo e Botomé (2001a).

Na Figura 1.2 estão apresentadas ilustrações de diferentes tipos de entendimentos para o fenômeno “condições de saúde”. À esquerda dessa figura está a representação da concepção de determinação unicausal ou determinismo absoluto dos fenômenos. Para Ullmann e Krasner (1965), essa é uma das características do modelo médico para explicar doenças. Conforme esse modelo, há sempre uma causa subjacente para a doença. Os sintomas (“comportamentos patológicos”) são produtos dessa causa subjacente e não devem ser tratados. Deve-se tratar da causa do sintoma. Essa forma de compreensão permite ao profissional intervir apenas em um extremo ou outro da variável (saúde ou doença). Quando esse profissional for lidar com os múltiplos graus que constituem a variável de fato, ele, muito provavelmente, encontrará dificuldades em identificar e caracterizar esses outros graus, por exemplo.

Em um sistema multicausal, como está representado no centro da mesma figura, é admitido um encadeamento de fatores que geram um efeito. No entanto, entender os fenômenos num gradiente ou entendê-los

num formato multicausal ainda é percebê-los de maneira simplista. À direita da Figura 1.2 e na Figura 1.3, o fenômeno “condições de saúde” está representado como constituído e determinado por múltiplas variáveis. Cada variável é ainda composta por graus próprios, de forma a aumentar a visibilidade a respeito dos fenômenos e das relações entre eles⁶. De acordo com Botomé e Kubo (2008), a noção de multideterminação surgiu em contraposição a noção de determinação absoluta, substituindo expressões como “causa” e “efeito” pela noção de “função” (Skinner, 1953/2003).

Figura 1.2 – Ilustração de diferentes tipos de entendimentos para o fenômeno “determinação de condições de saúde” de um organismo



Reproduzido de Stédile (1996).

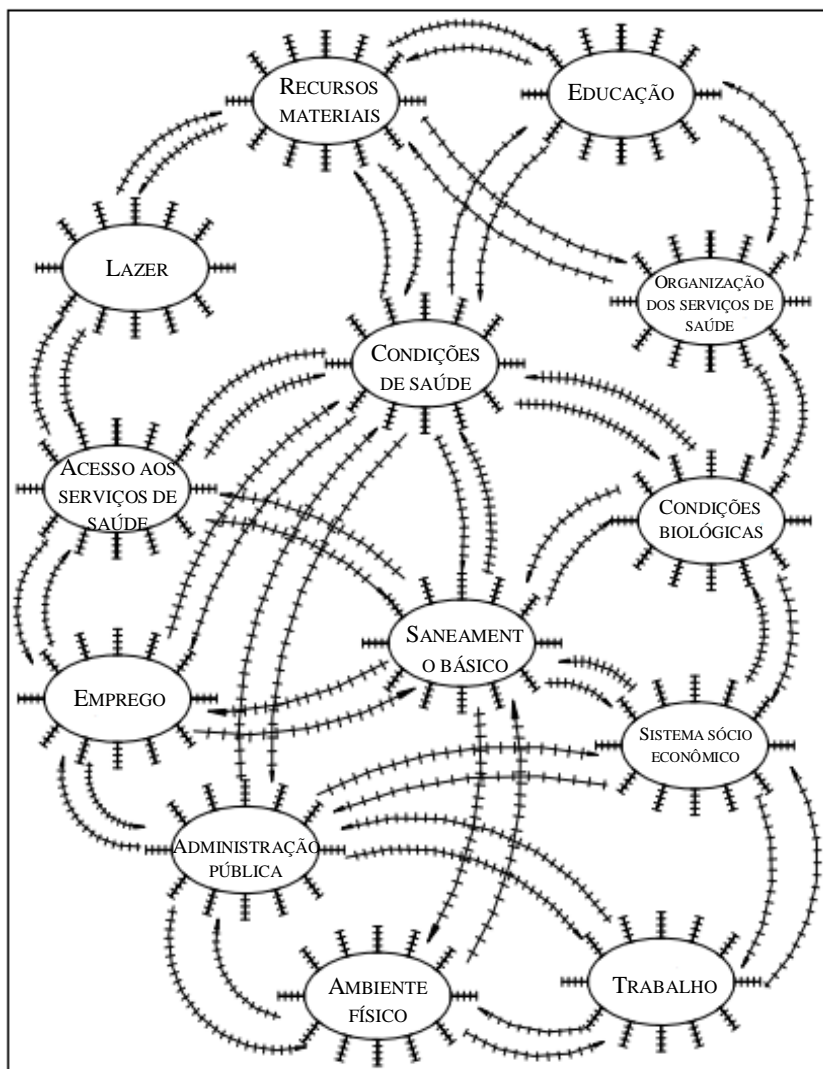
Os diferentes valores do fenômeno “condições de saúde” são determinados pelas relações que esses valores estabelecem com outras variáveis constituintes do meio em que a pessoa vive, como lazer, educação, trabalho etc., por exemplo. Quando se considera que o fenômeno “condições de saúde” é constituído e determinado por numerosas relações entre graus de variáveis que o constituem e as

⁶Considerações a respeito de determinação dos fenômenos foram elaboradas a partir de discussões realizadas em sala do curso de Mestrado, da Área 1 – Processos de Aprendizagem, organizacionais e de trabalho, Linha 2 – Análise do comportamento em organizações, trabalho e aprendizagem, no módulo de Processos de Conhecer, do Programa de Pós Graduação em Psicologia da UFSC, pelos professores Dr. Sílvio Paulo Botomé e Dra. Olga Mitsue Kubo, em 10 de maio de 2011.

demais variáveis que interferem com a vida das pessoas possibilita afirmar que esse fenômeno é multideterminado (BOTOMÉ, SANTOS, 1984; STÉDILE, 1996; REBELATTO, BOTOMÉ, 1999). São as múltiplas relações entre graus de variáveis e variáveis constituintes de um fenômeno que interferem e determinam a ocorrência de eventos. Sendo assim, afirmar que uma pessoa está saudável é afirmar que seu estado é resultado de numerosas interrelações entre variáveis que interferem e determinam a condição de saúde dessa pessoa. Cabe ao profissional de saúde caracterizar as relações entre variáveis e graus de variáveis que compõem “condições de saúde” para obter maior visibilidade a respeito do fenômeno de interesse no campo da Psicologia em saúde.

É possível notar as interrelações de variáveis e graus de variáveis que podem constituir as condições de saúde dos sujeitos, de maneira mais precisa, clara e detalhada, na Figura 1.3. É perceptível nessa figura que o fenômeno “condições de saúde” é dependente de muitas variáveis, de naturezas distintas, que formam uma complexa rede de relações de multideterminação. Conforme Botomé e Santos (1984) e Stédile (1996), em cada situação específica de vida dos organismos ocorrerão mudanças em relação ao que é chamado “causa” e “efeito” de um fenômeno. Segundo Stédile (1996, p. 29), “qualquer fator que altere circunstancialmente o valor de uma variável, altera todo o sistema [...] [de forma que] um ‘efeito’ em determinada circunstância ou momento pode ser ‘causa’ em outro momento ou situação”. Dessa mesma forma, para Ullmann e Krasner (1965), não há entidades que sejam patológicas em si, depende das condições nas quais o indivíduo se encontra. Para eles, definições de ajustamento deveriam ser específicas às situações em que são apresentadas.

Figura 1.3 – Ilustração das múltiplas relações entre variáveis e graus de variáveis que podem constituir o fenómeno “condições de saúde” de um organismo



Adaptado de Stédile (1996) e Tosi (2010).

Considerando condições de saúde dos organismos como dependentes dessa complexa rede de interrelações de variáveis, é

possível afirmar que as relações de determinação das condições de saúde são relações de determinação probabilística, conforme Kubo e Botomé (2001a) e Stédile (1996). Para Botomé e Santos (1984, p. 918), “a infinidade de combinações possíveis dos diferentes valores das dimensões de múltiplas variáveis responsáveis pela determinação de um evento é o que faz com que só possamos prever o evento de interesse probabilisticamente e não de forma absoluta”. O Princípio da Determinação Probabilística é um dos princípios que constituem o processo de Conhecer Científico. De acordo com esse princípio, é possível identificar que graus de variáveis mais diretamente influenciam a ocorrência de um fenômeno e em que condições ou graus o influencia. Lidar com as condições de saúde dos sujeitos como um fenômeno determinado probabilisticamente possibilita ao profissional mais visibilidade do fenômeno para uma atuação mais eficaz.

A concepção de multideterminação possibilita mais visibilidade para o psicólogo identificar as variáveis ou graus de variáveis que interferem mais diretamente nas condições de saúde do paciente, auxiliando a prevenir e promover determinadas condições de saúde. Para Buss (2009) e Czeresnia (2009), atuar em favor da promoção da saúde é mais amplo e abrangente do que atuar no nível da prevenção. Para esses autores, a prevenção objetiva que os indivíduos fiquem isentos de doenças. Mas, saúde não é apenas isentar-se de doenças. Na promoção de saúde, o profissional transforma os determinantes das condições de vida atuais. Atuar na promoção da saúde é realizar ações coletivas (do Estado, da comunidade, os indivíduos, do sistema de saúde etc.) em prol da qualidade de vida e do bem estar. Para Buss (2009), a promoção da saúde está relacionada a um “conjunto de valores” como a vida, a saúde, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a participação etc. Na promoção de saúde, não apenas os “problemas” são multideterminados, mas também as “soluções”, de forma que são propostas múltiplas estratégias, medidas e agentes para intervir nos “problemas”.

Considerando o fenômeno saúde complexo e dinâmico, torna-se fundamental concebê-lo sistemicamente e planejar ações de maneira integrada por vários campos de atuação, conforme Kubo e Botomé (2001a). Uma característica do trabalho em saúde, de acordo com esses autores, é o trabalho multiprofissional, em que diferentes tipos de profissionais contribuem de maneira diferente ao lidarem com as condições de saúde do paciente. Uma das decorrências da percepção da multideterminação dos fenômenos para a intervenção de psicólogos em saúde é, de acordo com Kubo e Botomé (2001a, p. 8), que a atuação de

psicólogos não se limita por interferências de variáveis de natureza apenas psicológica, “abrange todas as relações possíveis entre as variáveis psicológicas e as demais que se relacionam com o fenômeno ‘saúde’”. Sendo assim, como definir os “limites profissionais” das intervenções em saúde? Qual a especificidade do psicólogo ou o objeto de sua intervenção profissional ao lidar com pacientes hospitalizados?

6. Conceito de fenômenos e processos psicológicos como condição para intervenção do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados

A noção de saúde como fenômeno influenciado por variáveis estudadas em diferentes áreas aumenta a visibilidade do profissional em relação as possibilidades de intervenção no fenômeno. Aumentar a visibilidade a respeito do fenômeno, ainda que necessário, não é suficiente para a atuação do profissional psicólogo, de acordo com Kubo e Botomé (2001b). É necessário que o profissional tenha clareza a respeito do objeto de estudo da Psicologia ao intervir em condições de saúde do paciente hospitalizado. Carvalho (1984b) constatou em sua pesquisa que os psicólogos entrevistados tinham dificuldades para identificar a especificidade da intervenção do psicólogo. A autora observou que os entrevistados identificavam o diagnóstico, a terapia, a seleção etc. como atividades do psicólogo mas que, ao se “afastar” desse tipo de atividade, os profissionais demonstravam-se inseguros para identificar o fazer do psicólogo. Esses resultados levaram Carvalho (1984b) a sugerir que o que definia a “intervenção psicológica”, para os entrevistados, era o uso de determinadas técnicas em certas circunstâncias e não o fenômeno psicológico “presente” em eventos com que lidavam. A autora conclui que os psicólogos entrevistados não identificavam com clareza o que é o “fenômeno psicológico” e que esses profissionais, provavelmente, apresentarão dificuldades em desenvolver formas de atuação que não as já “tradicionalistas” da Psicologia.

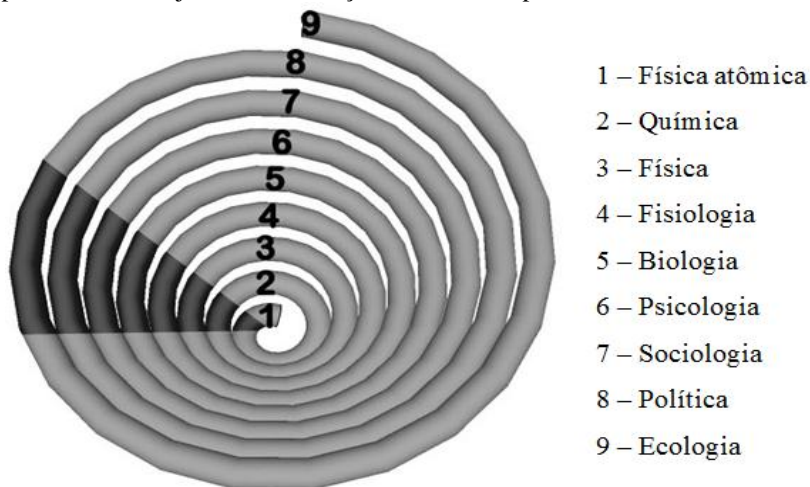
Conforme constatação de Bock (1997, p.38), fenômeno psicológico é característico do ser humano e pode ser encontrado na literatura com os seguintes nomes

manifestações do aparelho psíquico, individualidade, subjetividade, mundo interno, manifestações do homem, pensar e sentir o mundo, consciência, inconsciente, vivências, engrenagens de emoções, motivações, comportamentos, habilidades e potencialidades,

experiências emocionais, conflitos pulsionais, psique, pensamento, sensações, entendimento de si e do mundo, manifestações da vida mental, tudo que é percebido pelos sentidos.

Como ilustração para o entendimento de “fenômeno psicológico”, paciente hospitalizado será o evento (acontecimentos) examinado. É possível examinar o paciente hospitalizado em diferentes amplitudes de microscopia (examiná-lo em âmbito físico químico, em âmbito social, em âmbito psicológico etc.). Essas amplitudes são divisões didáticas e, muitas vezes, arbitrárias, feitas para examinar os eventos ou para demarcar objetos de intervenção de diferentes profissionais. A visibilidade dessas amplitudes dependerá do objeto de intervenção do profissional. Os profissionais, ao atuarem em qualquer evento, necessitariam intervir na amplitude que mais diretamente está relacionada ao seu objeto de intervenção. Ainda examinando a ilustração do paciente hospitalizado, o psicólogo examinaria esse evento na amplitude delimitada como “psicológica”. Ao intervir nela, o psicólogo lidaria, necessariamente, com as demais amplitudes que, provavelmente, são objetos de intervenção, mais diretamente, de outros profissionais (médicos, farmacêuticos, fisioterapeutas etc.). As múltiplas amplitudes de microscopia para examinar eventos estão representadas na espiral da Figura 1.4. Os limites entre as divisões didáticas não são claros e bem demarcados, por isso as intersecções entre as amplitudes em forma de espiral. Seria como se cada profissional enxergasse o evento com uma lupa e ajustasse seu olhar mais especificamente para seu objeto de intervenção, sem desconsiderar os demais graus de microscopia que estão “fora” do seu objetivo.

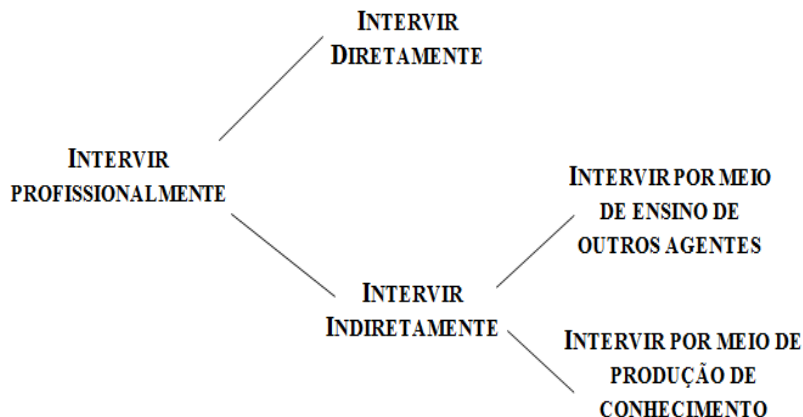
Figura 1.4 – Diferentes amplitudes de microscopia para examinar eventos ou para demarcar objetos de intervenção de diferentes profissionais.



Adaptado de Rebelatto e Botomé (1999).

Condições de saúde do paciente hospitalizado é objeto de intervenção direta de muitos profissionais que atuam em saúde, como médicos, dentistas, fisioterapeutas, enfermeiros etc., cujo objetivo geral é produzir melhoras nessas condições. Existem três modalidades básicas de atuação profissional do psicólogo, conforme Botomé et al. (2003). De acordo com esses autores, o psicólogo pode intervir a) diretamente em fenômenos de interesse, b) indiretamente em fenômenos de interesse, por meio de capacitação de outras pessoas para lidarem diretamente com o fenômeno e c) indiretamente em fenômenos de interesse por meio da produção de conhecimento a respeito das variáveis relacionadas com o fenômeno de interesse. Na Figura 1.5 é possível verificar esquematicamente as três modalidades básicas de intervenção do psicólogo.

Figura 1.5 – Ilustração esquemática das três modalidades básicas de atuação profissional do psicólogo



Adaptado de Botomé et al. (2003).

Ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados, os comportamentos desses pacientes serão o objeto de intervenção direta do psicólogo. A melhoria das condições de saúde dos pacientes internados em hospitais será decorrência do desenvolvimento de comportamentos do paciente por meio da intervenção do psicólogo (KUBO; BOTOMÉ, 2001b). No hospital, ainda, o psicólogo pode intervir em comportamentos dos pacientes de maneira indireta quando ensinar, por exemplo, membros da equipe de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc.) a desenvolverem comportamentos em pacientes hospitalizados que melhorem sua condição de saúde. Quando isso ocorrer, o psicólogo interveio de maneira direta em comportamentos da equipe, mas de maneira indireta em comportamentos do paciente. Os três processos básicos de atuação do psicólogo são interrelacionados e não excludentes, de acordo com Stédile (1996), aumentando a visibilidade do profissional acerca dos fenômenos objetos de intervenção. Identificando as possibilidades básicas de intervenção do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados, e examinando o “conceito” de fenômeno psicológico, ainda faz-se necessário examinar os conceitos de “mercado de trabalho”, “área de conhecimento” e “campo de atuação profissional” para aumentar a visibilidade do psicólogo acerca dos fenômenos que são objeto de sua intervenção.

7. Distinguir “campo de atuação profissional”, “área de conhecimento” e “mercado de trabalho” para ampliar a visibilidade do psicólogo em relação aos aspectos do meio sob controle dos quais ele deve intervir profissionalmente

Carvalho (1984a, p. 7, 1984b), ao caracterizar “O que é, para o psicólogo, ‘atuação psicológica?’”, constatou que o conceito de “atuar em Psicologia” é limitado entre esses profissionais. Essa constatação, segundo a autora, pode limitar a atuação de profissionais aos campos caricatos, como campo clínico, por exemplo. Para os psicólogos entrevistados na pesquisa de Carvalho (1984a, 1984b), o que define a atuação em Psicologia é a natureza da instituição onde é prestado o serviço. Por exemplo, quando a atividade é exercida em consultórios particulares, a atuação é denominada “Clínica”, quando é realizada na comunidade é denominada “Social” etc. Em relação as confusões apresentadas pelos psicólogos ao caracterizar sua profissão, Botomé (1988) e Botomé e Kubo (2002) afirmam que outros aspectos necessitam ser considerados para definir um campo de atuação profissional: as noções de Psicologia como área de conhecimento e como campo de atuação profissional e de mercado de trabalho. Segundo Botomé (1988), dificilmente os problemas existentes na profissão de psicólogos serão superados sem a distinção dessas concepções.

Para Botomé e Kubo (2002), o mercado de trabalho é definido pelas demandas sociais e pelas vagas de emprego ofertadas na sociedade. O profissional que atua conforme o mercado de trabalho atende às demandas de empresas e de pessoas. A ênfase de uma atuação desse tipo está em reproduzir técnicas e atividades já conhecidas. A formação para esse tipo de profissional ocorre ou deveria ocorrer, principalmente, em cursos técnicos de duração limitada. Atuações de psicólogos em áreas caricatas e reproduzindo técnicas e teorias já conhecidas indica uma atuação conforme as demandas do mercado (BOTOMÉ, 1979, 1988; CARVALHO, 1984a, 1984b). Quais as implicações de uma atuação desse tipo? O que difere de uma atuação guiada pelo campo de atuação profissional?

A Psicologia se configura tanto como campo de atuação profissional como área de conhecimento (BOTOMÉ, 1988; BOTOMÉ, KUBO, 2002). O objetivo de cada uma delas é o que as distingue. Psicologia como área de conhecimento tem por objetivo, de acordo com Botomé e Kubo (2002), organizar o conhecimento existente a respeito de um fenômeno. Como campo de atuação profissional, a Psicologia tem por objetivo intervir nos problemas e nas necessidades sociais de

acordo com as possibilidades de atuação. O profissional que atua conforme a concepção de campo de atuação constrói e desenvolve maneiras para intervir nos fenômenos. Nesse tipo de atuação, o profissional volta-se sempre para a função das atividades e não para as atividades ou técnicas em si, necessitando atualização do conhecimento e aperfeiçoamento do profissional constantemente. Um profissional, ao atuar em fenômenos, não “domina” todas as áreas de conhecimento necessárias para a intervenção. Portanto, intervir em um campo de atuação, conforme Botomé (1988), exige dos profissionais trabalho em equipe, ou então que condições sejam criadas para que um único profissional “entenda” das diferentes áreas de conhecimento exigidas em uma intervenção.

Além de clareza em relação à noção de “fenômeno psicológico” e à distinção entre “campo de atuação profissional” e “área de conhecimento”, a distinção de “mercado de trabalho” e “campo de atuação” torna-se relevante para ampliar a visibilidade do psicólogo a respeito dos aspectos do meio que ele deve estar sob controle ao atuar. Entender a atuação conforme as ofertas de emprego existentes, de acordo com Botomé (1987, p. 55), caracteriza uma atuação profissional “definida pelo que é necessidade das empresas ou instituições que já usam os serviços desse profissional ou dependem dele para sua atividade, lucro ou caracterização”. Outra possibilidade de direcionar a atuação profissional, apresentada pelo mesmo autor, são as necessidades sociais e os produtos de valor que os comportamentos profissionais podem produzir para a sociedade. Kaufman (1977), afirma que examinar necessidades consiste em considerar as lacunas que existem entre os resultados que são alcançados pela atuação na sociedade e os resultados necessários de ser obtidos. Para esse autor, as lacunas deveriam ser colocadas em uma ordem de prioridade e ser selecionadas para ação aquelas que tiverem a mais alta prioridade. De acordo com as proposições de Botomé (1987) e Kaufman (1977), um importante critério para propor comportamentos que constituem uma profissão são as necessidades da população e as possibilidades de atuação em relação a elas.

A atuação profissional dos psicólogos, diante do que foi apresentado em relação às características dos comportamentos profissionais do psicólogo ao longo da existência da profissão, está relacionada com a capacitação insuficiente desses profissionais para lidar com o fenômeno saúde. Quais classes de comportamentos apresentadas por psicólogos são suficientes para capacitar profissionais a atuar em saúde de maneira a produzir resultados que atendam as

necessidades de pacientes hospitalizados? Para responder a essa pergunta, foi necessário examinar conceitos como fenômeno psicológico, fenômeno saúde, mercado de trabalho, campo de atuação e área de conhecimento. A capacitação de um profissional deveria iniciar a partir de análise do ambiente no qual o profissional intervirá e da identificação das necessidades sociais nesse ambiente, dessa forma o profissional poderá propor mudanças a serem realizadas e trazer o máximo de benefício para as pessoas envolvidas.

8. Características necessárias à capacitação do profissional psicólogo para intervir em saúde

Alguns autores afirmam que há déficits, insuficiências e inadequações no ensino superior para capacitar as novas gerações de profissionais de Psicologia, em especial, para intervir no fenômeno saúde (CARVALHO, 1984a, 1984b; BASTOS, GOMIDE, 1989; BOCK, 1997; YAMAMOTO, CUNHA, 1998; KUBO, BOTOMÉ, 2001a; YAMAMOTO et al., 2002; MIYAZAKI et al., 2002; BOTOMÉ, KUBO, 2002; MAIA et al., 2005; ROSA, 2005; RUTSATZ, CÂMARA, 2006; DOCA, COSTA JUNIOR, 2007; MÜLLER, DIAS, 2008; ANDRADE, SIMON, 2009; COSTA, OLIVO, 2009; BASTOS, GONDIM, BORGES-ANDRADE, 2010; BÖING, CREPALDI, 2010). A função dos cursos de graduação, de acordo com Botomé e Kubo (2002), deveria ser capacitar as pessoas a transformar o conhecimento científico em comportamentos profissionais ao intervir em problemas e necessidades da população. No entanto, alguns autores (CARVALHO, 1984a, 1984b; YAMAMOTO, CUNHA, 1998; YAMAMOTO et al., 2002; ROSA, 2005; MÜLLER, DIAS, 2008) demonstram em suas pesquisas que profissionais psicólogos se sentem despreparados para atuar em diferentes campos de atuação depois de formados. Yamamoto et al. (2002) entrevistaram 25 psicólogos de 14 instituições hospitalares do estado do Rio Grande do Norte e identificaram que 70% dos entrevistados percebem seus cursos de graduação em Psicologia como “insuficiente” ou “falho”. Yamamoto e Cunha (1998) entrevistaram cinco psicólogos que trabalham em hospitais de Natal (RN) e todos afirmaram que a graduação não é suficiente para atender as solicitações de trabalho em hospitais. Em Porto Alegre (RS), Rosa (2005) entrevistou sete psicólogas que trabalhavam em hospitais (públicos, privados, público/escola etc.) e todas as entrevistadas consideraram que o curso de graduação foi insuficiente, as vezes inadequado, para capacitá-las à intervir em aspectos das organizações hospitalares. De acordo com

Andrade e Simon (2009) há necessidade de modificar e revisar a formação do profissional psicólogo para atuar, também, no nível de atenção primária à saúde.

Um dos determinantes para que a formação seja considerada “insuficiente” para o psicólogo atuar em saúde é o fato do “modelo clínico” de atuação permanecer “hegemônico” nos cursos de graduação. Essa hegemonia do “modelo clínico” de atuação foi identificada por alguns autores, em pesquisas: Carvalho (1984a) ao solicitar a 367 psicólogos para qual área de atuação o curso de graduação melhor lhe preparou obteve 66% das respostas indicando a área de atuação “clínica”. Costa e Olivo (2009) entrevistaram sete psicólogas voluntárias de programas de Saúde da Família de Santa Maria (RS) e identificaram, em cinco das entrevistas, o atendimento individual aos usuários em geral, em “consultórios particulares”, importando da graduação, de acordo com os autores, o modelo de atendimento. Müller e Dias (2008) investigaram a formação e a prática profissional de psicólogos da rede de saúde pública de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Foram realizadas entrevistas com cinco profissionais e identificaram que todos os profissionais entrevistados reproduziam o atendimento clínico individual nos serviços de saúde. Maia et al. (2005), ao analisarem os dados publicados no Guia dos Psicólogos de 2000/2001, publicado pelo CRP do Rio Grande do Norte, constataram a permanência do modelo clínico tradicional na Psicologia em saúde. Na pesquisa de Yamamoto e Cunha (1998), uma das entrevistadas relata que enfrentou dificuldade ao exercer sua profissão em outros campos de atuação que não em consultórios, uma vez que lhe “foi ensinado a atender no consultório” na graduação.

Em alguns casos, não foi mencionado uma formação voltada para a clínica, mas uma formação tecnicista como um dos determinantes das “falhas” dos cursos de graduação na preparação de psicólogos. Conforme Bock (1997, p. 41), a formação de psicólogos ainda é tecnicista, ensinando-os a “atuar de determinada maneira em determinada situação, desenvolvendo pouco ou quase nada a capacidade de lidar com o novo, com o desconhecido”. Técnicas são importantes ferramentas para uma atuação profissional e precisam ter seu manuseio aprendido para não cometer equívocos na aplicação ou na análise dos resultados provindos de seu uso. No entanto, conforme Bock (1997), as técnicas não podem ser a finalidade do trabalho em si, mas sim instrumentos de uma finalidade, são meios para atingir um objetivo de intervenção. A sociedade necessita de profissionais que identifiquem necessidades sociais e que intervenham nessas necessidades.

A formação baseada em técnicas é entendida por Carvalho (1984a, p.8) como “treinamento do profissional no uso de instrumentos prontos, designados para cada situação específica de trabalho”. Ao invés desse tipo de formação, para essa mesma autora, os cursos deveriam capacitar os alunos a analisarem cada uma dessas situações de atuação para poderem criar ou adequar técnicas específicas para cada situação. O uso de certas técnicas em certas situações está definindo a identidade do profissional psicólogo, conforme Carvalho (1984b), e não a natureza psicológica do fenômeno examinado. Em relação aos problemas ocasionados por uma capacitação tecnicista e/ou voltada para atividades clínicas, Bastos e Gomide (1989, p. 12) afirmam que esse tipo de capacitação não “permite” ao aluno elaborar um conceito de “atuação psicológica”, ou do objeto de atuação da Psicologia. Uma formação com essas características ensina aos futuros profissionais a repetição do que já existe. Para atuar em Psicologia, não basta “aprende[r] técnicas e busca[r] o cliente para aplicá-las”.

Autores como Botomé e Kubo (2002), Gorayeb e Guerrelhas (2003), Mota et al., (2006), Moré et al., (2009) e Gorayeb (2010) já indicam possibilidades para melhoria da formação e da atuação de psicólogos. Para Gorayeb (2010), o psicólogo deve ser capaz de “conhecer bem” seu ambiente de trabalho, uma vez que esse ambiente é determinante das atividades que ele realizará e dos “padrões comportamentais” das pessoas que o frequentam. O “ponto de partida”, conforme Botomé (1981), para docentes decidirem o que ensinar são as situações com as quais o aprendiz terá que lidar após formado. Em analogia ao proposto por Gorayeb (2010), as situações com as quais um profissional lida diariamente em seu contexto de trabalho parecem ser um bom critério para servir de ponto de partida para o profissional planejar sua intervenção.

Características dos pacientes, como classe de variável constituinte da organização hospitalar, constituem aspectos do “universo” do trabalho do psicólogo. Uma das maneiras de caracterizá-las é por meio da observação e da “escuta” do paciente. Conforme Gina Ferreira (2006), em entrevista à Revista Diálogos, as condições de saúde de cada paciente são singulares e decorrentes das relações que cada paciente estabeleceu com o mundo. Nesse aspecto, a “escuta” do psicólogo é importante por possibilitar ir além dos sintomas e por aproximar a compreensão do profissional das reais condições de saúde de cada paciente. Ao encontro das concepções de Gina Ferreira, Mary Jane Spink (2006), também em entrevista à Revista Diálogos, considera que o psicólogo deve ser capaz de perceber mais do que a queixa

específica ao observar o paciente, deve percebê-lo em seu contexto fora da organização de saúde na qual se encontra. Mota et al. (2006, p. 328) também destacam a importância da coleta de informações, em ambiente hospitalar, a respeito da história de vida do paciente. Escutar a história do paciente “possibilita a compreensão dos conteúdos latentes e manifestos das queixas” e possibilita caracterizar com maior precisão o que está acontecendo com o paciente para uma intervenção de qualidade.

Ao ser inserido em equipes multidisciplinares de hospitais e lidar com outros profissionais, o psicólogo necessita desenvolver “habilidades” que “permitam” o trabalho em equipe, conforme expressões de Moré et al. (2009), ou, nas palavras de Gorayeb (2010), desenvolver boas “habilidades de relacionamento interpessoal”. Para este autor, em uma equipe multidisciplinar, não há “campos de atuação” maiores ou melhores que outras. Todas apresentam especificidades e contribuem de maneira diferente com o paciente. Conforme Moré et al. (2009), o fato de trabalhar em uma equipe multidisciplinar possibilitou aos profissionais perceber que diferentes cursos de graduação oferecem diferentes formas de compreender a intervenção em hospitais. Em hospitais há trabalhos que, em geral, só podem ser realizados se o grupo estiver atuando conjuntamente (Gorayeb, 2010). Esse autor ainda sugere que dominar áreas de conhecimento que fundamentam o trabalho de diferentes profissionais do campo da Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição etc. e tê-las como familiares, é fundamental para o trabalho de psicólogos em hospitais. Integrar os diferentes tipos de conhecimentos das diferentes áreas de conhecimento que constituem uma equipe hospitalar multidisciplinar é, portanto, uma das classes de comportamentos que os psicólogos, muito provavelmente, deverão ser capacitados a apresentar nesse contexto.

Além de integrar os diferentes tipos de conhecimentos, o psicólogo deve ser capaz de escutar as demandas dos profissionais que integram a equipe de saúde, conforme Mary Jane Spink (2006), em entrevista a Revista Diálogos, para poder intervir também em dificuldades desses profissionais, e não somente em necessidades dos pacientes (MOTA et al., 2006). No entanto, conforme Rosa Spinelli (2006), em entrevista a Revista Diálogos, a intervenção do psicólogo em comportamentos de outros profissionais da equipe ainda não está bem desenvolvida. Lidar com diferentes integrantes da equipe hospitalar multidisciplinar é, portanto, uma das classes de comportamentos que os psicólogos, muito provavelmente, necessitarão estar aptos a apresentar nesse tipo de ambiente.

Para lidar com as especificidades da organização hospitalar, autores como Gorayeb e Guerrelhas (2003) e Moré et al. (2009) apresentam alguns comportamentos que os psicólogos necessitam desenvolver. Para Gorayeb e Guerrelhas (2003), o psicólogo em hospitais está constantemente exposto a contingências aversivas exigindo que o profissional desenvolva meios para controlar possíveis reações indesejáveis a esse tipo de exposição. Os pacientes estão expostos às condições no ambiente hospitalar, conforme Moré et al. (2009), que dificultam o contato por mais tempo de psicólogos com esses pacientes. Uma decorrência dessa característica do ambiente hospitalar é que os profissionais necessitam estar aptos a desenvolver estratégias para manterem-se distantes emocionalmente dos pacientes.

Ainda em relação à capacitação do psicólogo para atuar em ambiente hospitalar, Bock (1997, p. 42) salienta que as características necessárias para uma formação em Psicologia de boa qualidade é o ensino da pesquisa, a fim de formar profissionais que buscam pelo “novo”, críticos, curiosos e insatisfeitos, semelhante a função do “ensino da pesquisa” na graduação. Botomé e Kubo (2002), ao demonstrar como organizar a pesquisa em Instituições de Ensino Superior, afirmam que a inserção da pesquisa no currículo da graduação tem como uma de suas funções instrumentalizar o aprendiz a utilizar o método científico e a produzir conhecimento como meio, e não finalidade, de sua atuação. Esse tipo de instrumentalização poderia ser iniciado, conforme sugerido pelos autores, com um programa de iniciação científica no qual alunos e professores realizam pesquisas que resultam em conhecimento novo e útil para o exercício da profissão. Produzir conhecimento científico, por meio de pesquisas, é uma classe geral de comportamentos a ser aprendida por profissionais psicólogos, independente do campo de atuação.

Para Gorayeb e Guerrelhas (2003) e Moré et al. (2009), o profissional psicólogo deve manter-se constantemente em aperfeiçoamento de intervenções e atualização de conhecimento. Moré et al. (2009) salientam a necessidade do psicólogo estar permanentemente aprendendo com suas experiências em hospitais, enquanto que Gorayeb e Guerrelhas (2003) destacam a necessidade de atualização do conhecimento do psicólogo por meio de leituras científicas, como auxílio para analisar as situações com as quais se depara no hospital. Atualizar-se cientificamente e transformar os novos conhecimentos em comportamento profissional são comportamentos que precisam ser aprendidos por psicólogos para aumentar a probabilidade de uma atuação de qualidade.

Integrar os diferentes tipos de conhecimentos, de diferentes áreas de conhecimento, lidar com integrantes da equipe hospitalar multidisciplinar e com a família do paciente hospitalizado, desenvolver estratégias para manter-se distante emocionalmente dos pacientes, produzir conhecimento científico, por meio de pesquisas, atualizar-se cientificamente e transformar os novos conhecimentos em comportamentos profissionais são alguns dos comportamentos a serem aprendidos por psicólogos ao intervir em saúde. O que fazer para capacitar profissionais a apresentarem esses e outros comportamentos que aumentam a probabilidade de uma atuação de qualidade? Os cursos de graduação, conforme Miyazaki et al. (2002), ainda não capacitam o aluno a atuar a partir das necessidades de atuação. Uma das possíveis razões para que os cursos de graduação não preparem seus alunos a atuar a partir das necessidades é que o professor de Psicologia no ensino superior não é preparado para tal em cursos de mestrado e de doutorado, conforme Botomé (2006). Para esse autor, tornar o conhecimento acessível aos demais, por meio de ensino, para resultar em comportamentos profissionais de qualidade não é o foco dos cursos que formam futuros professores da graduação. Uma possível decorrência à “falta” de capacitação de profissionais a serem professores do ensino superior de Psicologia é a ênfase em ensino com aplicação de técnicas e replicação ou adoção – quando não sacralização – do que já é conhecido, familiar ou preferido. Como forma de aumentar a probabilidade de que uma “capacitação tecnicista” não ocorra, é válido um exame acerca de objetivos de ensino propostos a partir de necessidades dos pacientes.

9. Proposição de objetivos de ensino a partir de necessidades da população como forma de identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados

Há outras formas de capacitação e de atuação que não a replicação ou adoção de técnicas ou procedimentos já conhecidos e familiares. Ao exporem os limites de atuação profissional, examinados por Matus, Botomé e Kubo (2002), apresentam orientações para uma atuação voltada para realizações significativas à sociedade. Atuar nesse nível é quase “inventar” o que precisa ou pode ser feito, é guiar-se pelas possibilidades de atuação, para superar o que já existe de costumeiro. Formular objetivos de ensino adequados explicitam ao aluno o que ele precisa realizar para lidar com aspectos da realidade de maneira a

produzir resultados que sejam significativos para si e para a sociedade. Capacitar um profissional para intervir em aspectos da sociedade ainda pode variar em graus e em âmbitos de sofisticação da intervenção. Formular objetivos de ensino para capacitar psicólogos a intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados é aumentar a probabilidade de que as necessidades desses pacientes sejam atendidas.

Os questionamentos de Kaufman (1977) já indicavam inquietações do autor em relação àquilo que era ensinado em instituições educacionais e sua funcionalidade na sociedade. Esse autor sugere dois meios para professores (administradores, organizadores escolares) examinarem a função do que é ensinado em uma organização escolar: o exame de necessidades internas e de necessidades externas. Examinar as necessidades externas da educação começa fora das agências educadoras. O objeto desse tipo de exame é, conforme Kaufman (1977), a vida externa à escola. As necessidades observadas na sociedade devem servir de “ponto de partida” para o planejamento e avaliação educacional e como modelo para traçar metas e objetivos da educação. É o exame das necessidades da sociedade que servirá de “dado” para elaborar objetivos da educação e para selecionar os melhores meios (métodos, procedimentos, técnicas etc.) para alcançar esses objetivos. Dessa forma, os profissionais recém formados poderão produzir resultados que contribuam, de fato, à sociedade. Já examinar necessidades internas de uma organização tem por propósito renovar e revisar objetivos, metas e planejamentos da mesma. Apesar dos poucos planos de ensino e currículos de curso propostos em função da realidade social (BOTOMÉ, 1978; BOTOMÉ, KUBO, 2003), as necessidades dos pacientes hospitalizados parecem ser um critério nuclear para identificar os comportamentos que futuros profissionais devem apresentar para produzir-lhes benefícios.

Examinar as necessidades externas de uma organização, segundo Kaufman (1977, p. 90, tradução nossa) “se realizado com habilidade e objetividade possibilita obter informação específica a respeito de quais são os possíveis aspectos que devem mudar, seus requisitos e o que fazer para produzir alteração de maneira que seja válida, útil e aceita”⁷ para e na sociedade. Conforme Botomé (1978,

⁷ Trecho original: “si se realiza con habilidad y objetividad hace posible la obtención de información específica sobre cuáles son los posibles aspectos que se deben cambiar, sus requisitos y la forma en que se debe producir el cambio de manera que tenga validez, utilidad y sea aceptado”

1981, 1997) e Kubo e Botomé (2001b), professores deveriam capacitar pessoas a agir na sociedade, de maneira a obter resultados significativos para si e para as demais pessoas. Para tanto, autores como Botomé (1981) e Kubo e Botomé (2001b) destacam que, para capacitar aprendizes a atuarem efetivamente em condições nas quais irão vivenciar, é preciso ter claro três aspectos: a) o que os atuais aprendizes necessitam produzir como resultado, por meio de suas ações, quando estiverem formados, b) com quais aspectos da realidade esses aprendizes terão que lidar, quando estiverem formados, para produzir esses resultados e c) o que esses aprendizes deverão estar aptos a realizar para lidar com esses aspectos da realidade de maneira a produzirem resultados que sejam significativos para si e para a sociedade. Esses aspectos constituem a definição de objetivo de ensino.

Ao examinar, em programas de ensino de universidades de São Paulo, como é realizado o planejamento do ensino, Botomé (1978) e Botomé e Kubo (2003) concluíram que nem sempre o ponto de partida utilizado para planejar o ensino é o produto da intervenção profissional e a situação existente na sociedade, na qual o aprendiz irá intervir. Botomé (1978) apresenta exame realizado em relação aos formatos equivocados que professores utilizam para expressar objetivos de ensino que comprometem a capacitação dos profissionais para atuar em aspectos da sociedade. Conforme exposição do autor, em alguns casos, professores ou gestores universitários apresentam objetivos de ensino em forma de “itens de conteúdo” ou “tipos de informação”. Objetivos de ensino apresentados dessa maneira aproximam-se de insumos para auxiliar o aprendiz a ser capaz de realizar algo, mas não explicitam qual deve ser o resultado a ser alcançado a partir desses assuntos ou “conteúdos”. Objetivos de ensino explicitados em termos de “intenções dos professores” também não apresentam ao aluno o que será aprendido para que ele esteja apto a intervir na realidade social, de acordo com Botomé (1978).

Outra maneira usual para “camuflar” objetivos de ensino é redigi-los em formato de atividades que os professores irão realizar. Redigir dessa maneira indica que aquilo que o professor realiza é necessário para garantir que o aluno “aprenda” sem que fique claro o que o aluno efetivamente terá que aprender. Outro tipo de formulação de objetivo de ensino examinado por Botomé (1978) é aquele apresentado na forma de descrição de ações dos aprendizes. Segundo esse autor, ações dos aprendizes se caracterizam mais como atividades de ensino do que como objetivos de ensino. Para esse autor, apresentar objetivos de ensino sob forma de ações dos aprendizes é desconsiderar o contexto no

qual o aluno lidará após se formar e o produto de suas ações. Dessa forma, um objetivo de ensino bem apresentado é constituído de explicitação das situações diante das quais o aprendiz precisará apresentar certas ações, dos resultados que deveriam ser obtidos por meio de suas ações, bem como das ações necessárias a serem apresentadas diante dessas situações para obter esses resultados.

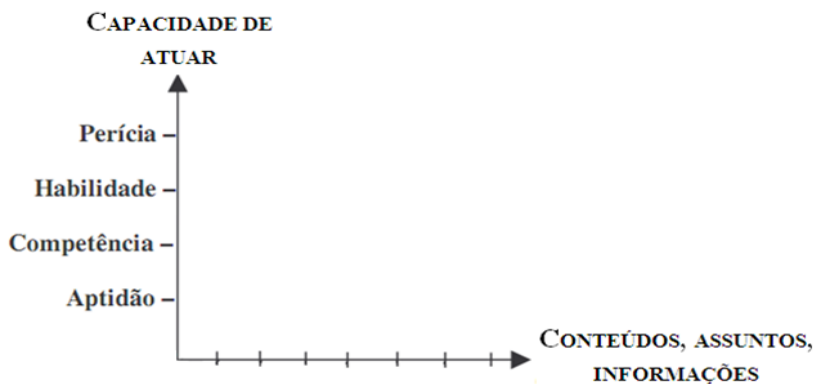
Botomé (1997) e Kubo e Botomé (2001b) apresentam um esquema adaptado de Botomé et al. (1979) onde são expostas etapas básicas usualmente consideradas para planejar e realizar ensino em escolas. De acordo com esse esquema, de maneira geral, o “ponto de partida” para o planejamento é o conhecimento já existente. A partir de então o profissional toma algumas decisões, como o que precisa ser ensinado (desse conteúdo) e os procedimentos para “transmitir” esse conteúdo. O resultado do processo é o profissional “formado”. Botomé (1981) propõe outras etapas que explicitam com maior precisão o comportamento de docentes para planejar e realizar o ensino. De acordo com essa proposição de Botomé (1981), o “ponto de partida” para o docente decidir o que ensinar são as situações com as quais o aprendiz terá que lidar após formado. As próximas etapas constituem-se em diversas decisões e pesquisas em que o professor busca responder as seguintes perguntas. “O que deverá resultar das ações quando...?”, “O que deverá estar apto a fazer para lidar com... e produzir...?”, “O que precisará aprender para fazer?”, “Que recursos e que repertório já existem?”, “Em que sequências e partes é apropriado dividir e organizar o conjunto?”, “Que instrumentos, recursos, ambientes e procedimentos são necessários para...?”. Somente então ocorrem as atividades de ensino, o profissional é considerado “formado” e realiza-se uma avaliação da eficácia do ensino. De acordo com as demonstrações desses autores, é relevante considerar que pacientes hospitalares constituem situações da realidade com a qual o profissional poderá lidar após formado, portanto devem ser considerados no momento de capacitação do profissional.

O que são esses assuntos ou “conteúdos” que gestores e professores consideram “ponto de partida” para propor seus planejamentos de ensino? O “conteúdo”, ao planejar o ensino, necessita ser considerado como insumo do processo de aprendizagem, ele é o “conhecimento existente acerca de assuntos ou conteúdos” que deve ser ensinado pelo professor. Usualmente é considerado que, ao apresentar aos alunos o conhecimento existente a respeito de um “conteúdo”, eles serão capazes de transformar o conhecimento que lhes foi apresentado em atuações profissionais relevantes. Nem sempre é claro para o aluno

qual a relação entre o “conteúdo apresentado” e os comportamentos profissionais que ele deve apresentar após formado. Para Botomé e Kubo (2002), a aprendizagem de transformar o conhecimento existente em atuação profissional é o produto de um processo de ensino, em que o conhecimento existente a respeito de conteúdos e assuntos serve de “insumo” para o ensino e a atuação dos profissionais (a capacidade de atuar desses profissionais), é o resultado desse processo. Dessa forma, o conhecimento existente, de acordo com esses autores, parece ter outra função no processo de capacitação profissional que não a função de ponto de partida para planejar o ensino.

A capacidade de atuar de um profissional na sociedade, ainda conforme Botomé e Kubo (2002, p. 7), pode variar em graus de refinamento, “passando pela mera informação, até um grau máximo de perícia em ‘qualquer atuação’, passando por graus de perfeição que podem ser chamados de aptidão, competência e habilidade na execução dessa mesma ‘atuação’”. Como apresentado na Figura 1.6, o conhecimento existente a respeito de “conteúdos” serve de insumo para a variável “capacidade de atuar”. Como primeiro valor da variável “capacidade de atuar”, Botomé e Kubo (2002) sugerem a “aptidão”, que deve ser entendida como um grau da capacidade de atuar profissionalmente e não equivocadamente como sinônimo de “prontidão”, “estar pronto, preparado”. O segundo valor que pode assumir a “capacidade de atuar” é representado pela “competência” e em seguida, ainda mais refinado, a “habilidade”. Os autores ressaltam que esse grau deve ser entendido como um valor que a “capacidade de atuar” pode assumir e não como sinônimo de “pré-requisito” para realizar alguma tarefa. Por fim, o grau de variável, nomeado pelos autores, “perícia” garante um grau refinado da capacidade de atuação dos alunos na sociedade. De acordo com essa apresentação, “aptidão”, “competência”, “habilidade” e “perícia” são graus de refinamento da capacidade de atuar ou do comportamento do profissional e não categorias daquilo que o ser humano é, pode ser ou pode fazer.

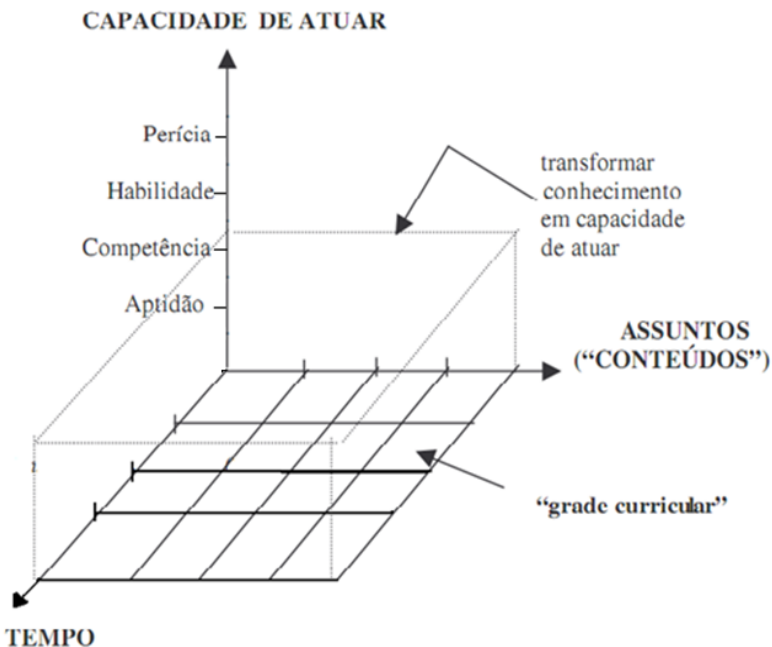
Figura 1.6 – Representação dos valores que a variável “capacidade de atuar” na sociedade pode assumir e sua relação com a variável “conhecimento existente acerca de ‘conteúdo’, ‘assuntos’”



Adaptado de Botomé e Kubo (2002).

A Figura 1.7 representa as três classes de variáveis, consideradas pelos autores, necessárias para organizar o que é preciso ensinar aos alunos de um curso para que eles sejam capazes de atuar ao fim de sua formação. O engradado formado pelas variáveis “tempo” e “conhecimento existente acerca de ‘conteúdo’, ‘assuntos’” representa o que é chamado usualmente, conforme Botomé e Kubo (2002), de “grade curricular”. Essa grade seria a apresentação de conhecimentos existentes acerca de “conteúdos” compartimentados ao longo do tempo. Quando é considerada a terceira variável (capacidade de atuar) ocorre uma aproximação daquilo que é chamado projeto ou currículo de um curso, embora, conforme Botomé e Kubo (2002), outros aspectos ainda necessitem ser considerados para projetar um curso de nível superior. De acordo com esses autores, a partir da inserção dessa terceira dimensão, como na Figura 1.7, são considerados para elaborar projetos de cursos também os graus de aprendizagens dos alunos que constituirão suas capacidades de atuar na sociedade. Esses quatro graus do processo de transformar as informações em atuação indicam o grau de refinamento com que o futuro profissional vai modificar aspectos do meio, de acordo com as necessidades de onde se encontra.

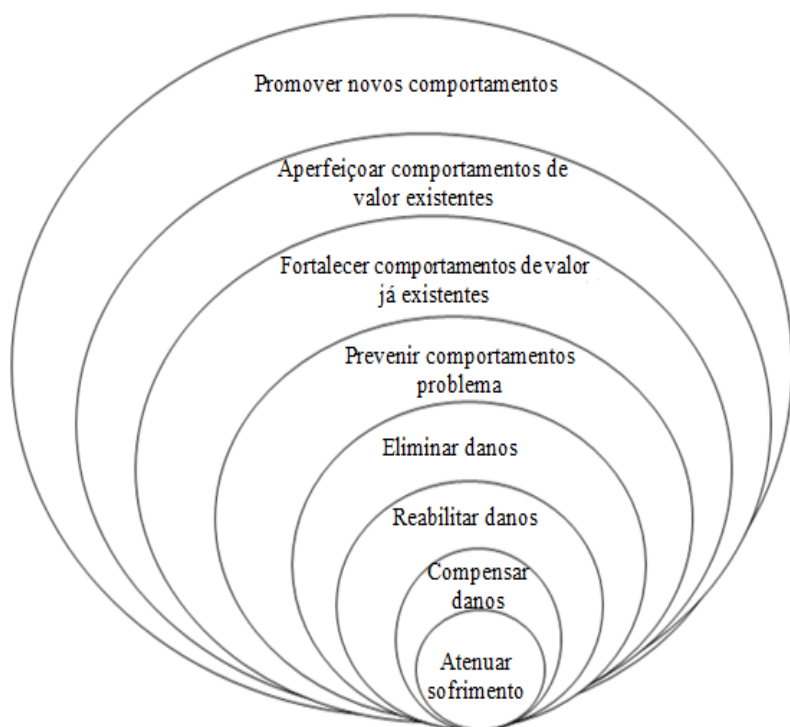
Figura 1.7 – Representação das três classes de variáveis (tempo, conhecimento existente acerca de “conteúdo”, “assuntos” e capacidade de atuar) necessárias para organizar o que ensinar a um aluno de um curso



Reproduzido de Botomé e Kubo (2002).

Em relação à capacitação de psicólogos para atuar em aspectos da realidade em que se inserem Botomé (1988) apresenta sete âmbitos de atuação profissional que podem contribuir para o aperfeiçoamento da atuação dos psicólogos. Os sete âmbitos, dispostos em ordem hierárquica de amplitude social da intervenção e de sofisticação, quantidade e especificidade de conhecimento e de tecnologia para a atuação do profissional, são: a) atenuar sofrimentos, b) compensar danos, c) reabilitar danos, d) eliminar danos, e) prevenir comportamentos-problema, f) fortalecer comportamentos de valor já existentes e g) promover qualidade de comportamentos de valor existentes. Em Botomé (2007), ainda é possível refinar o sétimo âmbito de atuação proposto em outros dois: aperfeiçoar comportamentos de valor existentes e promover novos comportamentos, constituindo-se agora em oito âmbitos de intervenção profissional. A Figura 1.8 representa graficamente esses oito âmbitos.

Figura 1.8 – Representação gráfica dos oito âmbitos de sofisticação e de amplitude social da atuação do psicólogo



Adaptado de Botomé et al. (2003).

A relação existente entre esses âmbitos é de sofisticação de conhecimento e tecnologia para atuar do profissional (atuar no âmbito de prevenção exige comportamentos mais sofisticados do profissional do que atuar no âmbito de atenuação de sofrimento, por exemplo) e de amplitude social da intervenção (muito provavelmente, atenuar sofrimento atingirá menor quantidade de pessoas do que prevenir comportamentos-problema, por exemplo). Não há relação de dependência entre os âmbitos portanto, é possível prevenir comportamentos-problema sem ter atenuado sofrimentos anteriormente, por exemplo.

O âmbito de atuação “atenuar sofrimentos” parece ser o de menor amplitude social, uma vez que uma atuação nesse nível ameniza sofrimentos relacionados com comportamentos-problema da pessoa e gera condições para que ela aprenda a lidar com a dificuldade existente, reduzindo, em algum grau, seu sofrimento. O segundo âmbito de atuação profissional chamado de “compensar danos” tem por objetivo compensar comportamentos indesejáveis ou as decorrências desses comportamentos, por meio do desenvolvimento de outros comportamentos do cliente que lhe tragam benefícios. O próximo âmbito, “reabilitar danos”, trata-se de quando ocorre a redução da ocorrência de comportamentos-problema ou das decorrências desse tipo de comportamento. Esses três níveis de atuação profissional, segundo Botomé (1988), são satisfatórios para o indivíduo, mas, ao se tratar da resolução de problemas para a sociedade, ainda são níveis considerados “precarious”.

Um âmbito mais sofisticado de atuação dos profissionais, de acordo com Botomé (1988), é o chamado “eliminar danos”, que tem por objetivo eliminar o comportamento-problema e as decorrências desse comportamento para o organismo e para a sociedade até atingir um desempenho considerado normal para a sociedade na qual o sujeito está inserido. O próximo âmbito, conhecido por “prevenir comportamentos-problema”, trata-se de potencializar problemas que ainda não existem, de maneira a controlar variáveis de modo que esses problemas nunca venham a ocorrer. Até esse âmbito de atuação o profissional lida com problemas ou com seus determinantes. No sexto e o sétimo âmbito de intervenção, chamados, respectivamente de “fortalecer comportamentos de valor já existentes” e “aperfeiçoar comportamentos de valor” há exigências de mais sofisticação do conhecimento e das tecnologias utilizadas na atuação. “Fortalecer comportamentos de valor já existentes” tem como função controlar as circunstâncias responsáveis pelo comportamento de valor para que ela seja mantida ou fortalecida. O objetivo de uma atuação profissional no âmbito “aperfeiçoar comportamentos de valor” é melhorar a qualidade dos comportamentos existentes e/ou elaborar condições para aumentar a efetividade desses comportamentos (produção de consequências de alto valor ao indivíduo e às pessoas do seu entorno). O último âmbito, “promover novos comportamentos” tem por objetivo propor comportamentos de valor ainda inexistentes e/ou desenvolver condições para sua ocorrência, manutenção ou desenvolvimento (BOTOMÉ, 1988, 2007).

Como forma de refinar capacitação dos profissionais para atuarem na sociedade, Botomé e Kubo (2002) apresentam os diferentes

valores que a variável “capacidade de atuar” pode assumir. Botomé (1988) ainda sugere âmbitos de atuação profissional que contribuem para o aperfeiçoamento dessa atuação. A capacitação do profissional voltada para intervir em necessidades do ambiente hospitalar depende da proposição de objetivos de ensino claros e socialmente relevantes. Considerando que propor objetivo de ensino é explicitar as situações diante das quais o aprendiz precisará apresentar certas ações, os resultados que deveriam ser obtidos por meio de suas ações e as ações necessárias a serem apresentadas diante dessas situações para obter esses resultados, pode-se afirmar que propor objetivos de ensino é propor comportamentos. A proposição de comportamentos exige um exame acerca desse conceito, de acordo com as contribuições da Análise Experimental do Comportamento.

10. Contribuições específicas da análise experimental do comportamento para identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados

A Análise Experimental do Comportamento (AEC) é um tipo de conhecimento, científico, com conceitos e pressupostos específicos que influenciam na maneira de conhecer os fenômenos. O conhecimento científico é constituído por alguns princípios, como é caracterizado em Botomé e Kubo (2008), que o diferenciam dos demais tipos de conhecimentos e que garantem graus de confiabilidade às informações produzidas por meio desse processo. A AEC tem o Comportamento como seu principal recurso instrumental e conceitual. Essa noção de Comportamento é um instrumento importante para identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

As buscas pela explicação do comportamento humano data de 600 a.C., quando filósofos começaram a considerar que não eram os deuses os responsáveis pelos comportamentos dos homens. A filosofia começou a separar-se da religião. Aristóteles, já em 325 a.C., na Grécia Antiga, buscou encontrar as causas dos movimentos dos organismos, conforme Millenson (1967). Com o declínio da civilização Grega houve redução na produção de conhecimentos a respeito desse tema. Na Idade Média (de meados do século V até meados do século XV) o desenvolvimento da produção de conhecimento a respeito do comportamento humano foi abalado por explicações “sobrenaturais” e por atribuições a entidades internas para justificar o que acontecia com

os organismos, devido, principalmente, ao forte controle da Igreja sobre a sociedade. Somente no século XVII, com as descobertas de Galileu e as contribuições da física moderna que a explicação do comportamento passou a apresentar características científicas, conforme Millenson (1967).

Descartes foi o filósofo que invalidou parcialmente a atribuição predominante a entidades internas para explicar comportamentos. Para ele, após observar estatuetas mecânicas nos jardins do Palácio de Versailles (arredores de Paris, França), os movimentos corporais eram originados por estímulos ambientais. Foi o primeiro momento, na sistematização realizada por Millenson (1967), em que estímulos do ambiente controlariam movimentos corpóreos. No entanto, Descartes equivocou-se quando atribuiu aos movimentos mecânicos apenas os comportamentos “involuntários” e supôs que a alma, localizada no cérebro, ainda controlava parte dos movimentos. As descobertas desses estudiosos contribuíram para o avanço de uma ciência experimental do comportamento de forma que cada nova descoberta serviu de “degrau” para que próximos filósofos e cientistas avançassem a investigação.

A compreensão de comportamentos por meio de explicações de que algo ocorria no interior do organismo permaneceu apesar das importantes descobertas que contribuíram para dar caráter científico ao estudo do comportamento. A origem e a evolução das espécies foram explicadas pelo inglês Charles Darwin por meio da seleção natural, baseado em observações minuciosas de fósseis e de fauna e flora vivas em áreas pouco habitadas da Terra (MILLENSON, 1967). Para Darwin, conforme destaca Catania (1999, p. 50), “o ambiente seleciona os indivíduos que transmitem suas características de uma geração para outra e, assim, modela as características dos membros das populações seguintes”. A teoria de Darwin, comentada por Skinner (1974), sugere que a seleção natural não significa desenvolver novas estruturas para que o organismo melhor se adapte ao meio no futuro, mas sim que as variações de estruturas ocorrem ao acaso e aquelas que foram relevantes para a sobrevivência dos organismos se repetirão pois esses indivíduos se reproduzirão de forma a garantir a permanência da espécie, até que outras mutações genéticas ocorram. As leis genéticas de Mendel, assim como outras teorias da evolução - o Lamarckismo e a Ortogênese - desafiaram a teoria da Seleção Natural, conforme expôs Catania (1999). Somente quando foi demonstrado em laboratórios, com experimentos genéticos, que mutações eram passíveis de acontecer, por volta de 1920-1930, é que foram produzidas informações necessárias sobre a

variabilidade genética para auxiliar a compreensão da evolução por meio da seleção natural.

Alguns anos após a publicação de “A origem das espécies”, de Darwin (1859), foi a vez do fisiologista russo Ivan Pavlov entender o comportamento dos organismos. De acordo com Millenson (1967), Pavlov constatou em suas experimentações que o experimentador responsável por trazer comida não eliciava saliva na boca dos cães inicialmente. Após associação da presença do experimentador com o recebimento da comida, os cães passaram a salivar na presença do experimentador, ainda que sem a apresentação da comida. Pavlov nomeou a relação entre o estímulo e o salivar dos cães diante do experimentador de reflexos condicionais porque eles estavam condicionalmente relacionados com um acontecimento anterior na vida dos organismos.

Pavlov, conforme Keller e Schoenfeld (1968), desenvolveu um método experimental para sua pesquisa, elaborando aparelhos que controlassem com rigor estímulos exteriores que interferissem indesejadamente com a situação experimental. De acordo com Millenson (1967), Pavlov realizou experimentos semelhantes numerosas vezes, com muitos cães, de maneira a tornar o fenômeno observado generalizável conforme o princípio da Ciência da exigência de evidências verificáveis (BOTOMÉ; KUBO, 2008). Para Keller e Schoenfeld (1968), dificilmente em alguma espécie não se aplicará princípios de condicionamento (algumas podem exigir condições especiais para cada tipo de animal), fazendo com que as descobertas de Pavlov se constituam em generalizações consistentes. Pavlov também demonstrou, por meio de registros quantitativos, os dados de seus experimentos, possibilitando uma análise mais precisa dos experimentos realizados. Ainda de maneira a manter a cientificidade em seus trabalhos, Pavlov relacionou e demonstrou em seus experimentos os efeitos de muitas variáveis sobre o grau da variável “quantidade de saliva”.

As contribuições de Pavlov, de acordo com Millenson (1967), para o desenvolvimento da Análise do Comportamento foi demonstrar experimentalmente que os reflexos poderiam ser desenvolvidos após estímulos serem apresentados contiguamente, de maneira que o primeiro estímulo passava a eliciar respostas que antes não eliciava. Assim como esses reflexos poderiam ser condicionais, eles poderiam também ser removidos (extintos). Conforme Keller e Schoenfeld (1968, p.47), o princípio do condicionamento respondente de Pavlov mostrava que “o repertório de comportamento de qualquer um é o produto final de

substituições inumeráveis de estímulos”. Pavlov, de acordo com Millenson (1967), transformou em lei o que havia observado em seus experimentos e verificou se essa lei poderia ser aplicada (generalizada) a todos os estímulos e a todos os organismos.

Pavlov pode analisar detalhadamente suas descobertas a respeito do condicionamento devido as suas preocupações em mensurar quantitativamente o fenômeno observado. Apesar das contribuições de Pavlov para o entendimento da adaptação do comportamento dos organismos por meio de métodos experimentais que garantiram cientificidade a suas descobertas, o fisiologista russo tinha por objetivo demonstrar o que acontecia com o cérebro e com os impulsos nervosos quando algum estímulo ambiental afetasse os órgãos de sentidos, conforme Keller e Schoenfeld (1968). Explicava, portanto, o condicionamento ainda como processo cerebral ou interno ao organismo. Pavlov nunca demonstrou relações entre as funções cerebrais e o comportamento, fazendo com que suas afirmações, de acordo com Millenson (1967), se tornassem tão hipotéticas quanto as explicações que Descartes, por exemplo, atribuíra à alma.

Os primeiros experimentos a respeito de comportamentos “voluntários” (também chamados de comportamento operante) surgiram com Edward L. Thorndike, em 1898. De acordo com Millenson (1967), os trabalhos de Thorndike continham aspectos inovadores em pesquisas comportamentais. Thorndike considerou a variável “história de vida” do sujeito experimental influente na obtenção dos resultados de experimentos. Passou, portanto, a criar animais em laboratórios como “solução” para o controle dessas variáveis, também considerou relevante como comportamento a ser apresentado pelo cientista repetir a quantidade de experiências realizadas com um mesmo animal, em mais de um animal e em diversas espécies, de maneira a aumentar o grau de precisão e de generalidade dos resultados. Assim como Pavlov, Thorndike buscou apresentar os resultados de seus experimentos de maneira quantitativa, o que aumentava a precisão dos resultados, facilitava comparações entre diferentes tipos de experimentos e relações entre diferentes variáveis.

Dentre as contribuições de Thorndike para o desenvolvimento de uma ciência do comportamento estão suas conclusões (após experimentos realizados com animais que deviam encontrar a saída de uma caixa) de que os produtos ou efeitos do comportamento apresentado tem importante influência na determinação da apresentação posterior da mesma classe de comportamentos, de acordo com relato de Millenson (1967). A anotação sistemática dos comportamentos dos

animais na caixa permitiu a Thorndike concluir que o animal emitia muitas outras respostas antes de sair da caixa e obter seu alimento, até praticamente não apresentar mais comportamentos “indesejáveis”. Essas observações, anotações e análises dos dados obtidos, conforme Millenson (1967, p. 23), permitiram a elaboração da Lei do Efeito: “capacidade dos efeitos passados do comportamento modificarem os padrões do comportamento animal”. Pelas descrições de Millenson (1967), a Lei do Efeito parece ser o primeiro momento na história dos estudos do comportamento dos organismos em que a relação entre aquilo que um organismo faz e o produto do fazer é explicitado. De acordo com Skinner (1953/2003), além da explicitação dessa importante relação entre o fazer e suas consequências, foi uma das primeiras tentativas de estudar o efeito das consequências do comportamento na probabilidade de ocorrência do comportamento.

O equívoco de Thorndike foi quando “sentiu necessidade de inferir que o sucesso levava ao prazer e a satisfação, e que essas eram as causas verdadeiras das mudanças observadas no comportamento” (MILLENSON, 1967, p. 29). A partir dessa afirmação, Thorndike passou a usar recursos dos estados mentais e hipotéticos, novamente, para explicar o comportamento dos indivíduos. Seu erro foi considerar prazer e satisfação como causas dos comportamentos e não as consequências de esquema de reforçamento positivo que fazem o organismo se sentir “bem” para agir novamente. Skinner (1974) afirma que sentimentos e pensamentos são produtos de contingências ou efeito colateral de esquemas de reforçamento. Conforme esse mesmo autor, as contingências são as responsáveis por aquilo que os organismos sentem e não as “causas” do comportamento como fazia supor as explicações apresentadas por Thorndike.

Os experimentos de Thorndike, publicados em 1898, a respeito do comportamento animal e a definição de Psicologia proposta por Watson como a ciência do comportamento introduziram a pesquisa com animais na Psicologia, ainda com grau de cientificidade precário, conforme Millenson (1967). A partir de 1930, Skinner iniciou uma série de publicações a respeito das observações que realizava de suas experiências com ratos brancos. Skinner passou a observar um único organismo que se comportava em uma “situação experimental artificial, cuidadosamente controlada e altamente padronizada”, objetivando registrar a frequência das respostas de pressionar a barra (MILLENSON, 1967, p. 32). Os experimentos mantidos por Skinner sob esse grau de padrão e de controle, além da escolha de um tipo de resposta e da frequência de sua ocorrência como variável relevante, foram

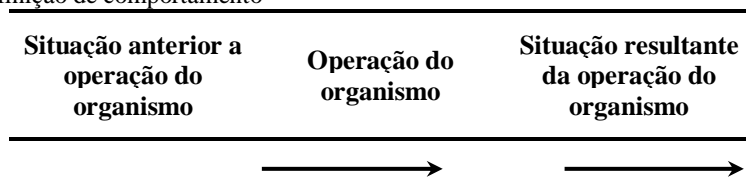
fundamentais para o desenvolvimento da Análise Experimental do Comportamento.

Para o registro da taxa de respostas, conforme Millenson (1967), Skinner inventou um registrador de respostas sucessíveis que, no decorrer do experimento, desenhava um gráfico de respostas acumuladas em função do tempo. A consequência de um registro de qualidade foi ampliar a visibilidade do cientista em relação aos processos comportamentais que aconteciam com o rato dentro da caixa. A demonstração de taxas de respostas apresentadas pelo organismo permitia melhor descrição do comportamento do organismo do que limitar-se a hipóteses neurológicas, internas, imagináveis etc. para explicar o comportamento (SKINNER, 1953/2003). Quantificar a taxa de resposta de um organismo é um indicativo relevante para prever a probabilidade de ocorrência de comportamentos.

A retrospectiva a respeito do desenvolvimento da compreensão de comportamento ajuda a demonstrar contribuições que, aos poucos, foram tornando-o objeto de estudo de uma ciência. Assim como as formas de observar e de interpretar os fenômenos evoluíram, o conceito de comportamento também. Em *Behavior of organisms* (1938), de acordo com Botomé (2001), Skinner afirmava que comportamento operante era uma intensa relação entre o organismo e o ambiente. Posteriormente comportamento operante é definido por Skinner (1953/2003, p. 71) como aquele comportamento que “opera sobre o ambiente para gerar consequências”. Em outras palavras, comportamento operante é a operação do indivíduo no ambiente, diante de características particulares, que produzem consequências nesse ambiente que já não é mais o mesmo de antes da operação.

Eventos ambientais são considerados por Skinner, conforme exame de Botomé (2001), ambiente antecedente as ações do organismo e ambiente resultante das ações do organismo. Quando Skinner apresenta a definição de comportamento operante, ele explicita a importância das consequências na determinação do comportamento, como se as consequências fossem o “motivo” das ações apresentadas pelo organismo. Skinner retirou o foco da definição de comportamento da relação estímulo-resposta e, dentre outras contribuições, demonstrou comportamento como uma relação de três termos: estímulo-resposta-consequência, sendo “estímulo” o ambiente anterior a operação do organismo, “resposta” sendo a própria operação do organismo e “consequência” a situação resultante da operação do organismo, como representado na Figura 1.9.

Figura 1.9 – Representação dos três termos que, relacionados, constituem a definição de comportamento

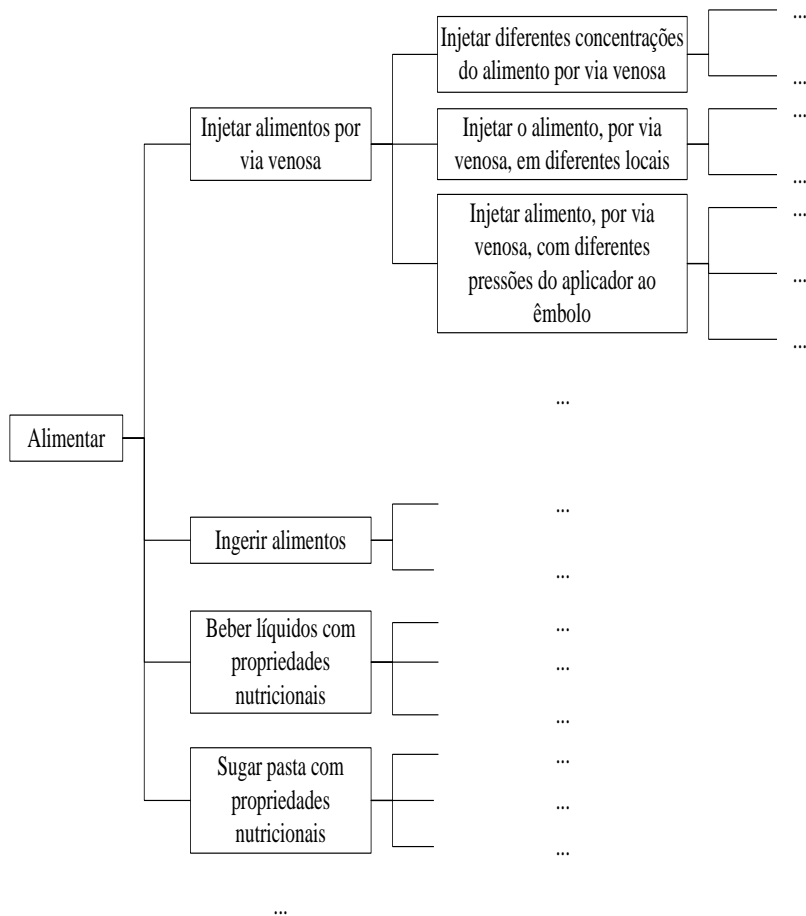


Adaptado de Botomé (2001).

Outra contribuição de Skinner à Ciência do Comportamento foi a introdução do conceito de “classes de comportamento” (SÉRIO, 1983). Comportamentos que variam de acordo com as características do que os constituem mas que ainda assim apresentam a mesma função são classificados como pertencentes a uma mesma classe de comportamentos, conforme Kienen (2008). Como ilustração, a classe geral de comportamentos chamada “alimentar-se” é composta por outras classes de comportamentos com características distintas: “injetar alimentos por via venosa”, “ingerir alimentos”, “sugar pasta com propriedades nutricionais”, “beber líquidos com propriedades nutricionais”. As características de cada classe de comportamentos constituinte da classe geral “alimentar-se” variam, mas a função da classe geral “alimentar-se”, provavelmente não. No entanto, “injetar alimentos por via venosa” pode ser uma classe de comportamentos, menos geral que a classe “alimentar-se” e que também varia de acordo com a “concentração do alimento injetado”, “local da injeção”, “pressão do aplicador ao êmbolo” etc.

A noção de classe de comportamentos ainda permite afirmar que cada uma das classes constituintes da classe “alimentar-se” pode constituir-se em classes de comportamentos “próprias”. De acordo com esse exemplo, “injetar alimentos em via venosa” poderia ser considerada uma classe de respostas constituinte da classe geral “alimentar-se” ou pode ser considerada uma classe de comportamentos em si, dependendo do sistema comportamental em que estiver inserido. Sistema comportamental, conforme Kienen (2008), é a representação de um conjunto de classes de comportamentos relacionadas entre si, organizadas por critérios de abrangência e de dependência. A ilustração desse sistema comportamental está apresentada na Figura 1.10. As reticências na figura representam a possibilidade de decomposição das classes.

Figura 1.10 – Representação da organização das classes de comportamentos constituintes da classe mais geral “Alimentar” em um sistema comportamental



Classificar comportamentos em classes de respostas e classes de comportamentos é utilizado para organizar comportamentos com níveis de abrangência diferenciados. Classes de comportamentos mais abrangentes podem ser decompostas em classes de respostas que, por sua vez, podem constituir-se em classes de comportamentos menos abrangentes em relação àquela mais geral. Ainda de acordo com Kienen (2008, p. 94), decompor comportamentos é “identificar as classes mais abrangentes e as classes menos abrangentes constituintes de um sistema comportamental” sendo que as classes de comportamentos constituintes

de uma determinada classe são aquelas que foram decompostas dessa classe. A relevância em decompor uma classe mais geral de comportamentos em classes de comportamentos que a constituem é explicitar essas classes de comportamentos de modo a aumentar a visibilidade do comportamento que se pretende desenvolver como, por exemplo, em programas de capacitação de novos profissionais de um campo.

O que a mudança de entendimento de comportamento e a introdução do conceito de classe de comportamentos significam para o desenvolvimento da Análise do Comportamento como área de conhecimento? A partir das contribuições de Skinner, comportamento passou a designar a “relação entre valores de cada propriedade de uma classe de respostas e valores de cada uma das propriedades de classes de eventos ambientais [antes e depois da ação do organismo]”, destaca Botomé (2001). Assim como Pavlov já havia explicitado que reflexo não era nem estímulo (agente externo) e nem resposta (comportamento do organismo controlado pelo agente externo) mas sim a relação entre estímulo-resposta (SKINNER, 1953/2003), para Catania (1973) citado por Botomé (2001), o conceito de comportamento operante proposto por Skinner deslocava a ênfase das ações do organismo para as propriedades das relações entre as respostas do organismo e os estímulos ambientais. Essas relações foram explicitadas por Botomé (2001), conforme Figura 1.11.

Figura 1.11 – Ilustração dos sete tipos básicos de relações entre os três componentes do comportamento

COMPONENTES TIPOS DE RELAÇÕES	CLASSE DE ESTÍMULOS ANTECEDENTES	CLASSE DE RESPOSTAS	CLASSE DE ESTÍMULOS CONSEQUENTES
1	→		
2		→	
3	←		
4		←	
5	→		→
6	←		←
7	→	←	→

Adaptado de Botomé (2001).

De acordo com esse autor, na relação de tipo 1, a situação antecedente a ação do organismo sinaliza, facilita, favorece, impede ou dificulta a ocorrência da resposta do organismo. Na relação de tipo 2, a ação do organismo produz ou é seguida de eventos do meio. Na relação de tipo 3, a ação já está sob controle, em algum grau, de aspectos da situação antecedente. Na relação de tipo 4, propriedades resultantes da ação do organismo influenciam a probabilidade de ocorrência da mesma classe de ação novamente. Na relação de tipo 5, algum aspecto da situação antecedente a ação indica a consequência que o organismo obterá caso apresente determinada ação. Na relação de tipo 6, a consequência obtida por meio da ação do organismo faz com que aspectos do ambiente adquiram propriedades para sinalizar que diante desses aspectos e da apresentação de certa ação, tornar-se-á possível obter determinado tipo de consequência. O tipo de relação 7, sintetiza o conjunto das possíveis relações entre os três componentes do comportamento. A representação das possíveis relações entre os três componentes do comportamento demonstram a nova compreensão de comportamento como uma complexa rede de relações entre o meio e a ação dos organismos e não somente por um dos componentes do comportamento, mas pelas relações entre componentes. O próprio ambiente não é apenas o que existe (aquilo que o organismo se

defronta), mas também aquilo que resulta da ação do organismo (BOTOMÉ, 2001).

A partir das contribuições de Skinner, o comportamento passou a representar relações entre classes de respostas do organismo e classes de eventos ambientais anteriores e posteriores a sua ação. Considerar o comportamento as relações existentes entre essas três classes fornece ao profissional instrumento para examinar o contexto hospitalar, identificar possibilidades de atuação e propor ações para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados de maneira a produzir resultados relevantes a si e ao paciente, no mínimo. Pacientes hospitalizados são pacientes que, além de se encontrarem com condições de saúde debilitadas, estão longe dos familiares, de suas atividades diárias, são cuidados por muitos profissionais, sentem insegurança por sua doença, pela hospitalização, pela possibilidade de cirurgia, pela possibilidade de cura etc. Pesquisas de que caracterizam atuação de psicólogos nesse tipo de contexto possibilitam evidenciar a relevância das intervenções de psicólogos na recuperação de pacientes. No entanto, algumas delas evidenciam que atividades características da clínica psicológica ainda são realizadas pelos profissionais, inclusive em ambientes hospitalares. Dessa forma, a pergunta “quais classes de comportamentos constituem a intervenção direta de psicólogos em comportamentos de pacientes hospitalizados?” parece ser um primeiro passo para aumentar a visibilidade dos profissionais que atuam nesse contexto a respeito dos comportamentos que eles apresentam e que podem apresentar ao intervir em comportamentos de paciente hospitalizados. Novos comportamentos podem ser descobertos e também contribuir para aumentar a clareza dos profissionais a respeito de sua atuação nesses contextos. Respostas a essa pergunta também podem interessar professores da graduação e pós graduação ao programarem disciplinas voltadas à atuação de psicólogos em hospitais.

II

MÉTODO PARA IDENTIFICAR CLASSES DE COMPORTAMENTOS A SEREM DESENVOLVIDOS PELO PSICÓLOGO PARA INTERVIR DIRETAMENTE EM COMPORTAMENTOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

1. Fonte de informação

A obra que teve partes escolhidas como fontes de informação para identificar as classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados foi:

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 6. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 200 p.

Segundo o autor, a obra se trata de um curso básico de psicologia hospitalar com estratégias psicológicas para lidar com pessoas adoentadas. O Manual de Psicologia Hospitalar é composto pelas seções:

- Prefácio
- Introdução
- Primeira parte – Diagnóstico
- Olhos para ver além do biológico
- Eixo I – Diagnóstico reacional
- Eixo II – Diagnóstico médico
- Eixo III – Diagnóstico situacional
- Eixo IV – Diagnóstico transferencial
- Resumo
- Caso clínico
- Segunda parte – Terapêutica
- Estratégias Básicas
 - Associação livre
 - Entrevista
 - Fazer silêncio
 - Mudança
 - Negação
 - Revolta
 - Depressão

Enfrentamento
 Esperança
 Bater papo
 A palavra pertence a quem escuta
 Transferência
 Situação vital desencadeante
 Ganho secundário

Situações Clínicas

O paciente desenganado
 Risco de suicídio
 O paciente religioso
 O paciente que não pediu para ser atendido
 O paciente silencioso
 Contar ou não contar
 Assistência ao paciente terminal
 O psicólogo no pronto-socorro
 O paciente histérico
 O paciente na UTI
 Sexo no hospital

Setting

O local de atendimento
 O horário de atendimento
 A duração do atendimento
 Alta psicológica?
 No olho do furacão

Apêndice – O mapa das doenças

Introdução

Psicanálise do remédio

Analisando o paciente
 Analisando o psicólogo
 Analisando o médico
 Analisando a cultura

Bibliografia

Foram utilizadas apenas as seções “Primeira parte – Diagnóstico” e “Segunda parte – Terapêutica” para observar as características dos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

2. Ambiente

O exame da obra foi realizado em ambientes silenciosos, públicos (bibliotecas da Universidade) e privado, com cadeiras e mesas confortáveis e com iluminação natural e artificial apropriadas.

3. Materiais

Os materiais utilizados para a realização da coleta de dados na fonte de informação selecionada foram computadores e impressoras de uso privativo, tesoura, canetas e protocolos de registro especialmente criados para as diferentes etapas da coleta, análise, tratamento e organização dos dados.

4. Procedimento

O procedimento de coleta de dados elaborado para identificar classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados foi baseado em Kienen (2008) e Luca (2008). Um esquema das etapas que constituem o procedimento elaborado é apresentado na Tabela 2.1.

Tabela 2.1 – Esquema das etapas que constituíram os procedimentos de seleção da obra, de coleta dos dados, de análise, tratamento e organização dos dados em um sistema comportamental

4.1. De seleção de obra	
4.2. De coleta de dados	<p>A) Seleção de partes da fonte de informação utilizada</p> <p>B) Seleção de trechos das partes da obra utilizada como fonte de informação</p> <p>C) Localização dos trechos selecionados</p> <p>D) Registro dos trechos selecionados</p>
4.3. De análise, tratamento e organização dos dados	<p>A) Fragmentação dos trechos selecionados</p> <p>B) Reformulação da redação dos fragmentos</p> <p>C) Classificação dos fragmentos em conjuntos de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”</p> <p>D) Revisão dos fragmentos classificados no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”</p> <p>E) Separação de sujeito, verbo e complemento em fragmentos classificados no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”</p> <p>F) Avaliação dos verbos das orações e alterações quando necessário</p> <p>G) Avaliação dos complementos das orações e alterações quando necessário</p> <p>H) Avaliação dos fragmentos alterados e ajustes necessários nas orações</p>
4.4. De organização dos dados em um sistema comportamental	<p>A) Classificação dos “comportamentos” em classes de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais (intervenção direta)</p> <p>B) Avaliação dos “comportamentos” classificados em uma das seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo e reformulação da redação quando necessário</p> <p>C) Nova avaliação dos “comportamentos” e retirada de “comportamentos” já existentes em formulação mais geral</p> <p>D) Nova avaliação dos “comportamentos” e</p>

retirada de “comportamentos” que provavelmente constituem a intervenção indireta de psicólogos em comportamentos de pacientes hospitalizados

E) Nova avaliação dos “comportamentos” e retirada de “comportamentos” com expressões que se referiam a atividades do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados

F) Exclusão de fragmentos com expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo

G) União de “comportamentos” que apresentavam mesmo objeto de exame

H) Reformulação da redação dos comportamentos resultantes

I) Organização das classes de comportamentos dentro de cada uma das seis classes gerais de comportamentos

4.5. De organização dos dados para constituírem classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados

A) Derivação de classes de estímulos constituintes de situações do ambiente hospitalar relacionadas com a intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir do conjunto de dados classificados como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”

B) Retirada de fragmentos pertencentes aos conjuntos “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” a partir dos quais não foi possível identificar classes de estímulos

C) Organização final das prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados

4.1. De seleção de obra

A fonte foi selecionada após exame dos itens constituintes do sumário da obra e por tratar-se de um manual que, como substantivo masculino, na Língua Portuguesa é definido no Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2013) por: “1. Livro pequeno. 2. Livro que sumariza as noções básicas de uma matéria ou assunto; compêndio. 3. Guia prático que explica o funcionamento de algo (ex.: manual da máquina de lavar roupa)”. É característico de manuais apresentarem informações de maneira resumida, informações de etapas finais de todo um processo. Em geral, em manuais, não há preocupação do autor com a fundamentação ou com a origem das informações apresentadas. É característico encontrar nesse tipo de obra atividades operacionais: o manual indica o que fazer diante de determinado aspecto. Em geral são instruções de procedimentos para realizar algo. Em um manual de psicologia para intervir em hospitais, é provável que se encontrem informações relevantes já sistematizadas a respeito do que profissionais fazem diante de situações típicas de ambientes hospitalares. O manual escolhido, conforme Simonetti (2011), apresentava informações que foram testadas em cursos de psicologia ministrados pelo autor, como método de trabalho para o psicólogo em ambiente hospitalar. Dessa forma, é possível afirmar que o manual apresentou informações relevantes para identificar algumas classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Simonetti (2011, p. 27) ainda afirma que o objetivo do manual é “gerar estratégias terapêuticas úteis” ao psicólogo para lidar com a “pessoa adoentada”.

Outro aspecto considerado para a escolha da obra foi sua data de publicação, 2011. Por se tratar de uma obra de recente publicação, aumenta a probabilidade de encontrar informações baseadas em trabalhos que caracterizam mais recentemente esse subcampo de atuação e subárea de conhecimento. Após leitura da obra, foi identificada quantidade condensada de situações com as quais o psicólogo lidará, de resultados a serem produzidos pelas ações dos psicólogos diante dessas situações e de ações que devem ser realizadas para obter esses resultados, diante dessas ações.

4.2. De coleta de dados

A) *Seleção de partes da fonte de informação utilizada*

A decisão das seções utilizadas como fonte de informação para identificar as classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados foi tomada após a leitura do manual, na íntegra. O critério de seleção da primeira e da segunda partes do manual foi ter encontrado situações com as quais o psicólogo irá lidar, resultados a serem produzidos pelas ações dos psicólogos diante dessas situações e ações que devem ser realizadas para obter esses resultados, diante dessas ações.

B) *Seleção de trechos das partes da obra utilizada como fonte de informação*

Durante a leitura das seções selecionadas da fonte de informação foram selecionados trechos que apresentaram características de possíveis componentes de comportamentos constituintes da classe geral “intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Foi considerado um trecho o enunciado existente entre um ponto (final, de exclamação ou de interrogação) e outro. O que delimitou um trecho foi estar entre pontos. Os trechos constituíam-se de orações⁸ e foram selecionados com base no critério de conter aspectos relacionados com:

a) Classe de estímulos antecedentes: aspectos de situações com os quais o psicólogo, ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados, lidará. Essas situações variaram em quantidade e em grau de abrangência. Características do ambiente hospitalar, características dos diagnósticos, características das condições de saúde do paciente, características do próprio paciente, entre outras, são ilustrações dessas classes encontradas.

b) Classe de respostas: respostas ou ações apresentadas pelo psicólogo que intervém em comportamentos de pacientes hospitalizados.

⁸ As orações, de acordo com Duarte (2013), nas normas gramaticais da Língua Portuguesa, são enunciados linguísticos dotados de significado que, necessariamente, apresentam um verbo ou uma locução verbal.

c) Classe de estímulos consequentes: aspectos do meio, social ou estrutural, produzidos ou decorrentes das respostas apresentadas pelo psicólogo que intervém em comportamentos de pacientes hospitalizados.

d) Classe de comportamentos: comportamentos apresentados pelo autor em que há interação do psicólogo com o paciente em ambientes hospitalares. O “ator” desses comportamentos foi o psicólogo em ambiente hospitalar.

Não foram selecionados trechos relacionados com os quatro critérios apresentados que descreveram:

a) Esquemas representativos de processos examinados no texto da obra

Foi identificado que trechos que descreveram figuras ou quaisquer esquemas representativos de processos examinados pelo autor no texto não tiveram a função de apresentar novas informações aos leitores. Os processos descritos foram os mesmos que já haviam sido apresentados de outras formas no texto. O esquema foi apenas ilustrativo e o trecho que o descreveu também.

b) Exemplos de processos examinados no texto

Foi identificado que trechos da obra com exemplos e com apresentação de casos clínicos descreveram processos que já haviam sido apresentados de outras formas no texto, exemplos e casos clínicos eram apenas ilustrativos.

c) Resumos de capítulos do livro

Os resumos dos capítulos do livro repetiram informações já apresentadas ao longo da obra, sem acrescentar novas informações a serem coletadas, portanto não foram selecionados uma vez que os processos representados no resumo já haviam sido selecionados, ao menos, uma vez anteriormente.

C) Localização dos trechos selecionados

A fim de facilitar a localização dos trechos selecionados da obra, foi utilizado um procedimento de localização em que cada trecho foi identificado por uma numeração de três dígitos. O primeiro dígito, da esquerda para a direita, representa o número da página onde o trecho selecionado se encontra. O segundo dígito, da esquerda para a direita, representa o número do parágrafo, por página, em que o trecho se localiza (por exemplo, se o número for 73.2, significa que o trecho foi retirado do segundo parágrafo da página 73). O terceiro dígito, da esquerda para a direita, representa em que ordenação de frases de um

parágrafo o trecho selecionado se localiza (por exemplo: se o número de localização for 73.2.5, significa que o trecho selecionado localiza-se na página 73, segundo parágrafo e é a quinta frase do parágrafo). A página em que o trecho se encontra, o parágrafo e a frase selecionada foram separados por ponto (.) e foram apresentados na coluna “Localização do trecho na obra” do protocolo de observação, conforme representação na Tabela 2.1.

A contagem dos parágrafos em uma página foi realizada de maneira que, quando um parágrafo iniciou no começo de uma página, esse parágrafo recebeu a numeração “1” e os demais parágrafos daquela página receberam a numeração subsequente: “2”, “3” etc. No entanto, quando um parágrafo começou em uma página e terminou na seguinte, a numeração atribuída a esse parágrafo que terminou na página seguinte permaneceu sendo a mesma numeração da página anterior. Continuou-se também a contagem das orações que compuseram o parágrafo, como se não tivesse mudado de página. Dessa forma, um parágrafo recebeu a numeração “1” apenas quando ele começou na página da contagem, sem importar se ele terminou na mesma página em que começou ou na próxima. Para parágrafos com frases que apresentaram dois pontos e em seguida marcadores, os marcadores foram considerados como ainda pertencentes ao mesmo parágrafo, como se fossem orações constituintes do parágrafo e não parágrafos novos.

D) Registro dos trechos selecionados

Os trechos selecionados foram transcritos para um protocolo de registro, nesta etapa composto por duas colunas: na coluna localizada na esquerda da tabela foi registrada a localização onde o trecho selecionado foi encontrado na obra. Na coluna da direita foi transcrito o trecho da obra. Para cada etapa do processo de coleta, análise, tratamento e organização dos dados, um novo protocolo de observação foi gerado. O protocolo para a etapa de registro dos trechos selecionados está apresentado na Tabela 2.2.

Tabela 2.2 – Exemplo de registro da localização do trecho selecionado na obra e do respectivo trecho selecionado

Localização do trecho na obra	Trecho selecionado da obra
73.2.5	“Para uma orientação quanto a isso o psicólogo deve estabelecer como regra consultar o prontuário do paciente e conversar com a enfermagem antes de toda primeira entrevista com o paciente hospitalizado, além de familiarizar-se com o significado daquelas placas penduradas na porta dos quartos que informam sobre os riscos de contaminação”.

4.3. De análise, tratamento e organização dos dados

A) *Fragmentação dos trechos selecionados*

Todos os trechos selecionados da obra se caracterizavam como sendo orações. Esses trechos foram fragmentados para “separar” processos comportamentais que se encontravam misturados em uma mesma oração e aumentar a probabilidade de que o tratamento dos dados fosse fidedigno àquilo que o autor se referia no original. Após a fragmentação, os fragmentos também se constituíram em orações.

O critério utilizado para decidir se os trechos seriam ou não fragmentados foi a pergunta “quantos processos comportamentais existem nesse trecho?”. Quando o trecho constituía-se de processos comportamentais distintos, ele foi fragmentado. O protocolo utilizado para registrar a fragmentação dos trechos foi composto de três colunas e está exemplificado na Tabela 2.3. Na coluna da direita foram redigidas as fragmentações possíveis para o trecho selecionado.

Tabela 2.3 – Exemplo do protocolo de observação utilizado para registrar a fragmentação de trechos selecionados da obra

Localização do trecho na obra	Trecho selecionado da obra	Fragmentos do trecho
73.2.5	“Para uma orientação quanto a isso o psicólogo deve estabelecer como regra consultar o prontuário do paciente e conversar com a enfermagem antes de toda primeira entrevista com o paciente hospitalizado, além de familiarizar-se com o significado daquelas placas penduradas na porta dos quartos que informam sobre os riscos de contaminação”	<p>- Para uma orientação quanto a isso o psicólogo deve estabelecer como regra consultar o prontuário do paciente antes de toda primeira entrevista com o paciente hospitalizado.</p> <p>- Para uma orientação quanto a isso o psicólogo deve estabelecer como regra conversar com a enfermagem antes de toda primeira entrevista com o paciente hospitalizado.</p> <p>- Para uma orientação quanto a isso o psicólogo deve familiarizar-se com o significado daquelas placas penduradas na porta dos quartos que informam sobre os riscos de contaminação.</p>

Além de os trechos selecionados serem fragmentados por constituírem-se de processos comportamentais distintos, eles também foram fragmentados quando apresentaram:

a) Dois ou mais verbos em um mesmo trecho, unidos pelo conectivo “e”

Quando foram encontradas duas ou mais orações unidas pelo conectivo “e” em um mesmo trecho e designaram processos comportamentais distintos, elas foram separadas e passaram a constituir, cada uma, um fragmento. O exemplo desse tipo de fragmentação é apresentado na Tabela 2.4.

Tabela 2.4 – Exemplo de caso em que o trecho selecionado foi fragmentado por referir-se a processos comportamentais diferentes e por ser composto de duas ou mais orações em um mesmo trecho, unidos pelo conectivo “e”

Localização do trecho na obra	Trecho selecionado da obra	Fragmentos do trecho
61.1.1	“Luta é tudo o que uma pessoa faz diante de um limite tentando modificá-lo e luto é tudo aquilo que uma pessoa faz diante de uma perda objetal, tentando suportá-la”.	- Luta é tudo o que uma pessoa faz diante de um limite tentando modificá-lo. - Luto é tudo aquilo que uma pessoa faz diante de uma perda objetal, tentando suportá-la.

b) Um só verbo, com mais de um complemento, separados pelo conectivo “e” ou por vírgulas

Quando uma oração apresentou mais de um complemento⁹ separados pelo conectivo “e” ou por vírgulas, que designaram processos comportamentais distintos, elas foram separadas e passaram a constituir, cada uma, um fragmento. Esse tipo de fragmentação está exemplificado na Tabela 2.5.

⁹ O “complemento” utilizado nesta seção diz respeito aos complementos verbais que, de acordo com Vilarinho (2013), são os termos que completam o sentido do verbo transitivo, podem ser objetos diretos ou indiretos.

Tabela 2.5 – Exemplo de caso em que o trecho selecionado foi fragmentado por referir-se a processos comportamentais diferentes e por ser composto de um só verbo, com mais de um complemento, separados pelo conectivo “e” ou por vírgulas

Localização do trecho no texto	Trecho selecionado do texto	Fragments do trecho
76.2.3	“A relação da pessoa com seu corpo torna-se evidente nos cuidados de higiene, na forma de se vestir e na maneira como ela se refere verbalmente a seu corpo”.	<ul style="list-style-type: none"> - A relação da pessoa com seu corpo torna-se evidente nos cuidados de higiene. - A relação da pessoa com seu corpo torna-se evidente na forma de se vestir. - A relação da pessoa com seu corpo torna-se evidente na maneira como ela se refere verbalmente a seu corpo.

c) Duas ou mais orações em um mesmo trecho, separados por vírgula

Quando o trecho selecionado da obra apresentou mais de uma oração, estando elas separadas por vírgula e representando processos comportamentais diferentes, o trecho foi fragmentado na vírgula, originando fragmentos. Na Tabela 2.6 é apresentado um exemplo desse tipo de caso.

Tabela 2.6 – Exemplo de caso em que o trecho selecionado foi fragmentado por referir-se a processos comportamentais diferentes e por ser composto de duas ou mais orações em um mesmo trecho, separados por vírgula

Localização do trecho no texto	Trecho selecionado do texto	Fragmentos do trecho
75.2.1	“O diagnóstico reacional focaliza a posição que a pessoa assume em relação a doença, o diagnóstico médico especifica como é essa doença do ponto de vista orgânico, e o diagnóstico situacional abre-se para a amplitude da pessoa”.	<ul style="list-style-type: none"> - O diagnóstico reacional focaliza a fase que a pessoa assume em relação a doença. - O diagnóstico médico especifica como é essa doença do ponto de vista orgânico. - O diagnóstico situacional abre-se para a amplitude da pessoa.

e) Orações coordenadas adversativas

Quando houve orações em um mesmo período¹⁰ que exprimiam sentidos ou afirmações em oposição, contraste ou compensação uma da outra, elas foram separadas na conjunção, originando fragmentos para análise. Um exemplo dessa separação é apresentado na Tabela 2.7.

¹⁰ Período é, nas normas gramaticais da Língua Portuguesa, de acordo com Duarte (2013), um enunciado linguístico que se constitui de uma ou mais orações.

Tabela 2.7 – Exemplo de caso em que o trecho selecionado foi fragmentado por referir-se a processos comportamentais diferentes e por ser composto de orações coordenadas adversativas

Localização do trecho na obra	Trecho selecionado da obra	Fragmentos do trecho
76.1.4	“Por tudo isso deve ser objetivo, conciso, e redigido de forma positiva, anotando-se a presença dos problemas financeiros importantes, isso deve ser também mencionado no diagnóstico, mas se ele não tem tal problema também não é o caso de mencionar ‘ele não tem problemas financeiros’”.	- Por tudo isso deve ser objetivo, conciso, e redigido de forma positiva, anotando-se a presença dos problemas financeiros importantes, isso deve ser também mencionado no diagnóstico. - Se ele não tem tal problema também não é o caso de mencionar ‘ele não tem problemas financeiros’.

Após a fragmentação do trecho selecionado, uma letra do alfabeto, minúscula, foi acrescentada ao final da localização dos trechos, separada dos números por um ponto (.), para identificar se o fragmento representava a primeira parte fragmentada do trecho ou a segunda etc. Mesmo quando o trecho não foi fragmentado, ele recebeu o acréscimo dessa letra ao final da localização anterior. A partir da etapa de fragmentação dos trechos, o código de localização do fragmento no texto passou a ser composto por três números e uma letra minúscula. Os quatro elementos foram separados por pontos (.). Exemplos do acréscimo das letras na localização do fragmento são apresentados na coluna da esquerda da Tabela 2.8, enquanto que na coluna da direita da mesma tabela estão os trechos fragmentados.

Tabela 2.8 – Exemplo da inserção da letra minúscula na localização dos fragmentos de trechos selecionados da obra

Localização do fragmento na obra	Fragmentos de trechos selecionados da obra
73.2.5.a	Para uma orientação quanto a isso o psicólogo deve estabelecer como regra consultar o prontuário do paciente antes de toda primeira entrevista com o paciente hospitalizado.
73.2.5.b	Para uma orientação quanto a isso o psicólogo deve estabelecer como regra conversar com a enfermagem antes de toda primeira entrevista com o paciente hospitalizado.
73.2.5.c	Para uma orientação quanto a isso o psicólogo deve familiarizar-se com o significado daquelas placas penduradas na porta dos quartos que informam sobre os riscos de contaminação.

Identificando-se que o trecho selecionado consistia de um único processo comportamental, mesmo apresentando diferentes verbos, ele não foi separado e foi registrado integralmente no protocolo de registro. Esses casos em que o trecho não foi fragmentado por representar um mesmo processo comportamental geral foram quando:

a) Havia indicação de um único processo comportamental geral complementado por outros verbos que constituíam em atividades constituintes do processo geral

Em algumas orações o autor utilizou mais de um verbo para designar um mesmo processo comportamental. Nesses casos, havia um processo comportamental geral e outros verbos que se constituíam em atividades constituintes do processo geral. Esses verbos apareciam no gerúndio ou conjugados em quaisquer tempos verbais da Língua Portuguesa, representando uma classe de respostas constituinte de uma classe de comportamentos mais geral, separados pelo conectivo “e” ou por vírgulas. Apesar de não fragmentar o trecho, pequenos ajustes na redação foram realizados, em alguns casos. Exemplos desse tipo de não fragmentação do trecho selecionado são apresentados na Tabela 2.9.

Tabela 2.9 – Exemplo de caso em que o trecho selecionado da obra não foi fragmentado por tratar-se de um único processo comportamental geral complementado por outros verbos que se constituíam em atividades constituintes do processo geral

Localização do fragmento na obra	Trecho selecionado da obra	Manutenção do trecho selecionado da obra, sem fragmentá-lo
122.3.13.a	“no pesar preparatório há pouca ou nenhuma necessidade de palavras, em geral um toque carinhoso de mão, um afago nos cabelos ou apenas um silencioso sentar-se ao lado é suficiente”.	Na depressão preparatória há pouca ou nenhuma necessidade de palavras, em geral um toque carinhoso de mão, um afago nos cabelos ou apenas um silencioso sentar-se ao lado é suficiente.
101.2.1.a	“O psicólogo não pode se esquecer de incluir a si próprio nesse diagnóstico transferencial, questionando sistematicamente sua motivação para trabalhar em psicologia hospitalar”.	O psicólogo não pode se esquecer de incluir a si próprio nesse diagnóstico transferencial, questionando sistematicamente sua motivação para trabalhar em psicologia hospitalar.

b) Havia indicação de processo comportamental geral complementado por outro considerado condição antecedente ou conseqüente da classe geral

Algumas orações apresentaram o verbo principal e mais outro verbo em uma cadeia comportamental, designando uma seqüência de atividades a serem realizadas pelo psicólogo, em um mesmo processo comportamental. Esse exemplo é apresentado na Tabela 2.10. Nos casos em que as orações apresentaram uma relação de decorrência, elas não foram fragmentadas.

Tabela 2.10 – Exemplo de caso em que o trecho selecionado da obra não foi fragmentado por tratar-se de um único processo comportamental geral complementado por outro considerado condição antecedente ou consequente da classe geral

Localização do fragmento na obra	Trecho selecionado da obra	Manutenção do trecho selecionado da obra, sem fragmentá-lo
101.3.1.a	“Para realizar seu trabalho de atendimento psicológico ao paciente, o psicólogo hospitalar precisa antes se envolver com a equipe médica, que em muitos casos não possui a mínima ideia do que o psicólogo está fazendo no hospital”.	Para realizar seu trabalho de atendimento psicológico ao paciente, o psicólogo hospitalar precisa antes se envolver com a equipe médica, que em muitos casos não possui a mínima ideia do que o psicólogo está fazendo no hospital.

B) Reformulação da redação dos fragmentos

Fragmentos são os trechos selecionados da obra que já foram fragmentados e caracterizados como sendo orações. Esses fragmentos passaram por modificações de forma a torná-los mais claros. Algumas mudanças gerais foram realizadas para que o fragmento “se tornasse auto explicativo”. Foi observado o contexto de onde o trecho foi selecionado na obra para identificar o sujeito das orações, de maneira que os sujeitos sempre fossem explicitados. As mudanças foram realizadas quando:

a) O sujeito da oração encontrava-se na terceira pessoa do plural ou do singular

Sempre que o sujeito da oração foi encontrado na terceira pessoa do plural ou do singular, foi retomado o trecho original para identificar se o sujeito ao qual o autor se referia era a equipe multidisciplinar, os médicos, o paciente, os familiares ou o psicólogo. Após identificado qual sujeito era referido, foi feita a explicitação desse sujeito. Um exemplo dessa modificação é apresentado na Tabela 2.11. Na coluna da direita da Tabela 2.11 a 2.16 encontram-se as alterações realizadas nos fragmentos, destacadas em itálico.

Tabela 2.11 – Ilustração de fragmento em que o sujeito da oração foi alterado

Localização do fragmento na obra	Fragmentos do trecho	Reformulação da redação dos fragmentos
47.2.6.a	Quando <i>eles</i> podem ser escutados em sua revolta e mau humor, geralmente melhoram muito em seus relacionamentos.	Quando <i>pacientes</i> são escutados, em sua revolta e mau humor, geralmente melhoram muito em seus relacionamentos.

b) O verbo da oração encontrava-se na primeira pessoa do plural

Os verbos encontrados na primeira pessoa do plural foram alterados para a terceira pessoa do plural, após retorno ao trecho original do fragmento para identificar qual o sujeito da oração. Um exemplo desse tipo de alteração é apresentado na Tabela 2.12.

Tabela 2.12 – Ilustração de fragmento em que o verbo da oração foi alterado

Localização do fragmento na obra	Fragmentos do trecho	Reformulação da redação dos fragmentos
33.2.3.a	Não <i>oferecemos</i> rótulos.	<i>Psicólogos hospitalares</i> não <i>oferecem</i> rótulos.

c) Ocorria personificação no fragmento, o sujeito da oração era “Psicologia hospitalar”

As orações cujos sujeitos eram “Psicologia hospitalar” foram alterados para o sujeito “psicólogo em ambiente hospitalar”, como ilustrado na Tabela 2.13.

Tabela 2.13 – Ilustração de fragmento em que o sujeito da oração foi alterado por se tratar de “Psicologia hospitalar”

Localização do fragmento na obra	Fragmentos do trecho	Reformulação da redação dos fragmentos
41.6.6.a	A <i>psicologia hospitalar</i> trabalha muito com as palavras, e por isso é evidente a importância dessa questão das palavras proibidas para o psicólogo hospitalar.	O <i>psicólogo em ambiente hospitalar</i> trabalha muito com as palavras, e por isso é evidente a importância dessa questão das palavras proibidas para o psicólogo em ambiente hospitalar.

d) O substantivo “posição” designou fases do paciente para se relacionar com seus estados de saúde

Simonetti (2011) usa o substantivo “posição” para se referir à “posição na qual o paciente se encontra na órbita em torno da doença”. Para o autor, a órbita da doença é composta pelas posições “negação”, “revolta”, “depressão” e “enfrentamento”. A partir da leitura da obra, é possível identificar que as “posições” nomeadas pelo autor se referem a fases pelas quais o paciente pode evoluir diante de alterações em sua condição de saúde. Simonetti (2011, p. 121) explicita que o substantivo “fase” é equivalente ao que ele nomeia por “posição” quando afirma que “se a depressão se tornar muito profunda, ou muito prolongada, deixando de ser fase e virando estado, deve-se então considerar-se a possibilidade de tratamento médico com o uso de antidepressivos”. Dessa forma, os substantivos “posição” ao longo da obra que se referiam a uma fase do paciente diante de suas condições de saúde foram substituídos pelo substantivo “fase”. Na Tabela 2.14 é apresentado um exemplo dessa alteração.

Tabela 2.14 – Ilustração de fragmento em que houve alteração do substantivo “posição” para o substantivo “fase”

Localização do fragmento na obra	Fragmentos do trecho	Reformulação da redação dos fragmentos
39.2.4.a	Talvez, logo adiante, [o paciente] possa assumir outra <i>posição</i> diante da doença.	Talvez, logo adiante, o paciente possa assumir outra <i>fase</i> diante da doença.

e) Expressões que designam obrigação, dever ou necessidade de algo

Expressões como “tem que fazer”, “deve fazer”, “é necessário”, “é preciso” etc. foram substituídas pelo próprio verbo que designa a ação, de forma a tornar a oração mais precisa. Na coluna da direita da Tabela 2.15 é apresentada a substituição realizada.

Tabela 2.15 – Ilustração de fragmento em que as expressões de obrigação, dever ou necessidade foram alteradas diretamente pelo verbo

Localização do fragmento na obra	Fragmentos do trecho	Reformulação da redação dos fragmentos
47.3.2.a	A esses motivos <i>deve-se somar</i> o fato de que nunca é fácil, para a equipe, perceber que aquela agressividade que lhe está sendo dirigida nada tem de pessoal.	Aos comportamentos do paciente na fase de revolta <i>soma-se</i> o fato de que nunca é fácil, para o psicólogo, perceber que aquela agressividade que lhe está sendo dirigida nada tem de pessoal.

f) Foram encontrados fragmentos com duas expressões negativas

Em casos de fragmentos com duas expressões negativas que se referiam ao mesmo processo, foram alterados para afirmações. Na Tabela 2.16 é apresentada a substituição das expressões negativas.

Tabela 2.16 – Ilustração de fragmento em que havia duas expressões negativas e foram alteradas para uma oração afirmativa

Localização do fragmento na obra	Fragmentos do trecho	Reformulação da redação dos fragmentos
35.1.6.a	<i>Sem amor não há como trabalhar</i> em psicologia hospitalar.	O psicólogo em ambiente <i>hospitalar trabalha com amor</i> .

Não houve reformulação da redação dos fragmentos quando:

a) O sujeito do fragmento foi “profissional da saúde”

Nesses casos, não houve troca de sujeito para “psicólogo em ambiente hospitalar” uma vez que, para o autor da fonte de informação

utilizada, “profissional da saúde” refere-se aos profissionais da equipe de saúde multiprofissional, incluindo o psicólogo, mas não somente ele. Um exemplo dessa ilustração é apresentado na Tabela 2.17. A expressão “profissional da saúde”, destacada em itálico, foi mantida.

Tabela 2.17 – Ilustração de fragmento em que a expressão “profissional da saúde” não teve redação reformulada

Localização do fragmento na obra	Fragmento de trecho selecionado da obra
139.3.2.b	O tratamento individualizado pode ser feito somente quando o <i>profissional da saúde</i> conhece o paciente, acompanhado o ritmo do paciente.

b) Referiam-se a caracterização ou definição de aspectos do meio com os quais o psicólogo lida em seu ambiente de trabalho

Definições ou caracterizações de aspectos com os quais o psicólogo lida em seu ambiente de trabalho não foram modificadas. A Tabela 2.18 ilustra o fragmento inalterado por tratar-se da definição de “diagnóstico” para Simonetti (2011).

Tabela 2.18 – Ilustração de fragmento não alterado por conter características ou definições de aspectos do meio com o qual o psicólogo lidará no seu ambiente de trabalho

Localização do fragmento na obra	Fragmento de trecho selecionado da obra
35.2.1.a	Diagnóstico em psicologia hospitalar nada tem a ver com o psicodiagnóstico, que é um procedimento estruturado por meio de testes psicológicos que visam a determinar a posição do sujeito em determinadas escalas de inteligência ou em outra função psíquica.

c) Referiam-se à funções de atividades realizadas pelo psicólogo em seu ambiente de trabalho

Fragmentos que descreviam funções de atividades realizadas pelo psicólogo em seu ambiente de trabalho não foram modificados. A

Tabela 2.19 ilustra o fragmento inalterado por tratar-se da função de “diagnóstico”, de acordo com Simonetti (2011).

Tabela 2.19 – Ilustração de fragmento não alterado por referir-se às funções de atividades realizadas pelo psicólogo em seu ambiente de trabalho

Localização do fragmento na obra	Fragmento de trecho selecionado da obra
33.1.2.a	A principal razão pela qual os diagnósticos são feitos é eles facilitarem o tratamento, de modo que diante de um diagnóstico bem feito a melhor estratégia terapêutica se evidencie, naturalmente, na mente do psicólogo bem treinado

C) Classificação dos fragmentos em conjuntos de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”

Após a fragmentação dos trechos em unidades de informação menores para facilitar a análise das informações do autor, verificou-se que os dados coletados repetiam-se de três maneiras gerais: ou eram ações do psicólogo em ambiente hospitalar, ou eram fragmentos referentes àquilo que o psicólogo não deveria apresentar em ambiente de trabalho ou eram aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar. Dessa forma, os fragmentos foram classificados em um desses três grandes grupos. Após serem classificados, foram elaboradas três listas de fragmentos. Uma lista conteve apenas fragmentos classificados como ações do psicólogo em ambiente hospitalar, outra lista conteve fragmentos dos trechos referentes àquilo que o psicólogo não deveria apresentar em ambiente de trabalho e a última lista conteve apenas os fragmentos referentes aos aspectos de meio com o qual o psicólogo lida em um ambiente hospitalar.

Para classificar os fragmentos no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, consideraram-se orações em que o sujeito fosse o psicólogo ou os profissionais da saúde e que os verbos indicassem ação, tarefa, atividade ou classes de comportamentos do psicólogo em hospitais. Esses fragmentos puderam conter apenas a ação do psicólogo, a ação e a situação na qual a ação ocorre, a ação e a decorrência da ação do psicólogo ou ainda comportamentos do

psicólogo em hospitais. Na Tabela 2.20 são apresentados diferentes exemplos desses fragmentos classificados como “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”.

Tabela 2.20 – Ilustração de diferentes tipos de fragmentos classificados como “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”

Localização do fragmento na obra	Fragmentos classificados como “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”
75.1.2.b	O psicólogo em ambiente hospitalar diagnostica a pessoa na doença.
41.2.2.a	Em pacientes graves, sob efeito de muitos remédios, pode ser difícil o psicólogo distinguir esse sono de fuga do sono provocado pela sedação medicamentosa.
36.3.3.a	O psicólogo, ao diagnosticar a forma de reação do paciente a doença, ao mesmo tempo, oferece uma escuta que permite ao paciente elaborar sua doença por meio da fala, o que por si só produz efeitos terapêuticos.
119.1.2.b	Se o paciente nega a doença mas aceita bem o tratamento, o psicólogo deve ficar atento, porque provavelmente logo surgirão os sinais de que o paciente já pode reconhecer sua doença .

Para classificar os fragmentos no conjunto de “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, consideraram-se orações em que o sujeito fosse o psicólogo e que os verbos indicassem ação, tarefa, atividade ou classe de comportamentos que o psicólogo não poderia desenvolver ou apresentar em hospitais. Na Tabela 2.21 é apresentado um exemplo de fragmentos classificados como “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”.

Tabela 2.21 – Ilustração de fragmentos classificados como “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”

Localização do fragmento na obra	Fragmentos classificados como “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”
33.2.3.a	Psicólogos em ambientes hospitalares não oferecem rótulos.

Para classificar os fragmentos no conjunto “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”, consideraram-se fragmentos que não se referissem a ações, tarefas, atividades ou classes de comportamentos que psicólogos ou profissionais da saúde devessem ou não apresentar em hospitais. Além de não se referirem às ações, os fragmentos classificados nesse grupo referiam-se à facilitadores para o trabalho do psicólogo em hospitais, instrumentos, situações de trabalho, caracterização e conceitos de aspectos do meio com o qual o psicólogo irá lidar ou funções das atividades que psicólogos, pacientes, familiares, equipe multidisciplinar e médicos realizam. Na Tabela 2.22 são apresentados exemplos de fragmentos classificados como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”.

Tabela 2.22 – Ilustração de fragmentos classificados como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”

Localização do fragmento na obra	Fragmentos classificados como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”
42.2.4.c	A racionalização, por exemplo, é uma maneira elaborada, geralmente usada por pessoas informadas para negar a doença usando a informação para segurar a emoção diante da doença.
33.3.5.c	Com um mapa [material com informações organizadas a respeito do paciente] fica bem mais fácil direcionar as intervenções terapêuticas.
47.3.3.b	O psicólogo, escorado em seus conhecimentos sobre transferência e <i>acting out</i> está preparado para orientar a equipe.
49.2.2.a	Com muita frequência, uma raiva que é sentida pelo paciente maior parte do tempo, tem função de evitar a angústia.

A lista com os fragmentos classificados como “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” foi analisada e tratada a partir da próxima etapa de análise, tratamento e organização dos dados, a etapa D. As listas contendo as “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e os “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” foram arquivadas e retomadas nas etapas A, B e C do procedimento de organização dos dados para constituírem classes de

estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

D) Revisão dos fragmentos classificados no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”

Assim como foi realizado em etapas anteriores, a revisão e as alterações realizadas nessa etapa tiveram o objetivo de tornar os fragmentos mais claros, mais próximos de um provável comportamento-objetivo a ser formulado. A linguagem utilizada por Simonetti (2011) é uma linguagem psicanalítica, para um determinado público-alvo. Quando a “linguagem psicanalítica” foi identificada, ela foi alterada de forma que o objeto de exame do autor se tornasse explícito, observável, ainda que de maneira indireta, em alguns casos. Essa alteração facilitou a identificação de classes de comportamentos que provavelmente serão desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Em alguns fragmentos, foi necessário consultar o contexto de onde o trecho foi reproduzido da obra para compreender a oração. A alteração da “linguagem psicanalítica” para uma linguagem mais objetiva e o acréscimo de informações aos complementos das orações, quando necessário, foram modificações realizadas para tornar o fragmento mais claro. Algumas alterações em relação a plural e singular, masculino e feminino e pontuação também foram realizadas, quando necessárias. Outras mudanças realizadas nessa etapa foram:

a) Tornar os fragmentos mais concisos e claros

Fragmentos com muitas palavras para referir-se ao mesmo processo tiveram sua redação reformulada para tornarem-se mais concisos. Quando os fragmentos davam margem a mais de uma interpretação para o seu significado foram reescritos, de maneira a torná-los, em algum grau, mais claros. Os verbos foram mantidos intactos nessa etapa. A ilustração dessas alterações é apresentada na Tabela 2.23. As expressões destacadas em itálico nessa tabela demonstram as substituições realizadas para tornar o fragmento mais claro.

Tabela 2.23 – Ilustração de fragmento em que a redação foi reformulada para tornar-se mais concisa e clara

Localização do fragmento na obra	Fragmento classificado no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”	Reformulação da redação do fragmento classificado no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” de maneira mais clara e concisa
49.2.6.b	O psicólogo <i>pode apenas acompanhar</i> o caminho que vai da tristeza à raiva.	O psicólogo <i>acompanha</i> o caminho que vai da tristeza à raiva.

b) Reformulação de orações na sequência sujeito, verbo e complemento

Os fragmentos que apresentavam complemento no início ou no meio da oração foram alterados para a sequência sujeito, verbo e complemento, de maneira a explicitar as atividades do psicólogo em hospitais. Esse tipo de alteração é ilustrado na Tabela 2.24. Na coluna da direita da tabela encontra-se o resultado da alteração realizada em que o sujeito da oração, destacado com sublinhado, localiza-se no início da mesma, sendo seguido pelo verbo, destacado em itálico, e pelo complemento, esse sem nenhum tipo de destaque.

Tabela 2.24 – Ilustração de fragmento reformulado na sequência sujeito, verbo e complemento

Localização do fragmento na obra	Fragmento classificado no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”	Reformulação da redação do fragmento classificado no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” na sequência sujeito, verbo e complemento
41.2.2.a	Em pacientes graves, sob efeito de muitos remédios, pode ser difícil <u>o psicólogo</u> <i>distinguir</i> esse sono de fuga do sono provocado pela sedação medicamentosa.	<u>O psicólogo</u> <i>distingue</i> o sono de fuga do sono provocado pela sedação medicamentosa, em pacientes graves, sob efeito de muitos remédios.

c) Fragmentos que exigiam alteração de mais de um componente da oração

Fragmentos que não possuíam os três componentes de uma oração (sujeito, verbo e complemento) e que dificultavam o entendimento do leitor, exigiram um tratamento diferente dos demais. A alteração de mais de um componente da oração só foi possível de ser feita a partir da releitura do contexto de onde o trecho foi reproduzido do texto. Esses fragmentos receberam um asterisco (*) ao final do seu número de localização, sinalizando que eles foram tratados de maneira diferenciada. Na coluna da direita da Tabela 2.25 estão ilustradas as alterações realizadas para tornar os fragmentos mais claros e precisos.

Tabela 2.25 – Ilustração de fragmentos que exigiram alteração de mais de um componente da oração

Localização do fragmento na obra	Fragmento classificado no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”	Reformulação da redação do fragmento classificado no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” que exigiram alteração de mais de um componente da oração
37.2.3.b*	O psicólogo hospitalar marca algum ponto, na órbita entre as duas posições principais, ao fazer o diagnóstico.	O psicólogo identifica entre quais das fases principais de evolução da doença o paciente está, ao fazer o diagnóstico, considerando que são quatro fases possíveis para a relação do paciente com sua doença: depressão, revolta, negação e enfrentamento.
49.2.10.a*	Cabe ao psicólogo esperar e acompanhar o paciente ficar pronto.	O psicólogo monitora o paciente ao longo de seu processo de adoecimento.

E) Separação de sujeito, verbo e complemento em fragmentos classificados no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”

Após as revisões gramaticais e alterações nos fragmentos para torná-los mais claros e precisos, o sujeito, o verbo e o complemento de cada fragmento foram separados de forma a evidenciar cada um desses

componentes da oração. A separação dos componentes de uma oração facilita futuras alterações para aproximar fragmentos de classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Sujeitos, verbos e complementos não foram alterados nessa etapa, apenas separados. Um exemplo da separação do fragmento em sujeito, verbo e complemento é apresentado na Tabela 2.26. Na segunda coluna da tabela, da esquerda para a direita, está o fragmento. Na coluna central da tabela o sujeito foi separado do restante do fragmento. Na quarta coluna da esquerda para a direita foi posicionado o verbo, separando-o do sujeito e do complemento da oração. Na coluna da direita está o complemento da oração, separado de sujeito e verbo.

Tabela 2.26 – Ilustração de separação de fragmento em sujeito, verbo e complemento

Localização do fragmento na obra	Fragmento classificado no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” reformulado	Sujeito	Verbo	Complemento
41.2.2.a	O psicólogo distingue o sono de fuga do sono provocado pela sedação medicamentosa, em pacientes graves, sob efeito de muitos remédios.	o psicólogo	distingue	o sono de fuga do sono provocado pela sedação medicamentosa, em pacientes graves, sob efeito de muitos remédios.

F) Avaliação dos verbos das orações e alterações quando necessário

Os três componentes das orações (sujeito, verbo e complemento) separados facilitaram a avaliação dos fragmentos e possíveis substituições quando necessário. Os sujeitos das orações foram mantidos enquanto que os verbos foram substituídos de maneira que as orações se aproximassem de classes de comportamentos a serem desenvolvidos

pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. O critério para substituir os verbos foi tornar as orações mais claras e precisas. Os sujeitos e os complementos também foram observados para fazer a alteração do verbo. A modificação realizada nos verbos foi apenas preliminar. Assim como Luca (2008) e Luiz (2008), critérios específicos foram utilizados para substituir os verbos:

a) Quando se trataram de verbos metafóricos

Verbos pouco objetivos (observáveis) variam o significado da expressão de acordo com o contexto em que estão inseridos. Um exemplo de verbo metafórico encontrado ao longo do tratamento dos dados e que exigiu substituição e aprimoramento está na Tabela 2.27. Essa é a primeira modificação realizada nos verbos, sendo que alguns deles ainda corresponderam à atividades do psicólogo em ambiente hospitalar e não à classes de comportamentos, mesmo após a substituição. Na segunda coluna da esquerda para a direita, da Tabela 2.27 a Tabela 2.30, encontram-se os sujeitos das orações. Na terceira coluna dessas tabelas, da esquerda para a direita, estão os verbos. As setas nessas tabelas demonstram as substituições de um verbo para outro. Na coluna da direita encontram-se os complementos das orações.

Tabela 2.27 – Ilustração de substituição de verbos metafóricos

Localização do fragmento	Sujeito	Verbo	Complemento
33.3.5.b	O psicólogo	dirige	o tratamento do paciente
		↓ orienta	

b) Quando se trataram de respostas encobertas

Assim como os verbos metafóricos as respostas encobertas são pouco precisas. Esses verbos “encobrem” os processos comportamentais que ocorrem enquanto eles acontecem, dificultando que sejam observados. Essa característica dificulta a identificação de classes de comportamentos que provavelmente serão desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Alguns exemplos de verbos com ênfase em respostas metafóricas que exigiram substituição e aprimoramento são encontrados na Tabela 2.28.

Tabela 2.28 – Ilustração de substituição de verbos com ênfase em respostas encobertas

Localização do fragmento	Sujeito	Verbo	Complemento
47.2.6.b	O psicólogo	ao reconhecer ↓ ao identificar	sentimentos de pacientes, geralmente melhora muito os relacionamentos dos pacientes.
68.1.3.a	Psicólogos	lembram ↓ informam	aos pacientes que eles mantiveram esperança ao longo do processo de adoecimento.

c) Quando se trataram de atividades

Uma primeira avaliação foi feita dos verbos com base na noção de comportamentos e uma distinção entre classe de comportamentos e classe de respostas foi realizada. Verbos que expressaram classes de respostas constituintes de prováveis classes de comportamentos profissionais do psicólogo em ambiente hospitalar foram substituídos por classes de comportamentos mais abrangentes, constituídas pelas classes de respostas existentes. O objeto de exame do autor em cada trecho foi levado em consideração para realizar a substituição de um verbo por outro. Foram selecionados verbos que melhor expressassem o objetivo identificado a partir do que o autor expressou em cada fragmento. As substituições estão ilustradas na terceira coluna da esquerda para a direita da Tabela 2.29. Em alguns casos as atividades (classes de respostas) foram apenas substituídas por um verbo mais preciso, permanecendo ainda um verbo que designou classe de respostas.

Tabela 2.29 – Ilustração de substituição de verbos com ênfase em atividades

Localização do fragmento na obra	Sujeito	Verbo	Complemento
131.3.3.a	O psicólogo	pergunta ↓ caracteriza	se o paciente apresenta ideação suicida.
150.2.13.b	O psicólogo	diz ↓ informa	ao paciente que esse problema tem tratamento, para abordar a histeria no pronto-socorro.

d) Quando se tratava de verbos pouco precisos

Os verbos, em geral, foram considerados pouco precisos quando eram abrangentes demais e quando muitos sentidos podiam ser inferidos do trecho original. Na terceira coluna, da esquerda para a direita, da Tabela 2.30 há ilustrações de substituição de verbos pouco precisos.

Tabela 2.30 – Ilustração de substituição de verbos pouco precisos para verbos com mais graus de precisão

Localização do fragmento na obra	Sujeito	Verbo	Complemento
64.1.5.a	O psicólogo	trabalha ↓ intervém	, com pacientes no enfrentamento, de maneira quase sempre silenciosa, calma, repleto de uma comunicação não verbal.
137.1.8.a	Psicólogos	ajudam ↓ ensinam	familiares a apoiar o paciente

G) Avaliação dos complementos das orações e alterações quando necessário

Após avaliar os verbos e substituí-los por verbos mais precisos e claros, o mesmo foi feito com os complementos das orações. Quando

não foi possível identificar o sentido do complemento ao ler o fragmento, foi considerado o contexto de onde o trecho foi reproduzido para poder alterar o complemento com mais precisão e clareza. A maioria das alterações foi decorrência da substituição dos verbos, na etapa anterior, que explicitou o objeto de exame do autor nos trechos. Os complementos foram alterados em função do objeto identificado de exame do autor para o fragmento. As alterações nos complementos foram, basicamente, de três tipos e era comum um complemento ter mais de um desses tipos de alterações.

a) Expressões pouco precisas foram removidas dos complementos. Complementos que contiveram palavras pouco precisas, possibilitando mais de um entendimento, tiveram a remoção dessas palavras, quando não alterou o sentido original do fragmento e quando se referiam a aspectos secundários do processo comportamental em destaque. Na coluna da direita da Tabela 2.31 há ilustração desse tipo de modificação realizada nos complementos. As setas da Tabela 2.31 a 2.33 representam a transição de um complemento por outro. As expressões destacadas em *itálico*, nessas figuras, sinaliza o que foi alterado nos complementos.

Tabela 2.31 – Ilustração de remoção de expressões pouco precisas nos complementos

Localização do fragmento na obra	Sujeito	Verbo	Complemento
70.3.1.b	O psicólogo	consulta	o prontuário do paciente, pois ele tem livre acesso a esse documento, <i>não precisa ficar constrangido</i> ↓ o prontuário do paciente, pois ele tem livre acesso a esse documento

b) Expressões pouco precisas nos complementos foram substituídas

Outro momento em que houve modificação do complemento foi quando existiram palavras pouco precisas, pouco claras ou não suficientes para o entendimento do fragmento, permitindo que cada leitor atribuisse sentidos diferentes à informação. Essas expressões foram substituídas por outras mais precisas e objetivas, evitando alterar

o sentido original atribuído pelo autor. As substituições estão apresentadas na coluna da direita da Tabela 2.32.

Tabela 2.32 – Ilustração de substituição de expressões pouco precisas nos complementos

Localização do fragmento na obra	Sujeito	Verbo	Complemento
54.3.5.a	O psicólogo	programa	<i>as providências adequadas ao diagnosticar risco aumentado de suicídio</i> ↓ <i>o que fazer após diagnosticar o risco aumentado de suicídio do paciente</i>

c) Expressões foram acrescentadas no complemento

Em alguns fragmentos foi necessário acrescentar expressões ou palavras aos complementos para torná-los mais claros e precisos. Essas alterações estão apresentadas na coluna da direita Tabela 2.33.

Tabela 2.33 – Ilustração de acréscimo de expressões nos complementos

Localização do fragmento na obra	Sujeito	Verbo	Complemento
49.2.7.a	O psicólogo	fica sob controle	ao discurso do paciente ↓ de propriedades do discurso do paciente

H) Avaliação dos fragmentos alterados e ajustes necessários nas orações

Após a junção em formato de oração dos verbos substituídos e dos complementos alterados, os fragmentos necessitaram de uma nova avaliação e passaram por novos ajustes para tornar as orações mais próximas de prováveis classes de comportamentos a serem

desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Orações que não foram consideradas claras, precisas, concisas e objetivas, foram alteradas. De modo semelhante ao elaborado por Luca (2008), as orações foram consideradas concisas quando apresentam apenas palavras ou expressões necessárias para seu entendimento. As orações foram consideradas objetivas quando se referiam a variáveis observáveis, direta ou indiretamente, e foram consideradas claras e exatas, quando a linguagem das orações possibilitou, ou pelo menos aumentou a probabilidade de, uma única interpretação para seu significado. Ainda com a finalidade de tornar a oração mais clara e objetiva, a sequência sujeito, seguido do verbo e por último o complemento, foi mantida. Alguns desses ajustes estão apresentados na Tabela 2.34. Na coluna da direita da tabela estão apresentados os ajustes realizados nas orações.

Tabela 2.34 – Ilustração de alguns ajustes realizados nas orações após a junção dos verbos substituídos e dos complementos alterados, na sequência sujeito, verbo e complemento

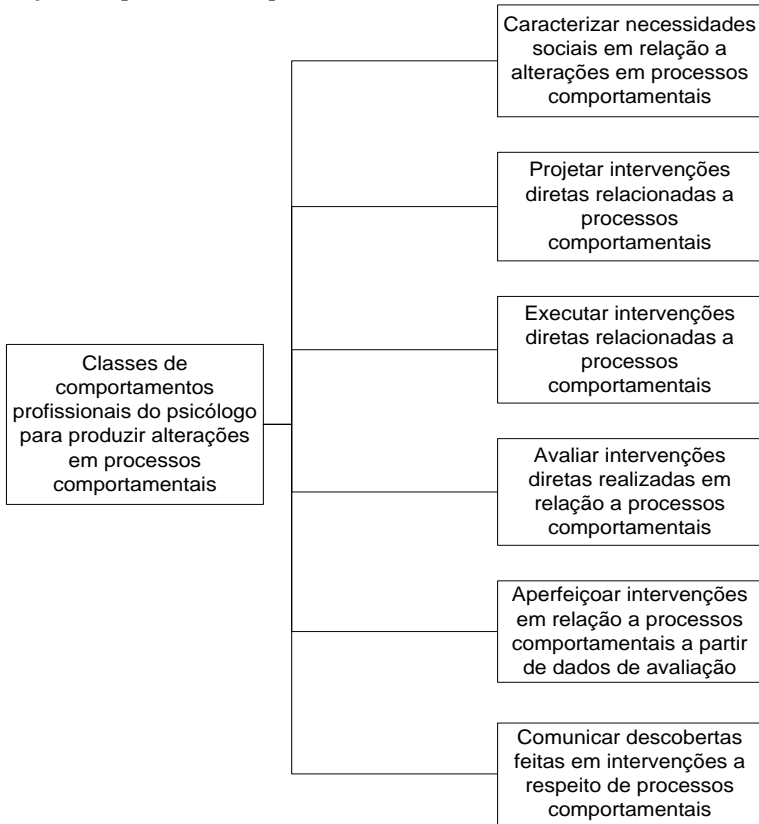
Localização do fragmento na obra	Ajustes realizados após os verbos serem substituídos e os complementos serem alterados
34.2.5.a	O psicólogo em ambiente hospitalar tem que ser capaz de caracterizar o processo de adoecimento. ↓ O psicólogo em ambiente hospitalar caracteriza o processo de adoecimento.
70.2.1.d	o psicólogo pede Informações a respeito do diagnóstico médico diretamente ao paciente, o que pode funcionar como uma espécie de ‘quebra-gelo’ antes da focalização de assuntos de caráter mais psicológico que requeiram a existência de um bom vínculo interpessoal entre paciente e psicólogo. ↓ O psicólogo pede ao paciente informações a respeito de seu diagnóstico médico, o que pode funcionar como uma espécie de ‘quebra-gelo’ antes da focalização de assuntos de caráter mais psicológico que requeiram a existência de um bom vínculo interpessoal entre paciente e psicólogo.
72.1.2.a	Para o psicólogo é importante caracterizar os principais sintomas da doença do paciente a fim de compreender as dificuldades que ele está enfrentando. ↓ O psicólogo caracteriza os principais sintomas da doença do paciente a fim de compreender as dificuldades que ele está enfrentando.
75.1.2.c	O psicólogo em ambiente hospitalar intervém na pessoa durante seu processo de adoecimento. ↓ O psicólogo em ambiente hospitalar intervém na relação que a pessoa estabelece com sua doença, durante seu processo de adoecimento.

4.4. De organização dos dados em um sistema comportamental

A) *Classificação dos “comportamentos” em classes de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais (intervenção direta)*

Os fragmentos, a partir desta etapa, passaram a ser chamados de “comportamentos”. A palavra está entre aspas porque alguns “comportamentos” ainda não estavam nomeados apropriadamente ou porque ainda eram mais caracteristicamente classes de respostas e não de comportamentos, de acordo com distinção apresentada em Botomé (1977). Para organizar os “comportamentos” foi escolhido classificá-los em uma das seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em processos comportamentais propostas por Botomé et al. (2003). Conforme a proposição desses autores, essas seis classes gerais são apresentadas na Figura 2.1.

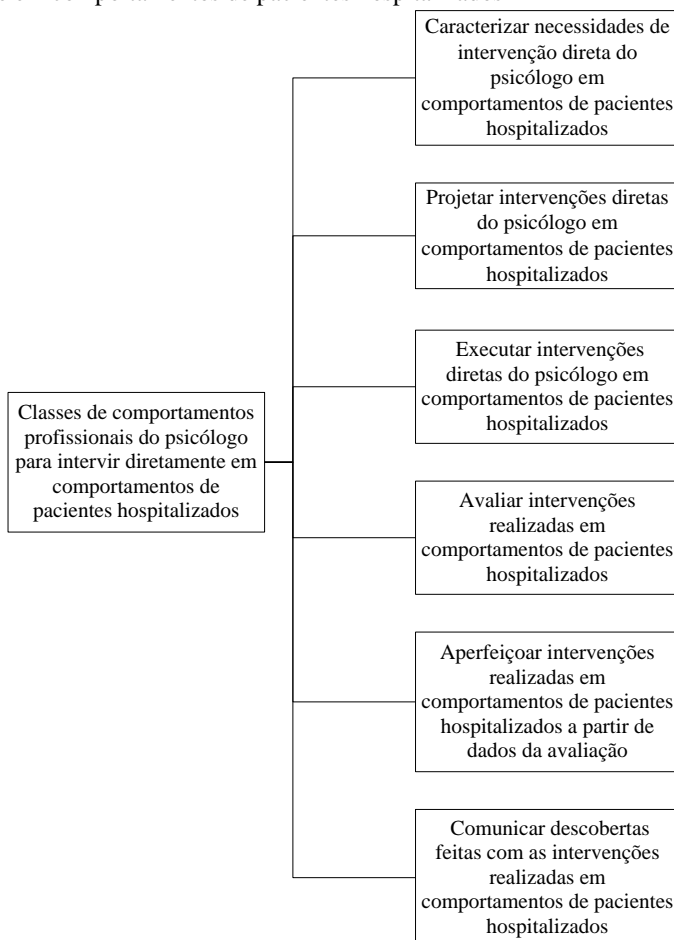
Figura 2.1 – Representação das seis classes de comportamentos constituintes da classe geral de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais



Adaptado de Botomé et al. (2003).

As seis classes propostas por Botomé et al. (2003) foram adaptadas e tornadas específicas para intervenção em comportamentos de pacientes hospitalizados. As seis classes adaptadas ao objeto de exame do trabalho são apresentadas na Figura 2.2.

Figura 2.2 – Representação das seis classes de comportamentos constituintes da classe geral de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados



Adaptado de Botomé et al. (2003).

Para classificação dos “comportamentos” nas seis classes constituintes da classe geral de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados, foi preciso defini-las. Para definir essas seis classes

foram consideradas as características dos “comportamentos” e o objetivo da pesquisa.

a) Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados

Essa classe mais geral, adaptada de Botomé et al. (2003), foi considerada como sendo constituída pelas classes de comportamentos propostas por Kubo (2008)¹¹, apresentadas na Tabela 2.35.

Tabela 2.35 – Classes de comportamentos constituintes da classe geral de comportamentos profissionais do psicólogo “caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”

Classes de comportamentos constituintes da classe geral de comportamentos profissionais do psicólogo “caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”

Coletar informações a respeito da interação de pacientes com sua condição de paciente e com aspectos do ambiente hospitalar

Organizar informações coletadas de modo a possibilitar identificar comportamentos de interesse de intervenção

Tratar informações de modo a possibilitar identificar a função de cada informação no sistema de relações da qual faz parte

Identificar contingências configuradas pelas relações entre o que um organismo faz e aspectos do ambiente

Hierarquizar comportamentos de interesse de acordo com critérios pertinentes e relevantes em relação a situação na qual eles ocorrem

Selecionar comportamentos de interesse para intervenção

Prever características desejáveis dos comportamentos de interesse a serem modificados ou a serem sintetizados

Propor comportamentos-objetivos

¹¹ Material didático desenvolvido por Kubo, O. M, em 2008, para a disciplina PSI-5240 - Psicologia da Aprendizagem I, do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

b) Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados

Para definir essa classe geral de comportamentos profissionais do psicólogo, utilizou-se a proposição de Souza et al. (2010). Segundo esses autores, a classe de comportamentos nomeada “projetar” é melhor explicitada se for separada em três classes de comportamentos, do mesmo nível de abrangência: “planejar”, “projetar” e “programar”. A classe de comportamentos “Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, adaptada de Botomé et al. (2003), foi caracterizada por classes de comportamentos constituintes das classes “projetar condições para ocorrência do comportamento de interesse” e “programar condições para ocorrência do comportamento de interesse”, assim nomeadas por Souza et al. (2010). A classe de comportamentos “Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” é apresentada na Tabela 2.36.

Tabela 2.36 – Apresentação das classes de comportamentos consideradas constituintes da classe geral “Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”

Classes de comportamentos consideradas constituintes da classe de comportamentos “Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”
Caracterizar o comportamento-objetivo
Identificar condições necessárias à ocorrência do comportamento-objetivo nas situações em que deve ser apresentado
Identificar os comportamentos que compõem o comportamento-objetivo
Caracterizar os comportamentos que compõem o comportamento de interesse
Avaliar a prioridade dos comportamentos que compõem o comportamento de interesse
Identificar o que pode ser feito para aumentar a probabilidade de realizar os comportamentos componentes do comportamento de interesse

c) Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados

A terceira classe constituinte da classe geral de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais foi definida como quaisquer ações do psicólogo que ocorrem na interação com aspectos constituintes do ambiente do

psicólogo ao intervir profissionalmente nos comportamentos do paciente hospitalizado. Essas ações são orientadas por aquilo que foi projetado na etapa anterior, de forma que permita posterior avaliação do que foi feito.

d) Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados

Foram consideradas como classes de comportamentos pertencentes a essa classe aquelas que, em algum grau, mensuraram o benefício da intervenção do psicólogo em relação ao paciente. Esses benefícios puderam ser medidos pela comparação do custo da intervenção com os benefícios conseguidos pelo profissional. Os benefícios (ou consequências) foram considerados em termos de tipo de consequências, quantidade, amplitude, extensão, qualidade e duração. Para o custo da intervenção foi considerado o esforço profissional dispendido, em termos de tipo de esforço, recursos materiais, humanos utilizados etc.

e) Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação

Após ter avaliado a intervenção e ter identificado necessidade de aperfeiçoamento, foram consideradas classes de comportamentos pertencentes a “aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” aquelas que se referiram, em algum grau, a um novo projeto de intervenções e a uma nova execução das intervenções, com base nos resultados da avaliação feita, de modo a possibilitar nova avaliação da intervenção profissional.

f) Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados

Foram consideradas classes de comportamentos pertencentes a essa classe aquelas relacionadas a demonstrar a relevância das intervenções do psicólogo aos demais profissionais ou à comunidade científica para que outros profissionais possam utilizar as descobertas comunicadas para aprimorar seu próprio trabalho ou de outros profissionais ou como gênese de problema de pesquisa.

Após ter as classes de comportamentos definidas, foi possível classificar os “comportamentos” derivados da obra original. Para classificá-los, alguns critérios foram utilizados. Primeiramente identificou-se o objeto do exame de Simonetti (2011) em cada “comportamento”. Em seguida, o objeto de exame dos “comportamentos” identificado foi relacionado com a definição proposta para cada uma das seis classes de comportamentos profissionais. Após a comparação do objeto de exame e da definição, foi decidido à qual das seis classes de comportamentos o “comportamento”

pertencia. Quando não foi possível identificar o objeto do exame do autor em algum dos “comportamentos”, retornou-se ao texto original para localizar o fragmento e fazer novamente o processo de classificação. As orações que foram necessárias retornar à obra para poder classificar, foram identificadas com a letra maiúscula C entre parênteses, (C), do lado direito do número de localização do fragmento na obra. Alguns exemplos das classificações realizadas são apresentados na Tabela 2.37.

Tabela 2.37 – Ilustração da classificação de alguns “comportamentos” nas seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais

Localização do fragmento na obra	Orações ajustadas na Etapa 4.3, H	Classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais
70.2.1.a	O psicólogo consulta o prontuário médico do paciente a fim de obter informações a respeito de seu diagnóstico médico.	Caracterizar necessidades de intervenção do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados
34.2.7.c (C)	Psicólogos planejam seu tempo para sentar-se calmamente ao lado do paciente.	Projetar intervenções do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados
55.2.2.a (C)	O psicólogo em ambiente hospitalar examina a depressão no paciente, em vez de querer tirá-lo a qualquer custo dessa fase, pois ela é necessária ao trabalho psíquico de enfrentamento da doença.	Executar intervenções do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados
136.1.7.c	O psicólogo reavalia constantemente sua conversa com o paciente.	Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados
143.3.5.a	O psicólogo altera, em algum momento, seu objetivo inicial de tratamento, de curar o paciente para o objetivo de cuidar do paciente terminal.	Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação
---	---	Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados

A coluna central da Tabela 2.37 ilustra os “comportamentos” classificados. Na coluna da direita da tabela estão as seis classes de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais.

B) Avaliação dos “comportamentos” classificados em uma das seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo e reformulação da redação quando necessário

Após os “comportamentos” serem classificados em uma das seis classes gerais, eles passaram por uma nova avaliação e alguns deles tiveram suas redações reformuladas para tornar as orações mais objetivas, claras, precisas e concisas, ou seja, mais próximas de classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Os dados reformulados foram conferidos por uma segunda observadora. Na Tabela 2.38 estão apresentadas algumas das alterações realizadas. A coluna da direita ilustra os “comportamentos” reavaliados e a nova redação, destacado em itálico. As setas em cada linha demonstram a transição das orações como eram antes e como ficaram após a avaliação e reformulação da oração.

Tabela 2.38 – Ilustração de algumas orações que foram avaliadas e reformuladas após a classificação em uma das seis classes gerais de atuação profissional do psicólogo para intervir em processos comportamentais

Localização do fragmento na obra	Orações avaliadas e reformuladas após a classificação em uma das seis classes gerais de atuação profissional do psicólogo para intervir em processos comportamentais
64.3.5.b	<p>O psicólogo identifica que naquele comportamento diferente do paciente há uma mudança em andamento, há um início de enfrentamento.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><i>O psicólogo identifica que a mudança de um padrão comportamental do paciente no hospital sinaliza uma mudança em andamento, o início do enfrentamento da doença.</i></p>
72.1.2.a	<p>O psicólogo caracteriza os principais sintomas da doença do paciente a fim de compreender as dificuldades que ele está enfrentando.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><i>O psicólogo caracteriza os principais sintomas da doença do paciente a fim de identificar o estado no qual se encontra.</i></p>
76.2.1.a	<p>O psicólogo avalia a constituição física da pessoa no nível físico do diagnóstico situacional.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><i>O psicólogo avalia a constituição física da pessoa como aspecto físico do diagnóstico.</i></p>
93.2.2.a	<p>O psicólogo caracteriza a reação do paciente diante da doença, no diagnóstico reacional.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><i>O psicólogo caracteriza os comportamentos do paciente diante da doença, no diagnóstico.</i></p>

C) Nova avaliação dos “comportamentos” e retirada de “comportamentos” já existentes em formulação mais geral

Após serem novamente avaliados e reescritos, os “comportamentos” passaram por em exame para retirar “comportamentos” que, em algum grau, se repetiam. Foram consideradas orações repetidas aquelas que apresentaram o mesmo objeto de exame e que, quando agrupadas em uma mesma classe de comportamentos, foram garantidas por classes de comportamentos mais

gerais. Na coluna central da Tabela 2.39 estão os “comportamentos” reavaliados. Na coluna da direita é apresentada a decisão de retirar ou manter o comportamento, que neste caso foi destacado em *itálico*.

Tabela 2.39 – Ilustração de alguns “comportamentos” que já existiam em formulação mais geral e que foram retirados do conjunto “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”

Localização do fragmento	“Comportamentos” resultantes da Etapa 4.3, H	Identificação de “comportamentos” que já existiam em formulação mais geral e que foram retirados ou mantidos do conjunto “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”
116.4.1.a*	O psicólogo cria condições para que o paciente fale, depois de já tê-lo escutado falar.	“Comportamento” já existia em formulação mais geral e foi retirado
117.1.2.a(C)	O psicólogo cria condições para o paciente falar.	“Comportamento” já existia em formulação mais geral e foi retirado
117.3.4.a(C)	O psicólogo criar condições para que o paciente fale é o importante, e não a ausência de palavras do psicólogo.	“Comportamento” já existia em formulação mais geral e foi retirado
119.3.4.c	<i>O psicólogo cria condições para que o paciente fale de si, da doença, do que quiser.</i>	<i>Formulação mais geral do “comportamento” e foi mantida</i>
123.3.3.a	O psicólogo cria condições para que o paciente fale a respeito de sua doença e fale novamente no dia seguinte.	“Comportamento” já existia em formulação mais geral e foi retirado
142.1.4.a	O psicólogo cria condições para os pacientes falarem e não para ele próprio falar.	“Comportamento” já existia em formulação mais geral e foi retirado

D) Nova avaliação dos “comportamentos” e retirada de “comportamentos” que provavelmente constituem a intervenção indireta de psicólogos em comportamentos de pacientes hospitalizados

Foram selecionados da obra, analisados, tratados e organizados fragmentos relacionados com classes de comportamentos constituintes da intervenção indireta de psicólogos em comportamentos de pacientes hospitalizados. Devido a quantidade de fragmentos dos trechos selecionados de Simonetti (2011) e do objetivo do trabalho, os “comportamentos” do psicólogo para intervir indiretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados (por meio de pesquisa e de ensino) foram retirados nessa etapa. Permaneceram no grupo de “comportamentos” apenas as classes de comportamentos profissionais do psicólogo de intervenção direta. Na coluna da direita da Tabela 2.40 estão apresentados alguns exemplos de “comportamentos” profissionais do psicólogo para intervir indiretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que foram retirados do conjunto ‘ações do psicólogo em ambiente hospitalar’.

Tabela 2.40– Ilustração de alguns “comportamentos” profissionais do psicólogo para intervir indiretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que foram retirados do conjunto “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”

Localização do fragmento	“Comportamentos” profissionais do psicólogo para intervir indiretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que foram retirados do conjunto “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”
129.3.4.b	O psicólogo em ambiente hospitalar sugere à família e à equipe não reforçar benefícios que o paciente está recebendo com a doença e que, com muita frequência, não reconhece.
133.3.1.a	O psicólogo hospitalar se relaciona de maneira cooperativa com outras pessoas interessadas em acolher a subjetividade do paciente na cena hospitalar, tais como padres, pastores e voluntários.
137.1.8.a (C)	Psicólogos ensinam familiares a apoiar o paciente.

E) *Nova avaliação dos “comportamentos” e retirada de “comportamentos” com expressões que se referiam a atividades do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados*

Um novo exame dos “comportamentos” contidos no conjunto “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” foi feito e “comportamentos” que se referiam mais a classes de respostas, ou atividades, do que a classes de comportamentos foram retirados do grupo e passaram a constituir um novo conjunto de dados: “Atividades”. O critério utilizado para retirar “comportamentos” com expressões que se referiam a atividades do psicólogo foi a distinção feita por Botomé (1977) entre atividade e objetivo de ensino.

a) “Comportamentos” pouco abrangentes foram retirados porque eram específicos demais, referiam-se às classes de respostas, alguns em nível quase de comportamento respondente. Estes precisariam passar por muitas alterações para se tornarem uma classe de comportamentos. Na Tabela 2.41 é apresentado um exemplo desse tipo.

Tabela 2.41 – Ilustração de “comportamento” retirado do conjunto “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” que passou a constituir o conjunto “Atividades” por ser específico demais

Localização do fragmento na obra	“Comportamento” retirado do conjunto “Ações do psicólogo em ambiente hospitalar” que passou a constituir o conjunto “Atividades”
119.3.3.b (C)	O psicólogo observa o paciente em interação com o meio.

b) “Comportamentos” muito abrangentes também foram retirados do conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e passaram a constituir o grupo das “Atividades” por impossibilitar ou dificultar a identificação da classe geral de comportamentos que melhor o classifica. Esse exemplo é apresentado na Tabela 2.42.

Tabela 2.42 – Ilustração de “comportamento” retirado do conjunto “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” que passou a constituir o conjunto “Atividades” por ser abrangente demais

Localização do fragmento na obra	“Comportamento” retirado do conjunto “Ações do psicólogo em ambiente hospitalar” que passou a constituir o conjunto “Atividades”
50. 1.5.a	O psicólogo hospitalar trabalha de maneira sutil, quase fugaz.

F) Exclusão de fragmentos com expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo

Ao longo das etapas de análise, tratamento e organização de dados, foi observado que alguns fragmentos continham expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo, dificultando a compreensão. Nessas orações, mesmo retornando ao contexto de onde o trecho foi reproduzido, não foi possível identificar o objeto de exame do autor naquele momento. Foram realizadas alterações em alguns dos fragmentos, mas muitas alterações teriam que ser realizadas para transformá-los em classes de comportamentos e a probabilidade de deturpar o objeto de exame do autor era alta. Esses fragmentos contendo expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo foram retirados nessa etapa de organização dos dados. Na coluna da direita da Tabela 2.43 são apresentados alguns exemplos de fragmentos que foram retirados.

Tabela 2.43 – Ilustração de alguns trechos que foram retirados na etapa de organização dos dados para derivar classes de comportamentos por apresentarem expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo

Localização do trecho na obra	Trechos retirados na etapa de organização dos dados para derivar classes de comportamentos por apresentarem expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo
117.3.3	“O psicólogo precisa encontrar sua função de silêncio, não obrigatoriamente o silêncio da boca, capaz de reengendrar o trabalho de linguagem existente em germe no próprio paciente”.
121.4.3	“Disso [da energia psíquica voltar-se para o trabalho de elaboração das perdas, reais e imaginárias, na depressão] decorre a noção de que a atuação do psicólogo deve se dar no sentido de proporcionar suporte, de assessorar o paciente nesse trabalho [elaboração]”.
123.3.1	“O enfrentamento é uma posição de fluidez, tanto de emoções como de ideias, e se o psicólogo não interromper esse fluxo de emoções e de ideias com interpretações apressadas já fará muito, pois estará libertando o paciente do peso de ser coerente”.

G) União de “comportamentos” que apresentavam mesmo objeto de exame

Após a retirada de a) “comportamentos” já existentes em formulação mais geral, b) “comportamentos” do psicólogo para intervir indiretamente em comportamentos do paciente hospitalizado e c) atividades ou classes de respostas realizadas por psicólogos em hospitais, um novo exame dos “comportamentos” que permaneceram no conjunto “Ações do psicólogo em ambiente hospitalar” foi feito e algumas orações foram unidas por apresentarem um mesmo objeto de exame. Classes de comportamentos de menor abrangência foram unidas e alteradas em uma única classe de comportamentos de maior abrangência, contendo as demais.

O processo de “união” dos “comportamentos” considerados pertencentes da mesma classe e a alteração deles em uma única classe de comportamentos iniciou-se ao identificar funções semelhantes entre classes de comportamentos. As funções eram semelhantes, mas os estímulos antecedentes, consequentes ou os complementos da ação eram

diferentes, como é ilustrado no primeiro conjunto de dados da Tabela 2.44. Em alguns casos os estímulos antecedentes e/ou os complementos variavam apenas em tipo, mas a quantidade era a mesma, como está ilustrado no segundo conjunto de dados da Tabela 2.44. Essa tabela é dividida ao meio por uma linha horizontal mais espessa. Essa linha separa os conjuntos de dados que são referentes a classes de comportamentos distintas. Na coluna central encontram-se as classes de “comportamentos” reavaliadas e a nova formulação, esta destacada em itálico. A coluna da direita apresenta a alteração realizada e o critério utilizado.

Tabela 2.44 – Ilustração de algumas orações que foram alteradas e unificadas por apresentarem mesmo objeto de exame

Identificador da classe de “comportamentos”	Alteração e união de “comportamentos” que pertencem a uma mesma classe	“Status” da classe de “comportamentos”
125.2.1.b	O psicólogo caracteriza aspectos da vida do paciente, seus interesses, seus assuntos favoritos, seu trabalho, sua condição de vida etc.	Era assim e permaneceu no conjunto de dados após alteração por oferecer mais informações.
125.2.1.c	O psicólogo caracteriza aspectos da vida do paciente por meio de conversas de forma descompromissada com ele, sem temas pré-definidos.	Era assim e foi excluído dos dados por oferecer menos informações.
125.2.1.b	<i>O psicólogo caracteriza aspectos da vida do paciente, por meio de conversas de forma descompromissada [ex.: caracteriza seus interesses, seus assuntos favoritos, seu trabalho, sua condição de vida etc.]¹².</i>	<i>Classe de comportamentos “resultante” da unificação das classes anteriores.</i>

¹² Nos colchetes foram inseridos complementos específicos que dão dicas de situações com as quais o psicólogo lidará em seu ambiente de trabalho ou dicas específicas do que fazer em determinadas situações. O cuidado em

73.2.5.a	O psicólogo informa-se a respeito do risco de contágio da doença por meio de consultas ao prontuário do paciente hospitalizado antes de sua primeira entrevista com ele.	Era assim e permaneceu no conjunto de dados após alteração por oferecer mais informações.
73.2.5.b	O psicólogo informa-se a respeito do risco de contágio da doença por meio de conversas com a equipe de enfermagem antes de sua primeira entrevista com o paciente hospitalizado.	Era assim e foi excluído dos dados por oferecer menos informações.
73.2.5.a ¹³	<i>O psicólogo informa-se a respeito do risco de contágio da doença por meio de consultas ao prontuário do paciente hospitalizado e de conversas com a equipe de enfermagem, antes de sua primeira entrevista com ele.</i>	<i>Classe de comportamentos “resultante” da unificação das duas classes anteriores.</i>

Dentre os “comportamentos” de uma mesma classe, foram eliminados os “comportamentos” com a menor quantidade de informações presentes, sejam estímulos antecedentes, consequentes e/ou complementos. A classe de “comportamentos” que continha mais informações foi considerada mais abrangente e foi mantida como representante da classe de comportamentos. As informações dos “comportamentos” retirados consideradas diferentes das informações

manter essas especificidades de cada comportamento é uma forma de manter-se fidedigna a obra original.

¹³ Quando as classes de “comportamentos” eram diferentes mas apresentaram a mesma quantidade de informação entre si, foi mantido a oração com a menor letra do alfabeto, nesse caso 73.2.5.a. Nessa oração foram acrescentadas a informações do fragmento 73.2.5.b que não existiam no primeiro. A classe de comportamentos resultante da união das outras duas classes continuou com a numeração 73.2.5.a.

das classes representantes foram, a estas, acrescentadas. Esse processo de alteração dos “comportamentos” para uma classe mais abrangente de comportamentos é ilustrado no primeiro conjunto de dados da Tabela 2.44.

H) Reformulação da redação dos comportamentos resultantes

Após a união de classes de “comportamentos” em uma mesma classe e a eliminação das classes menos abrangentes, as classes restantes passaram por mais uma etapa de refinamento em sua redação para torná-las mais claras e precisas. Algumas alterações em específico foram realizadas:

a) Remoção dos sujeitos e passagem do verbo para o infinitivo

Os sujeitos foram removidos das orações e elas passaram a iniciar diretamente com o verbo no modo infinitivo, formato caracterizador de classes de comportamentos. Essa alteração é apresentada na Tabela 2.45. Na coluna da direita encontra-se o tipo de alteração realizada. A seta representa a transição de como era a oração e como passou a ser a classe de comportamentos.

Tabela 2.45 – Ilustração da remoção dos sujeitos das orações

Identificador da classe de comportamentos	Orações que tiveram seus sujeitos removidos e seus verbos passados para o modo infinitivo
132.8.1.a	O psicólogo programa as sessões de atendimento psicológico frequentemente
	↓
	Programar sessões de atendimento psicológico frequentemente

b) Classes de comportamentos com complementos muito específicos alteradas para classes mais gerais

Classes de comportamentos com complementos muito específicos foram alteradas para classes de comportamentos mais gerais e as especificidades foram mantidas entre colchetes, como ilustração. Na coluna da direita da Tabela 2.46 estão exemplos de classes de comportamentos que passaram por esse tipo de alteração.

Tabela 2.46 – Ilustração da alteração de classes de comportamentos com complementos muito específicos em classes mais gerais

Identificadora classe de comportamentos	Classes de comportamentos com complementos muito específicos alteradas para classes de comportamentos mais gerais
79.3.1.a	<p>O psicólogo examina a origem de sintomas psíquicos de pacientes que nunca tinham apresentado quadros psiquiátricos antes da internação.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Identificar determinantes de uma sintomatologia qualquer [ex.: patologia mental de pacientes que nunca tinham apresentado quadros psiquiátricos antes da internação].</p>
80.3.1.a	<p>O psicólogo avalia a possibilidade de transtornos psiquiátricos serem decorrência do uso de substâncias químicas, mesmo em casos de idosos.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Avaliar a possibilidade de transtornos psiquiátricos ser decorrência do uso de substâncias químicas, em quaisquer pacientes [ex.: em pacientes idosos].</p>

c) Conservação de nome de técnica psicanalítica

Em quatro orações foi conservada a expressão psicanalítica “associação livre”, que designa técnica e não classe de comportamentos, porque não foi possível identificar classe mais geral de comportamentos ou porque são desconhecidas as implicações de remover essa atividade ou de transformá-la em uma classe mais geral de comportamentos. A definição mais operacional de “associação livre” também é desconhecida e portanto a insegurança em transformá-la em outras expressões mais objetivas e claras, mesmo sendo classe de respostas. As classes de comportamentos que tiveram a expressão “associação livre” mantida estão ilustradas na coluna da direitada Tabela 2.47.

Tabela 2.47 – Ilustração das classes de comportamentos em que foi mantido nome de técnica psicanalítica para manter o exame do autor no trecho original

Identificadora classe de comportamentos	Classes de comportamentos em que foi mantido nome de técnica psicanalítica para manter o exame do autor no trecho original
76.1.4.a	Identificar aspectos importantes relacionados ao paciente, por meio da redação do diagnóstico [ex.: de forma objetiva e concisa] e por meio da <i>associação livre</i> , para possibilitar a identificação de temas mais importantes para discutir em relação a doença.
117.1.3.a	Obter dados por meio de <i>associação livre</i> e de entrevista.
117.1.3.b	Assessorar o exame do paciente das condições atuais e futuras de saúde em que se encontra, por meio de <i>associação livre</i> e de entrevista, o que pode levar a uma mudança nos comportamentos do paciente.
117.1.3.c	Estabelecer vínculo paciente-psicólogo, por meio de <i>associação livre</i> e de entrevista [ex.: identificando pessoas que são importantes na vida do paciente].

I) *Organização das classes de comportamentos dentro de cada uma das seis classes gerais de comportamentos*

Após reformular a redação das classes de comportamentos, as classes restantes foram avaliadas e reorganizadas dentro das seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo. Para realizar a organização dentro de uma classe, a lista de classes de comportamentos foi impressa, cada classe foi recortada e separada das demais. Sobre uma mesa, os comportamentos foram organizados no formato de um mapa comportamental. Nesse mapa, a esquerda foram dispostas as classes de comportamentos mais gerais e a direita as classes que se aproximavam mais de classes de respostas. Após ter o mapa comportamental “montado” sobre a mesa, “transferiu-se” para o computador a organização realizada da lista de classes de comportamentos.

4.5. De organização dos dados para constituírem classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados

- A) *Derivação de classes de estímulos constituintes de situações do ambiente hospitalar relacionadas com a intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir do conjunto de dados classificados como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”*

Após a separação dos fragmentos em conjuntos de dados de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “situações com as quais o psicólogo lida” o tratamento dado aos conjuntos das “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e dos “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” foi o mesmo. Para derivar situações do ambiente hospitalar com as quais o psicólogo lida ao intervir diretamente no comportamento de pacientes hospitalizados, esses dois conjuntos de dados foram lidos e foi identificado o objeto de exame do autor em cada um dos fragmentos. Para cada fragmento classificado como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” ou como “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, foram identificadas situações do ambiente hospitalar que representaram o fragmento classificado. Essas situações identificadas constituíram-se em classes de estímulos com os quais o psicólogo lida em ambiente hospitalar ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados. Essas classes de estímulos foram nomeadas, classificadas em conjuntos e listadas. Elas são apresentadas na Tabela 2.48. Na coluna central foram redigidos exemplos de fragmentos classificados no conjunto de dados “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e na coluna da direita da tabela estão as classes de estímulos que foram identificadas a partir de cada fragmento dos trechos da obra. Em geral, mais de uma classe de estímulos foi identificada por fragmento de trecho.

Tabela 2.48 – Ilustração de fragmentos classificados como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e da identificação de suas classes de estímulos

Localização do fragmento na obra	Fragmentos classificados como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”	Identificação de classes de estímulos referentes ao fragmento
41.1.1.a	No caso de alguma doença com muita visibilidade, como doenças de pele, a única possibilidade de negação é o isolamento social.	- Doenças com muita visibilidade: doenças de pele - Diferentes reações do paciente a sua doença: isolamento social
41.1.1.d	No caso de alguma doença com muita visibilidade, como doenças deformantes, a única possibilidade de negação é o isolamento social.	- Doenças com muita visibilidade: doenças deformantes - Diferentes reações do paciente a sua doença: isolamento social
41.4.3.a	A negação da doença é por vergonha, como no caso das doenças sexualmente transmissíveis.	- Doenças sexualmente transmissíveis - Diferentes reações do paciente a sua doença: vergonha
41.4.3.b	A negação da doença é por vergonha, como no caso das doenças socialmente estigmatizadas.	- Doenças socialmente estigmatizadas - Diferentes reações do paciente a sua doença: vergonha
136.4.1.a	Feito o diagnóstico de uma doença maligna ou incurável, o passo a seguir é comunicá-lo ao paciente, coisa que nunca é fácil, para nenhum dos envolvidos.	-Doença maligna ou incurável - Consequências de comunicar ao paciente diagnósticos de doenças malignas ou incuráveis

B) *Retirada de fragmentos pertencentes aos conjuntos “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” a partir dos quais não foi possível identificar classes de estímulos*

Em dois casos não foi possível identificar possíveis classes de estímulos que “representaram” os fragmentos da obra por serem orações genéricas e imprecisas, necessitando, provavelmente de muitas alterações até tornarem-se mais claras e objetivas. Na coluna da direita da Tabela 2.49 são apresentados os dois fragmentos a partir dos quais não foi possível identificar classes de estímulos.

Tabela 2.49 – Ilustração de retirada dos fragmentos pertencentes aos conjuntos “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” a partir dos quais não foi possível identificar classes de estímulos

Localização do fragmento na obra	Fragmentos pertencentes aos conjuntos “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” a partir dos quais não foi possível identificar classes de estímulos
47.1.5.a	Nos momentos mais difíceis é a focalização da ação que tem mais chances de resolver o problema.
97.2.2.a	Já o psicólogo em ambiente hospitalar, reconhece que o que rege o funcionamento psíquico é algo “além do princípio do prazer”.

C) *Organização final das prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados*

Após listar as classes de estímulos relativas aos fragmentos dos conjuntos “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, elas foram agrupadas e organizadas em conjuntos de diferentes graus de abrangência. O critério utilizado para organizar as classes de estímulos foi conjunto de variável, subconjunto de variável, variável e valor de variável. A ilustração do agrupamento das classes de

estímulos em diferentes graus está na Tabela 2.50. No cabeçalho da tabela verificam-se as diferentes classes de estímulos, que variam em graus de abrangência. A reticência, “...”, entre os dois graus mais extremos das classes de estímulos, representa que esses dois extremos são uma continuidade, uma variação em graus da mesma classe. Já as reticências entre parênteses, “(...)”, encontradas no corpo da tabela indicam a presença de outras classes de estímulos nesses mesmos graus de abrangência. Os números entre parênteses, também no corpo da tabela, permitem localizar as classes de estímulos nas listas dos fragmentos de “situações com as quais o psicólogo lida” e de “não ações do psicólogo”.

Tabela 2.50 – Ilustração de uma parte do agrupamento e da organização das classes de estímulos constituintes da classe de estímulos mais geral “Doenças”

Graus de classes de estímulos			
Graus mais abrangentes de classes de estímulos	...		Graus menos abrangentes de classes de estímulos
			Doenças de pele (41.1.1.a)
			Doenças com muita visibilidade Doenças deformantes (41.1.1.d)
Doenças (...)	Características das doenças (...)	Tipos de doenças (...)	Doenças sexualmente transmissíveis (41.4.3.a)
			Doenças socialmente estigmatizadas (41.4.3.b)
			Doenças incuráveis (136.4.1.a)
			Doenças malignas (136.4.1.a)
			(...)

Após a organização das classes de estímulos como está ilustrado na tabela, mapas visuais foram elaborados para apresentar essas informações. Derivar classes de estímulos de “situações com as quais o psicólogo lida” e de “não ações do psicólogo” possibilita propor classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

III

CLASSES DE COMPORTAMENTOS A SEREM DESENVOLVIDOS PELO PSICÓLOGO PARA INTERVIR DIRETAMENTE EM COMPORTAMENTOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS ORGANIZADAS EM UM SISTEMA COMPORTAMENTAL

“Caracterizar as concepções do paciente a respeito de aspectos constituintes de sua vida”, “programar as sessões de atendimento psicológico frequentemente” e “reavaliar frequentemente as condições de saúde do paciente” são algumas das 100 classes de comportamentos, derivadas da obra de Simonetti (2011) e que, provavelmente serão desenvolvidos pelo psicólogo para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados. Quais são as outras classes? Qual a procedência dessas classes? 100 classes de comportamentos são suficientes para o profissional intervir nesses pacientes? Quais aprimoramentos são necessários realizar para que essas classes sejam desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados? A organização dessas classes em um sistema comportamental possibilita maior visibilidade acerca do processo comportamental investigado, uma vez que, nesse sistema, as classes de comportamentos estão organizadas em torno de uma classe mais geral, interrelacionadas de acordo com critérios (KIENEN, 2008), neste caso, de abrangência e de dependência. Dessa forma, a organização das classes em um sistema se torna uma importante “ferramenta” para apresentar e examinar as classes de comportamentos derivadas de Simonetti (2011).

Comportamento, conforme definições sistematizadas por Botomé (2001), passou a ser designado, após as contribuições de Skinner, como a relação existente entre a ação do organismo (classe de respostas) e o ambiente que antecede e que resulta da ação. Entende-se por ambiente tanto aquilo que antecede a ação do indivíduo quanto aquilo que resulta da ação. O próprio organismo pode ser considerado ambiente para a ocorrência de algumas ações. Com a definição de Skinner (1953/2003) para comportamento, foi deslocada a ênfase que existia na ação do indivíduo para as relações existentes entre propriedades (valores) daquilo que ele fazia e propriedades do ambiente antecedente e consequente. Outra contribuição importante de Skinner,

conforme Sérgio (1983), foi a introdução da noção de classe na Análise Experimental do Comportamento.

Com a noção de classe, foi possibilitado organizar comportamentos considerados como unidade, em conjuntos de acordo com suas funções. Dessa forma, uma classe de comportamentos é constituída por outras classes de comportamentos, menos abrangentes. Essas classes menos abrangentes, por sua vez, também podem ser constituídas por outras classes de comportamentos menos abrangentes. Para decompor classes de comportamentos mais gerais em suas classes constituintes, Botomé (1996a) sugere o procedimento de perguntar orientado às classes mais gerais (ou já existentes): “o que o aprendiz precisa estar apto a fazer para conseguir realizar esse comportamento?”. As respostas obtidas, provavelmente, serão classes de comportamentos constituintes da classe para qual a pergunta foi feita. Esse procedimento de decomposição pode continuar até o grau de minúcia necessária para caracterizar as unidades comportamentais mais básicas de uma classe de comportamento mais geral que está sendo decomposta. Decompondo classes de comportamentos mais gerais em suas classes constituintes torna possível sua organização em sistemas comportamentais.

Sistema comportamental é composto por classes de comportamentos decompostas em classes constituintes. Nesse sistema, as classes de comportamentos estão organizadas de acordo com critérios de abrangência e de dependência. Com o critério de abrangência, classes mais abrangentes são constituídas por classes de menor abrangência que, por sua vez, podem ser constituídas por outras ainda menos abrangentes. Na relação de dependência entre as classes, para que as classes mais gerais ocorram, elas dependem da ocorrência das classes mais específicas. Nesse caso, as classes menos abrangentes são pré-requisitos para a ocorrência de classes mais gerais.

A noção de comportamento e de classe de comportamentos são importantes para a capacitação de um profissional desde que os comportamentos-objetivo estejam bem definidos. Para Botomé (1978), comportamentos-objetivonecessitam explicitar as situações diante das quais o aprendiz irá intervir, os resultados que precisariam ser obtidos por meio da intervenção e as ações necessárias a serem apresentadas diante dessas situações para obter esses resultados. Com a explicitação das classes de comportamentos que constituem o comportamento-objetivo, o docente pode a) identificar por onde iniciar a capacitação do aprendiz e b) constatar a sequência de classes de comportamentos a serem ensinadas. As classes de comportamentos derivadas de Simonetti (2011) são uma proposta de comportamentos que podem ser

desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados, sendo assim, organizá-las em um sistema comportamental é um meio de apresentação e de exame da proposição.

Será apresentada parte dos resultados obtidos após análise, tratamento e organização dos dados coletados na obra de Simonetti (2011), dividida em oito partes. Na seção 1 serão apresentadas as características dos dados intermediários resultantes de etapas dos procedimentos de coleta, análise, tratamento e organização dos dados do método. Na seção 2 será apresentado o sistema comportamental constituído por classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Na seção 3 serão apresentadas as classes decomportamentos que constituem a classe mais geral “caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Na seção 4 serão apresentadas classes de comportamentos que constituem a classe mais geral “projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Na seção 5 deste capítulo serão apresentadas as classes de comportamentos constituintes da classe mais geral “executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Na seção 6 será apresentada a classe de comportamentos que constitui a classe mais geral “avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Na seção 7 será apresentado o resultado encontrado para as classes de comportamentos “aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e “comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Por fim, na seção 8, as classes de comportamentos apresentadas como constituintes das seis classes mais gerais de comportamentos profissionais do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos do paciente hospitalizado serão examinadas e discutidas.

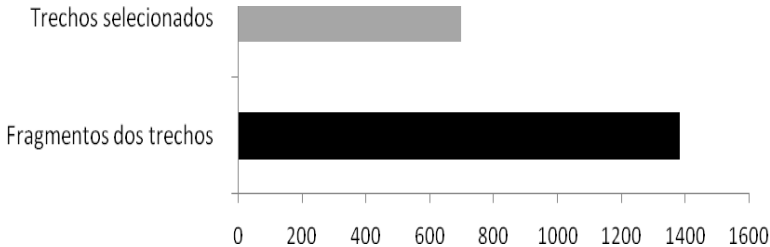
1. Características dos resultados intermediários produzidos nas etapas de análise e tratamento dos dados que constituíram classes de comportamentos profissionais do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados

As diversas etapas dos procedimentos constituintes do método para identificar as classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de

pacientes hospitalizados foram necessárias para explicitar de forma mais clara, precisa, concisa e objetiva os nomes das classes de comportamentos a partir da fonte de informação observada. Cada uma dessas etapas do procedimento teve como resultado dados intermediários até chegar ao resultado final. A demonstração detalhada desses resultados intermediários permite examinar características da fonte de informação utilizada.

Na etapa “registro dos trechos selecionados”, foram registrados 699 trechos a partir do manual de Simonetti (2011). Esses trechos foram fragmentados na etapa “fragmentação dos trechos selecionados” e, totalizaram 1385 fragmentos para serem tratados e organizados nas etapas subsequentes dos procedimentos para identificar as classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Na Figura 3.1 é apresentada a distribuição de quantidades de trechos selecionados e de fragmentos dos trechos ao final da etapa de “fragmentação dos trechos selecionados”.

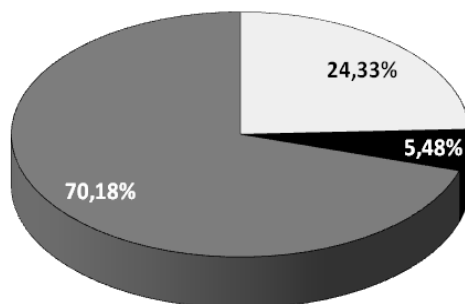
Figura 3.1 – Distribuição da quantidade total de trechos selecionados da obra de Simonetti (2011) na etapa “registro dos trechos selecionados” e da quantidade total de fragmentos após a etapa “fragmentação dos trechos selecionados”



Após os trechos terem sido fragmentados, os fragmentos passaram por uma reformulação de redação e, em seguida, foram classificados em conjuntos de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”. Dos 1385 fragmentos, 70,18% (972 fragmentos) foram agrupados no conjunto de “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”, 24,33% (337 fragmentos) foram

classificados no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e 5,48% (76 fragmentos) foram classificados no conjunto de “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”. Na Figura 3.2 é apresentada a distribuição das quantidades de fragmentos classificados em cada um desses três conjuntos.

Figura 3.2 – Distribuição dos percentuais dos fragmentos classificados nos conjuntos de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”



- Fragmentos classificados no conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”
- Fragmentos classificados no conjunto de “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”
- Fragmentos classificados no conjunto de “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”

Dos 337 fragmentos que se referiam a “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, três deles foram repetidos e foram retirados do conjunto na etapa “avaliação dos complementos das orações e alterações quando necessário”. Restaram 334 fragmentos classificados nesse conjunto, ao final desta etapa.

Na etapa “classificação dos ‘comportamentos’ em classes de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais (intervenção direta)”, os 334 “comportamentos” foram inicialmente classificados nas seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo. Tais “comportamentos” passaram por avaliações e 50 desses foram retirados, na etapa “nova avaliação dos ‘comportamentos’ e retirada de ‘comportamentos’ já existentes em formulação mais geral”, por

repetirem-se. Dos 334 “comportamentos”, restaram 284 ao final desta etapa.

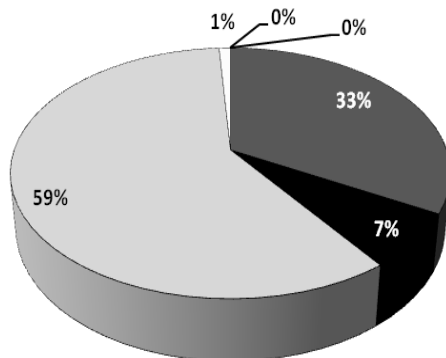
Na etapa “nova avaliação dos ‘comportamentos’ e retirada de ‘comportamentos’ que provavelmente constituem a intervenção indireta de psicólogos em comportamentos de pacientes hospitalizados”, foram retirados 14 “comportamentos” do conjunto de dados. Restaram 270 “comportamentos” ao final dessa etapa. Na etapa “nova avaliação dos ‘comportamentos’ e retirada de ‘comportamentos’ com expressões que se referiam a atividades do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados” foram retirados 120 “comportamentos”, específicos ou abrangentes demais. Os “comportamentos” retirados passaram a constituir um novo conjunto nomeado “Atividades”. Esse conjunto não foi tratado e analisado neste trabalho e está apresentado no Apêndice A. Restaram 150 “comportamentos” no conjunto “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” ao final da dessa etapa.

Na etapa “exclusão de fragmentos com expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo”, 12 fragmentos que permaneciam com expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo, apesar das alterações já realizadas ao longo das etapas, foram retirados do conjunto de dados. Esses fragmentos, assim como o conjunto das “Atividades” não foram tratados e analisados após serem retirados do conjunto de dados. Após a retirada desses fragmentos, o conjunto de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” passou a conter 138 “comportamentos”. Novo exame foi realizado na etapa “união de ‘comportamentos’ que apresentavam mesmo objeto de exame” e alguns “comportamentos” foram transformados em um só, por apresentarem o mesmo objeto de exame. Foram 38 “comportamentos” retirados deste conjunto de dados e adicionados ao conjunto dos 50 “comportamentos” repetidos, retirados na etapa “nova avaliação dos “comportamentos” e retirada de “comportamentos” já existentes em formulação mais geral”.

Restaram 100 classes de comportamentos, distribuídas entre as seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo. As 100 classes de comportamentos foram novamente organizadas dentro de cada uma das seis classes gerais. 33 classes de comportamentos foram organizadas na classe “Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. A classe “Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” constituiu-se por sete classes de comportamentos. Foram classificadas 59 classes de comportamentos na classe “Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos

de pacientes hospitalizados”. Apenas uma classe de comportamentos constituiu a classe “Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”, enquanto que nenhuma classe de comportamentos foi considerada como pertencente às classes “Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e “Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”. A Figura 3.3 apresenta essa distribuição.

Figura 3.3 – Distribuição dos percentuais das classes de comportamentos classificadas em cada uma das seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais (intervenção direta)



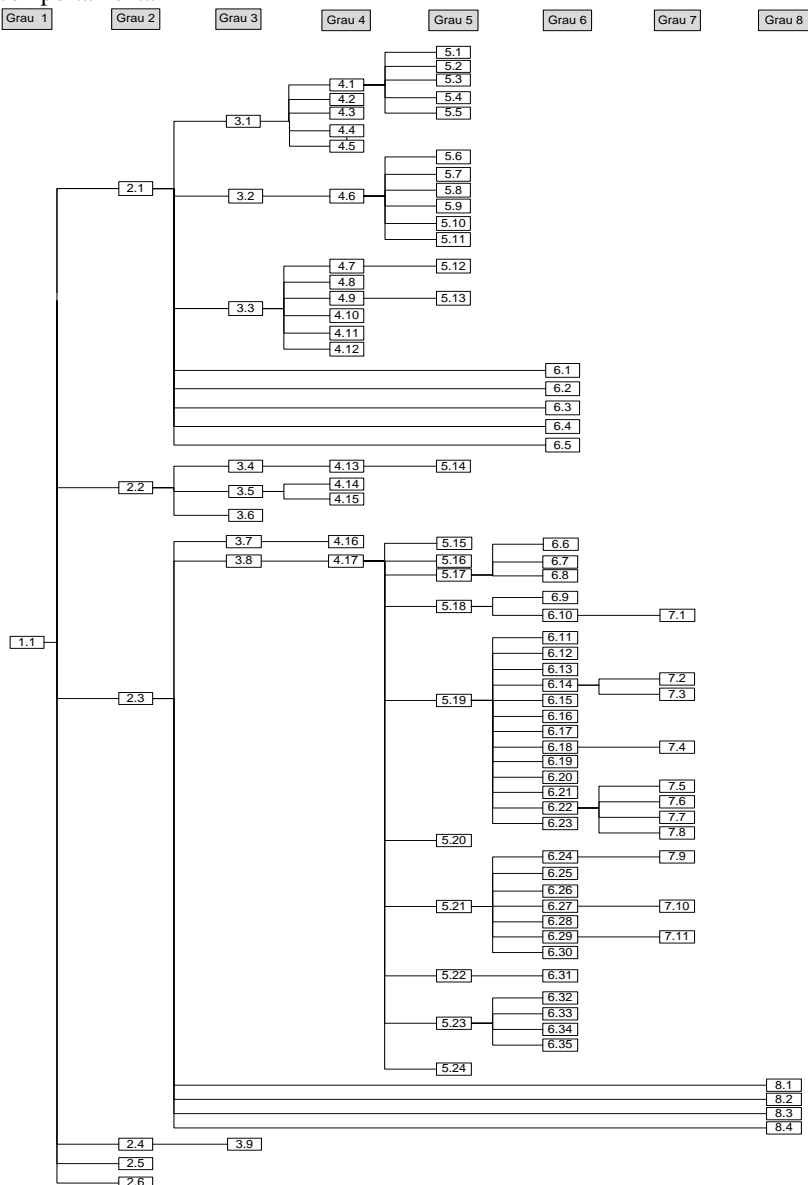
- Caracterizar necessidades de intervenção do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados
- Projetar intervenções do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados
- Executar intervenções do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados
- Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados
- Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação
- Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados

No Apêndice B é apresentado um esquema ilustrando as etapas intermediárias do processo de coleta, análise, tratamento e organização dos dados, bem como os resultados intermediários de cada etapa.

2. Sistema comportamental constituído por classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados, identificadas e derivadas de simonetti (2011)

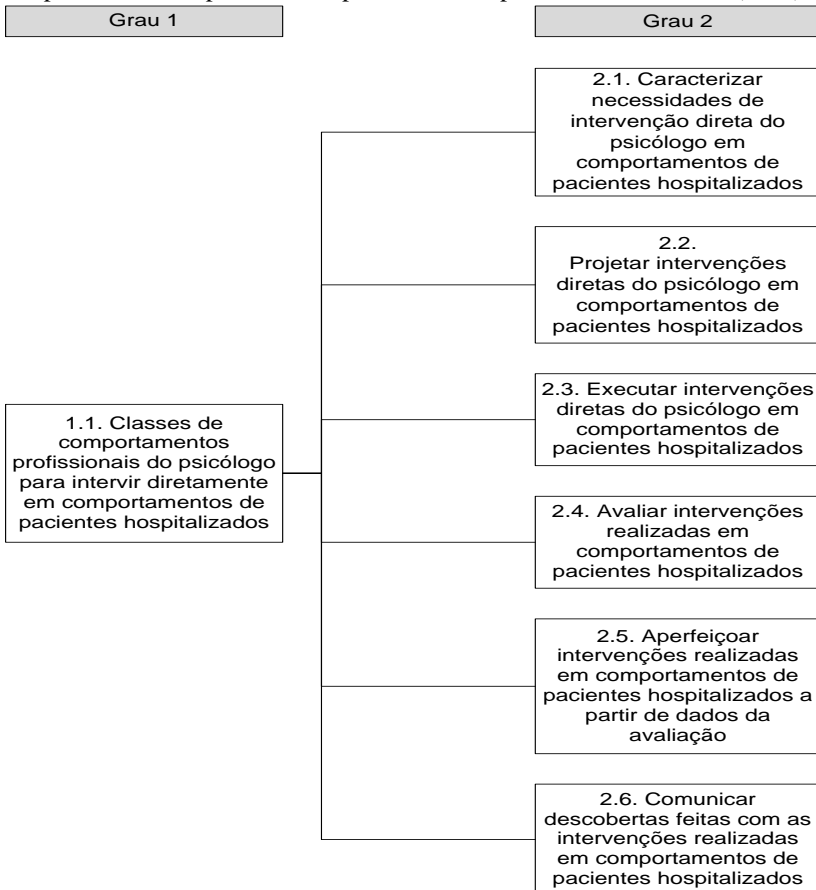
O sistema comportamental que constitui a Figura 3.4 representa o conjunto total das classes de comportamentos derivadas da fonte de informação. Nesse sistema, as classes de comportamentos estão representadas por retângulos com números arábicos, distribuídas de acordo com seus graus de abrangência, em oito graus. As relações de dependência entre essas classes estão representadas por traços. Os graus de abrangência de cada classe de comportamentos são apresentados no topo da Figura 3.4, em retângulos pintados em cinza claro. O grau de abrangência um é constituído pela classe de comportamentos de maior abrangência e o grau oito é constituído pelas classes de comportamentos menos abrangentes. As classes localizadas a direita de outras classes são reconhecidas como “pré-requisitos” para ocorrência das classes de comportamentos a esquerda. Por exemplo, as classes de comportamentos localizadas no grau de abrangência cinco são pré-requisitos para a ocorrência das classes de comportamentos dos graus quatro, três, dois e um. Nessa figura é apresentada a distribuição das 100 classes de comportamentos nas seis classes que constituem a intervenção direta de psicólogos em comportamentos de pacientes hospitalizados (classes 2.1 a 2.6). Por meio da organização das classes em sistema comportamental, é possível evidenciar a quantidade de classes de comportamentos que constituem as classes mais gerais. Destaca-se a distribuição entre as classes de comportamento “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”, “2.5. Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”.

Figura 3.4 – Diagrama de representação das classes de comportamentos que constituem a intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados, derivadas de Simonetti (2011) e organizadas em um sistema comportamental



A segunda coluna de classes de comportamentos da esquerda para a direita, na Figura 3.4, é constituída pelas seis classes gerais baseadas na proposição feita por Botomé et al. (2003), relativas à intervenção direta em fenômenos e processos psicológicos. Elas estão apresentadas na Figura 3.5, organizadas em dois graus de abrangência. Os números arábicos que antecedem os nomes de cada uma das classes de comportamentos auxiliam a localização delas no sistema comportamental apresentado na Figura 3.4.

Figura 3.5 – Diagrama de representação das seis classes mais gerais de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados, adaptado de Botomé et al. (2003)



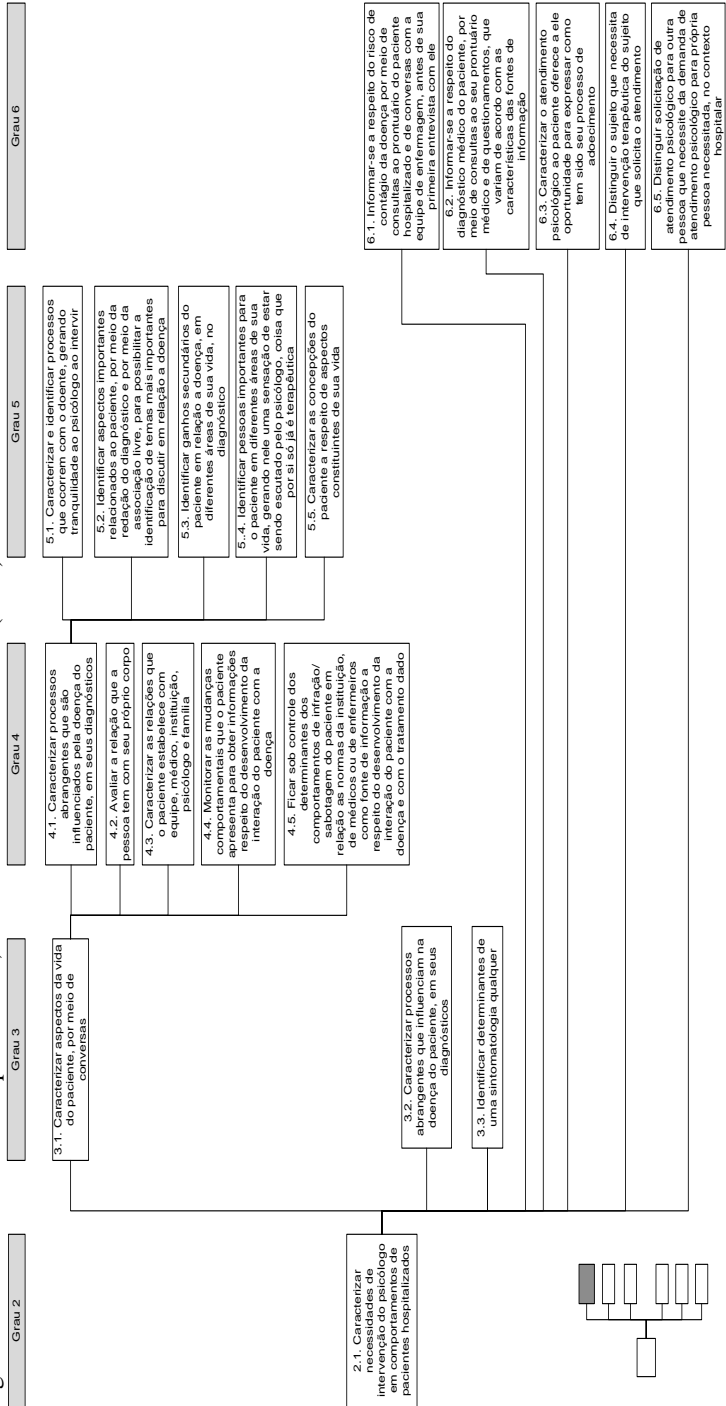
Baseado na proposição feita por Botomé et al. (2003).

3. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”

Foram classificadas na classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” 33 classes de classes de comportamentos, um terço das classes derivadas da obra de Simonetti (2011). Dessas 33 classes de comportamentos, 18 são apresentadas na Figura 3.6, sete classes na Figura 3.7 e oito na Figura 3.8. No canto inferior esquerdo dessas figuras (3.6 a 3.8) há uma representação em miniatura de parte das classes que constituem o sistema comportamental apresentado na Figura 3.4. O retângulo pintado em cinza escuro na miniatura, no canto inferior esquerdo dessas figuras, representa a classe que está sendo objeto de apresentação, facilitando sua localização em relação a classe mais geral de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

No sistema comportamental apresentado na Figura 3.6 é possível notar as relações de dependência e de abrangência de parte das classes de comportamentos que constituem a classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, distribuídas em seis graus de abrangência. A classe de comportamentos “3.1” apresenta um procedimento (por meio de conversas) no seu complemento. A classe “4.1” constitui-se por outras cinco classes relacionadas a identificação e caracterização de aspectos importantes da vida do paciente, incluindo os ganhos secundários a partir de suas atuais condições de saúde, de pessoas que são importantes para o paciente e de concepções que o paciente tem a respeito de aspectos que constituem sua vida.

Figura 3.6 – Diagrama de representação de parte das classes de comportamentos profissionais do psicólogo que constituem a classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, organizadas em um sistema comportamental, derivadas da obra de Simonetti (2011)



As classes de comportamentos do grau seis são as de menor abrangência dentre as classes de comportamentos apresentadas na Figura 3.6. Essas classes de comportamentos são também apresentadas na Tabela 3.1, como forma de salientar as classes de comportamentos que constituem esse grau de abrangência. A numeração no início de cada linha da tabela auxilia a localização das classes de comportamentos nas respectivas figuras. As classes listadas nessa tabela constituem-se em pré-requisitos para a ocorrência das demais classes constituintes da classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Algumas dessas classes estão redigidas em forma de procedimento a ser realizado pelo psicólogo ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados (as classes 6.2, 6.4 e 6.5, por exemplo). Outras classes indicando em seu nome a existência de outras classes de respostas ocorrendo em sequência, como uma cadeia comportamental (a classe 6.1, por exemplo).

Tabela 3.1 – Sequência de classes de comportamentos que constituem o grau de abrangência seis da classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)

-
- 6.1. Informar-se a respeito do risco de contágio da doença por meio de consultas ao prontuário do paciente hospitalizado e de conversas com a equipe de enfermagem, antes de sua primeira entrevista com ele
 - 6.2. Informar-se a respeito do diagnóstico médico do paciente, por meio de consultas ao seu prontuário médico e de questionamentos, que variam de acordo com as características das fontes de informação
 - 6.3. Caracterizar o atendimento psicológico ao paciente oferece a ele oportunidade para expressar como tem sido seu processo de adoecimento
 - 6.4. Distinguir o sujeito que necessita de intervenção terapêutica do sujeito que solicita o atendimento
 - 6.5. Distinguir solicitação de atendimento psicológico para outra pessoa que necessite da demanda de atendimento psicológico para própria pessoa necessitada, no contexto hospitalar
-

Para facilitar o exame das demais classes de comportamentos apresentadas na Figura 3.6, as 13 classes restantes estão apresentadas na Tabela 3.2. As reticências entre parênteses, “(...)”, representam as classes constituintes das classes de comportamentos “3.2” e “3.3”, que estão apresentadas nas Figuras 3.7 e 3.8, respectivamente. Na lista de

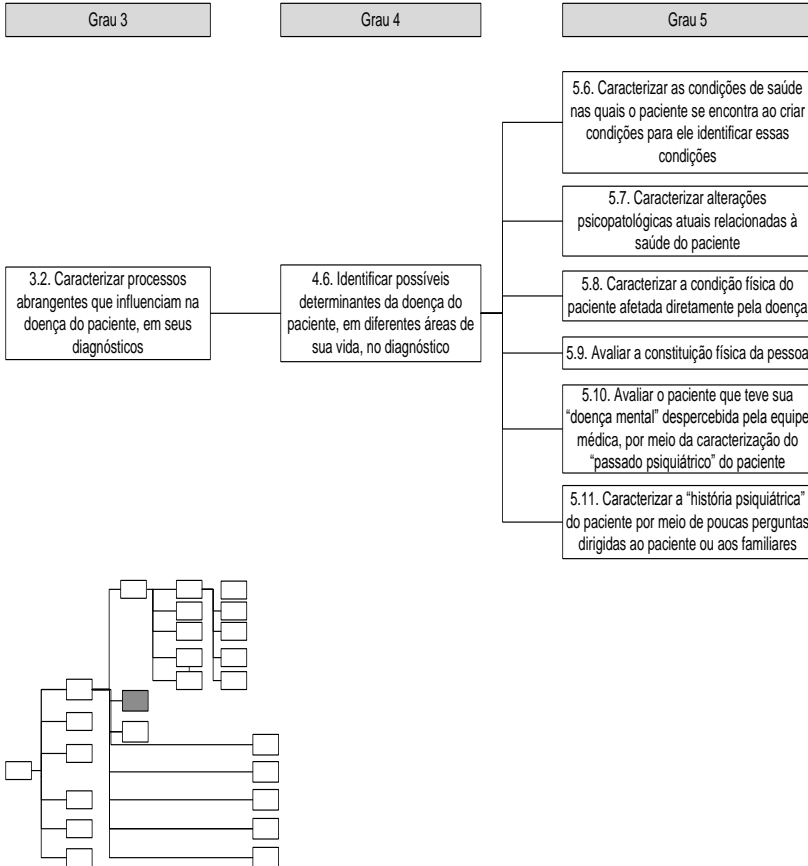
classes de comportamentos que constituem a Tabela 3.2 encontram-se classes de comportamentos que não apresentam os três componentes característicos de comportamentos (classe “5.3”, por exemplo). Encontram-se também classes com complementos específicos, indicando procedimentos a serem realizados pelo profissional e resultados a serem obtidos pelo profissional que possibilitam a ocorrência de outra classe de comportamentos, como a classe “5.2”.

Tabela 3.2 – Sequência de classes de comportamentos que constituem a classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, mais especificadamente a sub classe de comportamentos “3.1. Caracterizar aspectos da vida do paciente, por meio de conversas”, derivadas de Simonetti (2011)

-
- 4.1. Caracterizar processos abrangentes que são influenciados pela doença do paciente, em seus diagnósticos
 - 5.1. Caracterizar e identificar processos que ocorrem com o doente, gerando tranquilidade ao psicólogo ao intervir
 - 5.2. Identificar aspectos importantes relacionados ao paciente, por meio da redação do diagnóstico e por meio da associação livre, para possibilitar a identificação de temas mais importantes para discutir em relação a doença
 - 5.3. Identificar ganhos secundários do paciente em relação a doença, em diferentes áreas de sua vida, no diagnóstico
 - 5.4. Identificar pessoas importantes para o paciente em diferentes áreas de sua vida, gerando nele uma sensação de estar sendo escutado pelo psicólogo, coisa que por si só já é terapêutica
 - 5.5. Caracterizar as concepções do paciente a respeito de aspectos constituintes de sua vida
 - 4.2. Avaliar a relação que a pessoa tem com seu próprio corpo
 - 4.3. Caracterizar as relações que o paciente estabelece com equipe, médico, instituição, psicólogo e família
 - 4.4. Monitorar as mudanças comportamentais que o paciente apresenta para obter informações respeito do desenvolvimento da interação do paciente com a doença
 - 4.5. Ficar sob controle dos determinantes dos comportamentos de infração/sabotagem do paciente em relação as normas da instituição, de médicos ou de enfermeiros como fonte de informação a respeito do desenvolvimento da interação do paciente com a doença e com o tratamento dado
 - 3.2. Caracterizar processos abrangentes que influenciam na doença do paciente, em seus diagnósticos
(...)
 - 3.3. Identificar determinantes de uma sintomatologia qualquer
(...)
-

As classes de comportamentos que constituem a classe “3.2. Caracterizar processos abrangentes que influenciam na doença do paciente, em seus diagnósticos” que, por sua vez, constitui a classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, estão apresentadas na Figura 3.7. A classe “3.2” é constituída por sete classes de comportamentos, sendo uma única pertencente ao quarto grau de abrangência da classe mais geral de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. As seis demais classes pertencem ao quinto grau de abrangência e mantem suas relações de abrangência e de dependência à classe mais geral de comportamentos por meio da classe “4.6”.

Figura 3.7 – Diagrama de representação das classes de comportamentos profissionais do psicólogo que constituem a classe “3.2. Caracterizar processos abrangentes que influenciam na doença do paciente, em seus diagnósticos” que, por sua vez, constitui a classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)



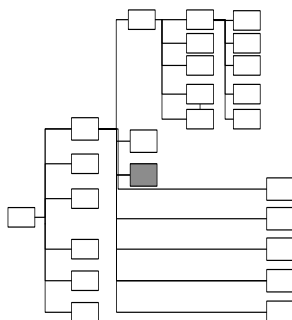
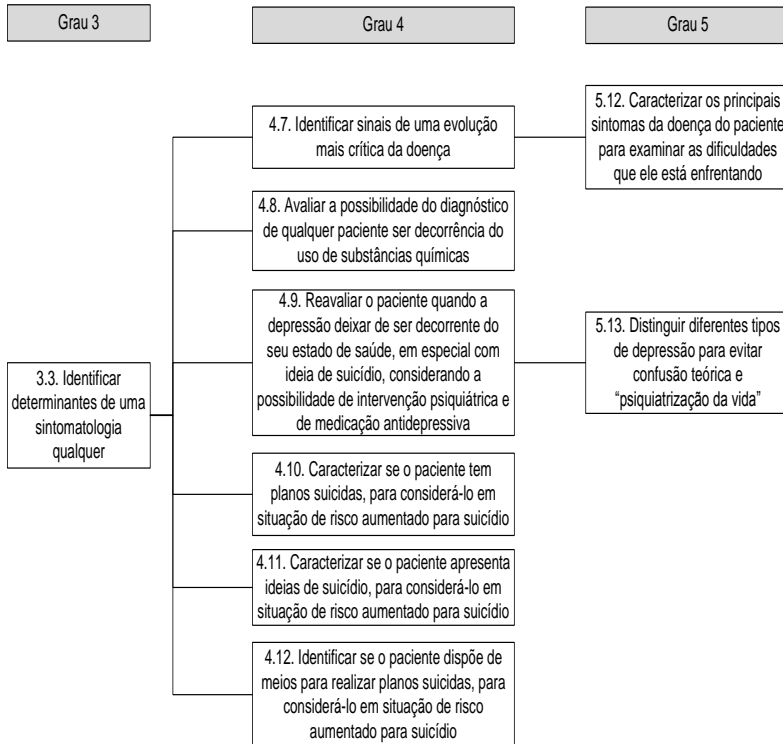
As classes de comportamentos apresentadas na Figura 3.7 são também exibidas na Tabela 3.3. Nessa lista estão presentes expressões abrangentes e pouco objetivas, como “alterações psicopatológicas”, “doença mental”, “passado psiquiátrico” e “história psiquiátrica”.

Tabela 3.3 – Sequência de classes de comportamentos constituintes da classe “3.2. Caracterizar processos abrangentes que influenciam na doença do paciente, em seus diagnósticos” que, por sua vez, constitui a classe de comportamentos “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)

4.6.	Identificar possíveis determinantes da doença do paciente, em diferentes áreas de sua vida, no diagnóstico
5.6.	Caracterizar as condições de saúde nas quais o paciente se encontra ao criar condições para ele identificar essas condições
5.7.	Caracterizar alterações psicopatológicas atuais relacionadas à saúde do paciente
5.8.	Caracterizar a condição física do paciente afetada diretamente pela doença
5.9.	Avaliar a constituição física da pessoa
5.10	Avaliar o paciente que teve sua “doença mental” despercebida pela equipe médica, por meio da caracterização do “passado psiquiátrico” do paciente
5.11	Caracterizar a “história psiquiátrica” do paciente por meio de poucas perguntas dirigidas ao paciente ou aos familiares

A classe de comportamentos “3.3. Identificar determinante de uma sintomatologia qualquer”, também constituinte da classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, é constituída por outras oito classes de comportamentos, apresentadas na Figura 3.8. Dessas oito classes, duas pertencem ao quinto grau de abrangência e as seis demais pertencem ao quarto grau de abrangência da classe mais geral de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Há poucas classes de comportamentos classificadas nesse conjunto e muitas delas referem-se a um processo comportamental específico, o suicidar-se (classes 4.9, 4.10, 4.11 e 4.12).

Figura 3.8 – Diagrama de representação das classes de comportamentos profissionais do psicólogoconstituíntes da classe “3.3. Identificar determinante de uma sintomatologia qualquer” que, por sua vez, constituía classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)



As classes de comportamentos apresentadas na Figura 3.8 são também exibidas na Tabela 3.4.

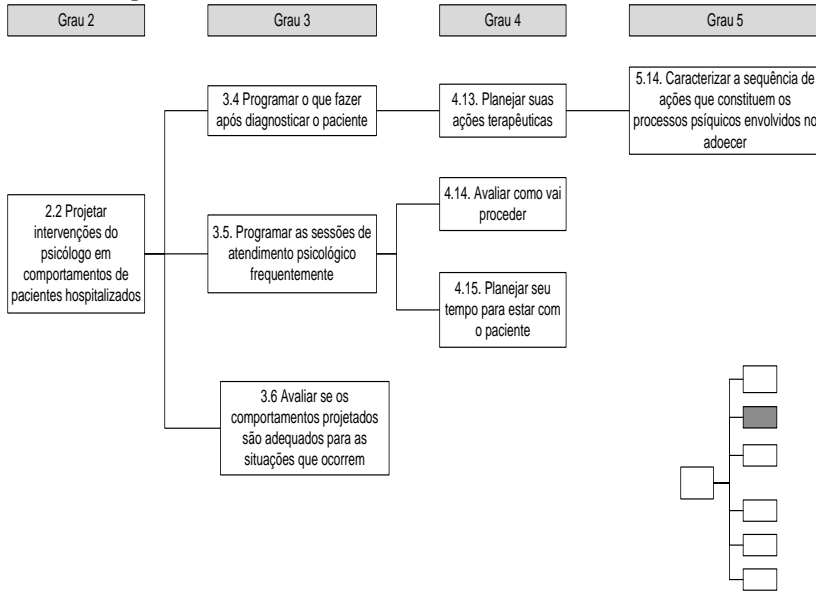
Tabela 3.4 – Sequência de classes de comportamentos que constituem a classe “3.3. Identificar determinantes de uma sintomatologia qualquer” que, por sua vez, constitui a classe de comportamentos “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)

-
- 4.7. Identificar sinais de uma evolução mais crítica da doença
 - 5.12. Caracterizar os principais sintomas da doença do paciente para examinar as dificuldades que ele está enfrentando
 - 4.8. Avaliar a possibilidade do diagnóstico de qualquer paciente ser decorrência do uso de substâncias químicas
 - 4.9. Reavaliar o paciente quando a depressão deixar de ser decorrente do seu estado de saúde, em especial com ideia de suicídio, considerando a possibilidade de intervenção psiquiátrica e de medicação antidepressiva
 - 5.13. Distinguir diferentes tipos de depressão para evitar confusão teórica e “psiquiatrização da vida”
 - 4.10. Caracterizar se o paciente tem planos suicidas, para considerá-lo em situação de risco aumentado para suicídio
 - 4.11. Caracterizar se o paciente apresenta ideias de suicídio, para considerá-lo em situação de risco aumentado para suicídio
Identificar se o paciente dispõe de meios para realizar planos suicidas, para considerá-lo em situação de risco aumentado para suicídio
-

4. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”

Sete classes, das 100 classes de comportamentos derivadas da obra de Simonetti (2011), constituem a classe “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Essas sete classes de comportamentos profissionais do psicólogo estão apresentadas na Figura 3.9. No canto inferior direito dessa figura há uma representação, em miniatura, das seis classes gerais de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Para ilustrar a localização da classe “2.2” dentre as demais, o retângulo correspondente a essa classe foi pintado em cinza escuro, na representação em miniatura.

Figura 3.9 – Diagrama de representação das classes de comportamentos profissionais do psicólogo que constituem a classe “2.2. Projetar intervenções diretas psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, em um sistema comportamental, derivadas de Simonetti (2011)



As classes de comportamentos que constituem essa decomposição também foram representadas na Tabela 3.5, como forma de ressaltar as classes de comportamentos que constituem a classe “2.2”.

Tabela 3.5– Sequência de classes de comportamentos que constituem a classe “2.2. Projetar diretas intervenções do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)

3.4.	Programar o que fazer após diagnosticar o paciente
4.13.	Planejar suas ações terapêuticas
5.14.	Caracterizar a sequência de ações que constituem os processos psíquicos envolvidos no adoecer
3.5.	Programar as sessões de atendimento psicológico frequentemente
4.14.	Avaliar como vai proceder
4.15.	Planejar seu tempo para estar com o paciente
3.6.	Avaliar se os comportamentos projetados são adequados para as situações que ocorrem

5. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”

Do total de 100 classes de comportamentos derivadas da obra de Simonetti (2011), 59 classes de comportamentos constituem a classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Dessas 59 classes, 25 são apresentadas na Figura 3.10. As demais classes serão apresentadas na Figura 3.11 a 3.13. No canto inferior esquerdo da Figura 3.10 e nos cantos inferiores direito das Figuras 3.11 a 3.13 há representações em miniatura de parte das classes que constituem o sistema comportamental apresentado na Figura 3.4. O retângulo pintado em cinza escuro, em cada uma das miniaturas, representa a classe que está sendo objeto de apresentação, facilitando sua localização em relação a classe mais geral de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

O sistema comportamental apresentado na Figura 3.10 mostra as relações de dependência e de abrangência de parte das classes de comportamentos que constituem a classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, distribuídas em oito graus de abrangência. As classes de comportamentos localizadas no oitavo grau de abrangência são as de menor grau de abrangência dentre as classes de comportamentos apresentadas nessa figura, são classes que se aproximam de classes de respostas e são pré-requisitos para a ocorrência das demais classes de comportamentos.

Para facilitar o exame das 25 classes de comportamentos apresentadas na Figura 3.10, elas também estão apresentadas na Tabela 3.6. As reticências entre parênteses, “(...)”, representam as classes constituintes das classes de comportamentos “5.19”, “5.21” e “5.23”, que estão apresentadas nas Figuras 3.11, 3.12 e 3.13, respectivamente. Das classes apresentadas na Figura 3.10 e na Tabela 3.6, destacam-se as classes “3.7” e “4.16”, relativas a derivação de comportamentos profissionais a partir do conhecimento existente, classes de comportamentos com indicação de procedimentos (classe “6.9”), que apresentam expressões pouco objetivas (classe “5.20”) ou que apresentam especificidades da topografia da resposta do psicólogo (classe “9.3”).

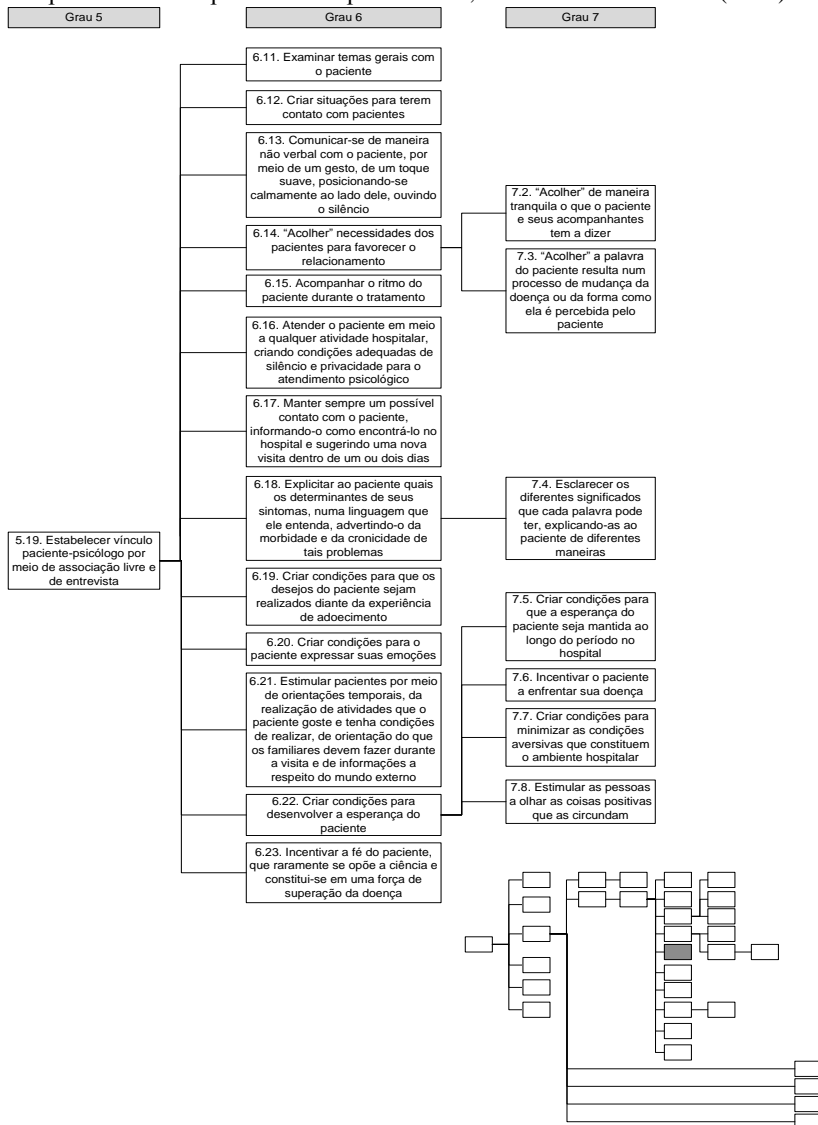
Tabela 3.6 – Sequência de parte das classes de comportamentos que constituem a classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)

3.7.	Derivar condutas profissionais a partir do conhecimento disponível
4.16.	Derivar condutas profissionais de psicólogos a partir do conhecimento psicológico disponível
3.8.	Intervir na relação que a pessoa estabelece com sua doença durante seu processo de adoecimento
4.17.	Intervir de acordo com as características do paciente
5.15.	Identificar a demanda de atendimento psicológico do paciente, ao longo dos atendimentos
5.16.	Identificar o sintoma do paciente ao criar condições para que o paciente identifique o sentido do seu sintoma
5.17.	Identificar com o paciente as funções do atendimento psicológico
6.6.	Preservar a identificação e as informações do paciente
6.7.	Criar condições para que o paciente modele as maneiras pelas quais se dará o atendimento psicológico
6.8.	Aceitar a decisão do paciente de recusar o atendimento psicológico, além de demonstrar respeito pelo desejo do paciente, mantém aberta a possibilidade de tratamento
5.18.	Criar condições para que o paciente identifique acontecimentos que ajudam a provocar/determinar o processo de adoecimento
6.9.	Assessorar o paciente a examinar suas condições atuais e futuras de saúde por meio de associação livre e de entrevista, pode levar a uma mudança nos comportamentos do paciente
6.10.	Criar condições para o paciente examinar sua decisão de ingerir quaisquer tipos de medicamentos
7.1.	Criar condições para o paciente lidar com as consequências de suas escolhas

-
- 5.19. Estabelecer vínculo paciente-psicólogo por meio de associação livre e de entrevista
(...)
 - 5.20. Humanizar o tratamento psicológico por meio da identificação de pessoas que são importantes na vida do paciente
 - 5.21. Reavaliar frequentemente as condições de saúde do paciente
(...)
 - 5.22. Monitorar o paciente ao longo de seu processo de adoecimento
 - 6.31. Monitorar o processo de mudança de sentimentos do paciente
 - 5.23. Intervir escutando e criando condições para o paciente falar
(...)
 - 5.24. Examinar as queixas, ao mediar os conflitos do paciente com a enfermagem, com a família ou com a equipe médica, mais como uma testemunha do que como um juiz
 - 8.1. Identificar locais para pacientes passarem um tempo em descanso e observação
 - 8.2. Controlar a agitação do paciente nas seções do hospital, evitando que ele chame a atenção de muitas pessoas
 - 8.3. Intervir em pacientes de maneira silenciosa, calma, repleta de comunicação não verbal
 - 8.4. Controlar angústia do paciente que solicita o atendimento e não do paciente que necessita a intervenção terapêutica diminui muitas crises
-

As classes de comportamentos que constituem a classe “5.19. Estabelecer vínculo paciente-psicólogo por meio de associação livre e de entrevista” que, por sua vez, constitui a classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, estão apresentadas na Figura 3.11. Dessas classes, 13 estão distribuídas no sexto grau de abrangência e sete classes pertencem ao grau sete de abrangência a classe mais geral de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizado.

Figura 3.11 – Diagrama de representação das classes de comportamentos profissionais do psicólogo que constituem a classe “5.19. Estabelecer vínculo paciente-psicólogo por meio de associação livre e de entrevista” que, por sua vez, constitui a classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)



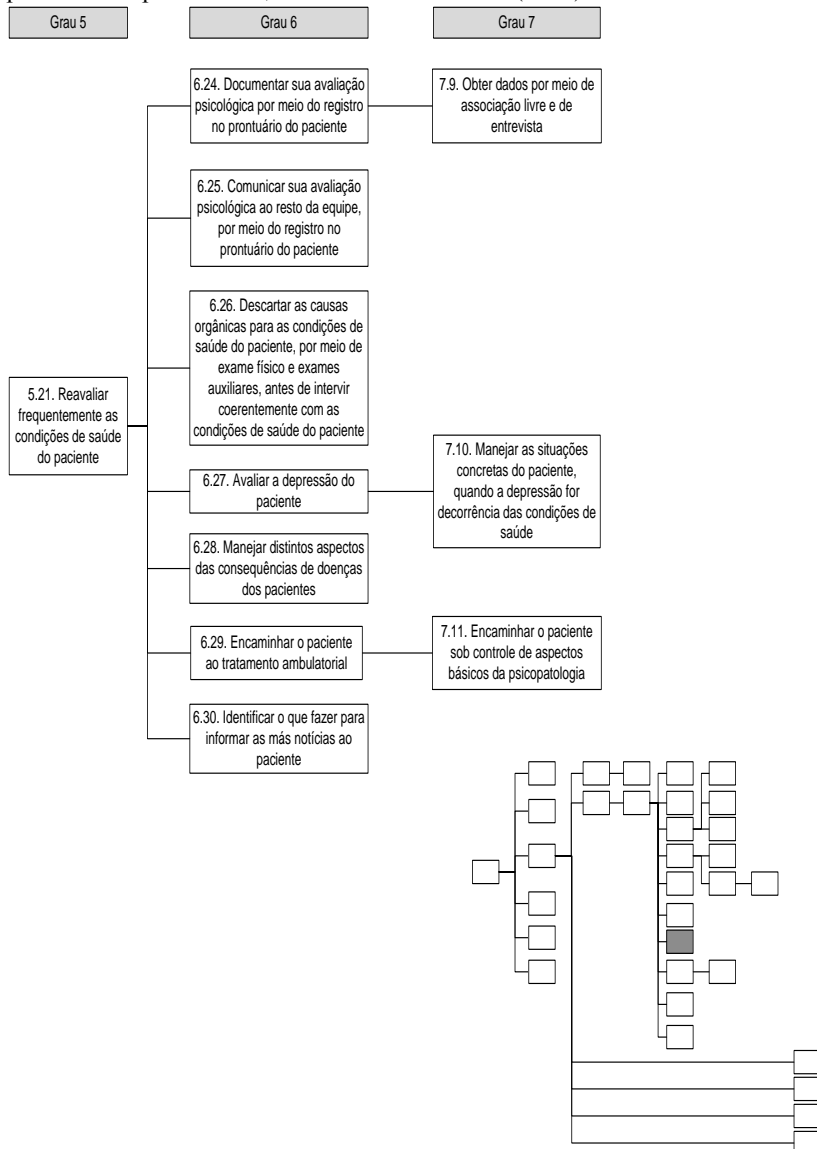
As classes de comportamentos apresentadas na Figura 3.11 são exibidas também na Tabela 3.7. Em relação ao nome das classes apresentadas nessa figura e nessa tabela, a classe “5.19”, por exemplo, apresenta tipos de procedimentos em seu nome. As classes constituintes da classe “6.14” e da classe “6.22” apresentam expressões pouco precisas (“acolher”, “esperança”), em seus nomes.

Tabela 3.7 – Sequência de classes de comportamentos constituintes da classe “5.19. Estabelecer vínculo paciente-psicólogo por meio de associação livre e de entrevista” que, por sua vez, constitui a classe de comportamentos “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)

- 6.11. Examinar temas gerais com o paciente
 - 6.12. Criar situações para terem contato com pacientes
 - 6.13. Comunicar-se de maneira não verbal com o paciente, por meio de um gesto, de um toque suave, posicionando-se calmamente ao lado dele, ouvindo o silêncio
 - 6.14. “Acolher” necessidades dos pacientes para favorecer o relacionamento
 - 7.2. “Acolher” de maneira tranquila o que o paciente e seus acompanhantes tem a dizer
 - 7.3. “Acolher” a palavra do paciente resulta num processo de mudança da doença ou da forma como ela é percebida pelo paciente
 - 6.15. Acompanhar o ritmo do paciente durante o tratamento
 - 6.16. Atender o paciente em meio a qualquer atividade hospitalar, criando condições adequadas de silêncio e privacidade para o atendimento psicológico
 - 6.17. Manter sempre um possível contato com o paciente, informando-o como encontrá-lo no hospital e sugerindo uma nova visita dentro de um ou dois dias
 - 6.18. Explicitar ao paciente quais os determinantes de seus sintomas, numa linguagem que ele entenda, advertindo-o da morbidade e da cronicidade de tais problemas
 - 7.4. Esclarecer os diferentes significados que cada palavra pode ter, explicando-as ao paciente de diferentes maneiras
 - 6.19. Criar condições para que os desejos do paciente sejam realizados diante da experiência de adoecimento
 - 6.20. Criar condições para o paciente expressar suas emoções
 - 6.21. Estimular pacientes por meio de orientações temporais, da realização de atividades que o paciente goste e tenha condições de realizar, de orientação do que os familiares devem fazer durante a visita e de informações a respeito do mundo externo
 - 6.22. Criar condições para desenvolver a esperança do paciente
 - 7.5. Criar condições para que a esperança do paciente seja mantida ao longo do período no hospital
 - 7.6. Incentivar o paciente a enfrentar sua doença
 - 7.7. Criar condições para minimizar as condições aversivas que constituem o ambiente hospitalar
 - 7.8. Estimular as pessoas a olhar as coisas positivas que as circundam
 - 6.23. Incentivar a fé do paciente, que raramente se opõe a ciência e constitui-se em uma força de superação da doença
-

A classe de comportamentos “5.21. Reavaliar frequentemente as condições de saúde do paciente”, também constituinte da classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, é constituída por outras 10 classes de comportamentos, apresentadas na Figura 3.12. Dessas 10 classes de comportamentos, três pertencem ao sétimo grau de abrangência e as sete demais pertencem ao sexto grau de abrangência da classe mais geral de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

Figura 3.12 – Diagrama de representação das classes de comportamentos profissionais do psicólogo constituintes da classe “5.21. Reavaliar frequentemente as condições de saúde do paciente” que, por sua vez, constituía classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)



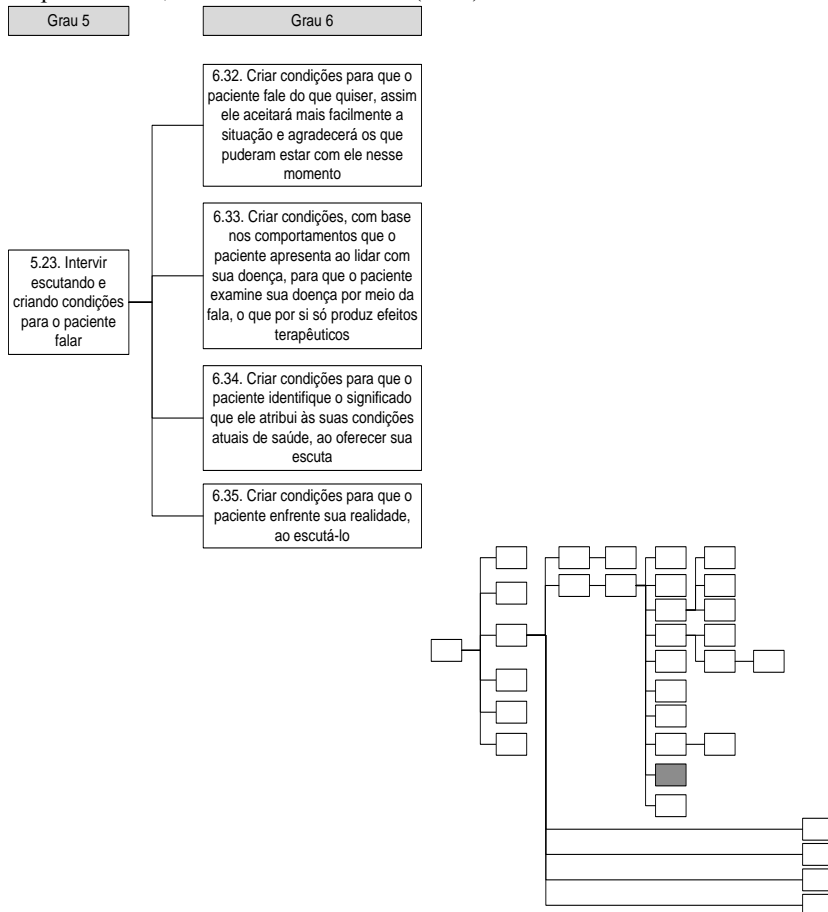
As classes de comportamentos apresentadas na Figura 3.12 também são exibidas na Tabela 3.8. Na classe de comportamentos “6.24”, aparecem indicações de procedimentos no nome da classe, o que pode limitar os comportamentos a serem apresentado pelo profissional. Nessa mesma classe, há uma indicação de “descartar causas orgânicas para as condições de saúde do paciente”. Em algumas das classes apresentadas nessa figura e nessa tabela, ocorre o uso de expressões abrangentes e imprecisas (como “situações concretas”, na classe “7.9”).

Tabela 3.8 – Sequência de classes de comportamentos constituintes da classe “5.21. Reavaliar frequentemente as condições de saúde do paciente” que, por sua vez, constitui a classe de comportamentos “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)

-
- 6.24. Documentar sua avaliação psicológica por meio do registro no prontuário do paciente
 - 7.9. Obter dados por meio de associação livre e de entrevista
 - 6.25. Comunicar sua avaliação psicológica ao resto da equipe, por meio do registro no prontuário do paciente
 - 6.26. Descartar as causas orgânicas para as condições de saúde do paciente, por meio de exame físico e exames auxiliares, antes de intervir coerentemente com as condições de saúde do paciente
 - 6.27. Avaliar a depressão do paciente
 - 7.10. Manejar as situações concretas do paciente, quando a depressão for decorrência das condições de saúde
 - 6.28. Manejar distintos aspectos das consequências de doenças dos pacientes
 - 6.29. Encaminhar o paciente ao tratamento ambulatorial
 - 7.11. Encaminhar o paciente sob controle de aspectos básicos da psicopatologia
 - 6.30. Identifica o que fazer para informar as más notícias ao paciente
-

A classe de comportamentos “5.23. Intervir escutando e criando condições para o paciente falar” também é constituinte da classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Aquela é constituída por outras quatro classes de comportamentos que estão apresentadas na Figura 3.13. Todas as classes de comportamentos pertencem ao sexto grau de abrangência da classe mais geral de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

Figura 3.13 – Diagrama de representação das classes de comportamentos profissionais do psicólogo constituintes da classe “5.23. Intervir escutando e criando condições para o paciente falar” que, por sua vez, constituía classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)



As classes de comportamentos apresentadas na Figura 3.13 são exibidas também na Tabela 3.9. Essas classes salientam, em geral, as consequências para o paciente do seu “falar” ao psicólogo e do “ouvir” o que o paciente fala, por parte do psicólogo.

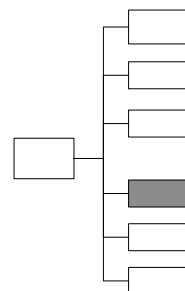
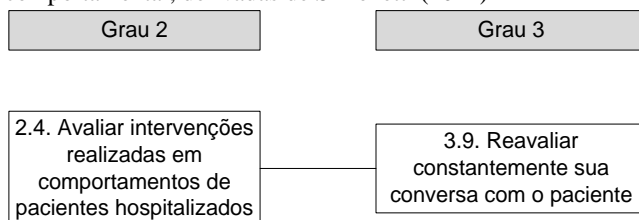
Tabela 3.9 – Sequência de classes de comportamentos constituintes da classe “5.23. Intervir escutando e criando condições para o paciente falar” que, por sua vez, constitui a classe de comportamentos “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, derivadas de Simonetti (2011)

-
- 6.32. Criar condições para que o paciente fale do que quiser, assim ele aceitará mais facilmente a situação e agradecerá os que puderam estar com ele nesse momento
 - 6.33. Criar condições, com base nos comportamentos que o paciente apresenta ao lidar com sua doença, para que o paciente examine sua doença por meio da fala, o que por si só produz efeitos terapêuticos
 - 6.34. Criar condições para que o paciente identifique o significado que ele atribui às suas condições atuais de saúde, ao oferecer sua escuta
 - 6.35. Criar condições para que o paciente enfrente sua realidade, ao escutá-lo
-

6. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”

Das 100 classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados derivadas da obra de Simonetti (2011) apenas uma foi classificada como constituinte da classe “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Essa única classe de comportamentos, constituinte do grau três de abrangência, ainda pode ser questionada se é constituinte, de fato, dessa classe ou se deveria estar localizada em outro local no sistema comportamental. Está apresentada na Figura 3.14.

Figura 3.14 – Diagrama de representação da classe de comportamentos profissionais do psicólogo que constitui a classe “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”, em um sistema comportamental, derivadas de Simonetti (2011)



7. Classes de comportamentos derivadas da obra que constituem a classe “Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e a classe “Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”

Das 100 classes de comportamentos derivadas da obra de Simonetti (2011), nenhuma classe de comportamentos foi classificada como constituinte das classes “2.5. Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”. É possível que profissionais intervenham sem aperfeiçoar seus comportamentos profissionais e sem comunicar o que descobriram a partir de suas intervenções? Quais as implicações para os pacientes, para os hospitais e para os psicólogos de uma atuação sem essas características?

8. Organização das classes de comportamentos no sistema comportamental indica classes ainda desconhecidas que necessitam serem descobertas e nomenclaturas que ainda necessitam refinamento para constituírem classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados

A análise da obra de Simonetti (2011) possibilitou derivar classes de comportamentos que estão organizadas em um sistema comportamental e que, provavelmente, constituem a intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados. Esse sistema comportamental está apresentado na Figura 3.4 e apresenta déficits de classes de comportamentos. Considerando o aspecto “quantidade de classes distribuídas em cada classe geral”, as classes “2.5. Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados” não apresentaram classes de comportamentos profissionais nelas classificadas. As classes “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados” e “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” apresentaram, respectivamente, uma e sete classes de comportamentos. Ainda, as classes de comportamentos propostas para serem desenvolvidos pelo psicólogo exigem exame acerca dos nomes que lhes foram atribuídos, bem como de suas disposições no sistema comportamental. A falta de clareza na nomenclatura de alguns comportamentos e a falta de classes de comportamentos em algumas das classes mais gerais podem contribuir para intervenção dos psicólogos imprecisa e com falhas.

Algumas características dos resultados intermediários das etapas de análise e tratamento dos dados caracterizam, em algum grau, a fonte de informação utilizada. Por exemplo, a quantidade de trechos reproduzidos da obra e a quantidade de fragmentos resultantes desses trechos comparados à quantidade de classes de comportamentos derivadas podem caracterizar aspectos da obra. Assim como a quantidade de fragmentos classificados nos conjuntos de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”. Qual a relevância desse tipo de exame? Esse exame explicita características da fonte de informação que,

provavelmente, influenciaram a quantidade de classes de comportamentos distribuídas em algumas classes mais gerais.

Na Figura 3.1 está apresentada a quantidade total de trechos selecionados da obra de Simonetti (2011), na etapa “registro dos trechos selecionados” (699 trechos), e a quantidade total de fragmentos após a etapa “fragmentação dos trechos selecionados” (1385 fragmentos). Após fragmentadas, as unidades de análise praticamente dobraram em quantidade. Essa informação pode indicar que os trechos selecionados, em média, apresentavam um verbo para dois complementos. Ao classificar esses 1385 fragmentos nos conjuntos de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”, verifica-se que neste último estão 70,18% do total de fragmentos classificados. O conjunto das “ações do psicólogo em ambiente hospitalar” constituiu 24,33% do total de fragmentos. Esses dados possibilitam caracterizar a fonte como uma obra em que há mais referência de características do ambiente físico e social em comparação com a quantidade de verbos, indicativos de ações do psicólogo nesse meio.

Essa característica de apresentar relativamente menos verbos e muitas descrições do meio no qual o psicólogo atua, não é uma característica típica de manuais. De acordo com Noceti (2011), manuais são obras constituídas por informações necessárias para realizar procedimentos ou por instruções de procedimentos para realizar algo. Para esse autor, os manuais deveriam indicar ao usuário em quais situações ele deveria realizar uma ação para obter determinado resultado. As ações, na Língua Portuguesa, de acordo com Negri (2013), são expressas por meio de verbos. Sendo que os manuais constituem-se de informações de procedimentos para realizar algo e “realizar algo” é ação do indivíduo, o manual deveria constituir-se de instruções de ações a serem realizadas em determinadas situações para obter determinados resultados. No entanto, os verbos, na obra de Simonetti (2011), não foram encontrados em quantidade equitativa aos complementos nos quais havia descrição do meio. Essa característica pode indicar uma “preocupação” do autor em contextualizar ao leitor as ações recomendadas por ele mais do que indicar o que deve ser feito pelo psicólogo.

Outra característica da fonte de informação que, provavelmente, contribuiu para a quantidade de classes de comportamentos distribuídas em algumas classes mais gerais foram os verbos com alto grau de generalidade a ponto de servirem para mais de um complemento. Uma

das formas de identificar que os verbos da fonte de informação eram gerais é o fato de 91 unidades de análise terem sido retiradas ao longo da análise e tratamento dos dados por serem consideradas “repetidas”. Três fragmentos foram retirados na etapa “Avaliação dos complementos das orações e alterações quando necessário”, 50 “comportamentos” foram retirados na etapa “Nova avaliação dos ‘comportamentos’ e retirada de ‘comportamentos’ repetidos” e 38 “comportamentos” foram retirados na etapa “União de ‘comportamentos’ que apresentavam mesmo objeto de exame”. Unidades de análise repetidas indicam que os verbos, provavelmente, eram gerais o suficiente para que muitos deles pudessem ser agrupados em uma mesma classe. Por exemplo, os “comportamentos” “criar condições para o paciente falar”, “criar condições para que o paciente fale a respeito de sua doença e fale novamente no dia seguinte” e “criar condições para que o paciente fale de si, da doença, do que quiser”, provavelmente, constituem uma mesma classe mais geral e, portanto, apenas o último “comportamento” permaneceu no conjunto de dados. Os demais foram considerados repetidos e retirados. O problema em nomear classes de comportamentos utilizando verbos com alto grau de generalidade, é que essas classes não são claramente definidas e, de acordo com Kienen (2008), dificilmente poderão ser caracterizadas com precisão.

Em contrapartida, dados indicam que alguns dos verbos encontrados na obra eram específicos demais, aproximando-se de classes de respostas ou de atividades. Na etapa “nova avaliação dos ‘comportamentos’ e retirada de atividades do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados” havia 270 “comportamentos”. 120 foram retirados por constituírem-se em “atividades”, restando 150 “comportamentos” no conjunto de dados. Quase metade dos “comportamentos” que constituam o conjunto foi retirada nessa etapa por serem considerados atividades. Foram classificados como atividades aqueles “comportamentos” que apresentavam ênfase no verbo e não na relação da ação com a consequência produzida. Nesses “comportamentos”, as decorrências da ação não estão claras como, por exemplo, “o psicólogo resolve as dificuldades do ambiente hospitalar com uma postura flexível e criativa” e “o psicólogo observa o paciente em interação com o meio”. Conforme Botomé (1977), enunciados referentes à atividade não enfatizam a relação entre as ações e as situações ambientais antecedentes e decorrentes da ação. Esses enunciados dizem muito pouco a respeito do que necessita ser feito. A apresentação dos resultados intermediários produzidos nas etapas de análise e tratamento dos dados mostra outra

característica da fonte de informação: o grau muito genérico ou muito específico dos verbos encontrados.

Um aspecto que necessita ser considerado ao examinar os resultados intermediários é o próprio procedimento de análise utilizado. Uma nova avaliação dos “comportamentos” classificados como atividades poderia ser feita a fim de conferir se alguns deles poderiam constituir classes de comportamentos mais específicas da intervenção do psicólogo como, por exemplo, “o psicólogo identifica variações extremas tais como obesidade, magreza extrema, anomalias anatômicas ou características muito evidentes ao caracterizar a constituição física da pessoa no diagnóstico”. Um exame no conjunto de “Atividades” possibilitaria identificar “novos” comportamentos para constituir o sistema comportamental. Ainda em relação ao procedimento de análise dos dados, 12 fragmentos foram excluídos do conjunto de dados na etapa “exclusão de fragmentos com expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo”. “O psicólogo tem de ser capaz de acrescentar ao seu amor um método racional de trabalho” é um dos exemplos de fragmentos retirados nessa etapa. É provável que esses fragmentos também apresentem informações importantes para derivar comportamentos profissionais do psicólogo para intervir em pacientes hospitalizados e merecem ser examinados.

Em relação às influências de características da fonte de informação na distribuição das classes de comportamentos em algumas classes mais gerais, destacam-se as quantidades das classes que constituem as classes mais gerais “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” e “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. A classe “2.1” representou 33% do total das classes de comportamentos. Foi o segundo maior percentual de distribuição entre as classes gerais. A primeira parte da obra, “Diagnóstico”, de acordo com Simonetti (2011, p. 13) “dá uma visão panorâmica do que está acontecendo em torno da doença e da pessoa adoentada”. É possível que a explicitação do autor a respeito do que consiste essa seção explique a quantidade de fragmentos classificados como “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” uma vez que o autor caracteriza, nessa parte da obra, relações do que acontece entre o paciente e suas condições de saúde. Como é objetivo do autor caracterizar esses “acontecimentos”, nessa seção, os próprios verbos utilizados pelo autor referiam-se a ações de “caracterizar algo”, como por exemplo, “é essencial o psicólogo descobrir a verdade do paciente a respeito de sua doença”.

Ainda, a seção “Diagnóstico” é o capítulo mais volumoso da obra, representando 40,5% do total de páginas. Apenas as páginas que foram analisadas na seção de diagnóstico representam 37,5% do total de páginas do livro. É possível que a quantidade de informações analisadas, referentes à caracterização do que acontece com o doente e suas condições de saúde, tenha influenciado a quantidade de comportamentos classificados na classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Simonetti (2011) afirma que as características que compõe a seção de diagnóstico “possuem a vantagem de *identificar situações-alvo para a terapêutica*” (p. 14, grifo nosso). De acordo com o mesmo autor, a seção da terapêutica refere-se ao “ensinar a fazer”. A apresentação do autor a respeito das seções que compõem a obra evidencia a importância tanto da identificação de comportamentos para capacitar o profissional a caracterizar aspectos do meio constituintes de sua intervenção, quanto a importância de caracterizar o ambiente de trabalho. A proposição de Botomé (1981), de que as situações com as quais o aprendiz irá lidar após formado necessitam servir de “ponto de partida” para planejar o ensino parece valer também para o profissional partir da caracterização de seu ambiente de trabalho para planejar sua intervenção profissional.

Outro aspecto que pode ser examinado em relação à influência das características da obra na distribuição das classes de comportamentos é o percentual de classes no conjunto “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Nela foram classificadas 59% do total de classes de comportamentos identificadas. É característica de manuais apresentarem informações para realizar procedimentos, portanto, é “coerente” com o tipo de obra examinada ter encontrado quantidade alta de classes de comportamentos inseridas nesse conjunto. Simonetti (2011, p. 13) afirma que a parte da obra nomeada “Terapêutica”, refere-se a “arte de fazer algo útil diante da pessoa adoentada, ou seja, o trabalho clínico propriamente dito, com suas estratégias e técnicas”. O autor ainda afirma que essa parte da obra é destinada a responder a questão “o que faz um psicólogo no hospital?” (p. 14). As caracterizações do autor a respeito do que se trata a seção “Terapêutica” e a características dos manuais, indicam que a quantidade de classes de comportamentos que constituíram a classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” foi influenciada, em algum grau, pela natureza da obra.

Em relação à quantidade de classes de comportamentos organizadas nas classes mais gerais, as classes “2.1. Caracterizar

necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” e “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” somadas totalizam 92 classes de comportamentos, de um total de 100 derivadas da obra. A classe “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, no entanto, foi constituída por sete classes de comportamentos. De acordo com Kienen (2008), classes gerais de comportamentos constituídas por poucas classes são classes, muito provavelmente, pouco definidas. Ainda de acordo com a autora, a aparente falta de classes menos abrangentes pode indicar que essas classes ainda não sejam conhecidas e precisem ser descobertas, ou que elas não sejam classes necessárias ou ainda que elas nem existam. Dessa forma, é necessário examinar as classes constituintes da classe “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” e identificar se existem outras classes possíveis de consitui-la, quais seriam essas classes e se elas são necessárias para o profissional projetar sua intervenção.

A classe de comportamentos “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados” é constituída por uma única classe de comportamentos, derivada de Simonetti (2011). De acordo com Wruck (2004, p. 97), avaliar a intervenção é “inferir, investigar, especificar, hierarquizar, prever que implicações tem as necessidades de diferentes ordens e que acontecem em diferentes contextos sobre a qualidade de vida dos indivíduos”. Conforme Mattana (2004), avaliar a intervenção, dentre outros aspectos, é importante para que o profissional identifique seus erros e procure superá-los, aperfeiçoando sua intervenção. Para essa autora, intervir sem avaliar e aperfeiçoar ou corrigir a intervenção “parece ser antiético e até ineficaz”. Com apenas uma classe de comportamentos classificada na classe “2.4”, é possível “representar” os comportamentos que as autoras apresentaram como caracterizadores de avaliar a interveção? Provavelmente não. É necessário identificar e derivar as demais classes de comportamentos que, provavelmente, constituem a classe “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados” para que o profissional possa melhorar a qualidade da intervenção realizada.

Nenhuma classe de comportamentos foi derivada da obra analisada para o conjunto “2.5. Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação”. Wruck (2004), analisou as diretrizes Curriculares para os

Cursos de Graduação em Psicologia e planos de ensino de algumas disciplinas curriculares de alguns desses cursos com o objetivo de descobrir comportamentos mais relacionados a dimensão ética do comportamento profissional do psicólogo em cada uma das seis classes gerais. A autora não encontrou, no documento das Diretrizes Curriculares, enunciados que contivessem orientações relativas ao comportamento profissional do psicólogo de “Aperfeiçoar intervenções sem relação a fenômenos psicológicos, a partir de dados da avaliação”.

De acordo com Wruck (2004), desconsiderar a necessidade de corrigir ou complementar processos e produtos de intervenções profissionais é uma falta grave. Para a autora, ao avaliar sua própria intervenção, o aprimoramento da mesma é uma decorrência, um resultado do comportamento anterior do profissional de avaliar a intervenção feita. Para Mattana (2004) a classe “aperfeiçoar intervenção” está diretamente relacionada comas demais classes de comportamentos profissionais, uma vez que, se as classes “caracterizar”, “projetar”, “executar” e “avaliar” não tiverem sido realizadas, o profissional não terá dados ou condições para poder aperfeiçoar o que já realizou. Considerando as conclusões dessas autoras, é possível afirmar que a classe “2.5. Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” necessita ser decomposta e suas classes constituintes descobertas para aumentar a probabilidade de uma intervenção profissional que produza constantes melhorias aos pacientes.

Também não foi derivada nenhuma classe de comportamentos para “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”, a partir da análise da obra. De acordo com Mattana (2004, p. 149), “intervir profissionalmente, avaliar e aperfeiçoar essa intervenção e não comunicar possíveis descobertas feitas durante esse processo significa não contribuir para o desenvolvimento da ciência e da profissão”. Ainda, a autora afirma que se profissionais não produzirem conhecimento a respeito dos campos de atuação e áreas de conhecimento, a intervenção tende a tornar-se obsoleta e, talvez, deixe de existir. Para que um campo de atuação e uma área de conhecimento “sobrevivam”, depende da produção constante de conhecimento para “subsidiar” a intervenção de profissionais e cientistas. Para Botomé e Kubo (2002), o conhecimento existente é o que orienta o processo de produção de novos conhecimentos. Novos conhecimentos possibilitam avançar ou desenvolver o já existente. Ainda, para esses autores, produzir conhecimento constitui um processo de aprendizagem cujo início é

identificar lacunas de conhecimento e termina com a comunicação pública do conhecimento que possibilita preencher lacunas identificadas. Portanto, identificar comportamentos da classe “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados” é necessário para o constante aprimoramento de profissionais e cientistas em seus campos de atuação e áreas de conhecimento.

O exame da quantidade de classes distribuídas em cada uma das classes profissionais do psicólogo possibilita afirmar que nas seis classes gerais, e principalmente em “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”, “2.5. Aperfeiçoar intervenções em relação a fenômenos psicológicos, a partir de dados da avaliação” e “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”, classes ainda necessitam ser descobertas e decompostas de forma a constituírem um sistema comportamental que possibilite uma capacitação de psicólogos para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados. As classes derivadas de Simonetti (2011) ainda precisam de outro tipo de exame, em relação aos nomes atribuídos às classes e a organização das mesmas no sistema.

Em geral, quando alguém se expressa, de maneira falada ou escrita, ela pode “escolher” que tipos de informações quer que sua audiência receba. Uma pessoa pode falar de maneira geral (abrangendo muitos eventos) ou de maneira específica (abrangendo poucos eventos ou apenas um). Esse aspecto da generalidade é equivalente às classes de comportamentos gerais (abrangendo muitas classes de comportamentos) e às classes de comportamentos específicas (abrangendo poucas classes de comportamentos), conforme Botomé, Kubo e Souza (2004). Quanto mais gerais forem as expressões verbais, de acordo com os mesmos autores, mais difícil será o entendimento daquilo que está sendo referido por essas expressões. O mesmo exame feito em relação ao uso de expressões, de diferentes graus de generalidade, para se referir aos eventos que ocorrem na natureza, pode ser feito em relação ao nome de uma classe de comportamentos.

As partes examinadas da obra continham muitas expressões gerais (abrangendo muitos eventos), a ponto de muitas delas terem sido retiradas do conjunto de dados por repetirem-se. No entanto, os “comportamentos” que foram examinados nas últimas etapas de tratamento dos dados, também continham expressões verbais genéricas a ponto de dificultar a identificação de processos encontrados na obra e consequente nomeação das classes de comportamentos. Ou, os

“comportamentos” apresentavam expressões verbais específicas demais a ponto de referirem-se a atividades, técnicas, procedimentos. A modificação da linguagem identificada na obra analisada ocorreu com certas limitações, em geral, a nomenclatura do autor foi mantida. Apesar dos cuidados em precisar os nomes das classes de comportamentos derivadas de Simonetti (2011), alguns problemas permaneceram no nome de algumas classes. São eles: a) expressões abrangentes, pouco objetivas ou metafóricas no nome de algumas classes de comportamentos, b) expressões que indicam procedimentos ou técnicas constituindo o nome de classes gerais de comportamentos e c) classes de comportamentos não constituem objetivos de ensino.

Expressões abrangentes, pouco objetivas ou metafóricas no nome de algumas classes de comportamentos dificultam o entendimento da “audiência” a respeito do que necessita ser realizado de fato. Expressões como “doença mental”, “historia psiquiátrica”, “passado psiquiátrico” e “psiquiatrização da vida” encontram-se nos nomes de classes constituintes de “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” e podem ser visualizadas nas Figuras 3.4 e 3.5. Enquanto que, em nomes das classes constituintes de “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, encontram-se expressões como “demanda”, “estabelecer vínculo”, “acolher”, “sintoma”, “humanizar” e “queixas”, que podem ser visualizadas na Figura 3.7. É provável que essas classes de comportamentos, da maneira como estão nomeadas, sejam compreendidas diferentemente por pessoas diferentes.

Em relação a utilização do verbo “acolher”, apesar de ser um verbo metafórico, ele foi mantido na condição de significar “escutar consentindo”, como no exemplo “6.14. ‘Acolher’ necessidades dos pacientes para favorecer o relacionamento”, na Figura 3.11. “Escutar consentindo” pareceu uma forma de compreender o exame de Simonetti (2011) sem deturpar o objeto de sua análise. Verbos como “acolher” ocultam os processos aos quais o autor se referiu no original da obra e necessitam ser substituídos.

As expressões “doença mental”, “historia psiquiátrica”, “passado psiquiátrico”, “psiquiatrização da vida” e “sintoma”, necessitam ser substituídas dos nomes atuais das classes de comportamentos, uma vez que, além de serem expressões genéricas, elas estão sendo utilizadas de maneira inapropriada. De acordo com o modelo psicológico de Ullmann e Krasner (1965), o conceito de “sintoma” não tem sentido, uma vez que sintomas são entendidos como

comportamentos e a intervenção ocorre como em qualquer outro processo comportamental. Nesse modelo, o profissional intervem de maneira a alterar relações funcionais entre estímulos do ambiente e respostas apresentadas pelo indivíduo. Em relação às expressões “doença mental”, “historia psiquiátrica”, “passado psiquiátrico”, “psiquiatrização da vida”, conforme esses autores, definições de “ajustamento” necessitam ser específicas às situações em que são apresentadas, não são definições absolutas mas que variam com o tempo e o lugar. Ullmann e Krasner (1965) ilustram essa afirmação com casos de maior frequência de “doenças psicossomáticas” entre oficiais do que alistados durante a II Guerra Mundial, o decréscimo de sintomas histéricos e os padrões diferentes de comportamentos patológicos em diferentes classes sociais. Sendo assim, é importante o profissional caracterizar o “histórico geral” do paciente, suas histórias de internação, variações anteriores em suas condições de saúde para projetar sua intervenção. O que não é necessário à intervenção é classificar o paciente em “mental”, “psiquiátrico” etc.

Os termos “demanda” e “queixas” também encontrados nos nomes das classes de comportamentos são inapropriadas e necessitam ser substituídas. Essas expressões remetem a solicitações do paciente por algum tipo de cuidado. Nem sempre aquilo que o paciente solicita, demanda ou se queixa é o cuidado ou intervenção que ele necessita. Atuar atendendo às solicitações é atuar em urgências, “apagando o fogo”, muitas vezes utilizando técnicas pré-concebidas para certos tipos de situações. Uma maneira mais coerente de atuação é identificar as necessidades do paciente hospitalizado e nelas intervir (BOTOMÉ; KUBO, 2002). De acordo com Kaufman (1977), examinando as necessidades é possível elaborar objetivos de intervenção de forma a produzir resultados significativos, nesse caso, ao paciente hospitalizado. Para o autor, examinar as necessidades é considerar lacunas existentes entre os resultados já obtidos e os resultados que se deseja obter com a intervenção. De acordo com esses conceitos, os termos “demanda” e “queixas” deveriam ser substituídos pelo termo “necessidade”.

Algumas classes de comportamentos foram organizadas no sistema comportamental de forma a constituir classes gerais desse sistema e que, apesar disso, apresentavam expressões indicativas de procedimentos e técnicas em seus nomes. Um exemplo é a classe “3.1. Caracterizar aspectos da vida do paciente, por meio de conversas”, apresentada na Figura 3.3. Da forma como está nomeada essa classe de comportamento só é possível caracterizar aspectos da vida do paciente, por meio de conversas. A expressão “por meio de conversas” limita, ou

deveria limitar, as demais classes de comportamentos a serem agrupadas nessa classe. Por exemplo, se o paciente não falar, o psicólogo não tem outros meios de caracterizar os aspectos da vida dele, de acordo com o nome da classe e com a maneira como ela foi organizada no sistema. O problema é ainda maior porque classes mais gerais que “3.1. Caracterizar aspectos da vida do paciente, por meio de conversas” foram agrupadas nessa classe, a constituindo. Esse tipo de organização não é possível em um sistema comportamental. É o caso da classe “4.4. Monitorar as mudanças comportamentais que o paciente apresenta para obter informações respeito do desenvolvimento da interação do paciente com a doença”. Devido à expressão “por meio de conversas”, a classe “4.4” torna-se mais abrangente. Em classes mais gerais, nomes de procedimentos e técnicas limitam as possibilidades de atuação do profissional. Dessa forma, a nomenclatura atribuída à classe “3.1. Caracterizar aspectos da vida do paciente, por meio de conversas” necessita alteração e, em decorrência, as classes que a constituem necessitam ser reorganizadas no sistema comportamental.

Outro problema decorrente de usar nomes de procedimentos e técnicas para nomear comportamentos é capacitar profissionais para uma atuação predominantemente tecnicista. A formação baseada em técnicas, para Carvalho (1984a), é treinar o profissional para usar instrumentos de trabalho prontos, cada um para uma situação específica. Algumas das classes constituintes de “5.21. Reavaliar frequentemente as condições de saúde do paciente”, apresentadas na Figura 3.9, possuem indicação de técnica ou procedimento no nome da classe. Nomes de procedimentos e técnicas constituem classes de comportamentos específicas, em contextos de capacitar o profissional a lidar especificamente com aquela técnica. Apresentar classes de comportamentos com esses nomes em um sistema comportamental pode levar profissionais a se capacitarem para obter dados apenas por meio de associação livre e de entrevista, como no exemplo. Sendo assim, nova avaliação dessas classes necessita ser realizada para organizar essas classes em posição mais apropriada no sistema ou para decompor comportamentos, a partir dos existentes, até o nível de abrangência do uso de técnicas pelo profissional.

A classe de comportamentos “6.26. Descartar as causas orgânicas para as condições de saúde do paciente, por meio de exame físico e exames auxiliares, antes de intervir coerentemente com as condições de saúde do paciente”, apresentada na Figura 3.12, merece outro tipo de exame. É necessário separar “causas orgânicas” de “causas não orgânicas” para as condições de saúde do paciente? Identificar se a

causa é orgânica ou não altera a intervenção do psicólogo nos comportamentos do paciente hospitalizado? Se as causas das condições de saúde forem orgânicas, o psicólogo deixa de intervir nos comportamentos do paciente? De qualquer forma o psicólogo necessita intervir coerentemente com as condições de saúde do paciente, então qual a função de descartar as “causas orgânicas”? As relações de determinação das condições de saúde são relações de determinação probabilística, conforme Kubo e Botomé (2001a) e Stédile (1996). Dessa forma, as múltiplas relações entre graus de variáveis e variáveis constituintes de um fenômeno interferem e determinam a ocorrência de eventos. Considerando a noção de multideterminação probabilística dos eventos, não é possível conceber uma única “causa” para as condições de saúde do paciente hospitalizado. Não havendo “uma causa”, também não é possível nomeá-la “orgânica” ou “não orgânica”.

Outro problema identificado a partir das classes de comportamentos que compõem o sistema comportamental proposto é que elas ainda não constituem objetivos de ensino. Para capacitar profissionais a atuar em aspectos da sociedade, Botomé (1981) e Kubo e Botomé (2001b) destacam que três aspectos necessitam constituir o objetivo de ensino: a) explicitação das situações diante das quais o aprendiz precisará apresentar certas ações, b) resultados que deveriam ser obtidos por meio de suas ações e c) ações necessárias a serem apresentadas diante dessas situações para obter esses resultados. As classes do sistema comportamental ainda não apresentam explicitados os três componentes para constituírem-se objetivos de ensino. As classes precisam ser examinadas e os componentes das classes de estímulos antecedentes, das classes de respostas e das classes de estímulos consequentes necessitam ser caracterizados para renomear as classes de forma que constituam comportamentos-objetivo.

Os nomes atribuídos às classes de comportamentos derivadas da obra de Simonetti (2011) implicam diretamente na organização do sistema comportamental. Classes nomeadas com expressões verbais mais gerais, que possibilitam abranger muitos eventos, foram localizadas ao lado esquerdo no sistema. Classes nomeadas com verbos mais específicos, que possibilitam abranger poucos eventos, foram localizadas ao lado direito. Em relação à organização geral do sistema comportamental, é possível observar que as classes de comportamentos “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” e “2.3. Executar intervenções do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” apresentam relações “diretas” com classes de

comportamentos de abrangência menores, sem classes de abrangência intermediária entre elas. As “relações diretas” podem ser observadas nas Figuras 3.3 e 3.7. Essas ilustrações podem indicar ausência de classes de comportamentos de abrangência intermediária entre classes mais e menos abrangentes. As classes relacionadas a esses casos exigem maior avaliação e exame para que sejam descobertas classes de abrangência intermediárias, quando necessário.

As classes localizadas à extrema direita do sistema comportamental, são classes de comportamentos de pouca abrangência, que se aproximam de classes de respostas, em relação ao sistema do qual fazem parte. Em um sistema comportamental, as classes de comportamentos são decompostas até as classes de comportamentos que os aprendizes já são capazes de realizar, conforme Botomé (1996b). Essas classes são chamadas de comportamento de entrada para realizar um programa de capacitação. Ainda de acordo com esse autor, esse programa inicia a partir daquilo que o aprendiz já sabe realizar, seus comportamentos de entrada, localizados a extrema direita do sistema. As classes localizadas em graus de abrangência específicos nestesistema comportamental, muito provavelmente, necessitam de novo exame e avaliação para identificar se elas são suficientes para “iniciar” a capacitação dos profissionais ou se os comportamentos necessitam ser ainda decompostos até aquilo que os aprendizes já sabem fazer.

Algumas considerações necessitam ser feitas em relação à classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Vale ressaltar que “caracterizar necessidades de intervenção”, de acordo com Kaufman (1977), é considerar lacunas existentes entre os resultados já obtidos com a intervenção e os objetivos que se deseja alcançar a partir de internveções. O exame dessas necessidades, conforme o autor, resulta na identificação de problemas antes de tentar resolvê-los. Dessa mesma forma, para Silva (2010), caracterizar as necessidades sociais possibilita ao profissional ir além do que é tradicionalmente realizado e intervir nas “reais” necessidades. De acordo com essas definições para “caracterizar necessidades”, é possível afirmar que algumas classes de comportamento apresentam grau de generalidade muito específico e não correspondem às definições da classe mais geral em que foram classificadas. As classes constituintes do grau de abrangência seis, na Figura 3.3, a classe “5.9. Avaliar a constituição física da pessoa”, na Figura 3.4, e a classe “5.13. Distinguir diferentes tipos de depressão para evitar confusão teórica e ‘psiquiatrização da vida’”, na Figura 3.5, são ilustrações de classes que não “comtemplam” a definição de

“caracterizar necessidades de intervenção” e precisariam ser realocadas no sistema comportamental.

Ao comparar as classes de comportamentos que constituem a classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” com a definição proposta¹⁴ para essa classe mais geral, é possível identificar que as classes derivadas da fonte de informação contemplam apenas a primeira classe da cadeia comportamental que define “2.1”, a classe “Coletar informações a respeito da interação de pacientes com sua condição de paciente e com aspectos do ambiente hospitalar”. Muito provavelmente, o profissional capacitado por meio do sistema comportamental proposto, encontrará dificuldade em identificar o que fazer para “projetar suas intervenções” após “coletar informações”. Portanto, é necessário identificar e derivar classes de comportamentos constituintes das demais classes que definem “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”.

Considerando a definição proposta¹⁵ à classe “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, é possível identificar que, em geral, as classes derivadas de Simonetti (2011), e constituintes dessa classe mais geral, possibilitam abranger muitos eventos. De acordo com Wruck (2004), a utilização de verbos semelhantes a “programar”, “planejar” aproxima-se muito do significado do verbo “projetar” representativo dessa classe. No entanto, esses verbos, nas classes de comportamentos em que estão sendo utilizados, tornam as classes de comportamentos genéricas demais. De acordo com a definição proposta para “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” é

¹⁴ A definição para “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” foi proposta na etapa “Classificação dos ‘comportamentos’ em classes de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais (intervenção direta)”, constituinte da seção do método desta pesquisa.

¹⁵ A definição para “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” foi proposta na etapa “Classificação dos ‘comportamentos’ em classes de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em processos comportamentais (intervenção direta)”, constituinte da seção do método desta pesquisa.

possível afirmar que algumas classes de comportamentos não a “contemplam”. Essas classes são: “5.14. Caracterizar a sequência de ações que constituem os processos psíquicos envolvidos no adoecer” e “3.6. Avaliar se os comportamentos projetados são adequados para as situações que ocorrem”, ambas apresentadas na Figura 3.6. A classe “5.14” poderia ser redimensionada para a classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” enquanto que a classe “3.6” talvez seja possível constituir “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”.

Após esses exames, as classes que permaneceram na classe “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” parecem contemplar apenas as classes do fim da cadeia de comportamentos que define “2.2”, posicionando-se próximo ao início da classe de comportamentos “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Ao examinar a classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” identificou-se necessidade de derivar comportamentos constituintes de todas as classes que a definem. Após exame das classes “2.1” e “2.2”, é possível afirmar que se um profissional “guiar” sua intervenção pelo sistema comportamental proposto, ele encontrará dificuldades para identificar o que fazer para “executar suas intervenções” após “coletar informações”. Dessa forma, a classe “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” necessita de mais exames a fim de decompor as classes gerais já existentes e descobrir novas classes de comportamentos.

A classe “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados” apresentou apenas uma classe de comportamentos como constituinte, no sistema comportamental. “Avaliar intervenção profissional”, de acordo com Gusso (2009, s/p), envolve

analisar variáveis relacionadas aos objetivos da intervenção importantes de serem mensuradas; planejar procedimentos, instrumentos e recursos para mensurá-las; caracterizar a situação existente e a que passa a existir após a intervenção; comparar os resultados produzidos e os objetivos planejados; avaliar apropriação dos instrumentos, recursos e procedimentos

utilizados para mensurar cada variável; coletar, tratar, representar, descrever e interpretar os dados obtidos para que possam servir como critérios para avaliação e aperfeiçoamento da atuação profissional.

Ao examinar a classe constituinte, “3.9. Reavaliar constantemente sua conversa com o paciente” e compará-la às definições de “avaliar intervenção profissional” é possível identificar que a classe talvez esteja em “local” inapropriado. Talvez essa classe estivesse melhor “localizada” na classe “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, por referir-se à avaliação de uma ação do psicólogo em relação ao paciente e não à avaliação de intervenção profissional. Uma única classe não é o suficiente para garantir que o profissional esteja apto a avaliar a sua intervenção direta em comportamentos de pacientes hospitalizados e outras classes de comportamentos, que provavelmente constituem essa classe mais geral, necessitam ser descobertos.

É por meio da avaliação da intervenção que, de acordo com Gusso (2009), o profissional obtém visibilidade acerca da qualidade de seus serviços. Ao se referir à classe de comportamentos “avaliar intervenção”, Wruck (2004, p. 130) afirma que “talvez seja a expressão de uma classe de comportamentos profissionais que mais caracteristicamente garantiria a dimensão ética do trabalho do psicólogo”. Entretanto, para essa autora, para que a atuação garanta sua dimensão ética, o profissional deveria ser capaz de identificar produtos de sua intervenção, inferir implicações referentes a custos e benefícios decorrentes da intervenção, verificar a eficácia de sua intervenção e comparar suas descobertas aos possíveis resultados que talvez tivesse obtido caso tivesse se comportado de outra maneira etc. Um dos produtos da avaliação da intervenção pelo profissional, conforme Mattana (2004), é produzir novo conhecimento que permite dar continuidade a cadeia de comportamentos profissionais. Esse conhecimento resultante do avaliar sua intervenção cria condições para que o profissional seja capaz de aperfeiçoá-las (WRUCK, 2004; MATTANA, 2004). Diante da relevância das classes “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”, “2.5. Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”, é possível

afirmar que o sistema comportamental resultante da organização das classes de comportamentos derivadas da fonte de informação, dificilmente capacitará o profissional a aperfeiçoar sua intervenção e a comunicar as descobertas encontradas. Essas classes de comportamentos “ausentes” necessitam ser identificadas e acrescentadas ao sistema comportamental.

Derivar as classes gerais de comportamentos do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados e organizá-las em sistema comportamental permitiu examinar os nomes atribuídos às classes, as diferentes relações estabelecidas entre elas e as possíveis lacunas para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados. Ainda é necessário avaliar os nomes das classes a partir de informações de outras fontes, derivar “novas” classes de comportamentos e reavaliar o lugar de cada uma dessas classes no sistema comportamental. No próximo capítulo serão apresentadas as classes de estímulos que, provavelmente, compõem as classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados derivadas de trechos referentes aos “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e às “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”. Essas classes de estímulos auxiliarão a, muito provavelmente, derivar comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

IV

ASPECTOS DO MEIO QUE PODEM CONSTITUIR CLASSES DE ESTÍMULOS COMPONENTES DAS CLASSES DE COMPORTAMENTOS A SEREM DESENVOLVIDAS PELO PSICÓLOGO AO INTERVIR DIRETAMENTE EM COMPORTAMENTOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS

“Historia de vida do paciente”, “tipos de doenças”, “implicações das doenças na vida dos pacientes”, “Sentimentos e emoções do psicólogo ao lidar com situações do ambiente hospitalar”, “medicamentos” e “questões médico-legais” são algumas das situações presentes em organizações hospitalares e com as quais o psicólogo, provavelmente, irá se relacionar ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Essas situações foram derivadas dos fragmentos retirados de trechos da obra de Simonetti (2011) que constituíam os conjuntos “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar”. Qual a importância de identificar essas “situações do ambiente de trabalho”? Que tipo de informação elas podem “oferecer”? Qual a função dessas situações no processo de capacitação profissional? A primeira decisão a ser tomada quando se quer capacitar alguém é, de acordo com Botomé (1996a), o que precisa ser ensinado. “O que precisa ser ensinado” é comportamento-objetivo ou objetivo de ensino. Comportamentos-objetivo, para Botomé (1978), são aqueles que explicitam ações que o aprendiz vai realizar fora do “curso”, ações que ele vai realizar em situações “reais” com as quais ele vai se deparar. Dessa forma, aspectos do meio com os quais o psicólogo lida constituem fontes de informações importantes para derivar classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos do paciente hospitalizado.

Comportamento é considerado um sistema de relações entre aquilo que o organismo faz (ações) e o ambiente em que ele realiza essas ações. O ambiente, na definição de comportamento, é o que acontece antes ou junto com a ação do organismo (situação antecedente) e o que acontece depois (imediatamente ou não) da ação do organismo (situação consequente), conforme Botomé (1980). Cada um desses três termos componentes do conceito de comportamento – ações, situações antecedentes e situações consequentes – também se constituem em e são constituídos por classes. Assim como não há um comportamento, mas classes de comportamentos constituídas por outras classes de menor

abrangência e constituindo outras classes de maior abrangência, o mesmo ocorre com as ações e as situações antecedentes e consequentes. Não há uma ação realizada diante de uma situação e que obtém um único resultado. Por exemplo, o psicólogo em contexto hospitalar lida com o conjunto de situações “paciente” que é constituído por “pacientes de diferentes doenças”, “pacientes de diferentes idades”, “pacientes de diferentes cidades” etc. Por sua vez, “pacientes com diferentes doenças” podem variar em “doenças sexualmente transmissíveis”, “doenças graves”, “doenças com muita visibilidade” etc. Por se constituírem e serem constituídos por outras classes, o conjunto de situações antecedentes, o conjunto de ações e o conjunto de situações consequentes são, respectivamente, chamados de, “classes de estímulos antecedentes”, “classes de respostas” e “classes de estímulos consequentes”, em *Análise Experimental do Comportamento*. Portanto, as situações que permeiam o exercício profissional do psicólogo ao relacionar-se com pacientes hospitalizados podem ser reconhecidas como “classes de estímulos” que, provavelmente, compõem a classe de comportamentos “intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados”.

Em um programa de capacitação, a primeira decisão a ser tomada é aquilo que precisa ser ensinado, ou seja, definir o comportamento-objetivo. Conforme proposição de Botomé (1978), o objetivo de ensino bem formulado consiste-se de informações a respeito das situações diante das quais o aprendiz precisará “intervir”, dos resultados que serão obtidos com a intervenção e das ações necessárias a serem realizadas diante dessas ações, para obter esses resultados. As situações explicitadas na formulação de um objetivo de ensino referem-se ao que Kaufman (1977) chama de “necessidades externas à organização de ensino”. O autor afirma que examinar essas necessidades é considerar as lacunas existentes entre os resultados já alcançados e os resultados que se deseja obter com a intervenção. É a partir do exame das necessidades, das situações reais que compõem o “ambiente de intervenção”, que os objetivos de ensino serão elaborados e os melhores meios para alcançar esses objetivos serão identificados.

Após definir o objetivo de ensino, de acordo com Botomé e Kubo (2005), o profissional necessita caracterizar os componentes que constituem o sistema de relações que definem o comportamento-objetivo, para identificar esses constituintes e, então, especificar o que pode ser feito em relação ao objetivo de ensino. Conforme esses autores, a primeira etapa a ser realizada é descrever os aspectos constituintes das situações com as quais o profissional provavelmente lidará ao, nesse

caso, intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. A etapa seguinte é descrever os aspectos constituintes dos resultados que necessitarão ser garantidos como produto da “intervenção profissional”. A terceira etapa constitui-se em descrever as características das “ações” para poder gerar o resultado especificado, diante das situações já caracterizadas. Como última etapa, os autores sugerem a homogeneização e complementação da descrição dos três componentes do comportamento. Esse procedimento de caracterizar os componentes de comportamento de interesse é orientado pelo conceito de comportamento-objetivo e aumenta a probabilidade de que os profissionais recém formados produzirão resultados que contribuam, de fato, à sociedade.

Tosi (2010) realizou esse procedimento para derivar classes de comportamentos a partir de seis conjuntos gerais de situações com os quais o psicólogo necessita lidar ao “Caracterizar necessidades de intervenção na relação entre condições de saúde do trabalhador e as situações em que ele trabalha”. A autora, para identificar situações mais específicas que constituíam os seis conjuntos mais gerais de situações, questionou-se “com que situações o futuro psicólogo se defronta ao se relacionar com (cada um dos seis conjuntos gerais)?”. A partir dessa pergunta, Tosi (2010) identificou outras situações mais específicas, constituintes do ambiente de trabalho do psicólogo ao intervir na relação entre as condições de saúde do trabalho e as situações em que trabalha. Com classes de estímulos antecedentes mais especificadas, a autora questionou “diante de cada situação antecedente apresentada, que tipos de produtos precisam ser gerados pela ação do psicólogo?”. Dessa forma, Tosi (2010) caracterizou também os constituintes das classes de estímulos consequentes. E para obter os constituintes das classes de respostas, a autora questionou “que ações são capazes de produzir os resultados esperados?”. Com as descrições dos três componentes, obtidas por meio dessas perguntas, é possível identificar classes de respostas e aspectos do meio com os quais o psicólogo lidará ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Ainda, a análise das possíveis relações existentes entre os três componentes, criam condições para descobrir classes de comportamentos. A pesquisa realizada por Tosi (2010) ilustra como aspectos do meio com os quais o psicólogo lida podem se constituir em fontes de informações importantes para derivar classes de comportamentos profissionais.

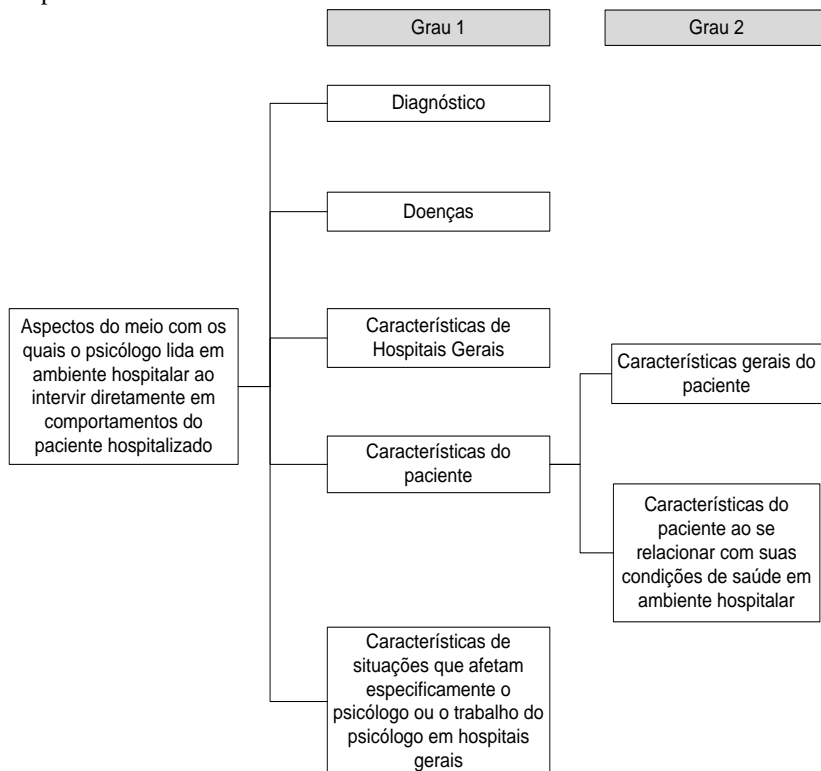
Neste capítulo é apresentada outra parte dos resultados obtidos após análise, tratamento e organização dos dados coletados na obra de Simonetti (2011). O capítulo é constituído por sete partes. Nas seis

primeiras seções estão apresentados aspectos do meio, derivados ou identificados na obra, que podem constituir classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Na sétima seção, os aspectos do meio com os quais o psicólogo provavelmente lida em ambiente hospitalar ao intervir diretamente em comportamentos do paciente hospitalizado serão examinados e discutidos.

1. Organização geral dos conjuntos de aspectos do meio, derivados de Simonetti (2011), que podem constituir classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados

Os aspectos dos meios apresentados são uma proposição de classes antecedentes ou consequentes de estímulos para compor as classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Foram analisados 972 fragmentos que haviam sido classificados no conjunto “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar” e 76 fragmentos classificados no conjunto “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, totalizando 1048 fragmentos. Desses, foram derivados ou identificados 623 “aspectos do meio” que provavelmente constituem classes de estímulos. O diagrama na Figura 4.1 ilustra cinco conjuntos de aspectos do meio, em torno dos quais foram organizadas as 623 prováveis classes de estímulos. O conjunto “Características do paciente” apresentou quantidade elevada de prováveis classes de estímulos, além de características muito diferentes em cada classe, portanto está apresentado em dois outros conjuntos de aspectos do meio: “Características gerais do paciente” e “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”. Os retângulos em cinza claro, no topo da Figura 4.1 a Figura 4.22, indicam o grau de generalidade das prováveis classes de estímulos. Os demais retângulos, pintados em branco, são conjuntos mais específicos de prováveis classes de estímulos.

Figura 4.1 – Diagrama de representação dos conjuntos de aspectos do meio, derivados de Simonetti (2011), que podem constituir classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados



Os diagramas das Figuras 4.2 a 4.4 ilustram o conjunto total dos 623 “aspectos do meio”, que podem constituir classes de estímulos, organizados em torno de cinco conjuntos de aspectos do meio, apresentados na Figura 4.1. Os graus de generalidade das prováveis classes de estímulos variam do grau um ao grau sete e a maioria das classes encontra-se distribuída entre o terceiro e o quinto grau. Prováveis classes de estímulos localizadas mais a direita da figura são classes mais específicas. As classes pertencentes ao primeiro grau de abrangência são as classes mais gerais e, portanto, constituídas pelas classes de outros graus localizados a sua direita. As prováveis classes de estímulos estão interligadas por traços.

Figura 4.2 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos que compõem as classes de aspectos do meio “Diagnóstico”, “Doenças”, “Características de Hospitais Gerais” e “Características gerais do paciente”, derivadas ou identificadas em trechos de Simonetti (2011)

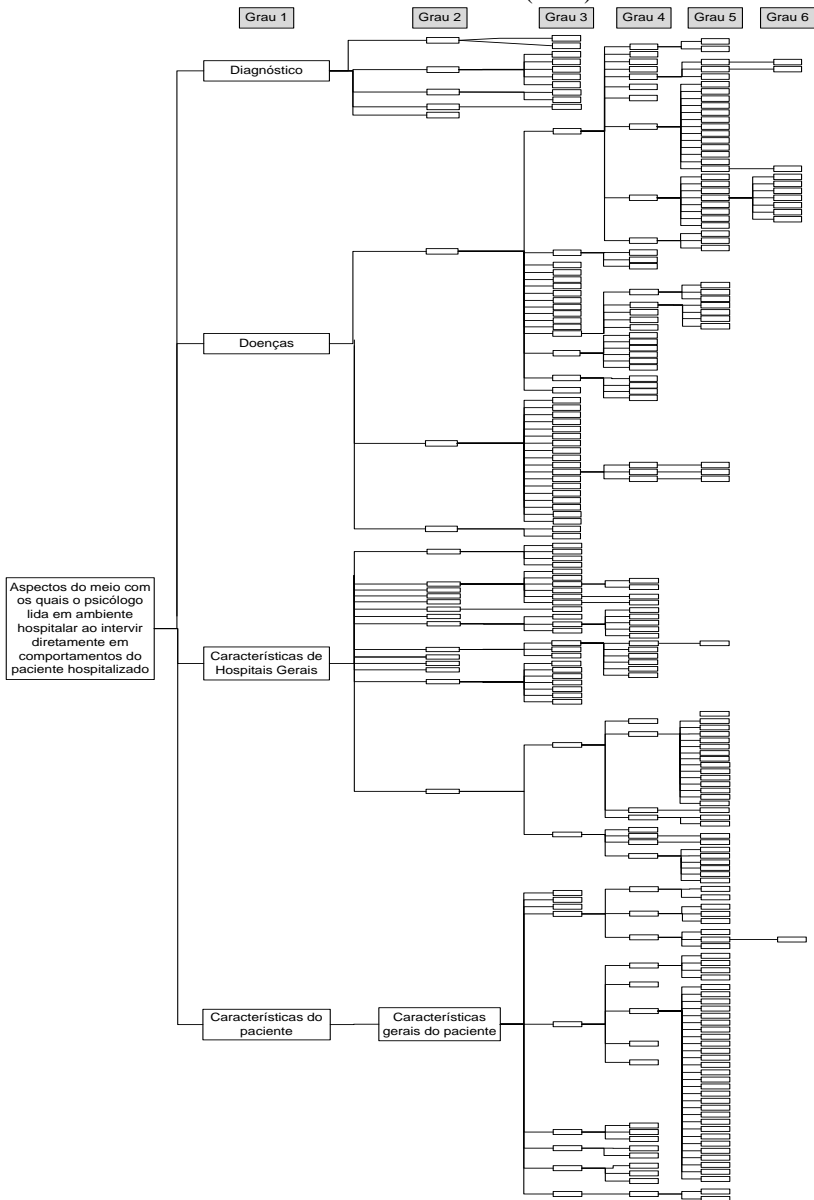


Figura 4.3 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos que compõem as classes de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, derivadas ou identificadas em trechos de Simonetti (2011)

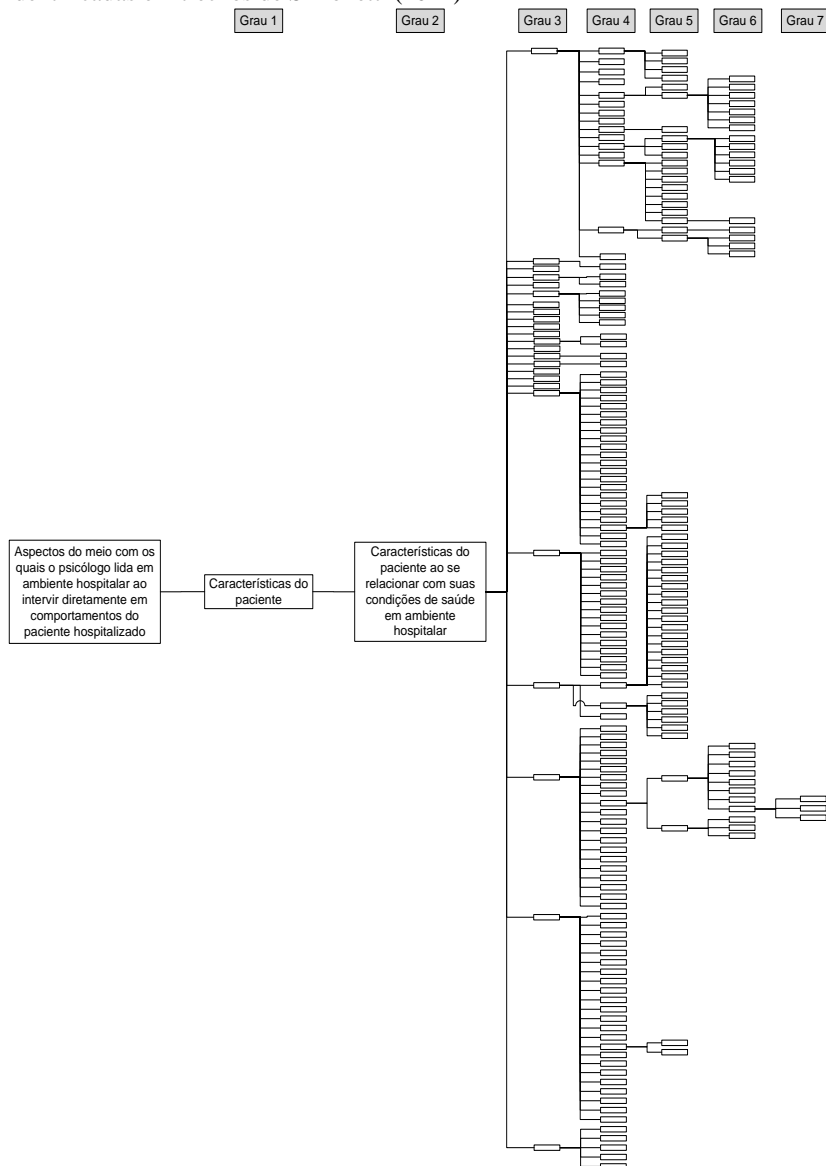
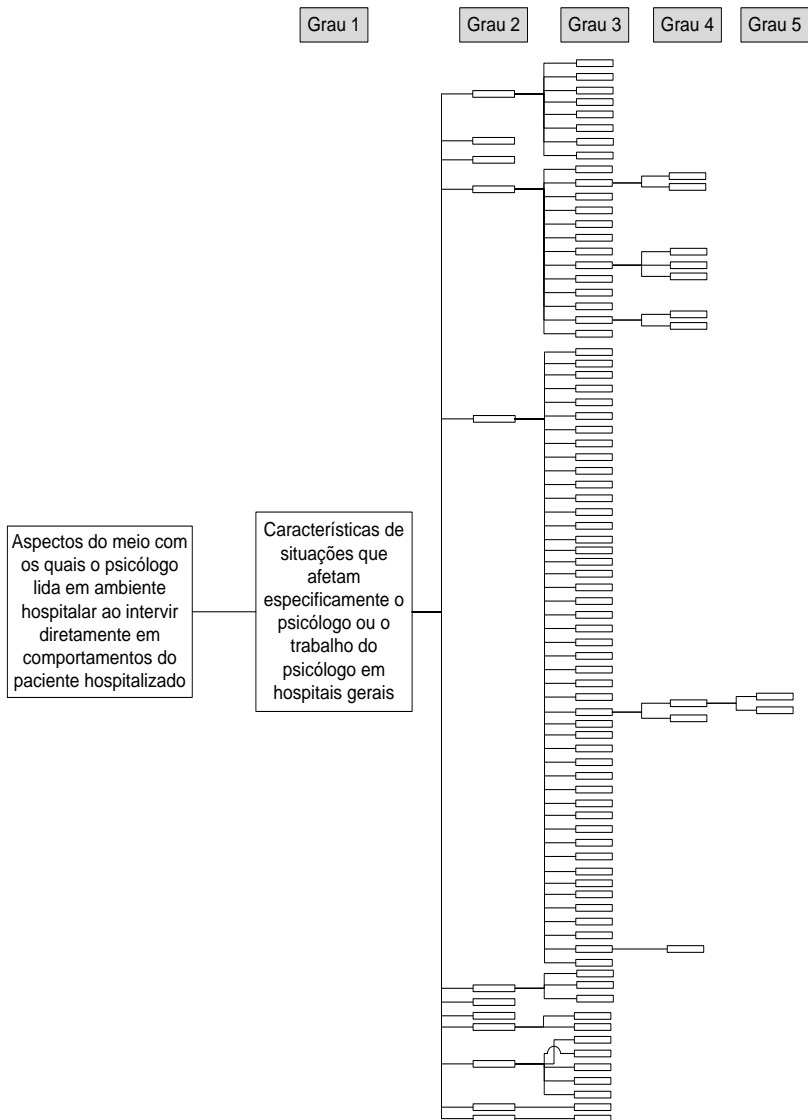
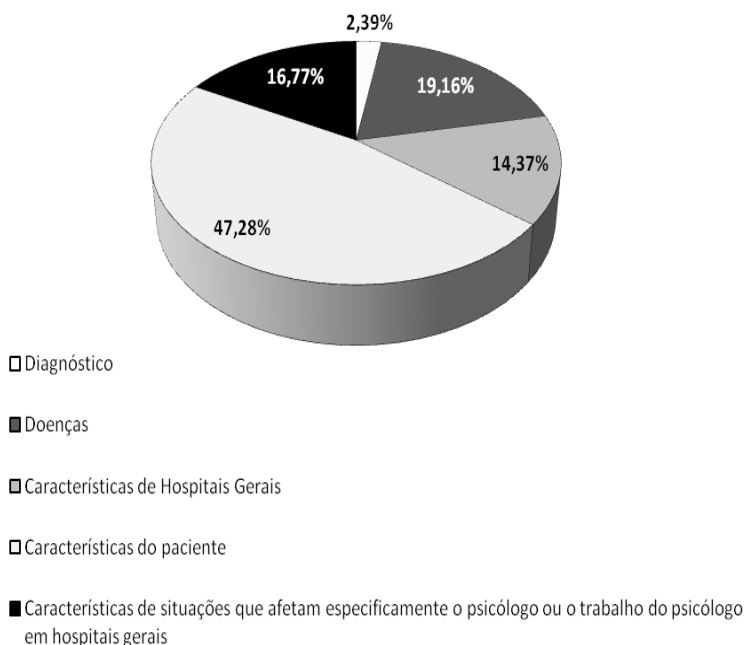


Figura 4.4 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos que compõem as classes de aspectos do meio “Características de situações que afetam especificamente o psicólogo ou o trabalho do psicólogo em hospitais gerais”, derivadas ou identificadas em trechos de Simonetti (2011)



Na Figura 4.5 é apresentada a distribuição percentual das prováveis classes de estímulos, classificadas em cada uma das classes de aspectos do meio. O aspecto do meio “Diagnóstico” representa 2,39% do total das 623 prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. É o conjunto com menos classes de estímulos classificadas. Já o conjunto de aspectos do meio “Características do paciente” é o conjunto com a maior quantidade de classes de estímulos classificadas, representando 47,28% do total das prováveis classes de estímulos. Os demais conjuntos de aspectos do meio apresentaram distribuição aproximada uma das outras.

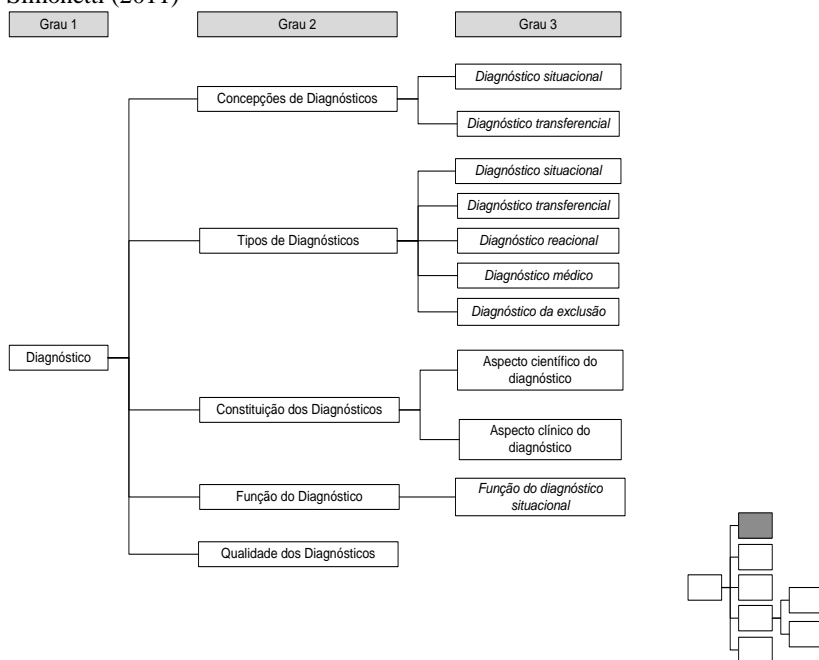
Figura 4.5 – Distribuição das quantidades percentuais das prováveis classes de estímulos, classificadas em cada uma das cinco classes de aspectos do meio, que compõem as classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados



2. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “Diagnóstico”

As prováveis classes de estímulos, derivadas de Simonetti (2011), que constituem o conjunto de aspectos do meio “Diagnóstico”, foram agrupadas em torno de 15 classes, organizadas em três graus de generalidade. Os nomes das prováveis classes de estímulos que estão destacados em itálico, da Figura 4.6 a Figura 4.22, foram identificados na fonte e reproduzidos, já as prováveis classes redigidas sem nenhum tipo de destaque foram derivadas a partir do que foi encontrado na obra. Nos cantos inferiores das Figuras 4.6 até 4.22, há uma representação em miniatura de parte das prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Os retângulos pintados em cinza escuro, nessas miniaturas, representam a classe de estímulos que está sendo apresentada e sua relação às demais classes de estímulos derivadas da obra. Os tipos de diagnósticos, seus nomes, funções e concepções estão apresentados na Figura 4.6.

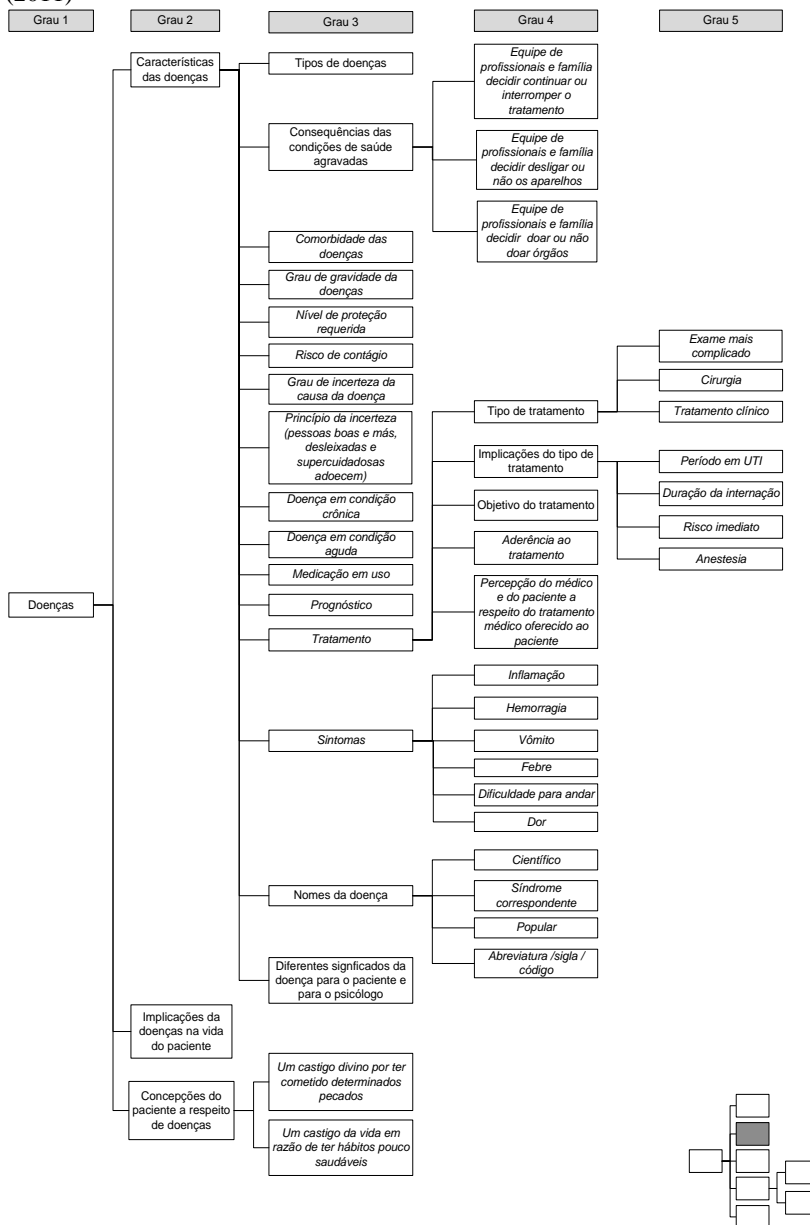
Figura 4.6 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos que constituem o conjunto de aspectos do meio “Diagnóstico”, derivadas de Simonetti (2011)



3. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “Doenças”

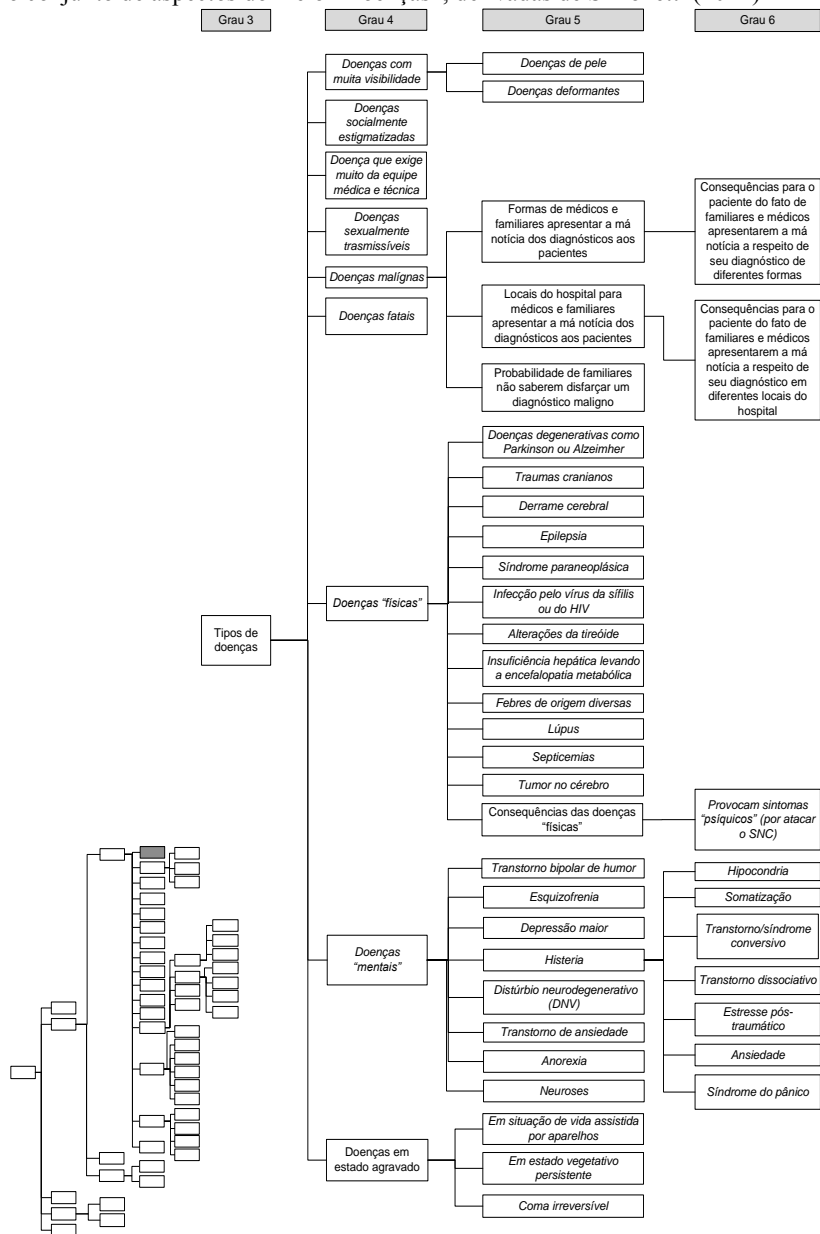
As prováveis classes de estímulos, derivadas da fonte de informação, que constituem o conjunto de aspectos do meio “Doenças”, foram agrupadas em torno de 120 classes, distribuídas em seis graus de generalidade. 46 classes de estímulos classificadas como “Doenças” estão apresentadas na Figura 4.7. O restante das classes que constituem esse conjunto está apresentado nas Figuras 4.8 e 4.9. Dentre essas 46 prováveis classes de estímulos, incluem-se características das condições de saúde do paciente com as quais o psicólogo provavelmente lidará em ambiente hospitalar. Destacam-se na Figura 4.7 as concepções de cada paciente a respeito de suas condições de saúde e as implicações da doença na vida do paciente.

Figura 4.7 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos que constituem o conjunto de aspectos do meio “Doenças”, derivadas de Simonetti (2011)



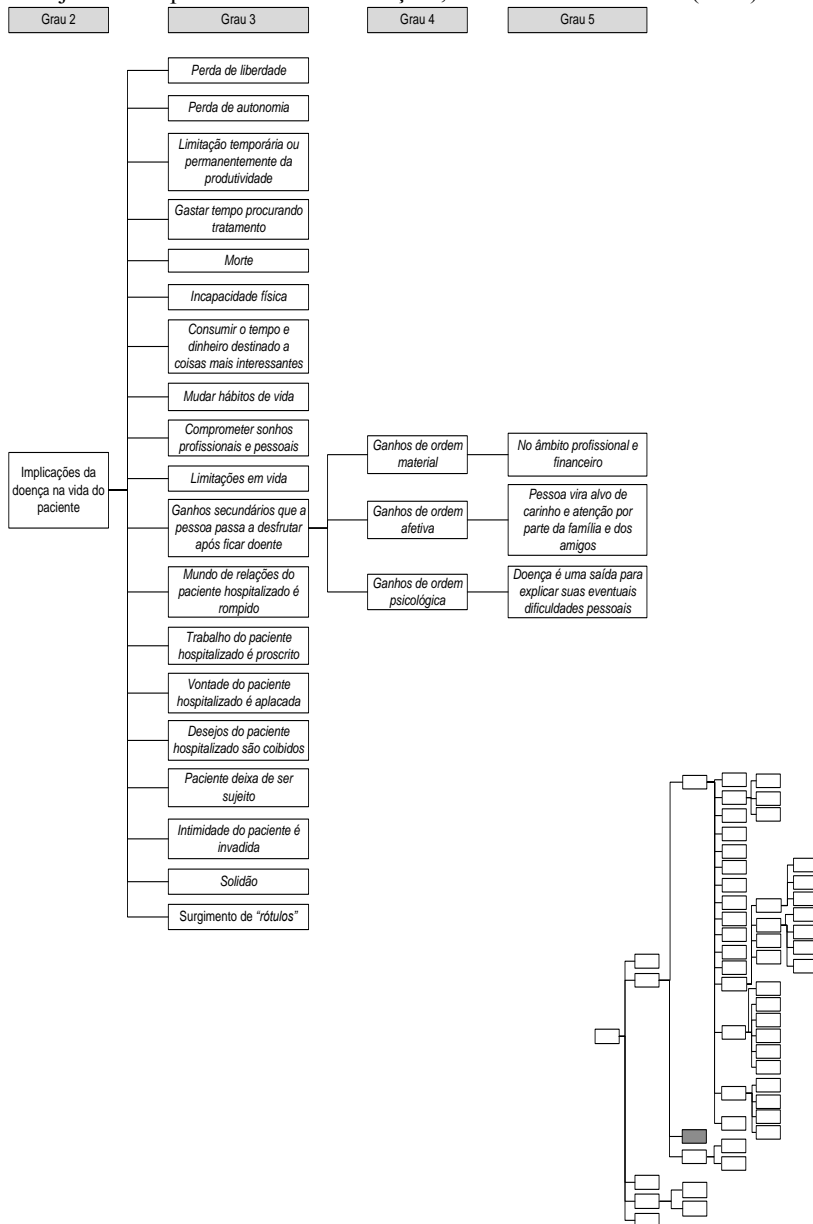
As 49 prováveis classes de estímulos que constituem a classe mais geral de estímulos “Tipos de doenças” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Doenças” estão distribuídas em três graus de generalidade e são apresentadas na Figura 4.8. Os tipos de doenças exibidos nessa figura estão organizados em classes (conjuntos) não excludentes. Por exemplo, uma doença fatal pode ser também uma doença com muita visibilidade. Destaca-se a separação de doenças “físicas” e “mentais”, realizada por Simonetti (2011).

Figura 4.8 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Tipos de doenças” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Doenças”, derivadas de Simonetti (2011)



Simonetti (2011) destaca situações decorrentes das condições de saúde dos pacientes, que foram agrupadas em 25 prováveis classes de estímulos constituintes da classe de estímulos mais geral “Implicações da doença na vida do paciente” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Doenças”. Essas classes de estímulos encontram-se organizadas em três graus de dependência e são apresentadas na Figura 4.9.

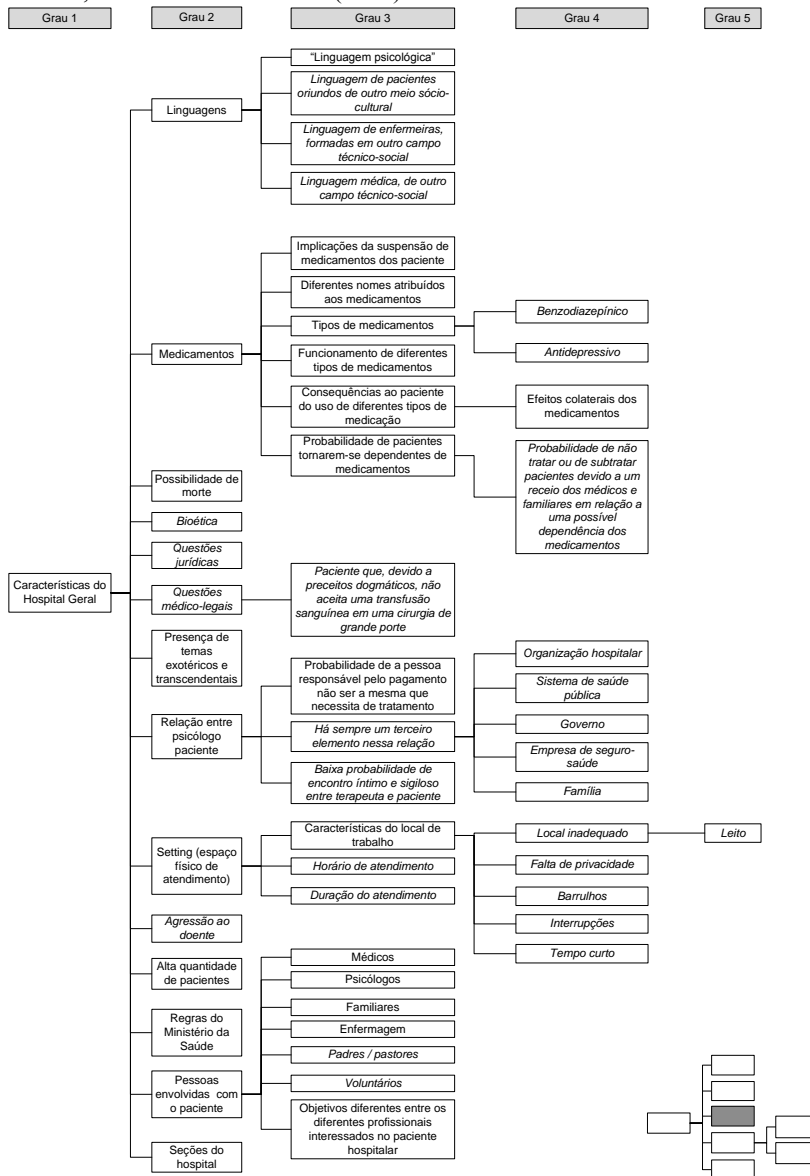
Figura 4.9 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Tipos de doenças” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Doenças”, derivadas de Simonetti (2011)



4. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “Características de Hospitais Gerais”

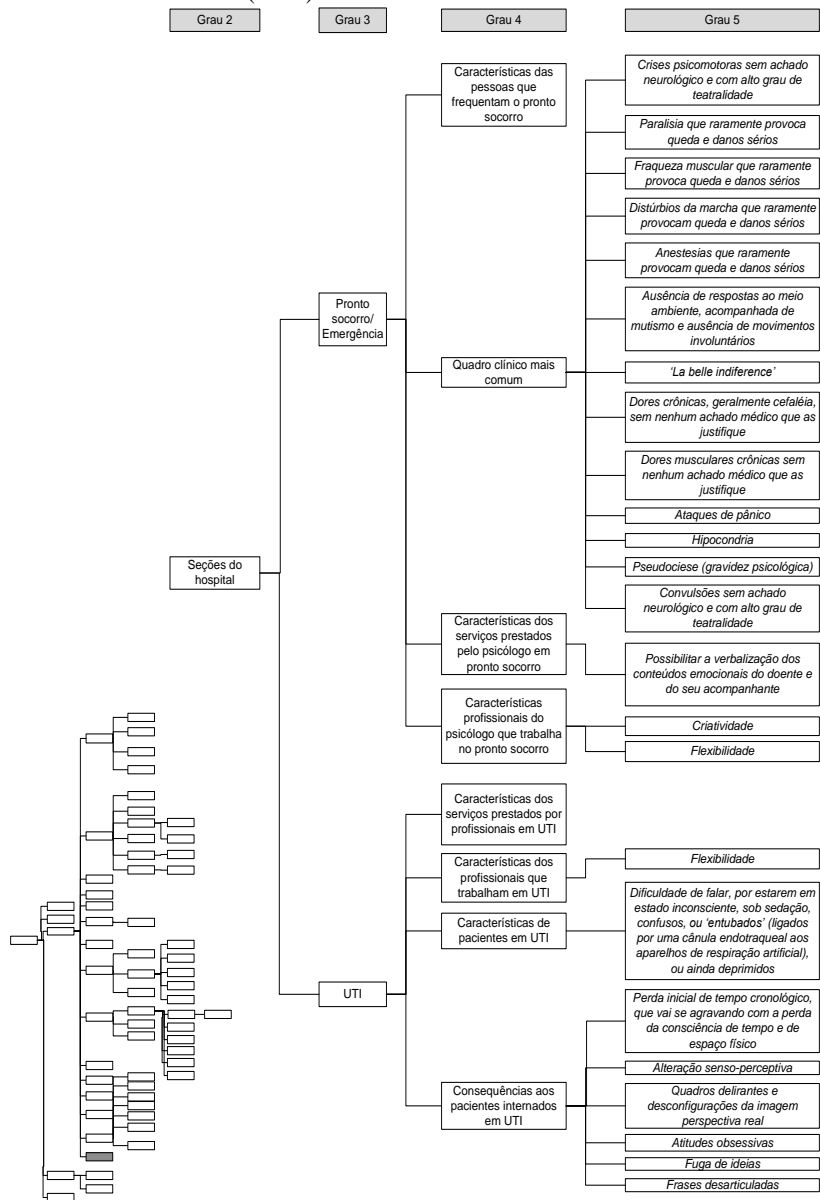
Sob o conjunto de aspectos do meio “Características de Hospitais Gerais” foram agrupadas 87 prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Dessas prováveis classes de estímulos, 53 são apresentadas na Figura 4.10. As classes restantes são apresentadas na Figura 4.11. Dentre as classes apresentadas, destacam-se as diferentes linguagens existentes no ambiente hospitalar, a “presença” de medicamentos, as características das relações existentes nesse meio (a relação do paciente com o psicólogo e do paciente com outras pessoas) e o *setting*.

Figura 4.10 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes do conjunto de aspectos do meio “Características de Hospitais Gerais”, derivadas de Simonetti (2011)



A classe de estímulos “Seções do hospital”, constituinte do conjunto de aspectos do meio “Características de Hospitais Gerais”, é constituída por 34 prováveis classes de estímulos. Essas classes estão organizadas em três graus de generalidade e são apresentadas na Figura 4.11. Elas foram organizadas em torno de duas seções constituintes de hospitais gerais. As especificidades de cada uma das seções exigem diferentes serviços prestados pelos profissionais, assim como diferentes características profissionais.

Figura 4.11 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Seções do hospital” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características de Hospitais Gerais”, derivadas de Simonetti (2011)

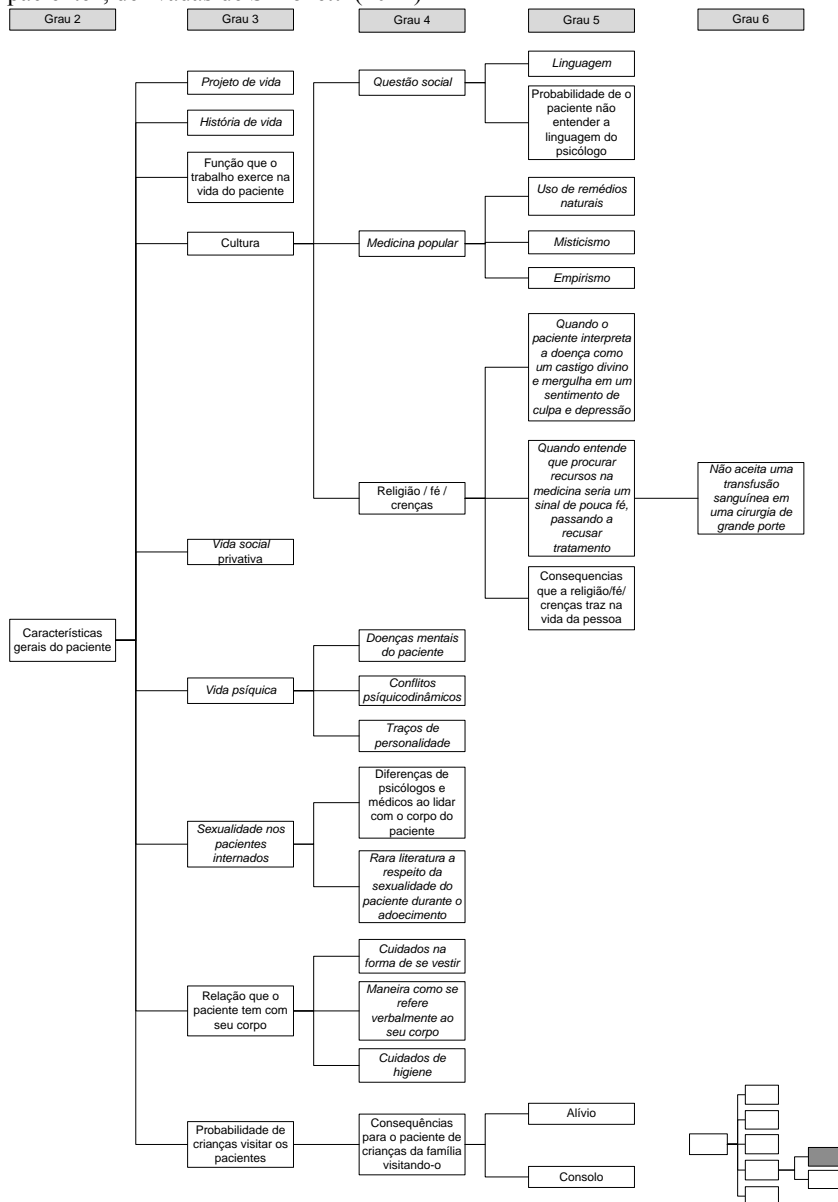


5. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “Características do paciente”

Foram encontradas 296 prováveis classes de estímulos que constituem o conjunto de aspectos do meio “Características do paciente”. Essas classes foram reagrupadas em dois conjuntos de aspectos do ambiente: “Características gerais do paciente” e “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”. O aspecto “Características gerais do paciente” é constituído por 69 prováveis classes de estímulos, enquanto que o conjunto “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar” é constituído por 227 prováveis classes de estímulos.

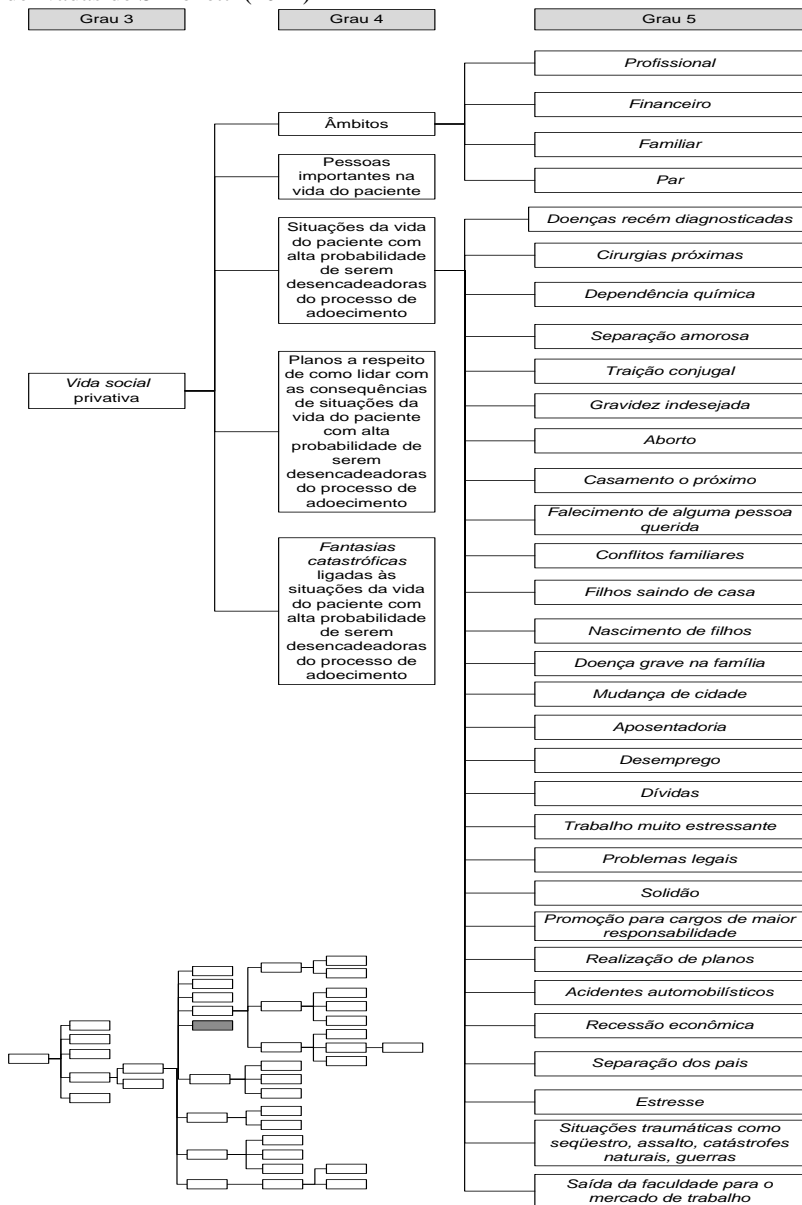
As 69 prováveis classes de estímulo constituintes do conjunto de aspectos do meio “Características gerais do paciente” representam 23,31% das prováveis classes de estímulos constituintes do conjunto “Características do paciente”. Dessas 69 classes de estímulos 32 estão apresentadas na Figura 4.12. As demais classes de estímulos estão apresentadas na Figura 4.13. As classes apresentadas na Figura 4.12 referem-se a aspectos da “vida” do paciente que interferem na relação que o paciente estabelece com suas condições de saúde e com a situação de hospitalização (como a cultura, historia de vida, vida social etc.).

Figura 4.12 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes do conjunto de aspectos do meio “Características gerais do paciente”, derivadas de Simonetti (2011)



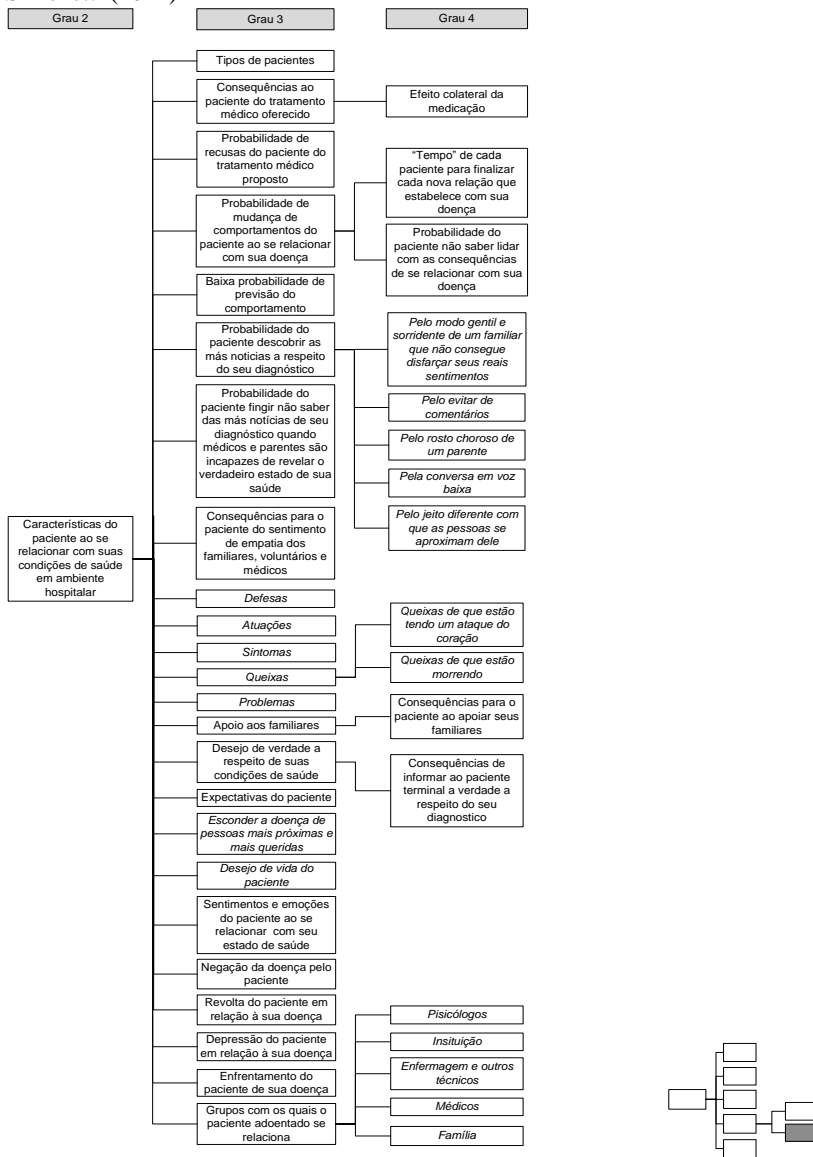
A classe “Vida social privativa”, constituinte do conjunto de aspectos do meio “Características gerais do paciente”, é constituída por prováveis 37 classes de estímulos, organizadas em dois graus de generalidade. Essas classes estão apresentadas na Figura 4.13. Elas referem-se a aspectos da “vida” do paciente que interferem em suas condições de saúde.

Figura 4.13 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Vida social privativa” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características gerais do paciente”, derivadas de Simonetti (2011)



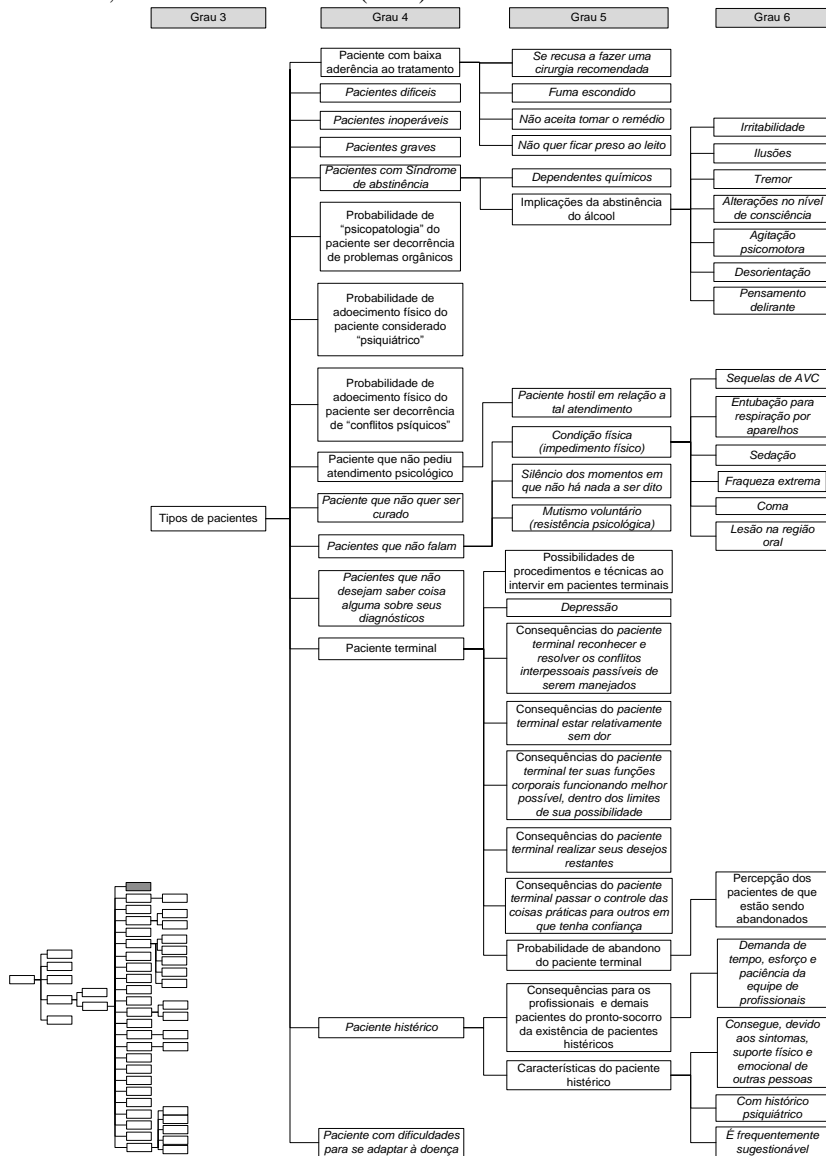
A classe de estímulos “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar” pertence ao conjunto de aspectos do ambiente “Características do paciente”. Aquela classe é constituída por prováveis 227 classes de estímulos, o que representa 76,68% das classes constituintes do conjunto “Características do paciente”. Dessas 227 classes, 41 estão apresentadas na Figura 4.14. As demais estão apresentadas nas Figuras 4.15 a 4.20. As classes que constituem a Figura 4.14 são classes a respeito de probabilidades, consequências e sentimentos e emoções com as quais o psicólogo lidará ao se relacionar com o paciente hospitalizado. Destaca-se também a diferença entre queixas e problema, como aspectos constituintes do ambiente de trabalho do psicólogo, e a probabilidade de mudança de comportamentos do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde.

Figura 4.14 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes do conjunto de variáveis “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, derivadas de Simonetti (2011)



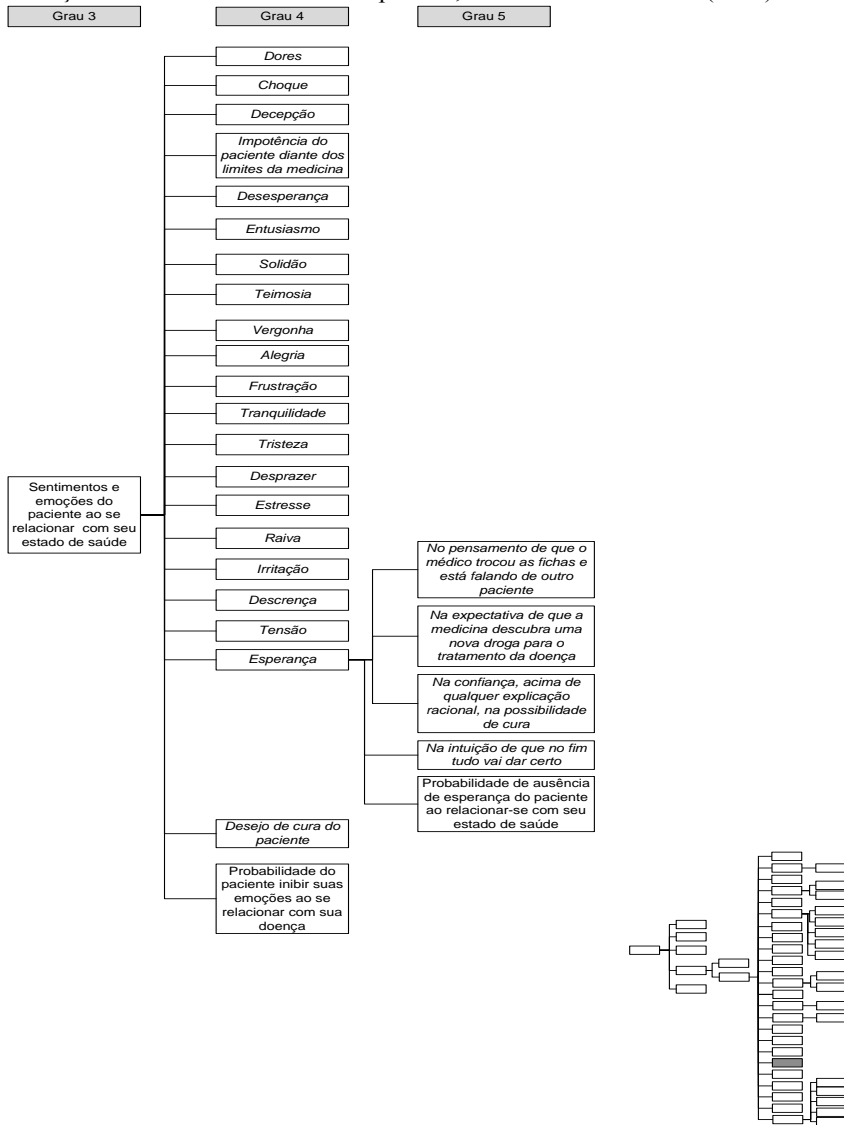
A classe de estímulos “Tipos de pacientes”, constituinte do conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, é constituída por 53 prováveis classes de estímulos. Elas estão organizadas em três graus de generalidade e são apresentadas na Figura 4.15. As prováveis classes de estímulos estão apresentadas em “categorias” não excludentes. O fato de um paciente ser considerado grave não significa que ele não tenha outras características e possa ser classificado também em outros locais. Essas classes caracterizam-se por apresentarem possíveis características dos pacientes ao se encontrarem hospitalizados. Uma característica comum nesses pacientes é que, em geral, eles não solicitaram o atendimento psicológico.

Figura 4.15 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Tipos de pacientes” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar, derivadas de Simonetti (2011)



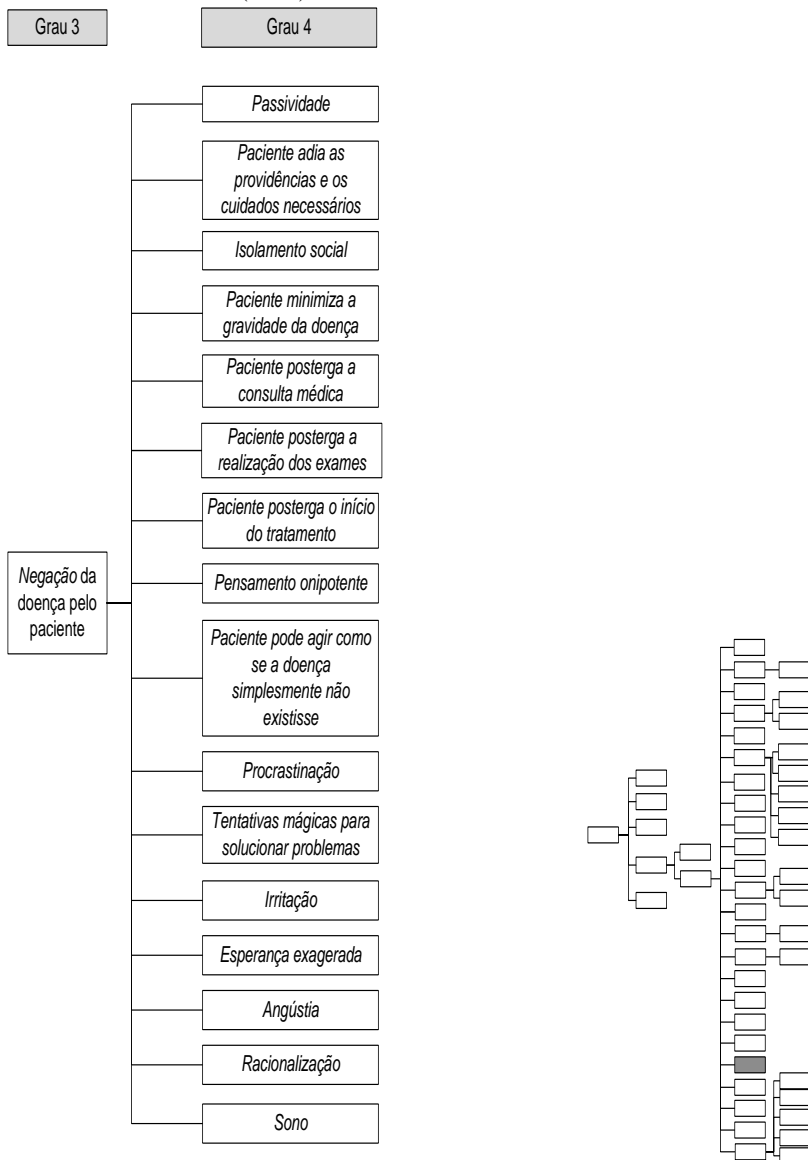
A classe de estímulos “Sentimentos e emoções do paciente ao se relacionar com seu estado de saúde”, constituinte do conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, é composta por 27 prováveis classes de estímulos e está apresentada na Figura 4.16. Essas classes caracterizam-se por diferentes tipos de emoções e sentimentos que os pacientes podem apresentar ao se relacionarem com suas condições de saúde, incluindo a não apresentação de nenhum tipo de emoção ou sentimento. Um único paciente também apresenta mais do que uma das emoções ou sentimentos apresentados na figura, ao relacionar-se com suas condições de saúde ao longo do processo de adoecimento.

Figura 4.16 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Sentimentos e emoções do paciente ao se relacionar com seu estado de saúde” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, derivadas de Simonetti (2011)



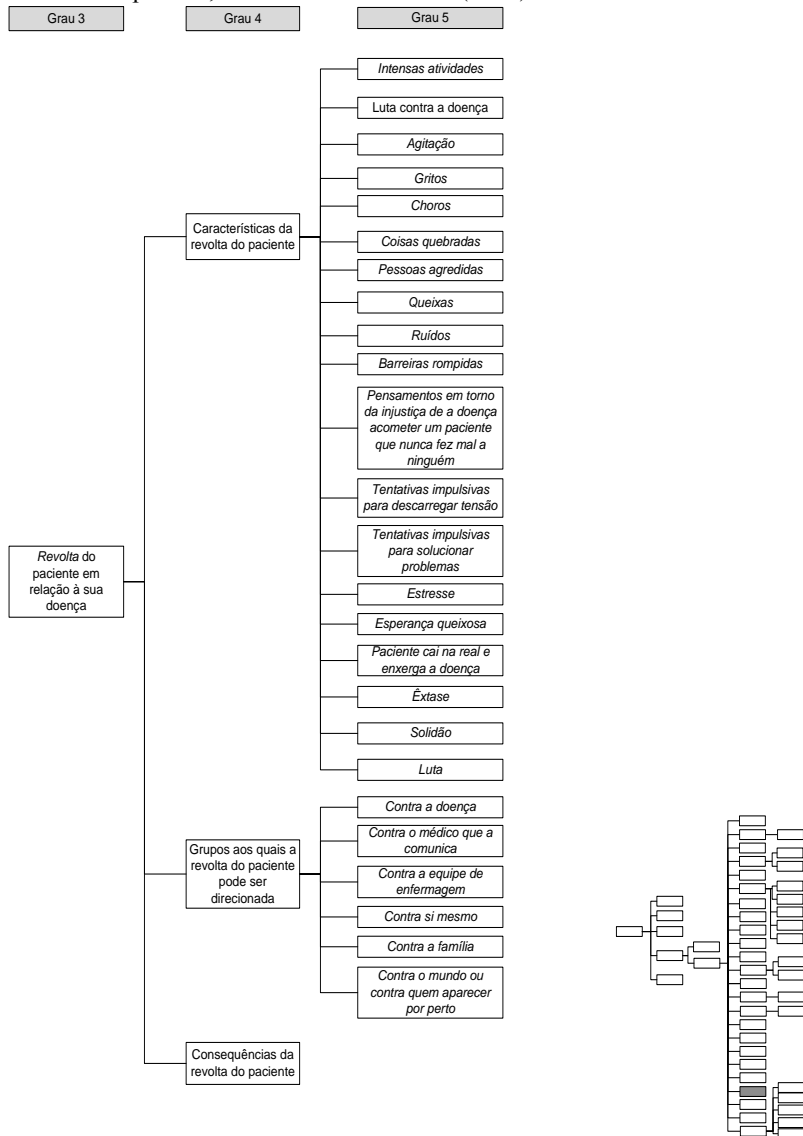
“Negação da doença pelo paciente” é uma das prováveis classes de estímulos que constitui o conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”. Essa classe é constituída por prováveis 16 classes que se organizam em torno de um único grau de generalidade e estão apresentadas na Figura 4.17. Essas classes constituem consequências de uma relação específica que o paciente estabelece com suas condições de saúde, quando ele a “nega”, ou constituem a “ação do negar” em si (são classes de comportamentos mais específicas que constituem a classe mais geral “negar a doença”).

Figura 4.17 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Negação da doença pelo paciente” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características do paciente” ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, derivadas de Simonetti (2011)



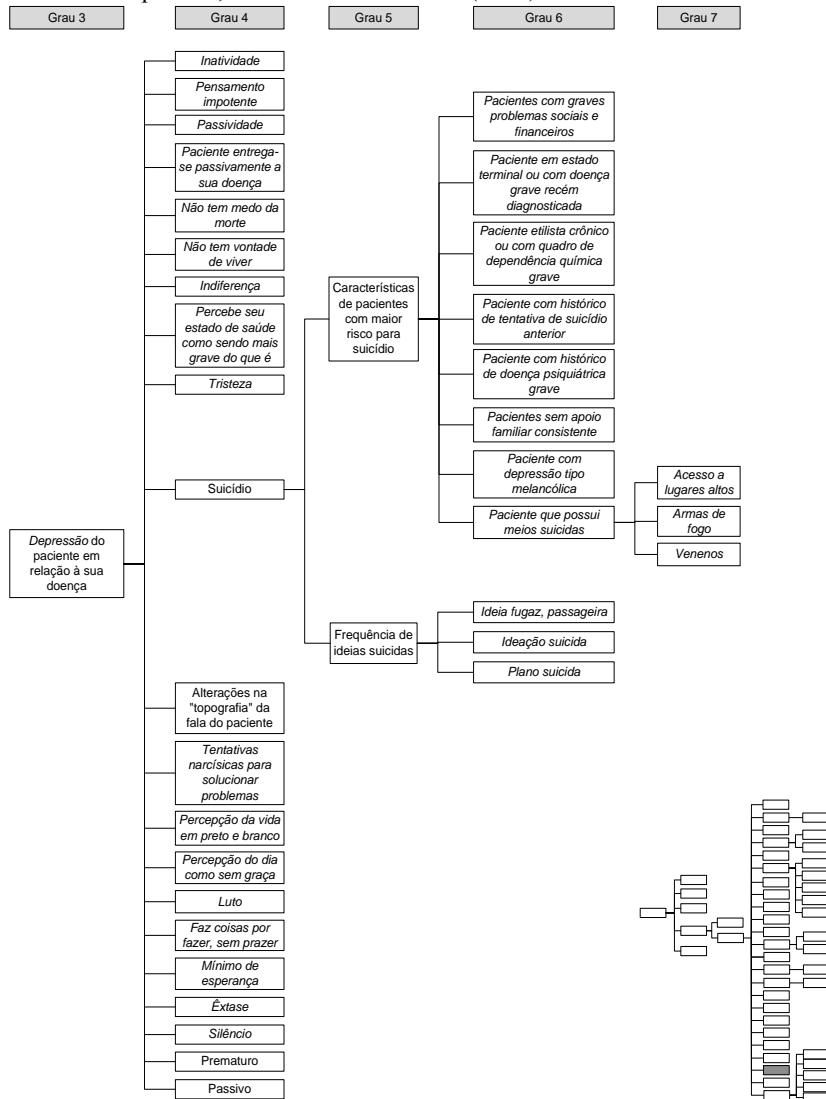
A classe de estímulos “Revolta do paciente em relação à sua doença”, também constituinte do conjunto de aspectos do ambiente “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, é constituída por prováveis 28 classes de estímulos, distribuídas em dois graus de generalidade, como apresentado na Figura 4.18. Essas classes consequências de uma relação específica que o paciente estabelece com suas condições de saúde, quando ele “se revolta” ou são classes de comportamentos mais específicas que constituem a classe mais geral “revoltar-se”.

Figura 4.18 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Revolta do paciente em relação à sua doença” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, derivadas de Simonetti (2011)



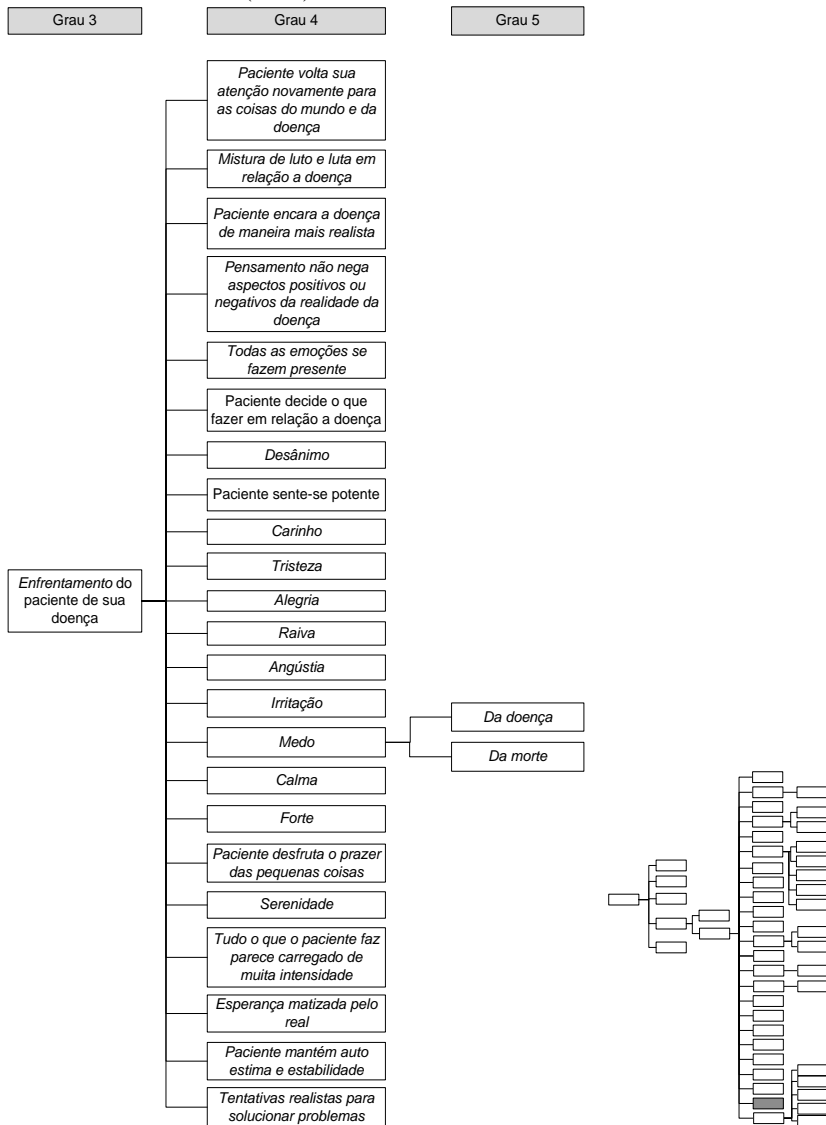
A classe de estímulos “Depressão do paciente em relação à sua doença” é constituída por outras 37 prováveis classes e é uma das classes constituintes do conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”. Essas 37 classes de estímulos estão distribuídas em quatro graus de generalidade, conforme apresentado na Figura 4.19. Essas classes consequências de uma relação específica que o paciente estabelece com suas condições de saúde, quando ele “se deprime” ou são classes de comportamentos mais específicas que constituem a classe mais geral “deprimir-se”.

Figura 4.19 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Depressão do paciente em relação à sua doença” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, derivadas de Simonetti (2011)



A classe de estímulos “Enfrentamento do paciente de sua doença” é uma das prováveis classes constituintes do conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”. Ela é constituída por 25 prováveis classes de estímulos, distribuídas em dois graus de generalidade, conforme apresentado na Figura 4.20. Essas classes constituem consequências de uma relação específica que o paciente estabelece com suas condições de saúde, quando ele a “enfrenta”, ou constituem a “ação do enfrentar” em si (são classes de comportamentos mais específicas que constituem a classe mais geral “enfrentar a doença”).

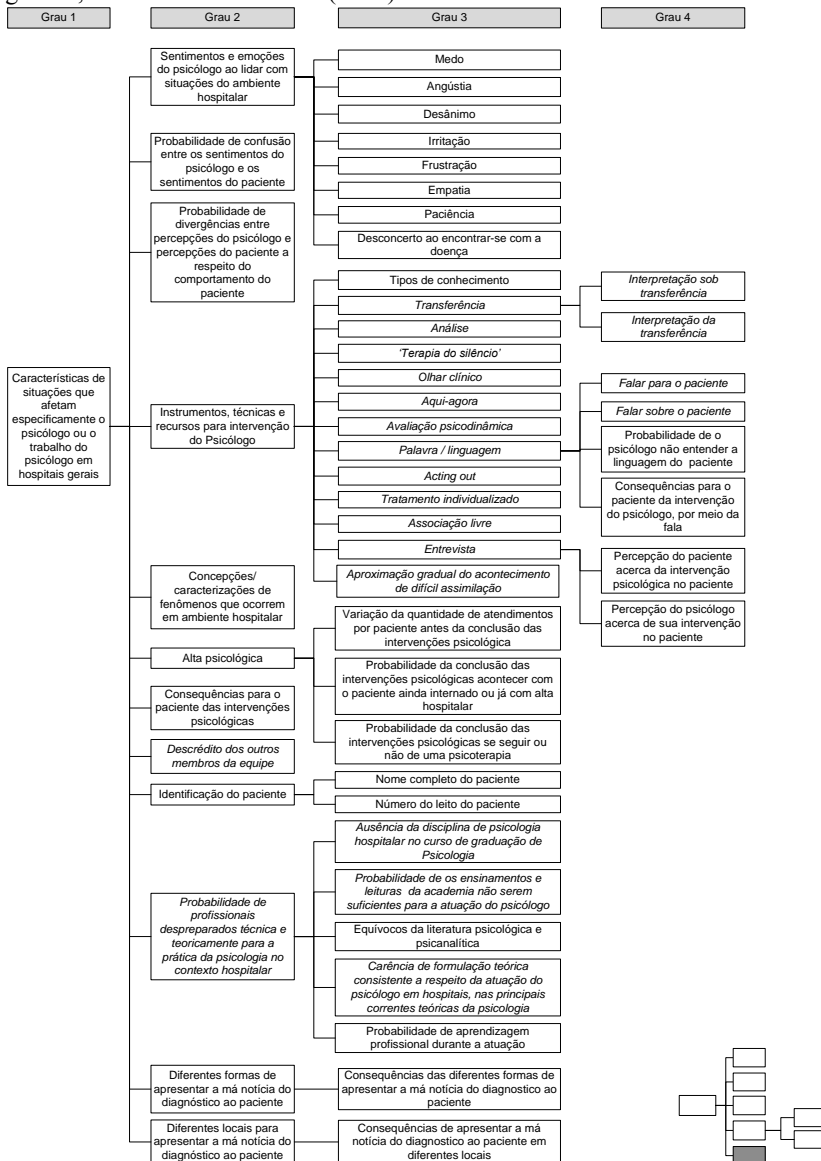
Figura 4.20 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Enfrentamento do paciente de sua doença” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, derivadas de Simonetti (2011)



6. Prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidas pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados que constituem a classe de aspectos do meio “Características de situações que afetam especificamente o psicólogo ou o trabalho do psicólogo em hospitais gerais”

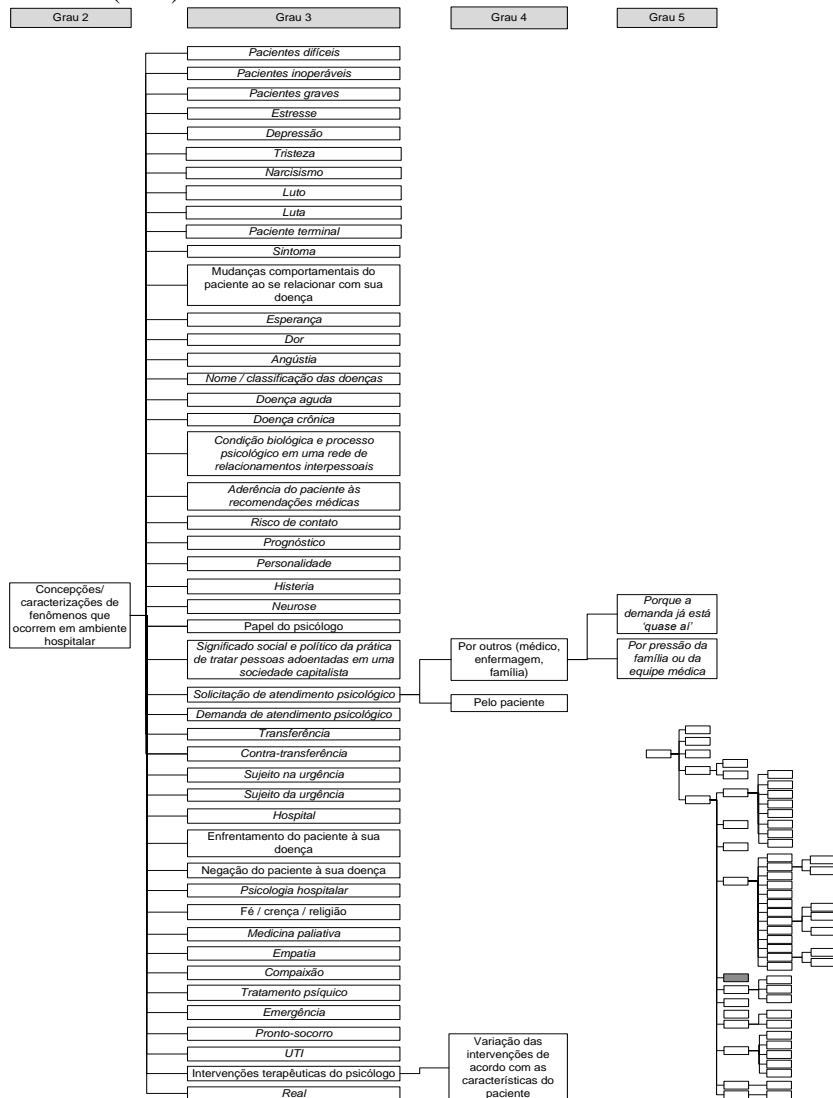
As prováveis classes de estímulos derivadas de Simonetti (2011) relacionadas ao conjunto de aspectos do meio “Características de situações que afetam especificamente o psicólogo ou o trabalho do psicólogo em hospitais gerais” foram agrupadas em torno de 105 prováveis classes, organizadas em diferentes graus de generalidade. Das 105 classes de estímulos, 53 delas estão apresentadas na Figura 4.21. As demais classes de estímulos constituintes desse conjunto estão apresentadas na Figura 4.22. Dentre as prováveis classes de estímulos apresentadas na Figura 4.21 encontram-se sentimentos e emoções dos psicólogos ao relacionarem-se com pacientes hospitalizados, os diferentes tipos de conhecimento existentes no ambiente hospitalar e os diferentes procedimentos e técnicas de intervenção profissional.

Figura 4.21 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos que constituem o conjunto de aspectos do meio “Características de situações que afetam especificamente o psicólogo ou o trabalho do psicólogo em hospitais gerais”, derivadas de Simonetti (2011)



São 52 prováveis classes de estímulos que constituem a classe mais geral “Concepções/caracterizações de fenômenos que ocorrem em ambiente hospitalar” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características de situações que afetam especificamente o psicólogo ou o trabalho do psicólogo em hospitais gerais”. Essas classes estão distribuídas em três graus de generalidade, são apresentadas na Figura 4.22 e são referentes a concepções ou caracterização de fenômenos ou processos com os quais o psicólogo lida em ambiente hospitalar.

Figura 4.22 – Diagrama de representação das prováveis classes de estímulos constituintes da classe mais geral “Concepções/caracterizações de fenômenos que ocorrem em ambiente hospitalar” que, por sua vez, constitui o conjunto de aspectos do meio “Características de situações que afetam especificamente o psicólogo ou o trabalho do psicólogo em hospitais gerais”, derivadas de Simonetti (2011)



7. Aspectos do meio com alto grau de especificidade possibilitam derivar classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos do paciente hospitalizado

A análise da obra de Simonetti (2011) possibilitou derivar classes de comportamentos que foram organizadas em um sistema comportamental e que, provavelmente, constituem comportamentos importantes a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. No entanto, muitas das classes de comportamentos derivadas encontram-se com grau de generalidade alto que, provavelmente, profissionais de outras áreas de conhecimento que “lidam” com pacientes em contexto hospitalar, também possam desenvolvê-los. Como ilustração, a classe “3.8. Intervir na relação que a pessoa estabelece com sua doença durante seu processo de adoecimento”, apresentada na Tabela 3.6. Em contrapartida, as prováveis classes de estímulos que foram derivadas ou identificadas na fonte de informação apresentam grau elevado de minúcia na caracterização dos aspectos envolvidos na relação paciente hospitalizado-psicólogo como, por exemplo, as diferentes formas, identificadas na obra, apresentadas na Figura 4.15, dos pacientes não aderirem ao tratamento: recusá-lo, fumar escondido, não tomar remédios e não permanecer no leito. Essa minúcia de descrição é importante para caracterizar o trabalho e derivar competências para o psicólogo em contexto hospitalar. Os aspectos do meio com alto grau de especificidade possibilitam derivar classes de comportamentos profissionais do psicólogo também específicas para intervir diretamente em comportamentos do paciente hospitalizado.

Com “novos” comportamentos derivados a partir das prováveis classes de estímulos, o sistema comportamental já apresentado pode ser aperfeiçoado tanto no grau de generalidade das classes que o constituem como em quantidade de classes de comportamentos intermediárias. Esse “novo” sistema pode ser utilizado para capacitar psicólogos a desenvolverem esses comportamentos específicos para o contexto hospitalar. A organização das prováveis classes de estímulos nos diagramas apresentados (Figura 4.1 a 4.22) auxilia a proposição e organização das “novas” classes no sistema comportamental. Essas classes de estímulos estão organizadas de acordo com o critério de generalidade dos aspectos do meio e não pelo grau de abrangência. A abrangência foi apenas um recurso utilizado para localizar as prováveis classes de estímulos. Dessa forma, “classes de estímulos” mais gerais estão localizadas a esquerda dos diagramas. Quanto mais a direita do

mesmo, mais específicas as classes se tornam. As “classes de estímulos” mais a direita do diagrama, provavelmente, caracterizam com maior grau de especificidade o trabalho do psicólogo em ambiente hospitalar. Quanto mais à esquerda estiverem as classes, maior a probabilidade de que elas caracterizem aspectos de mais de um ambiente de intervenção do psicólogo ou mesmo de profissionais da equipe de saúde com outras formações. Com esses aspectos explicitados, é possível examinar cada uma das classes de aspectos do meio de maneira específica.

“Diagnóstico” é o primeiro conjunto de aspectos do meio derivado da obra de Simonetti (2011) e está apresentado na Figura 4.6. É o conjunto que apresenta a menor distribuição de prováveis classes de estímulos. Uma das possíveis explicações para a pequena porcentagem é que as “classes de estímulos” classificadas nesse conjunto estão nomeadas em âmbitos gerais e poderiam ser “dissolvidas” por entre os demais conjuntos de aspectos do meio. Por exemplo, “diagnóstico” poderia ser classificado como uma das classes constituintes do conjunto “Doenças” ou “Características gerais do paciente” ou ainda da classe “Concepções/caracterizações de fenômenos que ocorrem em ambiente hospitalar”, constituinte do conjunto “Características de situações que afetam especificamente o psicólogo ou o trabalho do psicólogo em hospitais gerais”. O contrário também poderia ocorrer: “classes de estímulos” classificadas em outras classes e conjuntos poderiam constituir o conjunto “Diagnóstico”, como exemplo, as prováveis classes “Tratamento”, “Sintoma” e “Prognóstico”, constituintes do conjunto “Doenças”, poderiam ser organizadas nesse conjunto.

Os tipos, funções e concepções dos diagnósticos foram reproduzidos tal qual na obra de Simonetti (2011, p. 36). São caracterizados pelo autor como “[diagnóstico] reacional – o modo como a pessoa reage à doença; [diagnóstico] médico – a sua condição médica; [diagnóstico] situacional – análise das diversas áreas da vida do paciente; e [diagnóstico] transferencial – análise de suas relações”. As classes que constituem o conjunto “Diagnóstico” ainda estão gerais para caracterizar “relações de trabalho” do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. No entanto, suas classes constituem-se em aspectos relevantes a serem caracterizados ou distinguidos pelo psicólogo em contexto hospitalar uma vez que, provavelmente, ele “terá contato” com esses termos ao relacionar-se com outros profissionais ao intervir em comportamentos do paciente. Ainda, é relevante para o psicólogo em contexto hospitalar estar sob controle de diferentes aspectos que constituem características do paciente ao relacionar-se com suas condições de saúde. Esses aspectos

seriam os quatro “tipos de diagnósticos” apresentados por Simonetti (2011), além de outros que provavelmente devem existir.

O segundo conjunto de aspectos do meio a ser examinado é “Doenças” e pode ser observado da Figura 4.7 a Figura 4.9. Um aspecto que necessita ser examinado nesse conjunto é seu próprio nome. Conforme Botomé e Santos (1984), Stédile (1996) e Kubo e Botomé (2001a), separar as pessoas em doentes ou saudáveis é bastante inadequado ao lidar com o objeto de trabalho dos profissionais em saúde. As condições de saúde de uma pessoa são o resultado de uma combinação de graus de variáveis que as determinam e as constituem num certo momento e que variam em um contínuo caracterizando desde condições excelentes de saúde até péssimas condições de saúde. A “doença” seria um grau das condições de saúde da pessoa e esses graus variam, em pacientes hospitalizados, dos graus “limitação das atividades” até a “morte”, provavelmente. São essas condições (bem como as minúcias e decorrências dessas condições) que o psicólogo necessitaria preparar-se para lidar. Neste trabalho, “Doenças” tem um caráter apenas de “nome atribuído ao conjunto” – que talvez devesse se chamar “condições de saúde agravadas”. No entanto, as classes de comportamentos que provavelmente derivarão desse conjunto de aspectos do meio não podem ser influenciadas pela nomenclatura. Isso evidencia a necessidade de reavaliação e aperfeiçoamento da própria nomenclatura, de forma a torná-la mais coerente com concepções de multideterminação probabilística e de comportamento, antes de se constituir fonte de proposição de comportamentos profissionais. Além disso, há necessidade de exame cuidadoso dessa nomenclatura para evitar proposições fundamentadas em conceitos equivocados acerca de qual seria o objeto de intervenção do psicólogo. Ullmann e Krasner (1965) já advertiam a respeito de intervir no indivíduo ou nas condições determinantes de más condições de saúde, quando compararam o modelo médico e o modelo psicológico.

Em relação a provável classe de estímulo “Tipos de doenças”, apresentada na Figura 4.8, são mantidos os mesmos nomes utilizados pelo autor da obra para designar “doenças físicas” e “doenças mentais”. O autor não caracteriza ou conceitua o que seriam essas “doenças”, usa exemplos para indicar o que constituiria essas duas prováveis classes de estímulos. Mais adequado do que compreender os processos pelos quais o paciente passa por meio de dicotomias (“físico”/“mental”), seria compreender que as condições (debilitadas, agravadas etc.) de saúde do paciente lhe trazem consequências de diferentes dimensões, em diferentes graus, e estas o “fazem agir” da maneira que age. Diante

dessa compreensão, o profissional caracteriza os processos que estão ocorrendo com o paciente ao relacionar-se com suas condições de saúde e intervém de acordo com as necessidades caracterizadas. Caso contrário, o psicólogo, provavelmente, classificaria o que identificou em categorias e utilizaria de instrumentos de trabalho já prontos para “lidar” com essas categorias. Esse tipo de intervenção caracteriza atuações tecnicistas, de acordo com demandas e queixas, e não a partir das reais necessidades de intervenção do paciente (CARVALHO, 1984a). No entanto, essas nomenclaturas podem ser importantes para o psicólogo discutir aspectos relacionados às condições de saúde do paciente com a família e com os demais profissionais de saúde.

Condições de saúde fragilizada e hospitalização, em geral, geram desconfortos, de acordo com Gorayeb (2001). O paciente fica longe da família e de suas responsabilidades, sente-se ameaçado pelo desconhecido, não há certezas de melhora de seu estado, expectativas são criadas, alguns pacientes apresentam dificuldade em aceitar o diagnóstico e prognóstico de sua condição, em alguns casos a internação e a “doença” envolvem gastos financeiros, dentre outras implicações na vida do paciente durante a internação. Algumas das implicações das condições de saúde do paciente nos demais aspectos de sua vida, derivadas de Simonetti (2011), são devido às características dos processos de trabalho que ocorrem na organização hospitalar, como “Intimidade do paciente é invadida” e “Paciente deixa de ser sujeito”, referindo-se ao uso de números para identificar os pacientes, por exemplo. Essas características estão apresentadas na Figura 4.9. Há casos também em que as condições de saúde do paciente geram decorrências na “vida” do paciente durante a hospitalização e após a alta hospitalar, como é o caso dos exemplos, derivados de Simonetti (2011): “Limitação temporária ou permanentemente da produtividade”, “Mudar hábitos de vida”, “Incapacidade física” etc. O que o psicólogo pode e necessita ser capaz de realizar diante dessas implicações, para aumentar a qualidade de vida do paciente? Que tipos de resultados deveriam ocorrer para cada uma das situações? São algumas das perguntas que podem auxiliar a derivar classes de comportamentos de caráter preventivo, para intervir nessas decorrências das condições de saúde para o próprio paciente, orientado por consequências a médio e a longo prazos.

Ainda referindo às classes que constituem o conjunto “Doença”, a provável classe de estímulos “Concepções do paciente a respeito de doenças”, apresentada na Figura 4.7, é constituída por dois aspectos, identificados em Simonetti (2011): “Um castigo divino por ter cometido

determinados pecados” e “Um castigo da vida em razão de ter hábitos pouco saudáveis”. Semelhante às indicações de Simonetti em relação ao que os pacientes “pensam” a respeito de suas condições de saúde, Oliveira (1993), ao identificar as representações sociais da doença para as crianças, observou que a hospitalização é percebida por elas como uma punição, um castigo, por algo que elas fizeram e são culpadas. Menezes (2010) buscou compreender os significados do processo de hospitalização a partir da perspectiva da criança hospitalizada e do acompanhante e identificou que as crianças se culpam por sua internação, como consequência de algo “errado” que eles fizeram, enquanto que os pais também se culpabilizam pela internação dos filhos. Parece que termos como “castigo”, “culpa”, “punição” etc. estão muito presentes nas concepções de pacientes hospitalizados. No entanto, essas podem ser apenas algumas das possíveis concepções existentes, uma vez que elas são influenciadas por diferentes aspectos que constituem a vida do paciente e em diferentes graus. Essas possíveis concepções interferirão nas relações do paciente com sua doença e o psicólogo necessita estar apto a intervir de forma a minimizar impactos negativos e maximizar probabilidade de efeitos positivos nos pacientes.

Algumas das prováveis classes de estímulos classificadas no conjunto de aspectos do meio “Doenças”, podem constituir classes de comportamentos de intervenção de outros profissionais do contexto hospitalar. No entanto, se o objetivo da intervenção estiver bem formulado (por exemplo, intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados), é possível derivar classes de comportamentos específicas do psicólogo no ambiente hospitalar a partir da caracterização desses aspectos que constituem esse contexto. Mesmo com prováveis classes de estímulos que, aparentemente, não “pertencem” as competências do psicólogo, como “exame mais complicado” ou “período em UTI”¹⁶, é possível identificar resultados a serem obtidos após intervenção do psicólogo em pacientes que passaram um período na UTI ou passaram por exames complicados. Após identificar os resultados, o psicólogo pode identificar o que lhe compete fazer para obter esses resultados, diante dessas situações. As ações que o psicólogo encontrar, provavelmente, se constituirão em classes de comportamentos a serem desenvolvidas por ele, ao intervir em pacientes hospitalizados, sob essas condições.

¹⁶ “Exame mais complicado” e “Período em UTI” constituem o conjunto de aspectos do meio “Doenças” e podem ser visualizados na Figura 4.7.

Em relação à provável classe de estímulos “Linguagens”, apresentada na Figura 4.10, Simonetti (2011) expressa “preocupação” ao aspecto do psicólogo ser compreendido pelos pacientes, bem como compreendê-los. De acordo com o autor, a relevância em compreender e ser compreendido está no fato de que a “palavra” é o principal “instrumento” de trabalho do psicólogo e de que o hospital é um ambiente constituído por muitos profissionais e pacientes/acompanhantes, de diferentes áreas de conhecimento e meios “sócio culturais”. Quais comportamentos seriam aqueles que mais garantiriam que psicólogos e pacientes “compreendessem” e fossem “compreendidos”? Para Simonetti (2011), não é necessário “dominar todas as linguagens praticadas” no hospital, o necessário seria variar o grau de complexidade de sua “linguagem”, do mais simples ao mais elaborado, de acordo com o grau de complexidade de linguagem do ouvinte. Essa seria uma possibilidade de garantir que as palavras fossem entendidas por diferentes pacientes e por diferentes profissionais.

A provável classe de estímulos “Medicamentos”, também apresentada na Figura 4.10, é diferente da classe “medicamentos em uso”, constituinte do conjunto de aspectos do meio “Doenças”. “Medicamentos” envolve os diferentes nomes atribuídos aos medicamentos, os diferentes tipos de medicamentos, o funcionamento dos diferentes tipos de medicamentos, as implicações do uso, as implicações da suspensão do uso e a probabilidade de dependência do uso do medicamento. São características específicas do ambiente hospitalar, presentes na relação do psicólogo com o paciente hospitalizado. Para Simonetti (2011), é importante o psicólogo informar-se a respeito de medicamentos para: identificar onde localizar informações quando precisar, acompanhar a fala do paciente quando ele referir-se a medicamentos, identificar a função do medicamento na fala do paciente e desenvolver uma visão crítica a respeito do seu uso, dentre outras. O uso de medicamentos pelo paciente tem implicações em diferentes âmbitos, em vários graus. Um paciente pode sentir sono, por exemplo, em decorrência da medicação administrada e não porque “está com depressão”. A intervenção do psicólogo será diferente para cada uma das situações (sentir sono devido à medicação e sentir sono devido ao estado de depressão), cabe caracterizar as relações do paciente com suas condições de saúde e identificar as necessidades de intervenção.

As relações desenvolvidas entre psicólogo e paciente hospitalizado são diferentes das relações entre psicólogos e seus clientes em geral. De acordo com Simonetti (2011), sempre haverá um terceiro “elemento” nessa relação, seja a família, a organização hospitalar,

companhias de seguro etc. Outra característica desse tipo de relação é que, dificilmente, haverá encontro “íntimo e sigiloso” entre psicólogo e paciente. Um dos motivos para que isso ocorra é que o atendimento, geralmente, acontece no leito hospitalar, em meio a barulhos e interrupções e com horário e duração dependendo das condições clínicas do paciente. Essas características estão apresentadas na Figura 4.10. Para o autor, diante dessas situações de atendimento ao paciente, o psicólogo deve ser “muito flexível”. Flexível é uma característica ainda genérica e não explícita ao psicólogo o que ele necessita fazer diante dessas condições específicas, daí a necessidade de novos estudos para explicitá-los o mais completamente possível.

Na provável classe de estímulos “Seções do hospital”, apresentada na Figura 4.11, encontram-se duas classes identificadas em Simonetti (2011), a UTI e o pronto-socorro. As situações caracterizadas pelo autor como constituintes da seção pronto-socorro são muito semelhantes aos relatos de Castro (2009) a respeito das demandas que recebe como plantonista de Psicologia em pronto-socorro de Hospital Universitário no Rio de Janeiro. De acordo com a autora, as demandas da equipe médica aos psicólogos, nessas situações, são para atender casos de morte de pacientes, pacientes muito angustiados ou ansiosos, pacientes no qual não encontravam nenhuma causa “orgânica” para os sintomas apresentados, pacientes psiquiátricos, entre outros. A função dessa classe de estímulos é salientar a possibilidade de diferentes seções dentro de um mesmo hospital e as diferentes possibilidades de atuação do psicólogo nas seções em que estiver inserido. Dependendo da seção, os comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir em comportamentos dos pacientes hospitalizados serão diferentes, uma vez que as características das seções hospitalares determinam as características dos pacientes nelas internados.

O conjunto de aspectos do meio “Características do paciente” teve suas classes reagrupadas em dois conjuntos de aspectos do ambiente: “Características gerais do paciente” e “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”. Foram reunidos no conjunto de aspectos do meio “Características gerais do paciente” as prováveis classes de estímulos relacionadas com os demais aspectos constituintes da “vida” do paciente além da “doença” e da hospitalização. Essas classes estão apresentadas nas Figuras 4.12 e 4.13. Simonetti (2011) nomeia esses aspectos da vida de “âmbitos” e os reúne em quatro grupos: familiar, par, financeiro e profissional. Ocorrências na vida do paciente nesses “âmbitos” podem influenciar ou influenciam as condições de saúde do paciente e a

maneira como ele se relaciona com elas. A função desse conjunto de aspectos do meio é salientar ao psicólogo que tanto a “história de vida” do paciente interfere na maneira como ele se relacionará com suas condições de saúde quanto os “aspectos de sua vida” interferem em suas condições de saúde. O psicólogo necessita ficar sob controle dessas características apresentadas neste conjunto ao caracterizar o paciente e intervir de acordo com as diferentes características de cada paciente.

O conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar” é apresentado da figura 4.14 a Figura 4.20. Uma das prováveis classes de estímulos que constituem esse conjunto é “Tipos de pacientes”, apresentada na Figura 4.15. A maioria das classes que constituem essa classe mais geral está apresentada em alto grau de minúcia, possibilitando a derivação de classes de comportamentos também específicas para intervir em comportamentos de diferentes “tipos” de pacientes hospitalizados. Como exemplo, Simonetti (2011) “antecipa” algumas prováveis condições que impedem ou dificultam o paciente se comunicar por meio da fala: ou o paciente passa por um “mutismo voluntário” (não fala porque não quer), ou o paciente não fala porque necessita de “tempo” para identificar os processos pelos quais está passando e como lidar com eles, ou há impedimento físico, como entubação, sedação, lesão oral etc. A “queixa” da equipe da saúde, por exemplo, pode ser a “mesma”: de que o paciente não fala. Mas caracterizando as necessidades do paciente é possível “listar” uma variedade de aspectos que limitam ou impedem sua fala. Psicólogos (e equipe da saúde) direcionam sua intervenção conforme a caracterização desses problemas. Essa ilustração possibilita distinguir “queixas” de “problemas” ou necessidades. Simonetti (2011) identifica como sendo termos distintos, uma vez que foram identificados ambos os termos em sua obra, mas o autor não conceitua ou explicita a distinção entre eles. Identificar essas diferenças é pré-requisito para a atuação do profissional.

Em relação a provável classe de estímulos “paciente histérico”, apresentada na Figura 4.15, vale retomar o exame realizado a respeito da distinção entre “doenças mentais” e “doenças físicas”. Assim como esses dois termos, “paciente histérico” também é impreciso e dificulta a identificação das necessidades do paciente. Diante de pacientes nomeados dessa maneira, o psicólogo caracteriza os processos que ocorrem com o paciente ao relacionar-se com suas condições de saúde e intervém de acordo com as necessidades caracterizadas. Talvez essas nomenclaturas possibilitem ao psicólogo identificar a respeito de quais

fenômenos outros profissionais se referem ao utilizar o termo em ambiente hospitalar. Simonetti (2011) caracteriza o paciente histérico por meio de: hipocondria, somatização, transtorno conversivo, transtorno dissociativo, estresse pós-traumático, ansiedade e síndrome do pânico. As classes que podem caracterizar “paciente histérico” ou “histeria” também dificultam a caracterização dos processos que ocorrem com o paciente por serem tão imprecisas quanto “paciente histérico”.

Ainda em relação ao conjunto de aspectos do meio “Características do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde em ambiente hospitalar”, Simonetti (2011, p. 38) afirma que “as maneiras que os humanos dispõem para enfrentar [...] e também reagir a doenças” variam, inclusive de um dia para outro. O autor agrupou as maneiras do paciente reagir a doenças em torno de quatro fases, baseadas no trabalho de Elizabeth Kubler-Ross (1989) que investigou a respeito do modo como pacientes terminais lidavam com a proximidade da morte. As quatro fases são: negação, revolta, depressão e enfrentamento. Com a apresentação das categorias e afirmação de Simonetti (2011), foi possível derivar que o psicólogo, provavelmente, lidará com mudanças de comportamento do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde ao longo do processo de adoecimento. Ao examinar a caracterização do autor para cada uma das fases citadas, identifica-se elevada quantidade de sentimentos ou emoções do paciente ao se relacionar com suas condições de saúde. Esses sentimentos e emoções estão “dissolvidos” entre as prováveis classes de estímulos “Sentimentos e emoções do paciente ao se relacionar com seu estado de saúde”, “Negação da doença pelo paciente”, “Revolta do paciente em relação à sua doença”, “Depressão do paciente em relação à sua doença” e “Enfrentamento do paciente de sua doença”, apresentadas da Figura 4.16 a Figura 4.20. Essas classes evidenciam a necessidade de o psicólogo ser capaz de distingui-las e apresentar respostas profissionais coerentes com as características dos comportamentos desses pacientes.

Como quaisquer processos comportamentais, Skinner (1974, 1991) afirma que sentir e pensar também são assim entendidos. Para o autor, sentir vontades, sentir desejos, ter ideias, ter motivos e propósitos para agir podem ser analisados com os mesmos procedimentos de análise de comportamentos, para qualquer outro tipo de comportamento. O grande equívoco é que as pessoas percebem sentimentos como causas de comportamentos (suicidou-se por causa da tristeza) ou como algo já intrínseco a pessoa (ele é triste), sem possibilidade de mudança (ROBINSON, 2003). De acordo com as explicações de Skinner (1974,

1991), os sentimentos e pensamentos são produtos de comportamentos e não causas de comportamentos. Conforme esse autor, se alguém estiver sem receber atenção de uma pessoa em específico, por algum tempo, e “fizer” alguma coisa que tenha como resultado a “atenção” dessa pessoa (sorrir, por exemplo), os comportamentos da classe “sorrir”, provavelmente, serão novamente apresentados quando ela estiver diante de situações semelhantes no futuro. Dessa forma, conforme Skinner (1974), as relações estabelecidas entre as consequências recebidas, a situação em que ocorreu a ação e a ação são as responsáveis por aquilo que as pessoas sentem. O conhecimento psicológico, desse ponto de vista, se faz fundamental para a capacitação não só do psicólogo mas para os demais profissionais da saúde.

Conforme o apresentado a respeito de emoções e sentimentos, as classes constituintes de cada uma das quatro fases do paciente em relação a doença constituem-se de a) consequências de uma relação específica que o paciente estabelece com suas condições de saúde (quando ele a “nega”, “revolta-se”, “deprime-se” ou a “enfrenta”) ou b) classes de comportamentos mais específicas, constituintes da classe mais geral “enfrentar a doença”, “negar a doença” etc. Dessa forma, “passividade” e “pensamentos onipotentes”, por exemplo, são prováveis resultados do paciente “negar a doença”, enquanto que “postergar exames”, por exemplo, é provável classe de comportamentos constituinte do “negar a doença”. O entendimento das classes de estímulos que, provavelmente, constituem esses conjuntos não segue a lógica de que por “ser passivo” e por “ter pensamento onipotente”, o paciente “está na fase” da negação. Assim, é importante o psicólogo caracterizar, ao longo da hospitalização, o que o paciente faz ao se relacionar com suas condições de saúde ao invés de nomear em que “fase” ele “está”.

No conjunto de aspectos do meio “Características de situações que afetam especificamente o psicólogo ou o trabalho do psicólogo em hospitais gerais” está classificada uma provável classe de estímulo nomeada “Concepções/caracterizações de fenômenos que ocorrem em ambiente hospitalar”, apresentada na Figura 4.22. Nesse conjunto estão apresentados processos que Simonetti (2011) caracteriza e conceitua ao descrever as atividades do psicólogo em hospitais. Portanto identificar, caracterizar e conceituar cada uma das “situações” com as quais o psicólogo lida são, provavelmente, pré-requisitos para o desenvolvimento de comportamentos de intervenção e, até, meio ou recurso para identificar outras classes de comportamentos a serem

desenvolvidos ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados.

Os instrumentos, técnicas e recursos para intervenção do Psicólogo, organizados na provável classe de estímulo com esse nome, estão apresentados na Figura 4.21, e constituem, em geral, técnicas características do tipo de conhecimento “Psicanálise”. Técnicas são utilizadas diante de situações específicas, com o objetivo de recurso ou meio para algum objetivo fim. Caso as técnicas sejam utilizadas porque é habitual usá-las, elas se tornarão fim em si mesmo que, conseqüentemente, caracteriza intervenção parcial, e apenas técnica, de um profissional em relação ao qual é esperado atuação de nível superior (BOTOMÉ; KUBO, 2002). Dessa forma, a atuação do profissional, provavelmente, estará voltada à reprodução do que já é feito e não para as possibilidades de atuação diante das necessidades do paciente hospitalizados. O profissional psicólogo necessita caracterizar as técnicas possíveis ao uso e selecioná-las para cada tipo de situação, bem como avaliar as decorrências da utilização da técnica selecionada.

Ainda, devido a diversidade do contexto hospitalar, o psicólogo se depara com diferentes tipos de conhecimentos, diferentes formas ou processos de conhecer e diferentes áreas de conhecimento. Essas expressões foram examinadas por Botomé e Kubo (2002) e, de acordo com os autores, “áreas de conhecimento” é a organização do conhecimento existente a respeito de um fenômeno em categorias de conhecimento, por exemplo, Biologia, Fisiologia, Química. As “formas ou processos de conhecer” visam produzir conhecimento a respeito de fenômenos, de uma determinada maneira. O que diferencia uma forma de conhecer de outra é o método (a forma de proceder) que cada uma utiliza para produzir o conhecimento. Ciência, senso-comum, religião, filosofia, são algumas das formas existentes para conhecer um fenômeno. Os “tipos de conhecimento” são conceitos e pressupostos específicos desenvolvidos para “lidar” com o fenômeno e que interferem na maneira de conhecê-los. Como exemplo, na ciência, há varias teorias, modelos, “abordagens”; no senso-comum há varias culturas; na religião há diferentes religiões; na filosofia há varias escolas e teorias. Os psicólogos precisam identificar a presença desses aspectos ao relacionar-se com o paciente e caracterizar a que forma de conhecer e tipo de conhecimento o paciente se refere.

Em sua intervenção em comportamentos do paciente hospitalizado, o psicólogo terá que lidar com seus próprios sentimentos, decorrentes da relação estabelecida com o paciente ou de situações que ocorrem com frequência no ambiente hospitalar. De acordo com

Gorayeb (2001), os elevados índices de óbitos que ocorrem em algumas áreas, afeta o estado emocional dos profissionais envolvidos. Ainda em relação aos sentimentos do profissional decorrentes da probabilidade de morte, Moré et al. (2009) afirmam que lidar com a possibilidade constante de morte exige que os profissionais desenvolvam “mecanismos de defesa” para preservar a objetividade profissional. Simonetti (2011) ainda salienta que além de lidar com seus sentimentos, o psicólogo não pode confundir os sentimentos do paciente com seus próprios. As prováveis classes de estímulos “Sentimentos e emoções do psicólogo ao lidar com situações do ambiente hospitalar” e “Probabilidade de confusão entre os sentimentos do psicólogo e os sentimentos do paciente” estão apresentadas na Figura 4.21 e ilustram a complexidade dos comportamentos que o psicólogo provavelmente necessita desenvolver ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

Identificar e derivar as prováveis classes de estímulos, componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos por psicólogos ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados permitiu detectar alto grau de minúcia das características dos aspectos do meio com os quais o psicólogo lida. É provável que o “mapeamento” das situações do contexto hospitalar não tenha sido esgotado, uma vez que apenas parte da fonte de informação foi examinada e podem ter havido interferências do pesquisador ao identificar e derivar as prováveis classes de estímulos. Ainda, os constituintes dos conjuntos de aspectos do meio são chamados de “prováveis classes de estímulos” já que para afirmar que são classes de estímulos seria preciso caracterizar cada um dos termos componentes das classes de comportamentos e avaliar se há relação entre eles. Por fim, a especificidade característica das prováveis classes de estímulos possibilita derivar classes de comportamentos também específicas a serem desenvolvidas por psicólogos ao intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados.

V

PROPOSIÇÃO DE CLASSES DE COMPORTAMENTOS A SEREM DESENVOLVIDOS PELO PSICÓLOGO AO INTERVIR DIRETAMENTE EM COMPORTAMENTOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS: LIMITES E POSSIBILIDADES DE AVANÇO DA PSICOLOGIA EM SAÚDE

Pesquisas desenvolvidas para caracterizar a atuação do psicólogo tem demonstrado que esse profissional, desde a regulamentação de sua profissão, tem exercido atividades clínicas, baseadas nos atendimentos individuais que ocorrem em consultórios (PEREIRA, 1975; CARVALHO, 1988; BOTOMÉ, 1988; BASTOS, GOMIDE, 1989; BASTOS, GONDIM, BORGES-ANDRADE, 2010). Alguns autores demonstram em suas pesquisas que profissionais psicólogos se sentem despreparados para atuar em diferentes campos de atuação depois de formados, uma vez que, na graduação, foram ensinados predominantemente a intervir segundo modelo clínico tradicional de consultório (CARVALHO, 1984a; YAMAMOTO, CUNHA, 1998; MAIA et al., 2005; MÜLLER, DIAS, 2008; COSTA, OLIVO, 2009). Uma das decorrências desse tipo de formação pode ser a reprodução de atendimentos clínicos e individuais nos diversos campos de atuação do psicólogo, sem que aspectos peculiares de cada campo, como em saúde, por exemplo, exerçam controle sobre seus comportamentos profissionais. Além de uma formação voltada para “atendimentos clínicos individuais”, Bock (1997) também indica a formação tecnicista desses profissionais como uma das “falhas” dos cursos de graduação na preparação de psicólogos. Dessa forma, a proposição de classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados podem contribuir para avançar o conhecimento existente a respeito da formação e da atuação do profissional nesse subcampo de atuação em que ainda há grande influência do modelo médico, conforme Ullmann e Krasner (1965), orientando a atuação de múltiplos profissionais desse subcampo.

Mudar a capacitação de psicólogos que atuam de acordo com o modelo clínico tradicional possibilitaria uma intervenção diferenciada para cada tipo de situação e de acordo com as necessidades de cada cliente. A identificação de classes de comportamentos que constituem a classe mais geral “intervir diretamente em comportamentos de pacientes

hospitalizados” e a organização das mesmas em um sistema comportamental é uma alternativa para capacitar psicólogos a intervir nesse contexto. Em um sistema comportamental, as classes de comportamentos apresentam-se relacionadas entre si, organizadas em função de critérios como o de abrangência, por exemplo. Cada classe pode constituir-se em comportamentos-objetivo. O sistema comportamental é uma espécie de “guia” para a capacitação dos aprendizes, uma vez que nele estão explicitados os comportamentos de entrada dos mesmos, os comportamentos intermediários e o comportamento fim ou terminal (“onde se quer chegar” com a capacitação), conforme Botomé (1996a).

A partir da organização das classes de comportamentos, derivadas de Simonetti (2011), no sistema comportamental foi possível identificar “lacunas” de classes de comportamentos que ainda necessitam ser descobertas e nomenclaturas que ainda necessitam refinamento para constituírem a capacitação do psicólogo para intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados. Que tipo de profissional será “formado” a partir de um sistema comportamental constituído por classes de comportamentos genéricas, com uma classe de comportamentos constituinte da classe “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados” e nenhuma classe constituinte das classes “2.5. Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”? Quais as decorrências para a formação do psicólogo e para sua atuação profissional a partir de um sistema comportamental com essas características?

Após derivar as prováveis classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados é possível concluir que as classes estão genéricas ou específicas demais. Genéricas no sentido de abrangerem muitos eventos, a ponto de, provavelmente, servirem para profissionais de outras áreas de conhecimento que também “lidam” com pacientes hospitalizados. Quando não estão genéricas, as classes estão específicas demais, no sentido de abrangerem poucos eventos. A especificidade, muitas vezes, reduziu a classe de comportamentos ao uso de técnicas, o que implica em complementações por classes um pouco mais abrangentes que garantissem que o profissional será capaz de selecionar a melhor técnica para uma situação e avaliar decorrências de suas decisões profissionais. Da maneira como as classes de

comportamentos foram organizadas no sistema, é possível verificar que há disparidade entre os graus de abrangência. Se tivesse sido mantida a uniformidade na apresentação dos conjuntos de classes de comportamentos menos abrangentes, haveria, no “diagrama” comportamental, “espaços em branco” entre as classes posicionadas à direita e as classes posicionadas à esquerda do diagrama. Esse “espaço em branco” foi “omitido” na representação gráfica do sistema comportamental, mas ele será explicitado quando se programar um sistema voltado para capacitar profissionais a intervirem. Portanto, o exame das classes de comportamentos no sistema comportamental evidencia déficits ou lacunas de classes de comportamentos intermediárias que precisam ser superados ou preenchidos.

Em relação a classe “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” é necessário destacar que o que caracteriza essa classe são as necessidades do paciente. A maneira como as classes estão nomeadas dificulta uma avaliação mais precisa a respeito de serem constituintes da classe “2.1”, como a classe “5.10. Avaliar o paciente que teve sua “doença mental” despercebida pela equipe médica, por meio da caracterização do “passado psiquiátrico” do paciente”, por exemplo. Essas classes necessitariam ser reformuladas para avaliar se elas caracterizam necessidades do paciente, de fato.

Entre as classes “2.1. Caracterizar necessidades de intervenção direta do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” e “2.2. Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” e entre “2.2” e “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, foi possível identificar lacunas de classes de comportamentos. A última classe de comportamento de “2.1” (“6.5. Distinguir solicitação de atendimento psicológico para outra pessoa que necessite da demanda de atendimento psicológico para própria pessoa necessitada, no contexto hospitalar”), por exemplo, não é condição antecedente para a ocorrência da “primeira” classe constituinte da classe “2.2” (“5.14. Caracterizar a sequência de ações que constituem os processos psíquicos envolvidos no adoecer”)¹⁷. A falta de classes intermediárias de comportamentos implica em, muito provavelmente, questionamentos por parte do aluno ou profissional a respeito do que fazer após, por exemplo, “3.4.

¹⁷ Essas classes estão apresentadas nas Figuras 3.6 e 3.9, respectivamente, na seção III deste trabalho.

Programar o que fazer após diagnosticar o paciente”, uma vez que a classe de comportamentos em sequencia seria “4.13. Planejar suas ações terapêuticas”¹⁸. Esse aspecto exigirá que, antes de iniciar um programa de capacitação, essas potenciais “lacunas” sejam sanadas, descobrindo novos comportamentos.

Botomé (1996a) propõe um procedimento para identificar comportamentos intermediários constituintes de objetivos de ensino. Nesse procedimento, após ter identificado o que precisa ser ensinado (o objetivo do ensino), o professor necessita decompor essa classe geral e complexa em classes de comportamentos mais simples, constituintes da mais geral. O sistema comportamental organizado a partir das classes derivadas de Simonetti (2011) já apresenta algumas dessas classes mais simples, constituinte da classe mais geral “intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados”. No entanto, outras classes precisam ser identificadas para “completar” esse sistema, uma vez que lacunas foram identificadas. Anteriormente à identificação de classes intermediárias constituintes do sistema comportamental, as classes já existentes precisam ter seus nomes reavaliados e reformulados como a classe “5.16. Identificar o sintoma do paciente ao criar condições para que o paciente identifique o sentido do seu sintoma”, por exemplo, apresentada na Figura 3.10 da seção III. Após o aprimoramento dos nomes, uma reorganização das classes no sistema também necessita ser realizada para então realizar o procedimento de identificação de classes intermediárias.

O procedimento sugerido por Botomé (1996a) é “perguntar” relacionado à classe de comportamentos já descoberta “o que o aprendiz precisa estar apto a fazer para conseguir realizar esse comportamento?”. A resposta a essa pergunta provavelmente serão classes de comportamentos constituintes dessa “já descoberta” e, portanto, classes que, em um sistema comportamental, são pré-requisitos de classes mais gerais que necessitam, muito provavelmente, ser ensinadas primeiro. Continuando o exemplo anterior, o profissional “perguntaria” relacionado à classe “3.4. Programar o que fazer após diagnosticar o paciente” o que o psicólogo precisa estar apto a fazer para programar o que fazer após diagnosticar o paciente. São possíveis respostas a essa pergunta: “identificar o que precisa ser feito em relação ao paciente”, “caracterizar o que precisa ser feito em relação ao paciente”, “identificar as condições necessárias para realizar o que precisa ser feito” etc. Essas

¹⁸ Essas classes estão apresentadas na Figura 3.9 da seção III deste trabalho.

possíveis respostas, provavelmente, são classes mais simples que a classe “3.4” e que, portanto, a constituem. Ao explicitar as classes intermediárias, o “salto” que o aprendiz precisa dar entre a realização de uma classe de comportamentos e outra é minimizado. A pergunta pode ser repetida até serem identificadas classes que os aprendizes já são capazes de realizar antes de começar. O processo de decomposição das classes de comportamentos mais complexos possibilita que o professor identifique as aprendizagens intermediárias necessárias para a realização do objetivo terminal por parte do aluno como também possibilita que o processo de ensino “siga a sequência” de aprendizagens mais simples para aprendizagens mais complexas. Esse procedimento pode auxiliar a identificação das lacunas de classes de comportamentos existentes no sistema comportamental apresentado.

As poucas classes de comportamentos classificadas como “2.2 Projetar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” podem destacar uma tendência do psicólogo em seguir rotinas. Não projetar suas ações, aumenta a probabilidade de que esse profissional siga rotinas. Rotinas são processos que ocorrem com alta frequência em quaisquer processos de trabalho. O problema não está na rotina em si, mas sim em desempenhar as atividades sem ter função naquilo que está sendo feito. Ao projetar os comportamentos profissionais, o psicólogo identifica e caracteriza os comportamentos componentes do comportamento de interesse e assim estabelece condições que aumentam a probabilidade de que o comportamento ocorra.

Em relação a baixa quantidade de classes de comportamentos derivadas da fonte de informação e classificadas como “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”, é necessário identificar outras classes que provavelmente a constituem, a fim de constatar as implicações, para o profissional e para os pacientes hospitalizados, do “não desenvolvimento” de classes de comportamentos de “avaliar intervenção”. Para Gusso (2009), avaliar a intervenção envolve comportamentos de analisar variáveis, planejar procedimentos, caracterizar situação existente antes da intervenção e situação resultante da intervenção; comparar resultados obtidos com os objetivos planejados para a intervenção, coletar, tratar, analisar etc. dados obtidos por meio da avaliação da intervenção para que possam servir de critérios para futuras avaliações e para aperfeiçoamento profissional. Conforme Wruck (2004, p. 97), para garantir que a intervenção realizada foi a “melhor alternativa”, é preciso observar a relação entre os custos e os

benefícios das intervenções, sendo que é preciso garantir a maximização de benefícios para aqueles que necessitam da intervenção profissional e a minimização dos custos para os envolvidos na mesma. Para tanto é preciso “inferir, investigar, especificar, hierarquizar, prever que implicações tem as necessidades de diferentes ordens e que acontecem em diferentes contextos sobre a qualidade de vida dos indivíduos”. Portanto, “avaliar intervenção” é uma classe de comportamentos complexos que exige mais especificação de suas classes constituintes.

Para Wruck (2004), “avaliar”, quando bem definido, pode garantir a dimensão ética do exercício profissional do psicólogo. A autora objetivou caracterizar a dimensão ética na formação do psicólogo, investigando as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Psicologia, planos de ensino e disciplinas curriculares desses cursos. Segundo ela, a dimensão ética é caracterizada, fundamentalmente, por considerar os processos de reflexão crítica e de avaliação criteriosa dos aspectos envolvidos na situação. De acordo com Gusso (2009) avaliar intervenções profissionais realizadas é condição necessária para aperfeiçoá-las e melhorar a qualidade dos serviços prestados pelo psicólogo à sociedade. Portanto, avaliar constantemente os aspectos envolvidos em uma intervenção é essencial para que os profissionais possam garantir melhorias da qualidade do trabalho desenvolvido, tanto para profissionais quanto para clientes.

Os comportamentos não são éticos e não éticos por si e em si. Segundo Wruck (2004), apenas examinando o “conjunto” de comportamentos que caracterizam uma atuação profissional é que a dimensão ética poderá ser percebida. Conforme exemplo da autora, no processo de avaliação psicológica, escolher o teste “adequado”, escolher os procedimentos para aplicar o teste, escolher os procedimentos para “corrigi-lo”, interpretar e divulgar os resultados, investigar os fenômenos psicológicos relacionados ao teste e produzir conhecimentos a respeito desses fenômenos são características da dimensão científica da atuação profissional. De acordo com Wruck (2004), a dimensão ética permeia as etapas da avaliação psicológica em que há reflexão crítica e avaliação dos aspectos envolvidos em cada decisão, bem como avaliação dos custos e benefícios envolvidos no processo decisório e de execução.

Silva (2010), ao examinar dois projetos de cursos de Psicologia, de duas universidades do País, para identificar classes de comportamentos profissionais de psicólogos ao intervir diretamente sobre fenômenos psicológicos, encontrou 40 classes em “avaliar intervenções realizadas”. É uma quantidade relativamente pequena (por

volta de 5,6%) de classes de comportamentos comparada ao total de 708 classes de comportamentos encontradas, distribuídas em cinco outras mais gerais. Wruck (2004) identificou três orientações, em enunciados das Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia, que foram agrupadas em “avaliar intervenção realizada”. O resultado encontrado para a classe “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados” parece estar coerente com os resultados encontrados pelas pesquisadoras que analisaram diretrizes curriculares, projetos de cursos de graduação em Psicologia e disciplinas desse mesmo curso. Quais as implicações para profissionais e para a sociedade quando a intervenção profissional não é avaliada? Para Wruck (2004), a constatação de pequenas quantidades de comportamentos de “avaliar” nas Diretrizes Curriculares representa o descaso para formar profissionais capazes de avaliar suas intervenções e os produtos por eles produzidos.

De acordo com Wruck (2004), os profissionais precisam estar preparados a avaliar suas intervenções e os produtos das mesmas para poder corrigir seus equívocos, bem como avaliar a conduta de colegas de trabalho e indicar sugestões, além de avaliar as produções literárias e científicas de sua e de outras áreas de conhecimento. Silva (2010) afirma que os resultados das intervenções devem ser avaliados a curto, médio e longo prazos e o quanto estão de acordo com o padrão estabelecido pelo órgão regulamentador da profissão. Avaliar a intervenção realizada é condição para correções quando necessário e para o aperfeiçoamento do profissional. Nesse sentido, é preciso que outras classes de comportamentos constituintes dessa classe mais geral sejam descobertas.

Além da classe “2.4. Avaliar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados” apresentar apenas uma classe constituinte, conforme apresentado na Figura 3.14, não foram derivadas da fonte de informação classes de comportamentos para “2.5. Aperfeiçoar intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados a partir de dados da avaliação” e para “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Aperfeiçoar a intervenção, de acordo com Wruck (2004), é a oportunidade do profissional para interferir, modificar, completar, corrigir e aprimorar seus próprios comportamentos. Para poder desenvolver esses comportamentos, o profissional precisa ter avaliado sua intervenção. A classe “avaliar intervenção” é condição para a ocorrência da classe “aperfeiçoar intervenção”. Portanto, conforme a autora, se o avaliar não for realizado

de maneira adequada a probabilidade do profissional “aperfeiçoar intervenções” diminuir. Da mesma forma, se o profissional avaliar sua intervenção e identificar necessidades de capacitação, então corrigir, completar e aprimorar são possíveis decorrências de seu comportamento de avaliar.

Quais as implicações para a sociedade e para psicólogos, que intervêm diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados, quando estes não aperfeiçoam suas atuações? Uma das decorrências pode ser o que alguns estudos apresentam a respeito da atuação do psicólogo em saúde. Bastos, Gondim e Borges-Andrade (2010), ao caracterizarem a profissão do psicólogo no Brasil, concluíram que os psicólogos permanecem desenvolvendo atividades muito semelhantes daquelas desenvolvidas na década de 1980. Há pesquisas que apresentam atividades características da clínica psicológica sendo reproduzidas pelos profissionais em ambientes de saúde (YAMAMOTO et al., 2003; MAIA et al., 2005; OLIVEIRA, SILVA, YAMAMOTO, 2007; COSTA, OLIVO, 2009; BÖING, CREPALDI, 2010, BASTOS, GONDIM, BORGES-ANDRADE, 2010). Conforme Böing e Crepaldi (2010), transpor o modelo clínico para o contexto da saúde não soluciona as necessidades existentes. De acordo com as autoras, é necessário que os profissionais superem e complementem a formação acadêmica. Moré et al. (2009) salientam a necessidade do psicólogo estar permanentemente aprendendo com suas experiências em hospitais e a necessidade de, constantemente, aperfeiçoar suas intervenções e atualizar o conhecimento.

Para Silva (2010) intervir profissionalmente, não avaliar a intervenção realizada e não aperfeiçoá-la aumenta a probabilidade de que o profissional mantenha-se cometendo os mesmos erros sem, muitas vezes, perceber. Não avaliar suas intervenções, conforme Wruck (2004), resulta em não identificar comportamentos “alvo” de aprimoramento e ocultar as necessidades, do profissional e do cliente, assumindo-se que “está tudo bem”. Os dados encontrados condizem com a pesquisa dessa autora que, por sua vez, não encontrou nenhum enunciado nas Diretrizes Curriculares do curso de graduação em Psicologia que remetesse ao comportamento de aperfeiçoar a intervenção. O aprimoramento da intervenção profissional é necessário em qualquer campo de atuação uma vez que é uma forma de garantir melhoria da qualidade dos serviços prestados a sociedade. Dessa forma, comportamentos que constituem essa classe devem ser identificados para que psicólogos possam aperfeiçoar suas intervenções diretas em comportamentos de pacientes hospitalizados.

Também não foram derivadas classes de comportamentos da fonte de informação classificadas em “2.6. Comunicar descobertas feitas com as intervenções realizadas em comportamentos de pacientes hospitalizados”. O que caracteriza essa classe de comportamentos? Quais as implicações para a sociedade e para profissionais psicólogos que ignoram essa classe de comportamentos em sua atuação profissional? Veicili (2008) e Silva (2010) afirmam ser necessário o profissional distinguir dois tipos de “comunicação” possíveis. Uma delas seria comunicar os resultados da intervenção realizada à população que está diretamente relacionada aos resultados obtidos com a intervenção (clientes, gestores da organização, colegas de trabalho etc.) para que essas populações estejam capacitadas, em algum grau, a promover ou evitar os resultados obtidos, quando necessário. A outra forma de comunicar as descobertas encontradas durante a intervenção profissional é a comunicação científica. Atualmente, de acordo com Carmo e Prado (2005), as modalidades mais comuns de divulgação científica são as comunicações orais e painéis, em encontros “científicos”, e os periódicos científicos e livros, impressos ou disponibilizados em meios eletrônicos. De acordo com Veicili (2008), cada maneira de comunicar exige dos profissionais capacidades diferenciadas para apresentar os resultados encontrados. Quanto maior a capacidade do profissional de demonstrar suas descobertas em diferentes contextos e para diferentes públicos, maior a possibilidade do conhecimento produzido por meio das intervenções tornar-se acessível e, com isso, contribuir com o desenvolvimento da profissão e da área de conhecimento.

Para existir formação e atuação profissional é preciso considerar a necessidade constante de produção de conhecimento para o desenvolvimento do campo de atuação profissional e da área de conhecimento. De acordo com Mattana (2004), se psicólogos deixassem de produzir novos conhecimentos a respeito de algum campo de atuação ou área de conhecimento, a tendência seria de que a intervenção “psicológica” se tornasse desatualizada ou até deixasse de existir, nesse campo ou nessa área. Se uma descoberta não for comunicada ou apresentada a sociedade, que contribuições ela traria? Provavelmente contribuiria para a intervenção do próprio profissional. Divulgar as descobertas encontradas por meio da intervenção profissional é contribuir com o aperfeiçoamento de outros profissionais, com o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão e com o desenvolvimento da sociedade.

Assim como a classe de comportamentos “aperfeiçoar”, o objetivo do “comunicar descobertas feitas por meio das intervenções” precisa estar claro para que essa classe não vire fim em si mesmo. Caso profissionais divulguem informações somente por divulgar, ocorre o aumento de um tipo de produção que possivelmente não contribua para o desenvolvimento da profissão e da sociedade. É importante assegurar que esta classe de comportamentos esteja “representada” em sistemas comportamentais para capacitar profissionais a intervir em saúde e que psicólogos que intervenham diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados desenvolvam classes constituintes da classe mais geral “comunicar”. O desenvolvimento dessas classes de comportamentos por profissionais caracteriza, em algum grau, o compromisso ético do mesmo com a sociedade e com a comunidade acadêmica.

Examinadas as “ausências” existentes no sistema comportamental organizado a partir das classes de comportamentos derivados de Simonetti (2011), é também importante examinar as classes constituintes de “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, as quais representam 59% do total das classes de comportamentos, como apresentado na Figura 3.3, na seção III. O fato da fonte de informação tratar-se de um manual, pode ter influenciado, em algum grau, a quantidade de classes organizadas nesse conjunto. No entanto, estudos em que as fontes de informações utilizadas não foram manuais, apresentaram resultados semelhantes. Silva (2010), ao examinar dois projetos de cursos de Psicologia para identificar classes de comportamentos profissionais de psicólogos ao intervir diretamente sobre fenômenos psicológicos, encontrou conjunto de 312 classes de comportamentos que foram classificadas em “executar intervenções”. Essa classe configurou-se como sendo a classe com maior quantidade de comportamentos classificados, aproximadamente 44% do total. Wruck (2004), ao analisar as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação em Psicologia e objetivos de ensino de algumas disciplinas de cursos de graduação, também constatou que a maior quantidade de enunciados (18), tratava-se dos que apresentavam orientações relacionadas ao comportamento de “executar intervenções”. Wruck (2004, p. 122) ainda constatou que, em grande parte desses enunciados, “há referência a recursos, instrumentos, condições para a realização do processo de intervir e indicação de finalidades a serem alcançadas por meio desse processo”. Os resultados apresentados por essas autoras demonstram que mesmo documentos burocráticos (diretrizes curriculares, planos de ensino de disciplinas e

projetos de cursos), que deveriam regulamentar ou orientar o “ensino da profissão”, enfatizam uma formação técnica sobrepondo-se a formação ética.

Apesar da maioria das classes de comportamentos derivadas de fonte de informação ter sido classificada em “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados”, é possível identificar que há necessidade de “completar” essa classe com outras classes, seja decompondo as já existentes, seja identificando novas classes. Por exemplo, é provável que entre as classes “6.24. Documentar sua avaliação psicológica por meio do registro no prontuário do paciente” e “7.9. Obter dados por meio de associação livre e de entrevista”, apresentadas na Figura 3.12 da seção III, necessitem ser desenvolvidos outros comportamentos pelo profissional, como “realizar a avaliação psicológica do paciente”. Outro exemplo de que novas classes precisam ser identificadas e decompostas, é a classe “7.11. Encaminhar o paciente sob controle de aspectos básicos da psicopatologia”, apresentada na mesma figura. Provavelmente essa classe não é uma classe simples o suficiente para ser considerada “comportamento de entrada” do psicólogo, como está apresentada no sistema comportamental, e deveria ainda ser decomposta. Classes de comportamento que possivelmente constituiriam a classe “7.11” seriam: identificar aspectos básicos de psicopatologia, caracterizar aspectos básicos de psicopatologia e conceituar aspectos básicos de psicopatologia, dentre outras possibilidades. No entanto, antes mesmo da decomposição ou da identificação de novas classes, é necessário aperfeiçoar os nomes das classes já existentes como a substituição do nome “sintoma”, por exemplo, na classe “5.16. Identificar o sintoma do paciente ao criar condições para que o paciente identifique o sentido do seu sintoma”, apresentado na Figura 3.10 da seção III.

Ainda, tão importante quanto aquelas classes que caracterizam “o que fazer” constituintes da classe mais geral “2.3. Executar intervenções diretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados” são as classes que definem “como fazer algo”. Matus (1997), citado por Botomé e Kubo (2002), propõe cinco possíveis níveis de ação¹⁹ de dirigentes em um processo de atuação. Esses cinco níveis de ação são diferentes formas de atuar ou de “como fazer algo”. Os

¹⁹ A “ação” utilizada por Matus não se refere a “classe de respostas” da Análise Experimental do Comportamento. Muito provavelmente esse substantivo esteja se referindo a classe de comportamentos profissionais.

níveis apresentados por Matus (1997) parecem valer também para a intervenção de psicólogos em comportamentos de pacientes hospitalizados. O nível mais simples refere-se a atuação dos profissionais voltada para rotinas, regras e normas do sistema, prevalecendo as práticas habituais. No segundo nível de ação, os profissionais já conseguem trabalhar com informações e técnicas diferentes das familiares, desde que não tragam conflitos e inseguranças por se afastar do que é costume. No terceiro nível de ação de Matus, conforme Botomé e Kubo (2002), além do profissional fazer o que é familiar e de integrar informações novas, ele atende às solicitações, demandas e queixas apenas por atender (fim em si mesmo). No quarto nível de ação, o profissional é capaz de caracterizar o problema que precisa ser resolvido, no sistema de relações em que ocorre, e de projetar as ações para resolver o problema de forma mais abrangente (que vão além do solicitado). O quinto nível de ação proposto por Matus, o profissional atua com objetivos que são significativos à sociedade, voltados às possibilidades de atuação. Nesse tipo de atuação é importante definir e propor o desejável para que seja resultado da própria atuação.

Essas diferentes formas de agir de um profissional, apresentadas por Matus, permitem questionar a concepção do psicólogo que intervém em comportamentos de pacientes hospitalizados. Não há problemas na existência de regras e rotinas a serem seguidas, desde que sua atuação esteja orientada por “concepções corretas”. O que está “contido” em manuais não pode ser entendido pelo profissional como prescrição e dever. Caso isso ocorra, o psicólogo, no máximo, agirá conforme o terceiro nível apresentado por Matus, atendendo às solicitações, fazendo o que é familiar com integração de algumas informações novas. O profissional deve orientar sua atuação para necessidades do paciente hospitalizado, intervindo conforme as características do quarto e do quinto nível de ação de Matus. Será examinada a classe “6.9. Assessorar o paciente a examinar suas condições atuais e futuras de saúde por meio de associação livre e de entrevista, pode levar a uma mudança nos comportamentos do paciente”, localizada na Figura 3.10, na seção III. Considerando o conceito de comportamento, dois psicólogos podem seguir a instrução “6.9”²⁰ do manual e fazer a mesma coisa em relação

²⁰ Destaca-se novamente que os nomes das classes de comportamentos constituintes do sistema comportamental precisam ser aperfeiçoados. A classe “6.9” necessita desse aprimoramento e é citada apenas com a função de ilustrar o que está sendo examinado.

ao paciente: entrevistá-lo (ou utilizar a técnica de associação livre, por exemplo). O psicólogo, de acordo com as informações contidas nessa instrução, só assessorará o paciente a examinar suas condições de saúde se o resultado obtido após entrevistá-lo for a mudança dos comportamentos do paciente em relação a sua condição de saúde. Se não “mudar o comportamento do paciente”, após entrevista, o psicólogo não o assessorou a examinar suas condições de saúde. O psicólogo pode ter, como exemplo, estabelecido vínculo com o paciente, mas não o assessorou. A classe “5.19. Estabelecer vínculo paciente-psicólogo por meio de associação livre e de entrevista” também sugere que o psicólogo entrevistou o paciente, mas com a função de estabelecer vínculo. No entanto, a “ação” é a mesma: entrevistar. Dessa forma, não há dúvida a respeito da importância e da função dos manuais, desde que a intervenção seja “guiada” por seus produtos, pelo que ela vai produzir para o paciente (esse produto precisa “eliminar, superar” as necessidades do mesmo).

O que fazer para que a intervenção do psicólogo seja orientada pelas necessidades do paciente? Kaufman (1977) sugere dois meios para identificar a função daquilo que é ensinado nas organizações de ensino. Um dos meios é examinar as “necessidades externas à organização”. Os exames apresentados por Kaufman (1977) em relação às necessidades externas das organizações de ensino parecem valer também para examinar as necessidades de pacientes hospitalizados. Para o autor, examinar necessidades é considerar as lacunas existentes entre os resultados já alcançados pelos profissionais ao intervir em pacientes e os resultados ainda necessários de serem obtidos. Examinar as necessidades do paciente é examinar as situações reais que compõem o ambiente em que ele se encontra. Matus (1997), citado por Botomé e Kubo (2002), apresenta uma “dica” quando afirma que, no quarto nível de ação em um processo de intervenção, o profissional caracteriza o problema que precisa ser resolvido, no sistema de relações em que ocorre. O problema a ser resolvido é as necessidades do paciente hospitalizado, naquele momento, naquelas condições. Sendo assim, identificar e caracterizar as situações que compõem o “ambiente de trabalho” do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados são classes de comportamentos importantes a serem desenvolvidos pelo profissional.

Identificar e derivar os aspectos do meio com os quais o psicólogo lida, a partir de parte da obra de Simonetti (2011), foi o início da caracterização do “ambiente de trabalho” do psicólogo ao relacionar-se com o paciente hospitalizado. Uma característica importante dos

aspectos do meio, identificados e derivados da fonte de informação, é o grau de minúcia da descrição das situações. Esses aspectos, provavelmente, constituem classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

Os aspectos do meio com alto grau de especificidade possibilitam derivar classes de comportamentos profissionais do psicólogo também específicas para intervir diretamente em comportamentos do paciente hospitalizado. Botomé e Kubo (2005) apresentam um procedimento por meio do qual é possível derivar classes de comportamentos a partir de aspectos que caracterizam o meio de intervenção (ou capacitação). Conforme esses autores, após descrever os aspectos constituintes das situações com as quais o profissional provavelmente lidará, é possível “perguntar” orientado para cada uma das situações (classes de estímulos) encontradas: diante de [a situação identificada], que tipos de resultados precisam ser obtidos por meio da ação do psicólogo? As respostas dessa questão possibilitarão ao profissional descrever os aspectos constituintes dos resultados que seguirão a “intervenção profissional”. A próxima etapa é descrever as características das “ações” para poder gerar o resultado especificado, diante das situações já descritas. Dessa forma, pode “ser feita a pergunta” orientada para as descrições já obtidas: que ações precisam ser realizadas para produzir os resultados esperados, diante de [a situação identificada]? Após ajustar as descrições obtidas, é possível identificar ou derivar classes de comportamentos a partir das relações estabelecidas entre os componentes das classes. Derivar “novos” comportamentos, a partir das prováveis classes de estímulos, aperfeiçoaria o sistema comportamental constituído pelas classes de comportamentos derivadas da obra de Simonetti (2011). Esse “novo” sistema pode ser utilizado para capacitar psicólogos a desenvolverem esses comportamentos específicos para intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados.

Caracterizar necessidades do paciente a partir dos aspectos que constituem o meio no qual psicólogo e paciente hospitalizado interagem e, a partir das necessidades do paciente, derivar comportamentos profissionais para intervir diretamente em comportamentos dos pacientes são classes de comportamentos que os psicólogos necessitam ser capacitados a desenvolver. O que é necessário o profissional realizar para “garantir” que a intervenção obterá como resultado o “atendimento” das necessidades do paciente? O profissional necessita partir de objetivos de intervenção (comportamentos-objetivo) claros e

bem explicitados, considerando as possibilidades de atuação. De acordo com Botomé (1978), comportamento-objetivo bem apresentado é constituído de explicitação das situações diante das quais o profissional apresentará certas ações, dos resultados que deveriam ser obtidos por meio de suas ações, além das ações necessárias a serem apresentadas diante dessas situações para obter esses resultados. O “ponto de partida” para o profissional decidir o que fazer (como intervir) é caracterizar os aspectos que compõem o “ambiente de intervenção”. É a partir do exame das situações reais que compõem esse “ambiente” que os objetivos de intervenção poderão ser elaborados e dos melhores meios para alcançar esses objetivos serem identificados. De acordo com o quinto nível de ação proposto por Matus (BOTOMÉ; KUBO, 2002), o profissional define e propõe objetivos significativos à sociedade, voltados às possibilidades de atuação, para que sejam resultados da própria atuação.

A partir do exame das classes de comportamentos derivadas de Simonetti (2011) e organizadas em um sistema comportamental é possível identificar que as classes de comportamentos necessitam de nova avaliação e reformulação de seus nomes. Essa renomeação implicará em alterações das relações estabelecidas entre as classes e, conseqüentemente, nova organização do sistema comportamental necessitará ser feita. Ainda, a partir das prováveis classes de estímulos componentes das classes de comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados, derivadas e identificadas na obra, é possível identificar os demais componentes de classes de comportamentos que se constituirão em classes constituintes da classe mais geral “intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados”. Com “novas” classes identificadas, é necessário inclui-las no sistema comportamental, o que exigirá, novamente, reorganizá-lo. Em relação ao sistema, ainda é possível fazer outra avaliação e derivar outras classes de comportamentos, resultando em um sistema comportamental mais “completo”.

Psicólogos que atuam em organizações hospitalares e “lidam” com pacientes hospitalizados podem, a partir de um sistema comportamental “completo”, constituído pelas classes de comportamento que compõem a classe mais geral “intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados”, utilizar o sistema como um “mapa”, um “guia” para desenvolver comportamentos de intervenção. Além de capacitar-se para intervir diretamente, por meio deste sistema comportamental, o psicólogo também poderia capacitar

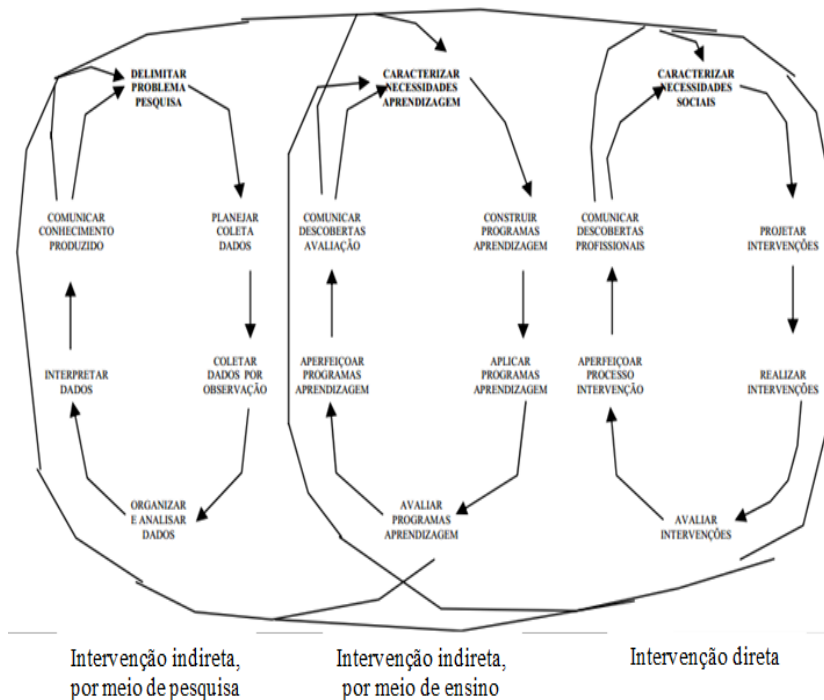
outros psicólogos, outros profissionais que “lidam” com pacientes hospitalizados e familiares a intervirem, em algum grau, em comportamentos desses pacientes. Conforme Botomé et al. (2003), o psicólogo pode intervir direta e indiretamente em fenômenos de interesse, esse último pode ocorrer por meio do ensino de outras pessoas à lidarem diretamente com o fenômeno ou por meio de pesquisa a respeito das variáveis relacionadas com o fenômeno de interesse.

É caracterizado intervenção direta, de acordo com Botomé et al. (2003), quando o psicólogo tem acesso direto as variáveis sobre as quais irá intervir; quando há tecnologia disponível para a intervenção e quando é necessário ou mais adequado ser o psicólogo o agente de intervenção sobre os eventos. Um exemplo de intervenção direta é intervir em comportamentos de pacientes hospitalizados. Na inexistência dessas condições, o psicólogo necessitará realizar outra modalidade de intervenção. A intervenção indireta, por meio da pesquisa, ocorre quando há falta de conhecimento a respeito de eventos de interesse ou a respeito de procedimentos para intervir sobre eles. Por exemplo, quando o psicólogo produz conhecimento a respeito de algum evento relacionado ao comportamento do paciente hospitalizado como meio para que outros profissionais intervenham aspectos desses pacientes. A intervenção indireta, por meio de ensino, é caracterizada pela existência de outros agentes, além do psicólogo, que necessitam ou podem intervir melhor do que o psicólogo sobre os eventos de interesse; quando as variáveis de interesse para intervenção na situação estão sob controle de outros agentes, quando é relevante que outros agentes atuem sobre os eventos de interesse e quando o psicólogo não tem acesso às variáveis de interesse, enquanto que outros agentes o tem. Por exemplo, quando o psicólogo capacita membros da família do paciente hospitalizado a intervir, em algum grau, em comportamentos do paciente quando este recebe alta e retorna a sua residência.

Essas três modalidades de intervenção, conforme Botomé et al. (2003), não ocorrem independentes umas das outras, de maneira que uma modalidade cria condições para a ocorrência de outra, como está apresentado na Figura 5.1. O psicólogo, ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados, pode identificar lacunas de conhecimentos existentes acerca de algum fenômeno e intervir, por meio de pesquisa, produzindo conhecimento que “subsidiar” a intervenção direta. O sistema comportamental organizado pelo profissional após identificar classes de comportamentos “necessárias” de serem apresentadas diante de alguma condição pode ser um tipo de conhecimento produzido a partir de intervenção direta do psicólogo.

Esse sistema comportamental pode ter como finalidade o ensino de outros profissionais a intervir diretamente em processos que ocorrem com o paciente hospitalizado.

Figura 5.1 – Interações entre as três possibilidades de intervenção do psicólogo



Adaptado de Botomé et al. (2003).

O sistema comportamental organizado após a reformulação das classes derivadas de Simonetti (2011) e da derivação de “novas” classes de comportamentos pode ser utilizado pelo psicólogo para capacitar outros psicólogos que intervêm, em algum grau, em comportamentos de pacientes hospitalizados. A capacitação a partir das classes organizadas no mapa pode ocorrer em cursos oferecidos pelo profissional, em disciplinas de cursos de graduação em Psicologia ou no dia-a-dia de trabalho na organização hospitalar. Ensinar outros profissionais não é uma “atividade” simples e o profissional que capacitará os demais deve estar apto para desenvolver essa “tarefa”. De maneira semelhante, o psicólogo que intervém diretamente em comportamento de pacientes

hospitalizados pode capacitar familiares do paciente e demais profissionais da equipe da saúde, que “lidam” com o paciente hospitalizado, a desenvolverem comportamentos de interesse. Um exemplo de psicólogos que capacitam familiares e demais profissionais a intervirem em algum aspecto do comportamento do paciente hospitalizado é o programa mãe participante. Conforme Crepaldi, Rebuske e Gabarra (2006), pais são orientados por psicólogos a respeito de como ser um acompanhante de seus filhos sob essas condições. Ainda, o psicólogo “conscientiza” a equipe de saúde a respeito da importância da participação dos pais nesse processo e capacita esses profissionais a incluir os pais no programa. Pesquisas para caracterizar as classes de comportamentos referentes a intervenções indiretas do psicólogo em comportamentos de pacientes hospitalizados poderiam ser desenvolvidas para tornar mais “completa” a intervenção e a capacitação do psicólogo para intervir sobre esse fenômeno.

O psicólogo, como membro da equipe de saúde, pode ter a própria equipe como objeto de intervenção, desenvolvendo comportamentos na equipe para integrar as ações dos profissionais de diferentes campos de atuação e para complementação entre as diferentes áreas de conhecimento, de forma a melhorar a atenção oferecida ao paciente. Santos (2006) e Veicili (2008) demonstram que nas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Psicologia já há indicações de que é necessário o psicólogo aprender a trabalhar em equipe. Somado a isso, de acordo com Vecina Neto e Malik (2007, p. 826), o conceito de equipes multidisciplinares está cada vez mais presente apenas no discurso das pessoas, uma vez que cada profissional quer garantir a presença da sua área de conhecimento, sem considerar as demais áreas que são, provavelmente, complementares. Para eles, o surgimento das equipes somado ao aumento da quantidade de egressos de centros formadores de alguns profissionais e ao aumento na oferta de cursos para a formação desses profissionais originaram uma disputa para “redividir o cuidado aos pacientes e redimensionar o espaço de cada profissional na atenção [à saúde]”. Essas constatações vão ao encontro das de Gorayeb (2001), ao afirmar que a inclusão desses “novos” profissionais nas equipes originou uma divisão dos trabalhos relativos ao paciente e uma não integração entre os profissionais de diferentes campos de atuação. O resultado dessas relações entre os membros da equipe e desses serviços prestados aos pacientes são intervenções desnecessárias, desperdício de mão de obra, de tempo e de dinheiro, além de redução na qualidade de atenção à saúde. Para Moréet al.

(2009), a integração das ações da equipe ainda é um desafio para os profissionais que as constituem.

A organização hospitalar é altamente complexa, no ponto de vista de tecnologia e serviços prestados e está inserida em um sistema mais amplo de saúde, o SUS, predominantemente público. De acordo com Brasil (2009), os profissionais que trabalham nessas organizações são responsáveis pela realização de serviços de promoção, prevenção e restabelecimento da saúde dos usuários. As características estruturais e funcionais das organizações hospitalares são variáveis relevantes que determinam as relações de trabalho e as especificidades de cada tipo de profissional envolvido, incluindo do psicólogo. Algumas características organizacionais dos hospitais interferem diretamente no trabalho do psicólogo ao se relacionar com o paciente e com a equipe multidisciplinar, por exemplo.

A função da organização hospitalar delimita os tipos de clientes com os quais o psicólogo lidará. Resguardando as características de cada um deles, todos estão hospitalizados em decorrência de suas condições de saúde. Ainda, devido às características desse tipo de organização, o paciente é mantido em leitos e suas rotinas são pré-determinadas. Essa configuração faz com que o atendimento psicológico do paciente seja altamente dependente dessas rotinas hospitalares e das condições de saúde do mesmo. Não há dias e horários certos para ocorrer o atendimento, nem quantidade de “sessões” e tempo determinados para o mesmo. Outra característica da organização hospitalar que afeta o trabalho do psicólogo são as equipes multidisciplinares. Ser integrante dessa equipe altera o tipo de atendimento direcionado ao paciente, uma vez que o atendimento passa a ser integral e deveria haver complementariedade entre os diferentes campos de atuação. Dessa forma, é necessário o psicólogo considerar a organização hospitalar com suas características próprias e constituinte de um sistema de saúde mais amplo, uma vez que essas características estruturais e funcionais interferem e determinam, em diferentes graus, seu trabalho nessas organizações.

Ainda em relação à organização hospitalar que, como qualquer outra organização, é constituída por sistemas complexos de unidades que se interrelacionam. Essas unidades, por sua vez, são constituídas e determinadas por pessoas que se comportam, orientadas por um objetivo-fim. Dessa forma, a própria organização hospitalar constitui-se um campo ou subcampo de atuação do psicólogo. As possibilidades de intervenção do psicólogo em organizações hospitalares variam, de acordo com as características de cada organização. O psicólogo, tendo a

organização como objeto direto de sua intervenção, pode desde descrever cargos e realizar a “análise do trabalho”, atividades que subsidiam o recrutamento e a seleção de diferentes tipos de profissionais, oferecer treinamentos e atividades de integração aos demais funcionários da organização, bem como participar de forma estratégica, desenvolvendo atividades de planejamento organizacional. Ter a organização hospitalar como objeto direto de intervenção, provavelmente possibilitaria ao psicólogo atuar em âmbitos de maior amplitude social, de acordo com os âmbitos de Botomé (1988, 2007), como prevenir comportamentos-problema, fortalecer comportamentos de valor já existentes e promover qualidade de comportamentos de valor existentes, em comparação com o paciente hospitalizado como objeto de intervenção direta.

Ainda que as classes de comportamentos derivadas de fonte de informação precisem de aperfeiçoamento das nomenclaturas e que o sistema comportamental organizado necessite de identificação de outras classes constituintes das classes mais gerais e de reorganização, a sistematização e organização dessas classes e dos conjuntos de aspectos com os quais o psicólogo lida possibilitam derivar classes de comportamentos que contribuirão para a capacitação e atuação de psicólogos em ambientes hospitalares. Esta pesquisa possibilitou caracterizar parte dos comportamentos a serem desenvolvidos pelo psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados e identificar possíveis lacunas que poderão ser “preenchidas” com a descoberta de outras classes de comportamentos que “completam” o sistema comportamental apresentado. É relevante que outras pesquisas sejam realizadas para aprimorar as classes de comportamentos propostas. Outras obras podem ser examinadas, observações da interação do psicólogo e do paciente podem ser feitas, bem como entrevistas com profissionais que intervêm em comportamentos de pacientes hospitalizados podem ser realizadas, por exemplo, como meios para aperfeiçoar o sistema comportamental proposto. A necessidade de descobrir novas classes de comportamentos indica que há lacunas de conhecimento no sistema apresentado e que é relevante continuar investigando classes de comportamentos a serem desenvolvidas por psicólogos ao intervirem diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. F. S. de M.; SIMON, C. P. Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 43, p. 167-175, maio/ago. 2009.

BASTOS, A. V. B.; GOMIDE, P. I. C. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 6-15, 1989.

BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. M. G.; BORGES-ANDRADE, J. E. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nas últimas décadas? In: YAMAMOTO, O. H.; COSTA A. L. F. (Org.). **Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil**. Natal: EDUFRN, 2010.p. 257-271.

BERENSTEIN, C. K. **Os efeitos de idade e proximidade à morte sobre os gastos com internações no SUS**: evidências com base no caso de Minas Gerais, 2004/2005. 2009. 103 f. Tese (Doutorado em Demografia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

BERENSTEIN, C. K.; WAJNMAN, S. Efeitos da estrutura etária nos gastos com internação no Sistema Único de Saúde: uma análise de decomposição para duas áreas metropolitanas brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 10, p. 2301-2313, 2008.

BOCK, A. M. B. Formação do psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 37-42, 1997.

BÖING, E. **O psicólogo na atenção básica**: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

BÖING, E.; CREPALDI, M.A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.

BOLZE, S. D. A.; CASTOLDI, L. O acompanhamento familiar antes e depois da morte da criança: uma proposta de intervenção para o psicólogo hospitalar. **Aletheia**, Canoas, v. 21, p. 79-91, jan./jun. 2005.

BOTOMÉ, S. P. **Atividades de ensino e objetivos comportamentais: no que diferem?** Texto não publicado. Laboratório de Psicologia Experimental da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1977.

BOTOMÉ, S. P. **O problema dos falsos “objetivos de ensino”**. Texto não publicado. Universidade Federal de São Carlos, 1978.

BOTOMÉ, S. P. A quem nós, psicólogos, servimos de fato? **Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 1-15, 1979.

BOTOMÉ, S. P. **A definição de comportamento**. Texto não publicado. Universidade Federal de São Carlos, 1980.

BOTOMÉ, S. P. **Objetivos comportamentais no ensino**: a contribuição da Análise Experimental do Comportamento. 1981. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental). Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.

BOTOMÉ, S. P. Um procedimento para identificação de alternativas de atuação profissional em Psicologia. **Psicologia**, v. 13, p. 51-70, 1987.

BOTOMÉ, S. P. Em busca de perspectivas para a psicologia como área de conhecimento e como campo de atuação profissional. In: Conselho Federal de Psicologia. **Quem é o psicólogo brasileiro?**São Paulo: EDICON, 1988.p. 273-297.

BOTOMÉ, S. P. **Um procedimento para encontrar os comportamentos que constituem as aprendizagens envolvidas em um objetivo de ensino**. Texto não publicado. Universidade Federal de São Carlos, 1996a.

BOTOMÉ, S. P. **Repertório de entrada dos aprendizes para um programa de ensino**. Texto não publicado. Universidade Federal de São Carlos, 1996b.

BOTOMÉ, S. P. **Educação, conhecimento, comportamento humano e necessidades sociais**. Texto no prelo. Universidade Federal de São Carlos, 1997.

BOTOMÉ, S. P. Sobre a noção de comportamento. In: FELTES, H. P. M.; ZILES, U. (Org.). **Filosofia: diálogo de horizontes**. Porto Alegre: EDIPUCRS, Caxias do Sul: EDUCS, 2001. p. 685-708.

BOTOMÉ, S. P. Comportamentos profissionais do psicólogo em um sistema de contingências para a sua aprendizagem. **Revista Brasileira de Análise do Comportamento**, v. 2, n. 2, p. 171-191, 2006.

BOTOMÉ, S. P. **Projeto Pedagógico da Universidade do Planalto Catarinense**, UNIPLAC, Lages. Texto não publicado. 2007.

BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M. Responsabilidade social dos programas de pós-graduação e formação de novos cientistas e professores de nível superior. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 6, n. 1, p. 81-110, 2002.

BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M. **Objetivos de ensino como problema no ensino superior**. Texto não publicado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M. **Como proceder para caracterizar os componentes de um comportamento de interesse**. Texto não publicado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2005.

BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M. **Alguns princípios básicos do processo de conhecer científico**. Texto não publicado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M.; MATTANA, P. E.; KIENEN, N.; SHIMBO, I. Processos comportamentais básicos como objetivos gerais, ou como classes gerais de comportamentos ou como competências para a formação do Psicólogo. In: **XII Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental**, Londrina. Anais. Londrina: ABPMC, v. 1, p. 1-26, 2003.

BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M.; SOUZA, D. das G. de. **Generalidade e especificidade da linguagem e sua relação com as classes de ações humanas**. Texto não publicado. Universidade Federal de São Carlos e Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

BOTOMÉ, S. P.; SANTOS, E. V. dos. Ensino na área da saúde: o problema do objeto de trabalho. **Ciência e Cultura**, v. 36, n. 6, p. 910-923, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS**: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648** de 28 de março de 2006. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 480 p.

BROERING, C. V. **Efeitos da preparação psicológica pré-cirúrgica em crianças a serem submetidas a cirurgias eletivas**. 2008. 158 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 39, p. 61-72, 2008.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-42.

CARMO, J. dos S.; PRADO, P. S. T. do. Apresentação de trabalho em eventos científicos. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 9, n. 1, p. 131-142, jan./jun. 2005.

CARNIER, L. E. **Stress e coping em crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica e stress do acompanhante**: estabelecendo relações. 2010. 181f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2010.

CARVALHO, A. M. A. "Atuação psicológica": alguns elementos para uma reflexão sobre os rumos da profissão e da formação. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 4, n. 2, p. 7-9, 1984a.

CARVALHO, A. M. A. Modalidades alternativas de trabalho para psicólogos recém-formados. **Cadernos de Análise de Comportamento**, n.6, p. 1-14, 1984b.

CARVALHO, A. M. A. Atuação psicológica: uma análise das atividades desempenhadas pelos psicólogos. In: Conselho Federal de Psicologia. **Quem é o psicólogo brasileiro?** São Paulo: EDICON, 1988.p. 217-235.

CASTRO, A. B. R. de. Uma escuta da urgência: pensando o trabalho do psicólogo no plantão geral do HUPE. **Revista práxis e Formação IP/UERJ**. 2009. Disponível em:
<<http://www.praxiseformacao.uerj.br/revistaXII/artigos/a08ar01.html>>. Acesso em: 04 abr. 2013.

CASTRO, C. G. M. **Historias infantis como promotoras de comunicação em Psicologia pediátrica**. 2008. 210 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

CATANIA, A. C. Evolução e comportamento. In: CATANIA, A. C. **Aprendizagem**: comportamento, linguagem e cognição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 49-59.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Revista Diálogos**. Saúde e Psicologia: os desafios teóricos e práticos e as conquistas no cuidado com o sujeito. Psicologia: Ciência e Profissão, ano 3, n.4, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 02/2001**.2001. Disponível em:
<http://pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2001_2.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA /SP – 6ª REGIÃO.

Jornal Psi, São Paulo, ano 17, n.119, nov./dez. 1999. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/119/frames/fr_entrevista.asp>. Acesso em: 15 maio 2013.

COSTA, D. F. C. da; OLIVO, V. M. F. Novos sentidos para a atuação do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1385-1394, 2009. Suplemento 1.

COSTA JUNIOR, A. L.; COUTINHO, S. M. G.; FERREIRA, R. S. Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 33, p. 111-118, 2006.

CREPALDI, M. A. Programa de hospitalização conjunta: integrando os pais em enfermarias pediátricas. In: **XXIX Reunião Anual de Psicologia**, Campinas, 1999. Disponível em: <<http://www.labsfac.ufsc.br/documentos/programasHospitalizacaoConjunta.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

CREPALDI, M. A.; HACKBARTH, I. D. Aspectos psicológicos de crianças hospitalizadas em situação pré-cirúrgica. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 99-112, 2002.

CREPALDI, M. A.; RABUSKE, M. M.; GABARRA, L. M. Modalidades de atuação em Psicologia pediátrica. In: CREPALDI, M. A.; LINHARES, M. B. M.; PEROSA, G. B. (Org.). **Temas em Psicologia pediátrica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.p.13-55.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43-57.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção Básica e Saúde da Família**. 2011. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php>>. Acesso em: 14 dez. 2011.

DOCA, F. N. P.; COSTA JUNIOR, A. L. Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 37, p. 167-179, 2007.

DUARTE, V. Frase – Oração – Período. **Equipe Brasil Escola**. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/gramatica/frase-oracao-periodo.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2013.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**, 1981. p. 57-65. Disponível em: <http://www.nodo50.org/insurgentes/biblioteca/A_Microfisica_do_Poder_-_Michel_Foucault.pdf>. Acesso em: 24 jan. 2013.

GABARRA, L. M. **Crianças hospitalizadas com doenças crônicas: a compreensão da doença**. 2005. 214 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GLENN, S. S.; MALLOT, M. E. Complexidade e seleção: implicações para a mudança organizacional. In: TODOROV, J. C.; MARTONE, R. C.; MOREIRA M. B. (Org.). **Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade**. Santo André: ESETec Editores Associados, 2005. p. 101-119.

GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. In: MARINHO, M. L.; CABALLO, V. E. (Org.). **Psicologia Clínica e da Saúde**. UEL – Granada: APICSA, 2001, p. 263-278.

GORAYEB, R. Psicologia da Saúde no Brasil. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, p. 115-122, 2010. Especial.

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

GURGEL JÚNIOR, G. D.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

GUSSO, H. Avaliação de intervenções profissionais: Subsídios da metodologia científica e repercussões sociais. In: **XVIII Encontro**

Brasileiro de Psicoterapia e Medicina. Comportamental, Campinas, 2009.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1831-1840, 2007. Suplemento.

KAUFMAN, R. Evaluaciones de necesidades: internas y externas. **Revista de Tecnología Educativa**, v. 3, n. 1, p. 84-91, 1977.

KELLER, F. S.; SCHOENFELD, W. N. **Princípios de Psicologia**: um texto sistemático na ciência do comportamento. São Paulo: Herder, 1968.

KIENEN, N. **Classes de comportamentos profissionais do psicólogo para intervir, por meio de ensino, sobre fenômenos e processos psicológicos, derivadas a partir das Diretrizes Curriculares, da formação desse profissional e de um procedimento de decomposição de comportamentos complexos**. 2008. 726 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. **Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde**. 2001a. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3319/2663>>. Acesso em: 15 out. 2011.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino-aprendizagem: uma interação entre dois processos comportamentais. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 5, p. 123-132, 2001b.

LAZZARETTI, C. T. et al. **Manual de psicologia hospitalar**. Conselho Regional da Psicologia – 8ª Região. Curitiba: Unificado, 2007.

LUCA, G. G. de. **Características de componentes de comportamentos básicos constituintes da classe geral de comportamentos denominada “avaliar a confiabilidade de informações”**. 2008. 734 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

LUIZ, E. C. **Classes de comportamentos componentes da classe “projetar a vida profissional” organizadas em um sistema comportamental**. 2008. 228 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

MAIA, E. M. C.; SILVA, N. G.; MARTINS, R. R.; SEBASTIANI, E. W. Psicologia da saúde-hospitalar: da formação a realidade. **Universitas Psychologica**, Bogotá (Colômbia), v. 4, n. 1, p. 49-54, enero/jun., 2005.

MASSIGNANI, L. R. M. **Más notícias**: o processo de comunicação do médico a crianças e adolescentes hospitalizados. 2007. 188 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MATARAZZO, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. **The American Psychologist**, v. 35, p. 807-817. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org.ez46.periodicos.capes.gov.br/journals/amp/35/9/807.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

MATTANA, P. E. **Comportamentos profissionais do terapeuta comportamental como objetivos para sua formação**. 2004. 224 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MENEZES, M. **A criança e sua rede familiar**: significações do processo de hospitalização. 2010. 411 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MILLENSON, J. R. Um background para a abordagem científica ao comportamento. In: MILLENSON, J. R. **Principles of behavior analysis**. Brasília: Coordenada – Editora de Brasília, 1967. p. 23-35.

MIYAZAKI, M. C. O. S.; DOMINGOS, N. A. M.; VALERIO, N. I.; SANTOS, A. R. R. dos; ROSA, L. T. B. da. Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. **Psicologia USP**, São Paulo, v.13, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642002000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 21 jul. 2013.

MORAES, M. H. C. de. **A clínica da maternidade**: os significados psicológicos da depressão pós-parto. 2010. 176 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

MORÉ, C. L. O. O.; CREPALDI, M. A.; GONÇALVES, J. R.; MENEZES, M. Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 465-473, 2009.

MOTA, R. A.; MARTINS, C. G. de M.; VÉRAS, R. M. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006.

MOTTA, A. B.; ENUMO, A. R. F. Câncer infantil: uma proposta de avaliação das estratégias de enfrentamento da hospitalização. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 193-202, 2004.

MOTTA, A. B.; ENUMO, A. R. F. Intervenção psicológica lúdica para o enfrentamento da hospitalização em crianças com câncer. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 445-454, 2010.

MÜLLER, A. C.; DIAS, A. C. G. O psicólogo na rede pública de saúde: um estudo sobre a formação e a atuação profissional. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 1, p. 54-66, 2008. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewFile/2/5>>. Acesso em: 14 maio 2013.

NEGRI, L. Morfologia. **Info Escola**: navegando e aprendendo. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/portugues/morfologia/>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

NOCETI, R. V. **Classes de comportamentos constituintes da classe geral “delimitar problema de pesquisa a partir de perguntas”**. 2011. 547 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

OLIVEIRA, H.A. Enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3 p. 326-332, jul./set. 1993.

OLIVEIRA, E. A. de; SANTOS, M. A. dos; MASTROPIETRO, A. P. Apoio psicológico na terminalidade: ensinamentos para a vida. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 15, n. 2, p. 235-244, 2010.

OLIVEIRA, I. F. de; SILVA, F. L.; YAMAMOTO, O. H. A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou um limite da prática psicológica? **Aletheia**, Canoas, n.25, p. 5-19, jan./jun. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição**. 1948. Disponível em: <<http://www.who.int/en/>>. Acesso em: 15 out. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Función de los hospitales en los programas de protección de la salud. In: **Serie Informes Técnicos**, 122.1957. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_122_spa.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

PEREIRA, S. L. M. Psicologia: características da profissão. **Boletim de Psicologia**, v. XXVI, n. 69, p. 41-50, 1975.

PICANÇO, C. S. da C. **Insuficiência renal crônica**: práticas educativas parentais e adesão infantil ao tratamento. 2006. 160 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

PINHEIRO, G. R. **Afetividade e ambiente hospitalar**: construção de significados pelo paciente oncológico com dor. 2009. 157 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

PRIBERAM. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo/>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

REBELATTO, J. R.; BOTOMÉ, S. P. **Fisioterapia no Brasil**: fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2. ed. São Paulo: Editora Manole Ltda., 1999.

RESENDE, M. C. de; SANTOS, F. A. dos; SOUZA, M. A. de; MARQUES, T. P. Atendimento psicológico a pacientes com

insuficiência renal crônica: em busca de ajustamento psicológico.

Psicologia Clínica, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 87-99, 2007.

ROBINSON, J. A. **Trece trucos de magia**: el origen verbal de los mitos en Psicología. Hermosillo, México: Walden Dos (Los Horcones), 2003.

ROSA, A. M. T. da. **Competências e habilidades em Psicologia hospitalar**. 2005. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

RUTSATZ, S. do N. B.; CÂMARA, S. G. O psicólogo na Saúde Pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. **Aletheia**, Canoas, n. 23, p. 55-64, jan./jun. 2006.

SANTOS, G. C. V. dos. **Características das competências e dos comportamentos profissionais propostos nas diretrizes curriculares como delimitação do campo de atuação do psicólogo**. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SANTOS, F. M. S. dos; JACÓ-VILELA, A. M. O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.19, n. 43, p. 189-197, maio/ago. 2009.

SEBASTIANI R. W.; MAIA E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde – hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 50-55, 2005. Suplemento.

SÉRIO, T. M. de A. P. **A noção de classe de respostas operante**: sua formulação inicial. 1983. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

SETÚBAL. M. S. V. Relato da história da inserção e evolução do atendimento psicológico a bebês e suas famílias em uma Unidade de Neonatologia. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 340-344, 2009.

SILVA, A. L. da. **Classes de comportamentos profissionais de psicólogos ao intervir diretamente sobre fenômenos psicológicos**. 2010. 261 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SILVA, L. P. P. da. **O percurso histórico do Serviço de Psicologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. 2006. 87 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, PortoAlegre, 2006.

SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SKINNER, B. F. (1953/2003). **Ciência e comportamento humano**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes.

SKINNER, B. F. O comportamento operante. In: SKINNER, B. F. **Sobre o Behaviorismo**. São Paulo: Cultrix, 1974. p. 43-63.

SKINNER, B. F. O lado operante da teoria comportamental. In: SKINNER, B. F. **Questões recentes na análise comportamental**. Campinas: Papirus, 1991.p. 101-116.

SOARES, M. R. Z.; BOMTEMPO, E. (2004). A criança hospitalizada: análise de um programa de atividadespreparatórias para o procedimento médico de inalação. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 1, p. 53-64, jan./abr. 2004.

SOUZA, E. J.; ROST, F. T.; RUSSI, E. K.; LORENZO, F. M.; LUIZ, F. B.; MÜLLER, T.;KUBO, O. M. Decompor a classe geral de comportamentos “autocontrolar” em subclasses constituintes como condição facilitadora para aprender essa classe. In: **XIX Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental**, Campos do Jordão, 2010.

STÉDILE, N. L. R. **Prevenção em saúde: comportamentos profissionais a desenvolver na formação do enfermeiro**. 1996. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1996.

TOSI, P. C. S. **Caracterizar necessidades de intervenção na relação entre condições de saúde do trabalhador e as situações em que ele trabalha: uma subclasse de comportamentos a ser desenvolvida na formação do psicólogo para intervir nessa relação**. 2010. 246 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

ULLMANN, L. P.; KRASNER, L. **Case studies in behavior modification**. Holt, Rinehart and Winston: New York, 1965.

VASCONCELLOS, E. A.; GIGLIO, J. S. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 3, p. 375-383, jul./set.2007.

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, 2007.

VEICILI, J. **Classes de comportamentos profissionais que compõem a formação do psicólogo para intervir por meio de pesquisa sobre fenômenos psicológicos, derivadas a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais para cursos de graduação em Psicologia e da formação desse profissional**. 2008. 886p. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

VILARINHO, S. Complementos verbais. **Equipe Brasil Escola**. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/gramatica/complementos-verbais.htm>>. Acesso em: 29 maio 2013.

WRUCK, D. F. **Comportamentos característicos da dimensão ética na formação do psicólogo**. 2004. 188 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

YAMAMOTO, O. H.; CUNHA, I. M. F. F. de O. O psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000200012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 set. 2011.

YAMAMOTO, O. H., TRINDADE, L. C. B. DE O.; OLIVEIRA, I. F. de. O psicólogo em hospitais no Rio Grande do Norte. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642002000100011&script=sci_arttext>.

Acesso em: 05 out. 2011.

APÊNDICE A – Lista das atividades retiradas na etapa “nova avaliação dos ‘comportamentos’ e retirada de ‘comportamentos’ com expressões que se referiam a atividades em comportamentos de pacientes hospitalizados” do método

Atividades do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados	Localização do fragmento na obra
O psicólogo confere se o paciente com quem está conversando é efetivamente a pessoa que ele veio atender.	107.1.4.b
O psicólogo coleta dados do paciente, como idade, estado civil, profissão, naturalidade, procedência e nome da equipe médica responsável pelo paciente.	107.1.5.a
O psicólogo comunica ao paciente que ele pode falar a respeito do que quiser.	116.9.2.a (C)
O psicólogo pergunta o que for preciso ao paciente, a respeito do que ele quiser.	116.9.2.b (C)
O psicólogo escuta o que o paciente fala a respeito de qualquer assunto, não apenas da doença.	116.9.6.a (C)
O psicólogo pergunta objetivamente ao paciente o assunto que perceber mais acessível: a doença, o motivo da internação, os remédios, onde mora, profissão, estado civil, política, futebol etc.	117.1.1.a
O psicólogo fica sob controle dos possíveis sinais de que o paciente já é capaz de reconhecer sua doença, quando ele negar sua doença mas aceitar bem o tratamento.	119.1.2.b
O psicólogo observa o paciente em interação com o meio.	119.3.3.b (C)
O psicólogo solicita uma avaliação psiquiátrica, se a negação da doença se estender a fatos concretos	119.4.1.b (C)

evidentes, como sangramento, deformações, tosse etc.

O psicólogo orienta estrategicamente a entrevista para assuntos mais superficiais, se o paciente não escolher os temas das conversas, até que outras questões possam ser abordadas. 120.1.2.b (C)

O psicólogo fica sob controle das características da pessoa [ex.: diante de um paciente na fase de revolta, e não apenas dos comportamentos de infração/sabotagem do paciente em relação as normas da instituição, de médicos ou de enfermeiros] 120.2.2.a

O psicólogo ficar sob controle das características do paciente é válido para todas as situações em psicologia hospitalar. 120.2.3.a

O psicólogo prefere uma abordagem mais conservadora, diante de sinais de violência ou histórico de episódios de violência. 120.3.2.b*

Quando o psicanalista “acolhe” o drama subjetivo do paciente, ele não precisa mais gritar para ser escutado. 120.3.4.b

O psicólogo “acolhe” atenciosamente seu paciente, uma vez que a depressão é uma reação esperada diante da doença. 121.2.1.a

O psicólogo estimula o paciente deprimido sendo contagiante com sua vitalidade. 121.3.2.a

O psicólogo fica sob controle da possibilidade de a depressão ser provocada, ou potencializada, por alguma medicação em uso. 122.1.1.a

É suficiente um toque carinhoso de mão, um afago nos cabelos ou apenas um silencioso sentar-se ao lado, quando a depressão é decorrência da preparação para perder aquilo que ainda tem. 122.3.13.a

- O psicólogo hospitalar trata a pessoa e não a doença, esse é um de seus objetivos mais valiosos. 125.2.1.a
- O psicólogo conversar de maneira descompromissada com o paciente é uma ótima técnica. 125.2.3.a
- O psicólogo adéqua a linguagem ao nível do ouvinte, já que a palavra pertence a quem escuta. 126.1.4.a
- O psicólogo informa ao paciente que o que ele está vivenciando na relação com o psicólogo é uma repetição de seus relacionamentos infantis, na interpretação da transferência. 127.1.1.a
- O psicólogo hospitalar estabelece com o paciente o discurso do analista, do ponto de vista da teoria lacaniana dos quatro discursos. 128.1.1.a
- O psicólogo assume, estrategicamente, o lugar de mestre, do professor ou do suposto saber como um ponto de partida para o trabalho de atendimento psicológico. 128.1.1.b
- O psicólogo comunica sua avaliação de imediato, sem nenhum tipo de adiamento, à enfermagem e à equipe médica. 132.3.1.a
- O psicólogo comunica sua avaliação aos familiares e ao próprio paciente, em momento oportuno. 132.3.1.b
- O psicólogo registra sua avaliação e as providências tomadas no prontuário do paciente. 132.4.1.a
- O psicólogo propõe que o paciente não seja deixado sozinho e que seja mantido sob observação 24horas por dia até nova avaliação a partir do instante em que for diagnosticado em situação de risco aumentado para suicídio. 132.5.1.a
- O psicólogo propõe a retirada imediata dos meios 132.6.1.a

disponíveis para a realização de atos suicidas pelos pacientes, como bloquear janelas, retirar armas de fogo se estiverem disponíveis, retirar cordas e instrumentos cortantes, controlar o acesso do paciente a substâncias químicas, incluindo remédios etc.

O psicólogo solicita interconsulta psiquiátrica. 132.7.1.a

O psicólogo fica sob controle da fé do paciente durante os atendimentos psicológicos [ex.: em casos de o paciente recusar o atendimento psicológico alegando que a fé lhe é o bastante]. 133.1.4.a

O psicólogo explica o que é o atendimento psicológico, ao discutir com o paciente os supostos motivos que levaram as pessoas a pensar que um atendimento psicológico lhe seria benéfico, desfazendo possíveis fantasias do paciente a respeito da psicologia, como a ideia de que ‘psicologia é para louco’. 134.1.4.a

O psicólogo pergunta ao paciente se ele concorda em experimentar uma entrevista sem compromisso para ele decidir a respeito da continuidade do atendimento, em sequência ao caracterizar o atendimento psicológico. 134.1.6.a

O psicólogo fala *para* o paciente, se não conseguir conversar *com* o paciente, mas fala, uma vez que esse é seu meio de trabalho. 135.1.2.a

O psicólogo gesticula em condições clínicas que impedem o paciente de falar. 135.2.2.a

O psicólogo escreve em condições clínicas que impedem o paciente de falar. 135.2.2.b (C)

O psicólogo lê jornais ou livros para o paciente, considerando que ele não fala mas escuta. 135.2.3.d

O psicólogo caracteriza o mutismo do paciente como sintoma quando o motivo do silêncio for um mutismo 136.1.1.a

voluntário.

O psicólogo avalia o mutismo do paciente em termos de saúde mental, quando o mutismo do paciente for voluntário. 136.1.1.b

O psicólogo identifica se o mutismo do paciente é decorrência de uma rebeldia. 136.1.2.a

O psicólogo identifica se o mutismo do paciente é sinalizador de depressão. 136.1.3.a

O psicólogo identifica se o mutismo do paciente é sinalizador de um distúrbio psicótico. 136.1.4.a

O psicólogo fala a respeito da doença maligna e da morte com o paciente terminal sem excessiva ansiedade. 137.2.2.a*

O psicólogo conta as más notícias ao paciente terminal após analisar sua reação pessoal a respeito da doença maligna e da morte. 137.2.2.b*

O psicólogo fica sob controle das diferentes expressões do paciente para lidar com a realidade. 137.2.3.a

Os profissionais de saúde identificam que sua própria presença é valiosa para o paciente terminal, pelo fato de as relações interpessoais serem o suporte psicológico mais poderoso no final da vida. 141.3.2.a

O psicólogo comportar-se empaticamente quando não há mais nada a fazer do ponto de vista técnico, em situações limite como a de um paciente terminal, é de grande valia para o paciente. 141.4.1.a

O psicólogo conversa com o paciente terminal a respeito de morte e de morrer, se ele desejar. 142.1.7.b

O psicólogo hospitalar fica sob controle de aspectos filosóficos e religiosos, em sua estratégia de 143.1.5.a

atendimento.

- O psicólogo identifica as prioridades do paciente terminal. 143.3.3.a
- O psicólogo aceita as definições de qualidade de vida do paciente terminal. 143.3.3.b
- O psicólogo altera, em algum momento, seu objetivo inicial de tratamento, de curar o paciente para o objetivo de cuidar do paciente terminal. 143.3.5.a
- O psicólogo anda no pronto-socorro. 145.1.2.b
- O psicólogo produz o espaço criativo como condição para enfrentar o insuportável e o impossível. 145.2.3.a
- O psicólogo “acolher” o paciente da urgência e não o paciente na urgência diminui muitas crises. 146.1.7.b
- O psicólogo hospitalar fica sob controle da dimensão social do adoecimento, além da dimensão psíquica e biológica, no caso da maioria da população recorrer ao pronto-socorro como uma única possibilidade de ser atendida prontamente, mesmo que seu caso não seja emergencial. 146.2.4.a
- O psicólogo identifica causas de ordem psicológica para a histeria. 150.1.1.a
- O psicólogo explicita ao paciente que ele tem, sim, um problema, ao abordá-lo no pronto-socorro [ex.: paciente histérico]. 150.2.13.a
- O psicólogo informa ao paciente que seu problema tem tratamento, ao abordá-lo no pronto-socorro [ex.: paciente histérico]. 150.2.13.b
- O psicólogo visita com frequência e rapidamente a maca do paciente durante o período de repouso. 150.2.17.a

- O psicólogo identifica a quantidade de atenção a ser dada ao paciente com quadro histérico pois ele piora com a presença excessiva de platéia ou piora com a ausência total de plateia. 150.2.18.a
- O psicólogo identifica características no paciente que são esperadas para a situação de pronto-socorro, ou de qualquer outra parte do hospital, como a angústia, a falha na simbolização, o conflito psíquico. 150.2.26.b
- O psicólogo pergunta ao paciente histérico no pronto-socorro a respeito de pontos que não ficaram claros no relato espontâneo e também pergunta a respeito de aspectos de maior interesse clínico como, por exemplo, possível uso de drogas, historia psiquiátrica, medicamentos em uso, situações estressantes nos últimos dias etc. 150.2.5.a
- O psicólogo “acolhe” os familiares, lembrando que a família não atrapalha o trabalho do psicólogo, mas faz parte dele, já que na histeria é muito frequente que uma situação familiar seja o desencadeante da crise. 150.2.7.a
- O psicólogo acolher a família tem alto valor terapêutico. 150.2.8.a
- O psicólogo orientar a família tem alto valor terapêutico. 150.2.8.b
- O psicólogo identifica novas formas de linguagem quando não é possível ao paciente falar. 154.2.3.a
- O psicólogo intervém por meio da palavra [ex.: seja a palavra das pessoas em análise, seja a interpretação do psicólogo]. 154.2.4.a
- O psicólogo utiliza a linguagem não-verbal, se o paciente na UTI está consciente. 155.1.1.a
- O psicólogo escreve bilhetes, comunica-se gestualmente e realiza pequenos toques quando o paciente da UTI 155.1.2.a

está consciente.

O psicólogo fica sob controle da sexualidade do paciente durante o adoecimento, do ponto de vista teórico. 156.1.3.a

O psicólogo conversa a respeito da sexualidade do paciente durante o adoecimento se ele mencionar o assunto. 156.1.3.b

O psicólogo conversa a respeito de sexualidade com o paciente sem o tocar. 156.2.4.b

O psicólogo resolve as dificuldades do ambiente hospitalar com uma postura flexível e criativa. 157.1.1.b

O psicólogo identifica que o local de atendimento em psicologia hospitalar é onde o paciente está e não a sala do psicólogo, que na maioria dos hospitais não existe em razão da falta de espaço físico, ou falta de espaço para a psicologia no modelo tradicional de assistência à saúde. 157.1.2.a

O psicólogo dirige-se aos acontecimentos onde eles estão. 157.2.2.a

O psicólogo observa os fatos ele mesmo. 157.2.2.c (C)

O psicólogo fica próximo da equipe multiprofissional a ponto de ser solicitado verbalmente, quando necessário, para o atendimento. 157.2.2.d

O psicólogo hospitalar se posiciona perto da agitação, dos problemas, da angústia e da doença, para que seu trabalho seja útil, mas se posiciona um pouco afastado, para que essas situações não prejudiquem o desenvolvimento de seu trabalho. 159.2.4.a

O psicólogo dirige-se ao quarto de um paciente buscando tranquilidade mesmo diante de agitação, 159.2.7.a

problemas, angústia e doença.

O psicólogo orienta o tratamento do paciente. 33.3.5.b

O psicólogo identifica entre quais das fases principais de evolução da doença o paciente está, ao fazer o diagnóstico, considerando que são quatro fases possíveis para a relação do paciente com sua doença: depressão, revolta, negação e enfrentamento. 37.2.3.b*

O psicólogo identifica sentimentos dos pacientes para favorecer os relacionamentos dos pacientes. 47.2.6.b

O psicólogo hospitalar “acolhe” as queixas do paciente sem reprimi-las. 48.2.3.b

O psicólogo hospitalar “acolhe” as queixas do paciente sem estabelecer veredictos do tipo ‘a vida não é justa’. 48.2.3.c

Psicólogo hospitalar “acolhe” o paciente muito mais no lugar de testemunha do que de juiz. 48.2.4.a

Psicólogo hospitalar sustenta e apóia as tentativas do paciente para solucionar qualquer problema. 48.3.2.a

Psicólogos ficam sob controle da intensidade da emoção do paciente pois quando uma emoção é mantida constante por um longo tempo, pode representar fuga/esquiva de outras emoções. 49.1.4.a*

O psicólogo fica sob controle de propriedades do discurso do paciente. 49.2.7.a

O psicólogo solicita ao paciente que preste atenção na emoção que evita. 49.2.7.b

O psicólogo hospitalar trabalha de maneira sutil, quase fugaz. 50.1.5.a

O psicólogo silenciar aumenta a probabilidade de que o 50.1.1.b*

paciente expresse o que está reprimido.

O psicólogo silencia um silêncio expectante, paciente, sem ansiedade, diante de um paciente raivoso que ao falar, titubeia, engasga e começa a dar sinais de choro, melhor do que lhe dizer ‘vamos chore’.

50.1.4.a (C)

O psicólogo identifica o tipo de depressão do paciente, quando diagnostica que um paciente se encontra numa fase de depressão em relação a sua doença.

55.1.1.a

O psicólogo atende o paciente com maior frequência se seu quadro for do tipo melancólico.

55.1.5.a

O psicólogo fica mais sob controle dos sinais de risco de suicídio do paciente se seu quadro for do tipo melancólico.

55.1.5.b

O psicólogo tolera por algum tempo a tristeza e a angústia no outro.

55.2.3.a

Psicólogos informam aos pacientes que eles mantiveram esperança ao longo do processo de adoecimento.

68.1.3.a

O psicólogo pede ao paciente informações a respeito de seu diagnóstico médico, o que pode funcionar como uma espécie de ‘quebra-gelo’ antes da focalização em assuntos de caráter mais psicológico que requeiram a existência de um bom vínculo interpessoal entre paciente e psicólogo.

70.2.1.d

O psicólogo pergunta questões mais objetivas ao paciente para começar uma entrevista.

70.2.2.a

O psicólogo consulta o prontuário do paciente, pois ele tem livre acesso a esse documento.

70.3.1.b

O psicólogo atende pacientes que terão alta hospitalar dentro de dois ou três dias.

72.3.2.a

- O psicólogo atende pacientes que permanecerão internados por várias semanas. 72.3.2.b
- O psicólogo hospitalar realiza atendimento psicológico do paciente tuberculoso usando máscara cirúrgica, mesmo que isso atrapalhe a construção do vínculo entre psicólogo e paciente. 73.2.3.a
- O psicólogo familiariza-se com o significado das placas penduradas na porta dos quartos que informam os riscos de contaminação da doença do paciente. 73.2.5.c
- O psicólogo identifica variações extremas tais como obesidade, magreza extrema, anomalias anatômicas ou características muito evidentes ao caracterizar a constituição física da pessoa no diagnóstico. 76.2.2.a
- O psicólogo faz triagem psiquiátrica adequada. 81.1.5.a
- O psicólogo faz uma triagem psiquiátrica adequada sob controle de questões básicas da psicopatologia. 81.1.6.a
- O psicólogo assume o caso sob controle de aspectos básicos da psicopatologia. 81.1.6.b
- O psicólogo fica sob controle do ganho secundário em qualquer intervenção terapêutica, pois ele funciona como reforço positivo para a manutenção da doença. 88.2.2.a
- O psicólogo identifica elementos que surgirem na conversa com o paciente, de forma espontânea. 90.2.2.b
- O psicólogo confirma com o próprio paciente, de forma espontânea, os elementos que surgirem na conversa. 90.2.2.c
- Psicólogo obtém temas interessantes para manter a conversação com o paciente fluindo ao identificar suas figuras vitais. 91.1.1.a
- O psicólogo hospitalar mantém uma postura aberta, 91.2.1.b

inclusiva, capaz de levar em conta os valores culturais do paciente.

O psicólogo hospitalar fica sob controle da importância dos valores culturais do paciente no processo de adoecimento. 91.2.1.c

O psicólogo entende a linguagem do paciente quando ele fala. 91.3.4.a

O psicólogo hospitalar identifica, em seu diagnóstico, possíveis problemas de comunicação com o paciente. 92.1.7.a

O psicólogo hospitalar, em seu diagnóstico, fica sob controle dos possíveis problemas de comunicação com o paciente. 92.1.7.b

O psicólogo realiza, na maioria dos casos, outros tipos de discursos, conforme classificação de Lacan, antes de chegar ao discurso do analista. 95.5.1.b

O psicólogo hospitalar encontra-se melhor preparado para intervir na devoção do paciente ao seu sintoma. 97.2.2.c

APÊNDICE B – Características dos resultados intermediários produzidos nas etapas de análise e tratamento dos dados que constituíram classes de comportamentos profissionais do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados

Etapas do procedimento do método	Quantidade de unidades de análise ao iniciar uma nova etapa	Intervenção do cientista no conjunto de dados	Quantidade de unidades de análise resultantes da intervenção
4.2. D) Registro dos trechos selecionados	0	Registrar os trechos selecionados da obra	699 trechos selecionados
4.3. A) Fragmentação dos trechos selecionados	699 trechos selecionados	Fragmentar os trechos selecionados	1385 fragmentos
4.3. C) Classificação dos fragmentos em conjuntos de “ações do psicólogo em ambiente hospitalar”, “não ações do psicólogo em ambiente hospitalar” e “aspectos de meio com os quais o psicólogo lida em um ambiente hospitalar”	1385 fragmentos	Classificar os fragmentos em “ações (...)”, “não ações (...)” e “aspectos de meio (...)”	334 fragmentos no conjunto “ações (...)”; 76 fragmentos no conjunto “não ações (...)” e 972 fragmentos no conjunto “aspectos de meio (...)”
4.3. G) Avaliação dos complementos das orações e alterações quando necessário	337 orações	Retirar três orações repetidas do conjunto de dados	334 orações
4.4. A) Classificação dos “comportamentos” em classes de comportamentos profissionais do psicólogo para produzir alterações em	334 “comportamentos”	Classificar “comportamentos” nas seis classes	100 “comportamentos” classificados em “Caracterizar (...)”; 42 “comportamentos” classificados em

processos comportamentais (intervenção direta)	gerais	"Projetar (...)"; 192 "comportamentos" classificados em "Executar (...)"; 1 "comportamento" classificado em "Avaliar (...)"; 1 "comportamento" classificado em "Aperfeiçoar (...)"; e 0 "comportamentos" classificados em "Comunicar (...)"
4.4. C) Nova avaliação dos "comportamentos" e retirada de "comportamentos" repetidos	334 "comportamentos"	Retirar 50 "comportamentos" repetidos do conjunto de dados
4.4. D) Nova avaliação dos "comportamentos" e retirada de "comportamentos" que provavelmente constituiriam a capacitação profissional de psicólogos para intervir indiretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados	284 "comportamentos"	Retirar 14 "comportamentos" que provavelmente constituiriam a capacitação profissional de psicólogos
4.4. E) Nova avaliação dos "comportamentos" e retirada de atividades do psicólogo ao intervir diretamente em comportamentos de pacientes hospitalizados	270 "comportamentos"	Retirar 120 "atividades" do conjunto de dados

4.4. F) Exclusão de fragmentos com expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo	150 “comportamentos”	Retirar 12 fragmentos com expressões genéricas ou metafóricas em grau extremo do conjunto de dados	138 “comportamentos”
4.4. G) União de “comportamentos” que apresentavam mesmo objeto de exame	138 “comportamentos”	Retirar 38 “comportamentos” repetidos	100 classes de comportamentos
4.4. I) Organização das classes de comportamentos dentro de cada uma das seis classes gerais de comportamentos	100 classes de comportamentos	Reorganizar as classes de comportamentos dentro das seis classes mais gerais	33 classes de comportamentos classificadas em “Caracterizar (...)”; 7 classes de comportamentos classificadas em “Projetar (...)”; 59 classes de comportamentos classificadas em “Executar (...)”; 1 classe de comportamentos classificada em “Avaliar (...)”; 0 classe de comportamentos classificada em “Aperfeiçoar (...)” e 0 classe de comportamentos classificada em “Comunicar (...)”