

# **Capacitação em Psicologia Hospitalar: Avaliação Psicológica em Saúde – Roteiro de Entrevista**

Fabiana Amorim  
CRP: 15/2173

## Roteiro de Entrevista:

- O Roteiro de Avaliação Psicológica foi feito para que pudesse trazer dados do paciente de forma objetiva ao psicólogo e à equipe de saúde.



## **Principais Funções do Roteiro de Avaliação Psicológica são as seguintes:**

- 1. Função Diagnóstica:** levantamento de Hipótese Diagnóstica e Definição de Diagnóstico Diferencial;
- 2. Função de Orientador de Foco:** favorecer a eleição de foco a ser trabalhado junto ao paciente. (utilizar uma abordagem breve com prioridades para focos mais importantes do momento histórico da pessoa;
- 3. Fornecimento de dados sobre estrutura psicodinâmica da personalidade:** tendências biófilas ou necrófilas frente a vida;
- 4. Instrumento de avaliação continuada do processo evolutivo da relação do paciente com sua doença e tratamento;**

- 5. História da Pessoa:** conhecer a história pessoal do doente, tratando de pessoas doentes e não tratar doenças, relação ser-em-si e ser-no-mundo. A perspectiva da nossa escuta possibilita a compreensão dos conteúdos latentes e manifestos das queixas do paciente;
- 6. Possibilitar Diagnóstico Diferencial quanto a quadros psicológicos/psiquiátricos específicos:** atualmente a presença de transtornos psiquiátricos têm sido cada vez mais comum, por ex. episódios conversivos;
- 7. Estabelecimento das condições de relação da pessoa com seu prognóstico (limites versus possibilidades):** considerando questões fundamentais para o trabalho voltado à qualidade de vida que reporta ao Ser ou Estar Doente.

## **Roteiro de Entrevista:**

- Estamos avaliando um momento específico da vida da pessoa, especial e muitas vezes ímpar.
- “O doente é uma fase da história do sofrimento humano, que como tal, se dissociou do texto completo...”.

(A. Eakstermann)

- Buscar o resgate do individuo Biopsicosocial espiritual, direito a dignidade e ao respeito.

## **Além dos dados de identificação contém 13 itens de avaliação:**

- 1. Estado emocional;**
- 2. Sequelas emocionais do paciente;**
- 3. Temperamento emocional observado;**
- 4. Postura frente a doença e a vida;**
- 5. Estado atual frente à doença /hospitalização e à vida;**
- 6. Questionário específico;**

**Além dos dados de identificação contém 13 itens de avaliação:**

7. Avaliação Psicossocial;
8. Exame psíquico;
9. Manifestações psíquicas e comportamentais;
10. Diagnóstico psicológico;
11. Focos principais;
12. Conduta;
13. Síntese.

## Identificação

- Contém os seguintes dados: Nome do paciente, número de registro de prontuário (SAME), idade, sexo, estado civil, data de internação, religião\* (julgou-se particularmente importante aquelas pessoas que passam por doenças graves ou situação de morte iminente, onde as questões ligadas à religiosidade tendem a aflorar de forma bastante exuberante), Psicólogo responsável, Médico responsável, serviço/depto. do hospital ao qual o paciente está subordinado, diagnóstico médico e data do atendimento.
- Obviamente, tais dados podem ser ampliados, principalmente respeitando-se eventuais exigências institucionais ou outros fatores específicos da unidade de atendimento que a equipe julgue pertinente constar na identificação.

Camon, 1996

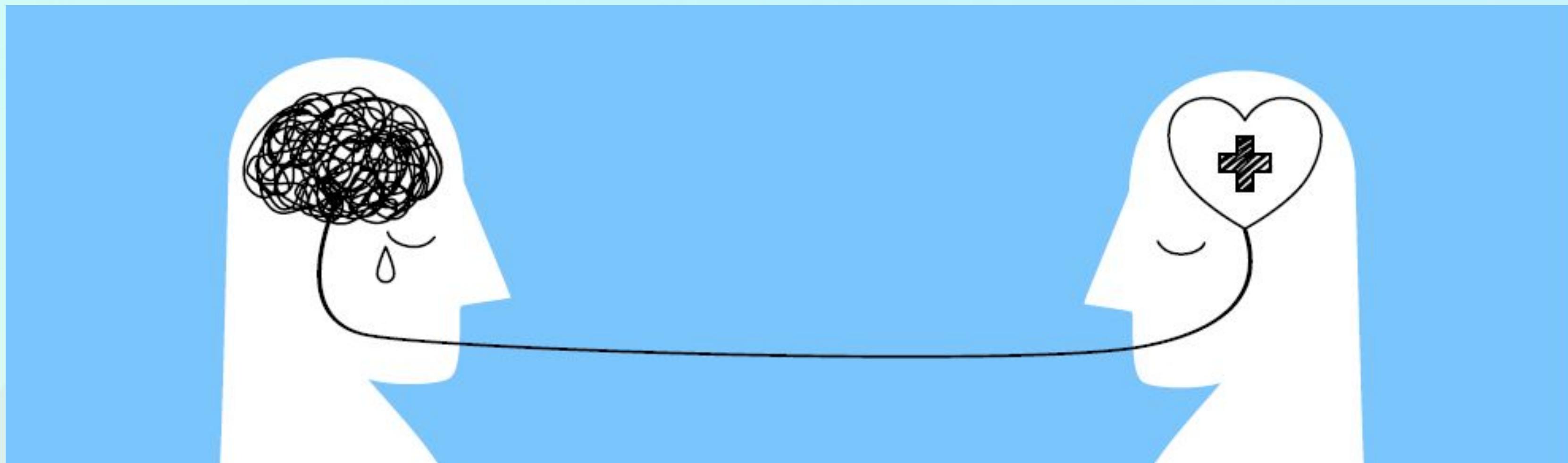
## **ESTADO EMOCIONAL GERAL:**

- Esse item de avaliação possibilita uma visão geral das condições emocionais do paciente, a partir da situação de doença e internação, as alterações que o contexto provou na pessoa;
- Nesse tópico serão avaliados oito subitens, que serão quantificados numa escala com dados (Bom, regular, ruim, sem dados) e dois itens com identificação específica;
- **Autoconceito:** auto conceituação do paciente frente a doença e hospitalização;
- **Autoestima:** relação afetiva do individuo consigo mesmo;
- **Ansiedade:** avaliada em diversos momentos;

- **Depressão:** da mesma forma que a ansiedade, as manifestações depressivas serão avaliadas;
- **Informação sobre a Doença:** Grau de informação sobre a doença relação com o Ser ou Estar doente;
- **Informação sobre o tratamento:** importante para facilitar a aderência ao tratamento;
- **Relação com a Doença:** de modo objetivo, possibilita uma detecção específica da relação entre Ser e Estar doente, estabelecido do momento da internação;
- **Defesas Predominantes:** mecanismos de defesas utilizados de maneira positiva ou negativa para que o doente se reorganize durante o processo de hospitalização;

## Roteiro de Entrevista:

- **Ruptura Psicótica:** identificar se há ou não ruptura psicótica, avaliar conjunto de sinais e sintomas;
- **Estrutura Emocional básica:** estado emocional básico.



- **Sequelas Emocionais do Paciente:**
- Questões específicas que podem influenciar o seu processo de internação, (se estão presentes ou ausentes);
- **Subitens que serão considerados:**
- Com internação anterior;
- Com tratamento anterior;
- Com cirurgia anterior;
- Com separações;
- Com perdas e óbito.

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **Temperamento Emocional Observado:**
- Introvertido ou extrovertido;
- Acentuado ou compensado;
- Postura interacional (introvertida ou extrovertida);
- Avaliar e comparar com respostas normais do indivíduo fora do contexto hospitalar.



## ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **Postura Frente à Doença e à Vida:**
- Serão julgadas as tendências do individuo em relação à valorização da própria vida;
- Identificar tendência biófila ou necrófila frente à doença e à vida.



## ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **Estado Atual Frente À Doença/Hospitalização e À Vida:**
- **Mecanismo de Defesas:**
- Negação, Barganha, Revolta, Depressão, Aceitação e Ganho Secundário. (**Kubler – Ross, Sterdford e Ziegler**).



## **Questionário Específico:**

- A avaliação pode ser realizada com o paciente e/ou familiar;
- **Com relação aos períodos anterior e posterior à doença apresenta os seguintes objetivos:**

1 Compreender como se instalou a crise – doença – na vida do paciente.

2 agir terapeuticamente sobre a temporalidade, visando uma organização das questões do passado para esteio do futuro e enfrentamento da crise.

## **Questionário Específico:**

Resgate da historicidade do paciente, relacionado com as perguntas a seguir:

- Como era o paciente antes de adoecer?
- Relate um dia do paciente antes de adoecer;
- Como foi descoberto o diagnóstico (gradual ou abruto)?

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

- O paciente sabe de seu diagnóstico?  
Se não sabe, porque?
- Houve algum fato marcante da vida  
da família ou do paciente antes e  
depois do aparecimento da doença?  
Data?
- Houve mudança no comportamento do paciente ou da dinâmica  
familiar após o aparecimento da doença?



## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- **Avaliação Psicossocial:**
- Essa avaliação pertence ao levantamento de dados da Histórica da Pessoa, tendo como objetivo a coleta de dados de desenvolvimento psicológico do indivíduo, em seu aspecto estrutural, quanto aos vínculos estabelecidos durante sua vida até a instalação da doença.

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- **Aspectos a serem colhidos de forma global:**
- **Infância** – Composição Familiar, Relação com os Pais, Vivências, Acontecimentos Relevantes.
- **Adolescência** – Hábitos, Sexualidade, Grupo Vivências, Acontecimentos Relevantes.
- **Vida Adulta** – Rotina Diária, Situação Conjugal, Relações com Parceiros, Contatos com Filhos, Organização do Lar, Expectativa de Vida.
- **Contatos Sociais** – Empregos, Amigos, Participação na Comunidade. Lazer, Atividades.

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Exame Psíquico:

Foi suplantados alguns elementos de avaliação, para justamente orientar o foco das avaliações:

- Consciência;
- Sensopercepção;
- Pensamento;
- Linguagem;



## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

### **Exame Psíquico:**

- Memória;
- Inteligência/Cognição;
- Consciência do Eu (qualitativa);
- Afetividade;
- Motivação e Volição.

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Procurou-se diferenciar aqui o que se chama de "Consciência clínica ou quantitativa" da "Consciência do Eu" (o que será visto mais adiante) dado ao fato de se ter na rotina hospitalar o critério médico de avaliação de Consciência que se executa dentro de parâmetros quantitativos no que tange às capacidades responsivas manifestas pelo paciente examinado. Nesse aspecto, o que determina o critério de comprometimento é a avaliação baseada no diagrama S - R (estímulo - resposta). Tem-se, então, incluindo o estado normal de consciência oito níveis:
- Normal, Torpor, Turvação, Obnubilação, Coma I ou Coma Vígil, Coma II, Coma, III e Coma IV, que equivalem ao critério de morte cerebral (Morte encefálica).

- **Torpor:** identificação do pensamento, a pessoa não apresenta comprometimento intelectual, apenas está identificada na resposta, ou seja, em relação ao seu estado normal;
- **Turvação:** há um comprometimento maior, apresenta dificuldades para entender os estímulos;
- **Obnubilação:** perde a capacidade de verbalizar, respostas monossilábicas, grande dificuldade de demonstrar compreensão;
- **Coma I ou Coma Vígil:** “Coma de olhos abertos”, interação com o meio quase absolutamente ausente, não é capaz de verbalizar;
- **Coma II, III E IV:** a partir desses estados, os níveis de comprometimento desses reflexos é bem maior.

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

- **Consciência:**

	Abertura dos Olhos (AO)	Melhor Resposta Verbal (MRV)	Melhor Resposta Motora (MRM)
			6 Obedece ordens Verbais
		5 Orientado Tempo Espaço	5 Localiza Estímulos Dolorosos
4	Abre Espontaneamente	4 Não Orientado	4 Flexão Normal MMSS e MMII
3	Abre sob Estímulo Auditivo	3 Palavras Impróprias	3 Flexão de MMSS (decorticação)
2	Abre sob Estímulo Doloroso	2 Sons Incompreensíveis	2 Flexão de MMII (decerebração)
1	Não Abre	1 Não Responde	1 Não Reage à Dor

Camon, 1996.

- Ainda sobre o tema **Consciência Clínica X Consciência do Eu**, o conceito psicológico de consciência envolve a definição apresentada por Jaspers (1973)
- "Consciência é todo o momento da Vida Psíquica..."(14). Nesse sentido, a presença de atividade mental superior (associada a áreas neocorticiais sobretudo), tais como: memória, capacidade associativa, percepção, pensamento interpretativo, inteligência, etc., mesmo não podendo ser mensurada pelas respostas aparentes do paciente, pode estar presente na pessoa considerada clinicamente inconsciente, a prática clínica tem inúmeros casos ilustrando tal fenômeno; sendo assim, a proposta de distinguir no presente Roteiro essas duas conceituações foi considerada de fundamental importância para a prática da Psicologia Hospitalar."

Camon, 1996

- **Sensopercepção:** Capacidades sensoriais das pessoas, ou seja, como os órgãos dos sentidos estão captando as impressões que o meio ou que a internalidade desta emitem e ela mesma;
- Chamamos ao fenômeno desencadeador do evento perceptivo de Significante. Em condições normais de funcionamento dos órgãos do sentido, o que será captado por estes é a IPR (Imagem Perceptiva Real); por exemplo: alguém mostra-me um quadrado azul e o que eu percebo e reconheço é um quadrado azul, alguém me espeta com uma agulha e eu sinto dor, e assim sucessivamente.
- **Componentes da sensopercepção:** Atenção voluntária e Atenção involuntária.

- **Pensamento:** o pensamento é avaliado através de três componentes: curso (velocidade), forma (ordenação), conteúdo (coerência).
- **Linguagem:** avaliar não só o discurso, ou a estrutura da fala, mas sim auscultar os diferentes significados do adoecer, (o fazer do Psicólogo Hospitalar);
- **Memoria:** memória de evocação e de fixação e suas alterações;
- **Inteligência/Cognição:** avaliar a capacidade intelectual do indivíduo, (inteligência verbal e não-verbal);

- **Consciência do Eu:** de fundamental importância para a avaliação dos aspectos psíquicos; Exemplo: relação mãe/bebê;
- **Afetividade:** pode se definir Afeto como sendo: “a forma do indivíduo lidar com presenças e ausências na vida”;
- Com relação as alterações da afetividade, podemos destacam-se:
- **Depressão:** com sinais e sintomas:
- Ambivalência afetiva, amorfismo afetivo (incapacidade de qualificar as emoções), culpa exacerbada, isolamento, ideias autodestrutivas, insônia ou hipersonia, prostração, agitação psicomotora e perturbações do apetite;

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- Depressão por estresse hospitalar, Mania, Labilidade afetiva, ambivalência afetiva, angústia (existencial ou de morte), ansiedade.
- **Motivação e Vontade:**
- Deseja e operacionaliza, deseja e não operacionaliza, não deseja;

## **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- **Manifestações Psíquicas e Comportamentais:**
- Culpa, negação, raiva, hostilidade, fantasias, fantasias mórbidas, frustração, impotência, insegurança, fracasso, regressão, dependência, conformismo, projeção, isolamento, desamparo, pânico, desconfiança, despersonalização, esperança, ambiguidade, hospitalismo positivo, hospitalismo negativo, estresse psicorgânico, agitação psicomotora, agressividade autodirigida e alocada, medo real e medo fantasmático, comportamento fóbico, sensação de punição/abandono, limitação das atividades, conflitos quanto à privacidade, privação de liberdade, perda da autonomia, esquema corporal modificado, conflitos na área da sexualidade.

- **Diagnóstico Psicológico:**
- Basear-se na condição psíquica circunstancial do paciente, pois a ocorrência de distúrbios de ordem psicopatológica no Hospital Geral é exceção, sendo que na maioria dos casos são encontradas situações conflitivas oriundas do processo de doença, tratamento e hospitalização.
- **Focos Principais:** eleger focos a serem trabalhados;
- **Conduta:** Psicoterapia Breve Focal;
- **Síntese:** fornecer uma visão geral

## REFERÊNCIAS

