

Decimo Flesch, Letícia; Cavalcanti Ferreira de Araujo, Tereza Cristina  
Alta hospitalar de pacientes idosos: Necessidades e desafios do cuidado contínuo  
Estudos de Psicologia, vol. 19, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 227-236  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26132911008>



*Estudos de Psicologia*,  
ISSN (Versão impressa): 1413-294X  
revpsi@cchla.ufrn.br  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Brasil

Como citar este artigo | Número completo | Mais informações do artigo | Site da revista

**[www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)**

Projeto acadêmico não lucrativo, desenvolvido pela iniciativa Acesso Aberto

# Alta hospitalar de pacientes idosos: Necessidades e desafios do cuidado contínuo

Letícia Decimo Flesch

Universidade Estadual de Campinas

Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo

Universidade de Brasília

## Resumo

No Brasil, o crescimento da longevidade tem aumentado a prevalência de doenças crônico-degenerativas, as quais podem ocasionar dependência funcional e exigir hospitalizações repetitivas. Especificamente, esta investigação visou conhecer e analisar a percepção de idosos sobre a alta hospitalar, definida como transição hospital-domicílio. A amostra foi constituída por 30 pacientes idosos recrutados em um hospital da rede pública. Antes da alta (internação) e após a alta (domicílio), aplicou-se o Questionário de Continuidade de Cuidado do Paciente, traduzido e adaptado. Verificaram-se correlações significativas entre as subescalas do instrumento. Os resultados reafirmaram a importância do planejamento e da coordenação da alta hospitalar para assegurar continuidade dos cuidados e propiciar atenção integral no campo da Saúde do Idoso. Recomenda-se a validação do instrumento adotado, no intuito de possibilitar estudos multicêntricos.

**Palavras-chave:** cuidado do idoso; hospitalização; alta do paciente; envelhecimento.

## Abstract

*Hospital discharge of elderly patients: Needs and challenges of continuity of care.* In Brazil the growth of longevity has increased the prevalence of chronic diseases, which can cause functional dependency and require repeated hospitalizations. Specifically, this research aimed at understanding and analyzing the perception of the elderly on hospital discharge defined as hospital-domicile transition. The sample consisted of 30 elderly patients admitted to a public hospital. Before discharge (hospital) and after (home), the Patient Continuity of Care Questionnaire was applied, translated and adapted. There was a significant correlation among subscales. The results reaffirmed the importance of planning and coordinating the hospital discharge to ensure continuity of care and provide comprehensive care in the field of elderly health. It is recommended to validate the instrument adopted in order to facilitate multicenter studies.

**Keywords:** elder care; hospitalization; patient discharge; aging.

## Resumen

*Alta hospitalaria de pacientes ancianos: Necesidades y desafíos de la continuidad de la atención.* En Brasil, el crecimiento de la longevidad se ha incrementado la prevalencia de las enfermedades crónicas, que pueden conducir a la dependencia funcional y que requieren hospitalizaciones repetidas. En concreto, esta investigación tuvo como objetivo conocer y analizar la percepción de las personas mayores en el alta hospitalaria, que se define como la transición del hospital a casa. La muestra estuvo constituida por 30 pacientes de edad ancianos ingresados en un hospital público. Antes (hospital) y después del alta (casa), se aplicó el *Patient Continuity of Care Questionnaire*, traducido y adaptado. Hubo correlaciones significativas entre las subescalas del instrumento. Los resultados reafirmaron la importancia de planificar y coordinar el alta hospitalaria para garantizar la continuidad de los cuidados y la atención integral en el campo de la salud de los ancianos. Se recomienda validar el instrumento adoptado con el fin de facilitar los estudios multicéntricos.

**Palabras clave:** cuidado del anciano; hospitalización; alta del paciente; envejecimiento.

O envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo mundialmente e em ritmos diferentes. Com o aumento do número de idosos e da longevidade, resultante de avanços nos setores da saúde, educação e social, instaura-se uma nova configuração de

sociedade (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2012). No Brasil, as transformações demográficas têm sido intensas. Calcula-se que a participação de pessoas com 60 anos de idade, ou mais, cresceu de 9% em 2001, para 12,1% em 2011, sendo que aquelas com mais de 80 anos já representavam 1,7% da população

brasileira em 2011. Quanto à expectativa de vida, estimativas recentes indicam 70,6 anos para os homens e 77,7 anos para as mulheres. Projeções para 2050 apontam expectativa de vida ao nascer de 81,3 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008; 2012). Evidentemente, tais mudanças produzem diversos impactos, notadamente nas demandas de saúde em nosso país. Delineia-se, assim, o campo da Saúde do Idoso, estruturado mais recentemente na esfera pública do setor (Coelho Filho, 2012; Lebrão & Duarte, 2007).

Neste cenário, observa-se, de um lado, o incremento das doenças crônico-degenerativas e múltiplas e, de outro lado, a carência de serviços dedicados a este segmento populacional. De fato, a capacitação e o treinamento de profissionais para atuar em Gerontologia ainda são insuficientes. A isso, soma-se o crescente contingente de idosos bastante dependentes que requerem mais atenção de cuidadores formais e informais, os quais se veem sobrecarregados pela falta de suporte e orientação institucional (Born, 2008; Silva & Neri, 2009).

Essas preocupações se intensificam quando piora o estado de saúde do idoso, diagnosticado com doença crônica, impondo-se uma hospitalização muitas vezes seguida por outras. Cabe enfatizar que, na maioria desses casos, os cuidados não cessam com a saída do hospital e o retorno ao domicílio, pois será preciso mudar hábitos de vida e ajustar rotinas familiares para lidar com diferentes incapacidades e os tratamentos advindos. Ou seja, a alta hospitalar traz insegurança e, se não for bem orientada, suscitará rehospitalizações (Benzar, Hansen, Kneitel, & Fromme, 2011; Ganzella & Zago, 2008; García-Pérez et al., 2011; Golden, Tewary, Dang, & Ross, 2010; Shyu, 2000; van Walraven, Mamdani, Fang, & Austin, 2004).

É importante esclarecer que a alta hospitalar é uma transição específica que prevê a continuidade dos cuidados em domicílio. Para tanto, a equipe de saúde deve desenvolver um plano global de conduta terapêutica, cuja logística inclui educação do paciente e da família e, sobretudo, coordenação entre profissionais diretamente implicados, em articulação com os serviços comunitários. Além disso, intervenções domiciliares podem ser realizadas antes mesmo da alta, a fim de adaptar o ambiente e, por conseguinte, favorecer o desempenho de atividades de vida diária e capacitar o cuidador (Lannin et al., 2007).

Destarte, ao falhar neste planejamento e execução, os agentes sociais envolvidos podem induzir percepções de “desassistência”: a instituição hospitalar estaria ‘devolvendo’ o paciente à família, desengajando-se de suas responsabilidades (Castro & Camargo Junior, 2008; McLeod, Bywaters, Tanner, & Hirsch, 2008). Nesse sentido, a Portaria nº 2.528 Ministério da Saúde (2006) reconhece: “escassez de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, estruturas de suporte qualificado para idosos e seus familiares destinadas a promover intermediação segura entre a alta hospitalar e a ida para o domicílio” (2006, p. 4). Almeja-se, então, a implantação de Redes de Assistência à Saúde do Idoso efetivas (Castro & Camargo Junior, 2008).

Diante da complexidade do acompanhamento demandado e da insuficiência de serviços comunitários e governamentais, os profissionais de saúde tendem a centralizar as ações de reabilitação, prevenção de doenças e promoção de saúde no âmbito hospitalar, assim procedendo em detrimento das diretrizes preconizadas pelo sistema de saúde. Ademais, uma alta hospitalar mal conduzida amplifica essas distorções em todos os níveis do setor (Benzar, et al., 2011; Coleman & Boulton, 2003; Grimmer, Moss, & Falco, 2004).

Tendo em vista tais entraves, alguns estudos têm sido desenvolvidos. Uma revisão sistemática de artigos publicados, entre os anos 2000 e 2011, denota dois eixos temáticos gerais: (a) percepção de pacientes, familiares e equipe de saúde; e (b) avaliação de programas de aprimoramento da alta hospitalar. No primeiro eixo, ressaltam-se quatro trabalhos. Dantas, Stuchi e Rossi (2002) entrevistaram 14 familiares de idosos a respeito da doença coronariana que motivou a hospitalização, retorno ao domicílio e recuperação. Os resultados mostraram que a alta desencadeou sentimentos ambíguos: ao mesmo tempo em que trouxe alívio, em razão da melhoria da condição clínica do idoso; ocasionou outras preocupações, pois novas funções seriam assumidas pelo grupo familiar.

Huber e McClelland (2003) investigaram a importância da participação de pacientes e familiares no planejamento da alta por meio de questionários. A amostra foi composta por idosos com insuficiência cardíaca ou diabetes *mellitus* e seus acompanhantes. Os resultados indicaram que é fundamental munir as equipes de saúde com ‘ferramentas’ que permitam a identificação das preferências dos pacientes. Pearson, Procter, Wilcockson e Allgar (2004) entrevistaram pacientes internados, familiares e profissionais de saúde e concluíram que grande parte dos idosos teve o tratamento modificado durante a internação, obrigando-os a mais adaptações após a alta. Os autores enfatizaram que, além de receber cuidados, os idosos ofereciam apoio, estabelecendo uma relação de ajuda recíproca com seus cuidadores. Bizar et al. (2011) também entrevistaram pacientes e seus cuidadores, em situação de cuidados paliativos após a alta, os quais consideraram não terem recebido orientação adequada quanto ao prognóstico e terem enfrentado problemas no manejo dos sintomas do idoso.

No segundo eixo da revisão, foram repertoriados seis estudos. Marin e Angerami (2000) avaliaram o programa de alta implantado em uma unidade de emergência, determinando que idosos e seus cuidadores julgaram ter recebido informações adequadas para a continuidade dos cuidados. Cunliffe et al. (2004) compararam dois grupos de pacientes e cuidadores: um de atendimento rotineiro e outro de alta precoce com acompanhamento. Ao entrevistarem os participantes, verificou-se que, em alguns casos, é possível antecipar a alta – inclusive com melhores resultados para a saúde – desde que os idosos sejam monitorados por um serviço que disponha de um protocolo de atendimento centrado nas necessidades de cada caso. Coleman, Parry, Chalmers e Min (2006) propuseram uma intervenção com uso de recursos para promover comunicação, incentivar a participação ativa do paciente e preparar um “treinador de transição” da hospitalização. As taxas

de reinternação foram avaliadas aos 30, 90 e 180 dias após o regresso para casa. Os resultados mostraram diminuição destas taxas no grupo de intervenção, nos três intervalos medidos.

Preen et al. (2005) buscaram determinar o impacto de um plano de alta na qualidade de vida e satisfação assistencial e, já na primeira semana pós-alta, notaram ganhos significativos para os idosos, como por exemplo: mais acesso a outros serviços de saúde e mais confiança nos procedimentos adotados pela equipe. Steeman et al. (2006) compararam a gestão de alta por um grupo de assistentes sociais e enfermeiros treinados e um grupo controle. Os autores observaram redução do número de readmissões de pacientes atendidos no grupo experimental. Jack et al. (2009) verificaram que pacientes geriátricos de um grupo de preparação para alta apresentaram 30% menos reinternações, em um prazo de 30 dias, quando comparados com o grupo controle. Mais especificamente, ao grupo com melhores indicadores, oportunizaram-se as seguintes ações: (a) no hospital, esclarecimentos sobre diagnósticos e discussão de exames concluídos; orientações acerca de consultas e exames futuros; organização conjunta de tarefas para o período pós-alta com indicação de medidas em caso de 'intercorrências'; confirmação da conduta terapêutica; elaboração e entrega de um plano instrucional de alta para paciente e cuidador, contendo motivo da internação, prescrição de medicamentos e outras intervenções terapêuticas, calendário de consultas/exames e solicitação de avaliação do grau de compreensão das orientações fornecidas; e (b) após a alta, contactos telefónicos e revisão do plano de alta para resolução de problemas identificados neste período.

Em síntese, este levantamento da literatura confirma que é imprescindível reconhecer a relevância e a complexidade da transição hospital-domicílio, especialmente em Saúde do Idoso. Evidentemente, nesta fase do acompanhamento, as ações necessárias exigem a participação de profissionais de diversas categorias, inseridos em uma equipe de saúde organizada e dedicada à atenção integral. É oportuno mencionar que, há bem pouco tempo, foi veiculada a Portaria n. 963, a qual redefine a Atenção Domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS) e estipula como diretrizes: a) trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar, com inserção do profissional de Psicologia; e b) participação ativa não somente de profissionais, como também de usuários, familiares e cuidadores (Ministério da Saúde, 2013).

Então, face às transformações necessárias para melhoria da qualidade assistencial, o debate sobre as contribuições da Psicologia em Saúde Pública tem se fortalecido. Assim, no Plano Nacional de Saúde, admite-se que o psicólogo tem relevante função tanto na atenção básica, como em média e alta complexidade, além da Vigilância em Saúde. Certamente, muitas iniciativas de atuação em Saúde Pública e Saúde Coletiva são conhecidas, mas é capital sistematizar e avaliar tais práticas (Campos, 2000; Conselho Federal de Psicologia, 2011; Stalino, Araujo, & Coêlho, 2009).

Fundamentado nesses pressupostos, o presente trabalho enfoca o manejo da alta hospitalar, o qual impõe desafios no

que concerne à preservação da autonomia do paciente, como também ao cumprimento das diversificadas orientações de uma equipe multiprofissional. Em saúde, um processo decisório pode gerar conflitos interprofissionais e divergências entre profissionais de saúde e usuários, mais ou menos explícitos. Para ultrapassar esses impasses, o psicólogo pode colaborar expressivamente, ao resgatar a singularidade de cada caso, pautando-se na ética do cuidado (Araujo, 2009, 2013; Coelho, 2002; Queiroz & Araujo, 2007, 2009).

Além disso, do ponto de vista do desenvolvimento das pesquisas, ainda são escassas as publicações brasileiras voltadas para a alta hospitalar, a qual vincula-se intrinsecamente às exigências sumamente atuais da atenção domiciliar. Apesar dos trabalhos internacionais disponibilizados, é essencial reconhecer que as dimensões socioculturais devem ser incluídas, o que justifica a condução de investigações nacionais (Gurung, 2010; Straub, 2014).

Considerando, então, os interesses científicos e assistenciais da temática, foi realizado um estudo de natureza exploratória e descritiva com o objetivo geral de conhecer e analisar a percepção de idosos sobre a alta hospitalar, definida como transição hospital-domicílio.

## Método

### Participantes

A amostra foi constituída por idosos selecionados em um hospital da rede pública do Distrito Federal. Foram adotados como critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais; ter como cuidador principal um membro familiar; ter condições para prestar as informações solicitadas nesta pesquisa e expressar concordância em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), quando abordados pela pesquisadora por ocasião do convite verbal feito na própria instituição. Assim, integraram a amostra, 23 homens e sete mulheres, entre 60 e 93 anos de idade ( $M = 74,3$  e  $DP = 9,7$ ), que estavam internados nos setores da Clínica Médica e Emergência, em razão de doenças do aparelho circulatório (26,7%), doenças do aparelho respiratório (20%), doenças do aparelho geniturinário (16,7%), doenças do aparelho digestivo (13,3%), neoplasias (13,3%) e outras enfermidades (9,9%).

A maioria tinha como principal cuidador um(a) filho(a) ( $n = 15$ ) ou a esposa ( $n = 10$ ). A maior parte da amostra ( $n = 28$ , 93,3%) possuía renda mensal menor ou igual a dois salários mínimos e 27 (90%) estudaram até o Ensino Fundamental. Quanto ao estado civil, 16 (53,3%) eram casados ou residiam com companheiro(a) e 14 (46,7%) eram viúvos, solteiros ou divorciados.

A Tabela 1 apresenta dados gerais sobre as condições de internação às quais estavam submetidos esses idosos:

Tabela 1

*Caracterização das Condições de Internação*

Variável	n	%
Dias de internação		
≤7	4	21,1
8 - 15	7	36,8
16 - 30	4	21,1
>30	4	21,1
Total	19	100
Quantidade de internações		
Primeira	6	31,6
Segunda	6	31,6
Terceira	3	15,8
Quarta	1	5,3
Não soube responder	3	15,8
Total	19	100

Fonte: Pesquisa direta

*Instrumentos*

Aplicou-se o *Patient Continuity of Care Questionnaire* (PCCQ) – desenvolvido e validado por Hadjistavropoulos, Biem, Sharpe, Bourgault-Fagnou e Jazen (2008) para avaliar o cuidado recebido durante a alta – o qual foi traduzido e adaptado para esta investigação. A tradução reversa foi realizada com a ajuda de profissionais de saúde com domínio das línguas inglesa e portuguesa. Denominado, então, Questionário de Continuidade de Cuidado do Paciente (QCCP), este instrumento corresponde a uma escala autoaplicável, cujas respostas podem ser pontuadas de 1 (discordo fortemente) até 5 (concordo fortemente). Pode ser preenchido pelo cuidador, se o paciente não conseguir fazê-lo.

No total, contém 41 questões – 27 destinadas ao período anterior à saída do hospital (primeira parte) e 14 voltadas para o período posterior à alta (segunda parte) – distribuídas em seis subescalas:

a) Relacionamento no hospital – QCCP RH (ex.: Os profissionais de saúde responsáveis pelo meu cuidado compreenderam as minhas expectativas, crenças e preferências; Eu tenho confiança nos profissionais de saúde envolvidos no meu cuidado);

b) Relacionamento na comunidade – QCCP RC (ex.: Eu me senti “compreendido” (por exemplo, minha condição de saúde atual) pelos profissionais de saúde atuais que assumiram meus cuidados desde a alta; Estou satisfeito com o apoio emocional dos profissionais, que assumiram meus cuidados desde minha alta);

c) Transmissão de informações – QCCP TI (ex.: Forneceram-me informações claras sobre meu diagnóstico; Deram-me

informações completas sobre minha medicação);

d) Organização de documentos – QCCP OD (ex.: Até onde eu saiba, os formulários necessários foram todos concluídos; Os formulários foram encaminhados para os setores ou profissionais de saúde competentes);

e) Continuidade do cuidado – QCCP CC (ex.: Forneceram-me informações, por escrito, sobre serviços de apoio; Fui informado dos recursos ou apoio ao paciente); e

f) Comunicação – QCCP Co (ex.: Os diferentes profissionais de saúde pareciam se comunicar bem uns com os outros enquanto eu estava no hospital; Até onde eu saiba, meu médico da família, ou profissional de saúde, foi contatado e informado sobre os aspectos importantes dos cuidados que recebi [por exemplo, diagnóstico, prognóstico, tratamento, medicamentos etc.]).

Embora não seja validado para a população brasileira, optou-se pela adoção deste instrumento específico devido à inexistência de ferramentas de medida destinadas à avaliação da alta hospitalar no país. Também foi utilizado um questionário para levantamento de dados sociodemográficos, tais como: sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, estado civil, domicílio, religião e composição familiar.

**Procedimentos de coleta e análise dos dados**

Preliminarmente, obteve-se autorização de Comitê de Ética em Pesquisa. Em seguida, a pesquisadora responsável (graduada em psicologia e com formação anterior em atendimento a idosos) realizou quatro sessões de observação por meio de registros cursivos sistemáticos da rotina de atendimento do serviço de saúde, dando ênfase às situações de alta hospitalar de todos os pacientes idosos. Essas observações visaram a familiarização da investigadora com a conduta de alta da instituição (onde não havia um psicólogo designado) e escolher as condições de aplicação do QCCP.

Encerrada esta etapa, foi executada a coleta de dados propriamente dita, organizada em dois momentos distintos: (1) no hospital, por ocasião dos procedimentos de alta previstos pela instituição, aplicaram-se o questionário sociodemográfico e a primeira parte do QCCP; e (2) em visita domiciliar ao idoso, aproximadamente um mês após a alta hospitalar, empregou-se a segunda parte do QCCP.

O material reunido foi analisado com auxílio de um banco de dados estatístico (SPSS, 2009), efetuando-se análise de frequência dos dados sociodemográficos e o cruzamento de dados para as variáveis independentes com análise de correlação de Spearman, para relacionar as subescalas (Field, 2009).

**Resultados e discussão***Percepção sobre alta e continuidade do cuidado*

De modo geral, a amostra manifestou satisfação com as informações recebidas sobre diagnóstico (83,3%), prognóstico

(73,3%), ajuda emergencial (73,3%), achados clínicos (66,7%), medicação (96,7%), alimentação (90%), equipamentos/suportes médicos e informações recebidas após a alta sobre cuidados (80%). Em comparação com os resultados divulgados por Hadjistavropoulos et al. (2008), em seu estudo original com pacientes hospitalizados no Canadá por diversos motivos (como câncer e insuficiência renal crônica), os participantes da presente investigação mostraram-se mais satisfeitos com as informações recebidas.

Porém, 50% dos respondentes expressaram insatisfação em relação às informações recebidas sobre sintomas não urgentes que pudessem vir a ocorrer no período pós-alta. É importante enfatizar que a insuficiência de orientação interfere negativamente na recuperação e no bem-estar do paciente, além de indicar que o planejamento da alta não foi bem executado (Benzar et al., 2011; Jack et al., 2009). Também é válido comentar que a transmissão de informações é uma atribuição conjunta dos profissionais da equipe, na qual cada categoria confere sua peculiaridade (Araujo, 2009; Queiroz & Araujo, 2007, 2009).

Quanto a instrumentos educativos, apenas 6,7% reconheceram ter recebido este tipo de material. A literatura tem sustentado que informações escritas (por exemplo, prospectos) auxiliam pacientes e cuidadores a compreender os cuidados pós-alta e aumentam a satisfação com relação à alta. A falta desses recursos também está associada a reinternações precoces, além de limitar o alcance das metas de prevenção de doenças e promoção da saúde (Benzar et al., 2011; Golden et al., 2010; Hadjistavropoulos et al., 2008; Kripalani, Jackson, Schnipper, & Coleman, 2007). Merece destaque que, ao validarem o PCCQ, Hadjistavropoulos et al. (2008) constataram críticas semelhantes. Ora, no campo da Educação em Saúde, um dos desafios permanentes tem sido produzir material que assegure abrangência nas orientações para atingir um grande número de usuários e que, ao mesmo tempo, contemple as necessidades de um único sujeito, tendo significado em sua história pessoal (Jack et al., 2009; Kripalani et al., 2007).

No que tange aos cuidados contínuos, foi possível perceber satisfação com informações relativas a consultas de acompanhamento (86,7%) e ao tratamento contínuo após a alta (86,7%). Todavia, recursos e serviços de apoio ao paciente e à família foram pouco assinalados (26,9%). Apesar de se admitir que um envelhecimento saudável requer acesso a recursos psicológicos, ambientais, instrumentais e sociais, ainda parece haver carência de suporte e de articulação entre instâncias de cuidado (Huber & McClelland, 2003; McLeod et al., 2008; Moreira, 2012). Tal constatação permite supor que os pacientes com uma condição clínica de menor gravidade não são instruídos acerca de serviços comunitários, o que pode constituir sobrecarga adicional para os familiares (Ho, Chan, Woo, Chong, & Sham, 2009; Koerner, Shirai, & Kenyon, 2010). Embora a literatura (Huber & McClelland, 2003; McLeod et al., 2008) insista que para uma boa recuperação e manutenção da saúde do paciente, bem como de seus cuidadores, seja necessária uma estrutura comunitária que ofereça suporte à família, os resultados denotam falhas na rede de apoio social. Esta estrutura

parece não ser claramente acessível aos participantes, o que reitera as preocupações de “desassistência” manifestadas por Castro e Camargo Junior (2008). Tal fato é particularmente grave quando se pondera que os encaminhamentos para serviços complementares envolvem pacientes cujas condições clínicas comportam mais danos e sofrimentos.

Sobre a execução de um plano de acompanhamento, 56,6% afirmaram que este foi cumprido, mas apenas 38,4% afirmaram ter participado deste planejamento e 41,4% disseram que a família estava engajada. Estes resultados não parecem satisfatórios. Vale lembrar que intervenções focadas no paciente e na família podem reduzir as taxas de rehospitalização. Ao longo das últimas décadas, inúmeras investigações em diferentes setores da saúde comprovaram consequências positivas geradas pela participação mais ativa de pacientes e familiares no processo terapêutico em geral. O presente estudo reforça tal necessidade no que diz respeito à alta do idoso hospitalizado, a exemplo do que foi destacado na literatura internacional (Coleman et al., 2006; Shyu, 2000; Tomura, Yamamoto-Mitani, Nagata, Murashima, & Suzuki, 2011).

Os resultados foram bastante positivos no que se refere às interações no contexto hospitalar, pois os respondentes asseveraram que: a) os profissionais entenderam suas expectativas, crenças e preferências (90%); b) se sentiram compreendidos pelos profissionais de saúde (93,3%); e c) confiavam neles (93,3%). A grande maioria vivenciou apoio emocional por parte da equipe (73,3%). Cumpre salientar que a confiança e o apoio percebidos são fatores significativos para adesão ao tratamento (Straub, 2014; Vianna, Vianna, & Bezerra, 2010).

No tocante à comunicação, somente 46,7% dos participantes foram lembrados das consultas e outros compromissos vinculados à saúde. Em geral, as respostas foram positivas em relação à informação sobre restrições de atividades (60%), comunicação entre profissionais de saúde do hospital (86,7%) e informações que o profissional de saúde responsável pelo paciente após a alta possuía sobre os cuidados recebidos no hospital (80%). Quanto à documentação, 96,7% dos participantes afirmaram que os formulários foram concluídos e encaminhados para os setores ou profissionais de saúde competentes e nenhum informou extravios. Sob a ótica da atenção integral em saúde, estes resultados parecem animadores, uma vez que a continuidade no fluxo de comunicação evita transtornos desnecessários (como falta de clareza nos comunicados feitos entre profissionais) e facilita a possível admissão em outros serviços. Pesquisas sobre o trabalho de equipe em geral, mas especialmente em contextos de reabilitação, discutem os prejuízos provocados por déficits comunicacionais no alcance das metas previstas em serviços de saúde (Araujo, 2009; Golden et al., 2010; Queiroz & Araujo, 2007).

### *Correlações entre subescalas do Questionário de Continuidade de Cuidado do Paciente (QCCP)*

O valor do Alfa de Cronbach, obtido nesta pesquisa, pode ser considerado um índice apropriado: 0,84. A Tabela 2 apresenta as correlações entre as subescalas do QCCP.

Tabela 2

Correlações entre Subescalas do QCCP

Variável	QCCP RH		QCCP RC		QCCP TI		QCCP OD		QCCP CC	
	$\rho$	$\rho$								
QCCP RC	0,01	0,94	–	–	–	–	–	–	–	–
QCCP TI	0,45*	0,01	0,26	0,16	–	–	–	–	–	–
QCCP OD	0,11	0,58	-0,45*	0,01	0,00	0,98	–	–	–	–
QCCP CC	0,36	0,05	-0,05	0,8	0,56**	0,00	0,21	0,27	–	–
QCCP Co	0,13	0,51	0,63**	0,00	0,41*	0,03	-0,38*	0,04*	0,48**	0,01

\* $p < 0,05$ \*\* $p < 0,01$ 

Nesta pesquisa, algumas relações entre subescalas foram significativamente relevantes. A subescala *Relacionamento no hospital* vinculou-se à subescala *Transmissão de informações*. Esta associação pode ser compreendida devido à assimilação de informações ter sido provavelmente facilitada pela boa interação paciente-profissional de saúde. Conforme mencionado anteriormente, as orientações são mais valorizadas pelos pacientes, se recebidas de profissionais nos quais confiam. Reafirma-se, portanto, que as relações estabelecidas no hospital influenciam o modo como pacientes e cuidadores recebem e gerenciam as informações fornecidas naquele contexto (Robben et al., 2012; Straub, 2014; Vianna et al., 2010).

As subescalas *Relacionamento na Comunidade* e *Comunicação* também convergiram, o que pode ser explicado pelo fato da alta abarcar pacientes, cuidadores, profissionais do hospital e da comunidade (Pearson et al., 2004). É interessante comentar que possíveis hiatos entre hospital e comunidade podem ser superados com a melhoria da comunicação, o que favorece a redução de reinternações (Castro & Camargo Junior, 2008; Shu et al., 2011). De fato, os serviços de saúde hospitalares e comunitários devem ser integrados e, para tanto, os aspectos comunicacionais são cruciais.

De modo semelhante, a relação entre as subescalas *Transmissão de informações* e *Continuidade do cuidado* e a relação entre *Transmissão de informações* e *Comunicação* corroboram as evidências já reunidas pela literatura especializada. Como muitas das informações repassadas aos pacientes e familiares referem-se a cuidados que serão colocados em prática após o retorno ao domicílio, uma atenção contínua à saúde do idoso depende fortemente da qualidade comunicacional. Outrossim, dispondo de informações adequadas às suas próprias necessidades, idoso e cuidador estarão melhor instrumentalizados para criar, eles mesmos, estratégias que contribuirão para a adesão ao tratamento (Odgen, 2004; Straub, 2014). Para apropriação desses recursos por parte dos usuários, é preciso atentar para a comunicação entre profissionais, pacientes, familiares e outros cuidadores (Huber & McClelland, 2003; Robben et al., 2012).

A subescala *Organização de documentos* relacionou-se com a subescala *Comunicação* e *Relacionamento na comunidade*. Compreende-se a associação dessas subescalas em razão da exigência de determinados documentos e formulários para acesso ou contato com serviços na comunidade. Em geral, este material contém dados que esclarecem sobre o estado de saúde do paciente, exames e modalidades terapêuticas (Kripalani et al., 2007).

A subescala *Comunicação* também foi associada à subescala *Continuidade de cuidado*. Acredita-se que estes dois fatores estejam vinculados, pois a qualidade comunicacional do acompanhamento influencia a execução correta dos cuidados no período pós-alta. Efetivamente a comunicação costuma ser prejudicada seja pela fragmentação das ações em uma mesma instituição de saúde, seja pela admissão em diferentes hospitais (Coleman & Boulton, 2003; Golden et al., 2010; Shu et al., 2011).

Cabe explicitar que, por ocasião da validação do questionário original – não exclusivamente desenvolvido para idosos, mas para alta em geral – todas as subescalas foram correlacionadas (Hadjistavropoulos et al., 2008). Porém, tal como reportado na Tabela 2, na pesquisa aqui relatada isto não ocorreu, o que parece indicar uma especificidade da alta no campo da Saúde do Idoso que merece ser melhor investigada.

Não houve correlação significativa entre os dados sociodemográficos e as subescalas. Talvez este resultado tenha ocorrido pelo fato de a amostra ser bastante homogênea, dificultando a percepção das diferenças. Mesmo assim, os resultados parecem evidenciar que a percepção da alta não depende tanto dos aspectos sociodemográficos, quanto de fatores como planejamento da alta e coordenação do acompanhamento.

Vale realçar que esta investigação reafirma a interdependência entre os fatores avaliados: relacionamento no hospital, relacionamento na comunidade, transmissão de informações, organização de documentos, continuidade do cuidado e comunicação. Ou seja, a percepção da alta hospitalar é impactada pela concatenação destes parâmetros, o que confirma relatos da experiência clínica e estudos anteriores (Coleman & Boulton, 2003; Golden et al., 2010).

Enfim, ao colher diretamente as impressões do idoso sobre a alta, o QCCP contribuiu para o fortalecimento e reconhecimento da sua autonomia, alinhando-se com as propostas mais atuais em Saúde do Idoso. Conforme abordado anteriormente, a qualidade da transição hospital-domicílio depende da integração entre equipe hospitalar e equipe de atenção domiciliar, nas quais a atuação do psicólogo deve estar fundamentada por evidências reunidas em sua prática clínica, nos respectivos níveis de atuação.

Em consonância com a sua formação, o psicólogo pode auxiliar, sobremaneira, nas questões comunicacionais da sua própria equipe e entre equipes. Desse ponto de vista, a articulação entre profissionais de Psicologia, de ambas as equipes, é igualmente vital (Araujo, 2009; Queiroz & Araujo, 2007). Com os idosos e os cuidadores, o psicólogo deve organizar e participar de intervenções psicoeducativas individuais ou grupais no âmbito hospitalar ou domiciliar, visando o aprimoramento das estratégias de enfrentamento dos usuários e planejamento de atividades de vida diária adaptadas às condições de cada núcleo familiar. Em função dos conhecimentos teóricos e metodológicos adquiridos em sua capacitação profissional, o psicólogo pode intervir junto aos cuidadores e outros familiares, inclusive com orientações para suporte afetivo e emocional. Na comunidade, este profissional de saúde pode colaborar em ações que promovam a autonomia do idoso, como por exemplo, identificar barreiras ambientais, sociais e pessoais que se interpõem à adoção de comportamentos saudáveis que prevenirão outros decréscimos de funcionalidade (Straub, 2014).

É primordial salientar que, em comparação a sistemas de saúde implantados em outros países, no cenário brasileiro (fundamentado em pressupostos e diretrizes do SUS), o psicólogo vem cada vez mais qualificando suas intervenções e estendendo o espectro da sua atuação. Atividades de sistematização e de avaliação das ações de saúde, assim como pesquisas de grande variedade metodológica têm constituído recursos adicionais fornecidos pelo psicólogo a sua equipe. Isto posto, o estudo exploratório conduzido com o QCCP instiga à validação futura, com o propósito de ser empregado no monitoramento das ações realizadas em Saúde do Idoso, em concordância com os sentidos do envelhecimento na atualidade (Cavanaugh & Blanchard-Fields, 2012).

### Considerações finais

Em síntese, frente ao incremento de necessidades decorrentes da significativa reconfiguração social em curso no Brasil, é indispensável ampliar e aprofundar pesquisas que fundamentem intervenções eficazes no campo da Saúde do Idoso. Nesse sentido, defende-se a implementação de estratégias que visem à coordenação entre as inúmeras instâncias designadas pelo sistema de saúde. Concomitantemente, é crucial possibilitar a descentralização dos serviços, a partir das iniciativas mantidas pela esfera sociocomunitária, no intuito de prover cuidados que se ajustem às necessidades específicas dos idosos e de seus cuidadores. De acordo com a presente pesquisa, isto é particularmente evidente vis à-vis à alta hospitalar, momento

aglutinador de demandas diversas com variadas repercussões no plano individual e coletivo.

A homogeneidade e o tamanho da amostra não permitiram que fossem feitas comparações entre os dados sociodemográficos e as percepções dos participantes. Apesar de o instrumento não ter sido elaborado no Brasil, identificaram-se fatores que se aplicam às condições nacionais, pois são gerais e bastante recorrentes na área assistencial. Trabalhos futuros poderão contemplar medidas de avaliação da alta hospitalar que ponderem diferenças culturais existentes nas regiões brasileiras.

Sugere-se, ainda, que sejam conduzidos outros estudos que envolvam familiares de idosos, já que estes são afetados pela hospitalização e participam prolongada e intensamente dos cuidados, inclusive com prejuízos para a própria saúde e o desenvolvimento pessoal. Estimula-se também a realização de estudos de intervenção no contexto de transição hospital-domicílio com amostras acometidas por distintas enfermidades. Recomenda-se, portanto, a validação do instrumento adotado na presente investigação para subsidiar estudos multicêntricos sobre tema candente em saúde.

### Referências

- Araujo, T. C. C. F. (2009). Comunicação em saúde: Contribuições do enfoque observacional para pesquisa e atuação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-13. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672009000200008&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200008&lng=pt&tlng=pt).
- Araujo, T. C. C. F. (2013, novembro). A ética do cuidado. In H. B. C. Chiattonne (Org.), *9ª. Simpósio de Psicologia Hospitalar em Hematologia*. Simpósio realizado durante o Congresso Brasileiro de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular, Brasília, DF.
- Benzar, E., Hansen, L., Kneitel, A. H., & Fromme, E. K. (2011). Discharge planning for palliative care patients: A qualitative analysis. *Journal of Palliative Medicine*, 14(1), 65-69. doi 10.1089/jpm.2010.0335.
- Born, T. (2008). *Cuidar melhor e evitar a violência – Manual do cuidador da pessoa idosa*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: Campo e núcleo de saberes e práticas. *Sociedade e Cultura*, 3, 51-74. doi: 10.1590/S1413-81232000000200002
- Castro, E. A. P., & Camargo Junior, K. R. (2008). Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Sup. 2), 2075-2088. doi 10.1590/S1413-81232008000900012
- Cavanaugh, J. C., & Blanchard-Fields, F. (2012). *Adult development and aging*. Wadsworth: Cengage Learning.
- Coelho, A. R. (2002). A saída do sujeito sem alta médica: A discussão sobre a autonomia e a postura do profissional psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(3), 38-45. doi: 10.1590/S1414-98932002000300007
- Coelho Filho, J. M. (2012). Saúde do idoso. In M. Z. Rouquayrol & M. Gurgel (Orgs.), *Epidemiologia & Saúde* (pp. 401-420). Rio de Janeiro: Medbook.
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal American Geriatric Society*, 51(4), 556-557. doi 10.1046/j.1532-5415.2003.511186.x
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S.-J. (2006). The care transitions intervention: Results of a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, 166(25), 1822-1828. doi 10.1001/archinte.166.17.1822
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Senhoras e senhores gestores da saúde, Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS*. Brasília: CFP.

- Cunliffe, A. L., Gladman, J. R. F., Husbands, S. L., Miller, P., Dewey, M. E., & Harwood, R. H. (2004). Sooner and healthier: A randomised controlled trial and interview study of an early discharge rehabilitation service for older people. *Age and Ageing*, 33(3), 246-252. doi 10.1093/ageing/afh076
- Dantas, R. A. S., Stuchi, R. A. G., & Rossi, L. A. (2002). A alta hospitalar para familiares de pacientes com doença arterial coronariana. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 36(4), 345-350. doi: 10.1590/S0080-62342002000400008
- Field, A. (2009). *Descobrir a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Ganzella, M., & Zago, M. M. F. (2008). The hospital discharge as evaluated by patients and their caregivers: An integrative literature review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(2), 351-355. doi 10.1590/S0103-21002008000200019
- García-Perez, L., Linertová, R., Lorenzo-Riera, A., Vázquez-Díaz, J. R., Duque-González, B., & Sarria-Santamera, A. (2011). Risk factors for hospital readmissions in elderly patients: A systematic review. *QJM: An International Journal of Medicine*, 104(11), 639-651. doi 10.1093/qjmed/hcr070
- Golden, A. G., Tewary, S., Dang, S., & Ross, B. A. (2010). Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. *Gerontologist*, 50(4), 451-458. doi 10.1093/geront/gnq015
- Grimmer, K., Moss, J., & Falco, J. (2004). Experiences of elderly patients regarding independent community living after discharge from hospital: A longitudinal study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 465-472. doi 10.1093/intqhc/mzh071
- Gurung, R. A. R. (2010). *Health psychology: A cultural approach*. (2ª. ed.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Hadjistavropoulos, H., Biem, H., Sharpe, D., Bourgault-Fagnou, M., & Jazen, J. (2008). Patient perceptions of hospital discharge: Reliability and validity of a patient continuity of care questionnaire international. *Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 314-323. doi 10.1093/intqhc/mzn030
- Ho, S. C., Chan, A., Woo, J., Chong, P., & Sham, P. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journal of Gerontology*, 64(8), 873-879. doi 10.1093/gerona/glp034
- Huber, D. L., & McClelland, E. (2003). Patient preferences and discharge planning transitions. *Journal of Professional Nursing*, 19(3), 204-210. doi 10.1016/S8755-7223(03)00071-1
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008). *Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Jack, B. W., Chetty, V. K., Anthony, D., Greenwald, J. L., Sanchez, G. M., Johnson, A. E., ... Culpepper, L. (2009). A Reengineered hospital discharge program to decrease hospital utilization: A randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*, 150(3), 178-187. doi: 10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007
- Koerner, S. S., Shirai, Y., & Kenyon, D. B. (2010). Sociocontextual circumstances in daily stress reactivity among caregivers for elder relatives. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B(5), 561-572. doi 10.1093/geronb/gbq045
- Kripalani, S., Jackson, A. T., Schnipper, J. L., & Coleman, E. A. (2007). Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 2, 314-323. doi 10.1002/jhm.228
- Lannin, N. A., Clemson, L., McCluskey, A., Lin, C-W. C., Cameron, I. D., & Barras, S. (2007). Feasibility and results of a randomised pilot-study of pre-discharge occupational therapy home visits. *BioMed Central Health Services Research*, 7(42). doi: 10.1186/1472-6963-7-42
- Lebrão, M. L., & Duarte, Y. A. O. (2007). Saúde e independência: Aspirações centrais para os idosos. Como estão sendo satisfeitas? In A. L. Neri (Org.), *Idosos no Brasil: Vivências, desafios e expectativas* (pp. 191-208). São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Edições SESAC.
- Marin, M. J. S., & Angerami, E. L. S. (2000). Avaliação da satisfação de um grupo de idosas e cuidadores com o planejamento de alta. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(2), 265-273. doi: 10.1590/S0034-71672000000200011
- McLeod, E., Bywaters, P., Tanner, D., & Hirsch, M. (2008). For the sake of their health: Older service users' requirements for social care to facilitate access to social networks following hospital discharge. *British Journal of Social Work*, 38, 73-90. doi 10.1093/bjsw/bcl341
- Ministério da Saúde (2006). *Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006*. Recuperado de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos>
- Ministério da Saúde (2013). *Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013*. Recuperado de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)
- Moreira, J. O. (2012). Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: Reflexões preliminares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28(4), 451-456. doi 10.1590/S0102-37722012000400003
- Odgen, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pearson, P., Procter, S., Wilcockson, J., & Allgar, V. (2004). The process of hospital discharge for medical patients: A model. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 496-505. doi 10.1111/j.1365-2648.2004.03023.x
- Preen, D. B., Bailey, B. E. S., Wright, A., Kendall, P., Phillips, M., Hung, J., . . . Williams, E. (2005). Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: A randomized controlled. *International Journal for Quality in Health Care*, 17(1), 43-51. Recuperado de <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/17/1/43.full>
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2007). Trabalho em equipe: Um estudo multimetodológico em instituição hospitalar de reabilitação. *Interamerican Journal of Psychology*, 41, 221-230. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/284/28441213.pdf>
- Queiroz, E., & Araujo, T. C. C. F. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: Um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde. *Paidéia*, 19, 177-183. doi: 10.1590/S0103-863X2009000200006
- Robben, S., Kempen, J., Heinen, M., Zuidema, S., Rikkert, M. O., Schers, H., & Melis, R. (2012). Preferences for receiving information among frail older adults and their informal caregivers: A qualitative study. *Family Practice*, 29(6), 742-747. doi 10.1093/fampra/cms033
- Shu, C-C., Hsu, N-C., Lin, Y-F., Wang, J-Y., Lin, J-W., & Ko, W-J. (2011). Integrated postdischarge transitional care in a hospitalist system to improve discharge outcome: An experimental study. *BioMed Central Medicine*, 9(9). Recuperado de <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/9/96>
- Shyu, Y. L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: A Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 619-625. doi 10.1046/j.1365-2648.2000.01519.x
- Silva, E. B. N., & Neri, A. L. (2009). Bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 237-285). Campinas: Papyrus.
- Staliano, P., Araujo, T. C. C. F., & Coêlho, A. E. L. (2009). Práticas emergentes em psicologia: Atuação com agentes comunitários de saúde. *Psico*, 40, 473-477.
- Steeman, E., Moons, P., Milisen, K., Bal, N., Geest, S., Froidmont, C., ... Abraham, I. (2006). Implementation of discharge management for geriatric patients at risk of readmission or institutionalization. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5), 352-358. Recuperado de <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/5/352.full>
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: Uma abordagem psicossocial* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Tomura, H., Yamamoto-Mitani, N., Nagata, S., Murashima, S., & Suzuki, S. (2011). Creating an agreed discharge: Discharge planning for clients with high care needs. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 444-453. doi 10.1111/j.1365-2702.2010.03556.x
- van Walraven, C., Mamdani, M., Fang, J., & Austin, P. C. (2004). Continuity of care and patient outcomes after hospital discharge. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 624-631. doi 10.1111/j.1525-1497.2004.30082.x

Vianna, L. G., Vianna, C., & Bezerra, A. J. C. (2010). Relação médico-paciente idoso: Desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 150-159. doi 10.1590/S0100-55022010000100018

---

*Letícia Decimo Flesch*, Mestre em Psicologia da Saúde - Programa Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde - Universidade de Brasília (UnB), é Doutoranda em Gerontologia na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Endereço para correspondência: Caixa postal 6574, Campinas, SP, CEP: 13084-970. Telefone: (19) 9960-13882. E-mail: leticiadecimo@yahoo.com.br

*Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araujo*, Doutora em Psicologia pela Université de Paris - X Nanterre, França, Pós-Doutora pela Unesco, Paris, França, é Professora Associada IV no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia na Universidade de Brasília (UnB). E-mail: araujotc@unb.br

---