

## Perfil sociodemográfico e psicológico dos pacientes do serviço de emergência de um hospital da cidade do Rio de Janeiro

Sociodemographic and psychological profile of patients of an emergency service in a hospital of Rio de Janeiro city

Juliane Callegaro Borsa, Bruno Maciel de Carvalho Pinto Salles, Andrea Magalhães de Oliveira Pinto

Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rua Marquês de São Vicente, 225, Gávea, 22451-000, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. juliborsa@gmail.com, brunomcpml@hotmail.com, andreamop@gmail.com

---

**Resumo.** O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil sociodemográfico e psicológico do usuário de serviço de emergência de um hospital da cidade do Rio de Janeiro. Participaram 901 usuários (57,4% mulheres), com idades entre 18 a 97 anos ( $M = 43,26$ ;  $DP = 15,63$ ), atendidos no período de dezembro de 2013 a maio de 2015. Os participantes foram convidados a preencher um questionário composto pelos seguintes instrumentos: Escala de Positividade (EP), Inventário de Saúde Mental (MHI-5) e Questionário de Informações sobre Paciente. A coleta foi realizada por estagiários do Programa PET-Saúde nas dependências do serviço de emergência. Os resultados indicaram que aqueles com maiores índices de positividade e saúde mental demonstraram menores níveis de sofrimentos associados ao momento de hospitalização, incluindo dor, estresse e tristeza/depressão. Pacientes mais jovens demonstraram maiores índices de dor e estresse no momento em que estavam no hospital, além de menores níveis de positividade e saúde mental. As participantes do sexo feminino apresentaram menores índices de saúde mental e maiores níveis de estresse e tristeza/depressão no momento em que responderam à pesquisa. Os dados dessa investigação permitiram conhecer o impacto da doença e da hospitalização na vida dos usuários desse serviço emergência. Aponta-se para a importância de um espaço hospitalar humanizado, que permita aos usuários o acolhimento e o atendimento pleno de suas necessidades físicas e também psicológicas.

**Palavras-chave:** psicologia da saúde, psicologia hospitalar, serviço hospitalar de emergência, caracterização dos usuários.

**Abstract.** The current study aimed to assess the sociodemographic and psychological profile of the emergency service user of a hospital in the city of Rio de Janeiro. A total of 901 users (57.4% women) aged 18–97 years ( $M = 43.26$ ;  $SD = 15.63$ ) attended the study from December 2013 to May 2015. Participants were invited to complete a questionnaire composed of the following instruments: Positivity Scale (EP); Inventory of Mental Health (MHI-5); and Patient Information Questionnaire. Data collection was performed in the emergency service facilities by trainees of PET-Health Program. The results indicated that patients with higher rates of positivity and mental health showed lower levels of suffering associated with hospitalization, including

pain, stress and sadness/depression. Younger patients showed higher levels of pain and stress at the time they were in the hospital, as well as lower levels of positivity and mental health. Female participants had lower rates of mental health and higher levels of stress and sadness/depression at the time the survey. The data collected for this research enabled to know the reality and the impact of disease and hospitalization on the users of this service. Lastly, it is pointed out the importance of a humanized hospital space, allowing users to feel welcomed and cared for in their physical and psychological needs.

**Keywords:** health psychology, hospital psychology, emergency service, user characterization.

---

## Introdução

O conceito de saúde e doença e a relação entre mente e corpo têm sido foco de investigações desde a Grécia Antiga, período em que Hipócrates buscou compreender cientificamente as enfermidades físicas e mentais (Castro *et al.*, 2006; Lizardo de Assis *et al.*, 2013; Straub, 2008). No entanto, foi Descartes, no século XVII, quem instituiu os principais sustentáculos da ciência contemporânea, ao defender a razão e o método científico como meios absolutos para se alcançar o conhecimento. Para o filósofo francês, mente e corpo seriam dissociáveis e independentes. A mente (instância racional e cognoscente), seria objeto de estudo da religião e da filosofia, e o corpo (aparelho análogo às engrenagens de uma máquina), seria objeto de estudo da medicina (Castro *et al.*, 2006; Marcondes, 2002).

A visão dicotômica cartesiana entre mente e corpo passou a ser desafiada pela Psicanálise, quando Sigmund Freud (1987 [1895]), ao investigar os sintomas histéricos, formulou a hipótese de que fatores psicológicos poderiam influenciar no desenvolvimento de doenças (Eksterman, 1975; Lizardo de Assis *et al.*, 2013). Em 1918 o psiquiatra alemão Heinroth criou o termo “psicossomática” para se referir a uma especialidade médica cujo objetivo é investigar possíveis fatores emocionais e conflitos inconscientes para o desenvolvimento de sintomas corporais (Mello Filho *et al.*, 2010). Essa perspectiva holística abriu margem para uma abordagem multidisciplinar entre Medicina, Enfermagem, Serviço Social, Nutrição e Psicologia para um atendimento mais totalizante do paciente (Mello Filho *et al.*, 2010).

Na década de 70 surge a Psicologia da Saúde, área com foco no impacto das variáveis psicológicas no processo saúde/doença e nos comportamentos associados a ambos os

polos (Almeida e Malagris, 2011; Azevedo e Crepaldi, 2016; Straub, 2008). No Brasil, especificamente, o termo Psicologia Hospitalar tem sido utilizado para denominar o trabalho de psicólogos em hospitais – designação essa inexistente em outros países (Azevedo e Crepaldi, 2016; Traverso-Yépez, 2001). No entanto, alguns autores (Angerami-Camon, 2000; Azevedo e Crepaldi, 2016; Castro e Bornholdt, 2004; Chiattonne, 2006; Gorayeb, 2010) julgam ser mais adequado considerar a Psicologia Hospitalar como uma subárea clínica da Psicologia da Saúde, visto que se refere a uma prática limitada a um contexto institucional específico. Independentemente se a Psicologia Hospitalar deve ser considerada como uma especialidade autônoma ou subordinada à Psicologia da Saúde, o presente trabalho empregará a definição de psicólogo hospitalar como aquele profissional de psicologia que atua diretamente na prestação de serviços hospitalares.

Em linhas gerais, pode-se dizer que a Psicologia Hospitalar, caracteriza-se pelo conjunto de práticas psicológicas voltadas ao cuidado integral do paciente hospitalizado (Peron e Sartes, 2015). Essa prática foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Psicologia em 2000, por meio da Resolução nº 014/2000, que institui o título profissional de especialista em Psicologia em diversas áreas de atuação e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro (CFP, 2000). A Resolução nº 02/2001, por sua vez, definiu os parâmetros de atuação do psicólogo hospitalar, a qual deve estar voltada para a avaliação e intervenção dos pacientes hospitalizados (CFP, 2001), incluindo acompanhamento de pacientes pré-cirúrgicos e/ou portadores de doenças crônicas, bem como de seus familiares (Azevedo e Crepaldi, 2016). Ainda, segundo a Resolução CFP nº 013/2007 (CFP, 2007), o psicólogo hospitalar tem como função realizar atendimento psicoterapêutico individual ou em grupo, em

ambulatório e unidade de terapia intensiva, pronto-atendimento, enfermarias, bem como realizar avaliações psicológicas e prestar consultorias. Vale ressaltar ainda que, segundo a Resolução nº 02/2001, o trabalho interdisciplinar do psicólogo hospitalar visa auxiliar na tomada de decisões da equipe, por meio da reflexão e do suporte diante das dificuldades de seus integrantes.

O processo de adoecimento e a hospitalização provocam fortes impactos na saúde mental dos pacientes (Gullich *et al.*, 2013). Quando hospitalizado, o indivíduo é forçado a renunciar de sua rotina habitual, tendo que se adaptar ao cotidiano do hospital que, por vezes, pode ser fonte de extremo estresse e sentimentos de angústia (Moura, 2000). Segundo Simonetti (2004), reações subjetivas do ser humano são capazes de desencadear processos patogênicos, agravar quadros clínicos ou, até mesmo, ser consequência de adoecimento. Nesse sentido, o objetivo do psicólogo hospitalar deve ser elaborar a significação do paciente e sua família acerca do processo de hospitalização, levando em conta sua história de vida e as características da enfermidade (Romano, 1999).

Pessini (2001) aponta diferentes dimensões da dor e do sofrimento apresentadas por pessoas adoecidas, sendo elas: (i) dimensão física, que surge a partir de um ferimento ou deterioração física, impedindo o funcionamento físico e o relacionamento com os outros; (ii) dimensão psíquica, sendo um sofrimento que pode ter múltiplos fatores causais, desencadeando sintomas como mudança de humor, perda de controle e de esperança; (iii) dimensão social, que é marcada pelo isolamento ou pela perda do seu papel na sociedade ou na família devido a alguma doença; e (iv) dimensão espiritual, que surge pela perda do significado, do sentido e de uma razão para viver ou para morrer.

O sofrimento dos pacientes pode ser especialmente mais intenso em contextos de emergência hospitalar. Neles, o enfermo pode apresentar-se de duas formas: aquele que necessita de algum atendimento pontual, sendo liberado imediatamente após a consulta médica, ou como um paciente que sofreu algum tipo de trauma que exige maior atenção e um tratamento mais extenso e intensivo (Rossi *et al.*, 2004). Questões muitas vezes desconsideradas pelos profissionais de saúde, como a indeterminação do tempo de afastamento da família, amigos e vida cotidiana, podem ser fatores preditores de ansiedade e sentimentos negativos nos pacientes hospitalizados (Rossi

*et al.*, 2004). A falta de privacidade também é uma inevitável realidade ao usuário do serviço de emergência. Como destacam Pupulim e Sawada (2012), o paciente internado, por estar a todo instante rodeado de profissionais de saúde e de outros pacientes, acaba sendo exposto a diferentes situações desconfortáveis e desagradáveis.

Procedimentos cirúrgicos e o impacto diante da hospitalização podem levar o enfermo a uma variedade de conflitos internos que favorecem o aumento da ansiedade frente aos acontecimentos (Costa *et al.*, 2010). Nos procedimentos pré-operatórios, por exemplo, são encontrados com frequência sintomas de ansiedade e depressão, problemas emocionais esses que podem acabar interferindo negativamente nos resultados clínicos (dos Santos *et al.*, 2012). Apesar disso, muitas vezes, dados como esses são negligenciados e, portanto, não são reconhecidos pelos profissionais envolvidos na assistência ao paciente (Selli e Alves, 2007).

Pessoas com diagnóstico de doenças crônicas e/ou portadoras de patologias mais graves, associadas a procedimentos mutiladores e/ou com maior sofrimento físico, são acometidas por depressão com prevalência pelo menos três vezes maior que a verificada na população geral (Brasil, 2013). A depressão pode influenciar de forma negativa no controle de doenças como o diabetes, por exemplo, uma vez que o paciente se sente desmotivado a aderir às recomendações e ao plano de autocuidado proposto pelos profissionais de saúde (Brasil, 2013). Tendo isso em vista, é importante se conhecer possíveis vulnerabilidades psicossociais do usuário do serviço hospitalar, bem como suas potencialidades, uma vez que características como otimismo (Carver *et al.*, 2010), esperança (Snyder *et al.*, 2002) e resiliência (Damásio *et al.*, 2011; Werner, 2013) estão intimamente relacionadas à capacidade de enfrentar eventos estressores e gerar expectativas otimistas em relação a seu futuro (Borsa *et al.*, 2016; Fredrickson, 2009). Maiores níveis de autoestima, satisfação com a vida, bem-estar, ansiedade, depressão, entre outros, apresentam-se associados ao autocuidado e à qualidade de vida. Em outras palavras, quanto melhores os níveis de saúde mental, maior a capacidade do indivíduo cuidar da sua saúde física (Calvetti *et al.*, 2007; Damásio e Koller, 2013).

No Brasil, a humanização da assistência à saúde é uma demanda atual e crescente, dadas as queixas dos usuários dos serviços de saúde

quanto aos maus-tratos e à falta de atendimento adequado às suas necessidades (Lima Neto *et al.*, 2013). Nesse sentido, enfatiza-se a importância do psicólogo hospitalar, na promoção de um atendimento integrativo e adequado às necessidades dos usuários (Lima Neto *et al.*, 2013). Entende-se que o psicólogo hospitalar, assim como os demais profissionais de saúde devem compreender tanto o sofrimento quanto as potencialidades dos pacientes, norteando intervenções e programas de prevenção efetivos, que priorizem a interação das variáveis psicopatológicas e variáveis positivas, a fim de minimizar o sofrimento e aumentar o bem-estar dos indivíduos (Bianchini e Dell'aglio, 2006; Haase *et al.*, 2005). Essa perspectiva vem ao encontro da Política Nacional de Humanização, implantada pelo Ministério da Saúde, a qual enfatiza o protagonismo dos indivíduos e o cuidado integral à saúde (Brasil, 2004).

O presente estudo caracterizou-se pelo delineamento exploratório-descritivo, transversal, com abordagem quantitativa e teve como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico e psicológico dos usuários de um hospital público de emergência do Rio de Janeiro. Os dados apresentados são parte do projeto "Dimensões analíticas do fluxo de informação na trajetória do usuário no sistema hospitalar", desenvolvido pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) e financiado pelo Programa PET - Saúde Redes Emergência, do Ministério da Saúde, Governo Federal.

## Método

### Participantes

Participou do estudo uma amostra não probabilística composta por 901 usuários atendidos no serviço de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro, RJ, sendo 478 deles em atendimento ambulatorial (53,1%) e 423 (46,9%) internados (sala verde e sala amarela). A coleta ocorreu no período de dezembro de 2013 a maio de 2015.

### Instrumentos

Todos os participantes foram convidados a responder a um protocolo padronizado composto pelos seguintes instrumentos:

*Escala de Positividade (EP)*: Instrumento de autorrelato do tipo Likert composto por oito itens destinados a avaliar a visão que as

pessoas têm sobre si mesmas, sobre a vida e sobre o futuro, podendo as respostas variar de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente), sendo maiores escores referentes a maiores níveis de positividade. A escala foi desenvolvida por Caprara *et al.* (2012), tendo sido adaptada no Brasil por Borsa *et al.* (2015). O estudo brasileiro contou com uma amostra de 730 indivíduos de 17 a 70 anos ( $M = 31,0$  anos;  $DP = 11,43$ ) de 21 estados brasileiros. Análises fatoriais exploratórias e confirmatórias corroboraram o estudo original ao indicar a unidimensionalidade da EP ( $\chi^2 (df) = 113,98 (20)$ ,  $p < 0,001$ ; SRMR = 0,065; CFI = 0,95; TLI = 0,93; RMSEA = 0,11 [09-0,13]).

*Inventário de Saúde Mental (MHI-5)*: A MHI-5 é uma das oito subescalas independentes que compreendem o 12-Item Short-Form Health Survey (SF-36, Ware *et al.*, 1996), desenvolvida por McHorney e Ware (1996). É composta por cinco itens que avaliam sintomas de ansiedade e depressão, em uma escala que varia de 1 (sempre) a 5 (nunca). Quanto maiores os escores, menor a incidência de sintomas de depressão e ansiedade, portanto, maiores os níveis de saúde mental. O estudo de adaptação da escala para o contexto brasileiro, realizada por Damásio *et al.* (2014), apresentou adequados índices de ajuste para a estrutura bidimensional (SRMR = 0,4; CFI = 0,97; TLI = 0,98).

*Questionário de Informações sobre Usuário*: Instrumento composto por perguntas fechadas e que teve por objetivo obter informações complementares aos dados obtidos por meio dos questionários, tais como: idade, nível de escolaridade, estado civil e religiosidade dos usuários. Este instrumento contou, também, com questões sobre o processo de hospitalização e de atendimento (por exemplo, data e motivo da internação, níveis de dor, estresse, tristeza/depressão percebidos no momento da coleta, entre outras).

### Procedimentos éticos e de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nas dependências do serviço de emergência do hospital, por estudantes de graduação em Psicologia da PUC-Rio, estagiários do Programa PET-Saúde Redes 2013/2015, do Ministério da Saúde, Governo Federal. Inicialmente, foram apresentados aos usuários os objetivos e procedimentos da pesquisa e realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A aplicação dos instrumentos ocorreu de três for-

mas distintas, conforme preferência dos participantes: verbal (37,3%), apenas leitura (10,5%) e verbal e leitura (52,2%). Orientações e esclarecimentos que se fizeram necessários foram fornecidos pelos estagiários. Os questionários foram aplicados apenas aos usuários que assinaram o TCLE e declararam se encontrar em plena condição física e psicológica para fornecer as informações solicitadas. O tempo médio de preenchimento foi de 20 minutos.

O presente estudo foi realizado após parecer favorável do Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro (CAAE: 21896913.0.0000.5279). A coleta de dados seguiu todas as recomendações éticas fornecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

### *Procedimentos de análise dos dados*

Os dados obtidos foram tabulados e posteriormente analisados no programa estatístico Statistical Package for Social Sciences – SPSS versão 20.0 para Windows. Estatísticas descritivas (média, frequência e porcentagem) foram conduzidas com o objetivo de avaliar os resultados obtidos nos diferentes instrumentos aplicados. Testes *t* de Student foram utilizados para avaliar a diferença de médias para as escalas em diferentes subgrupos. No que se refere à relação entre as diferentes variáveis, foram utilizadas correlações de Pearson.

### **Resultados**

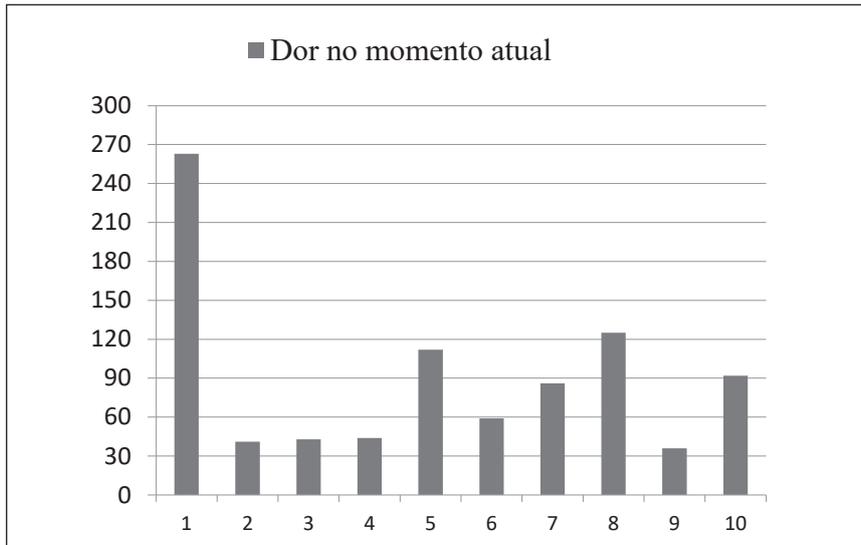
Em relação às características sociodemográficas da amostra, 384 dos participantes eram homens (42,6%) e 517 (57,4%) mulheres. A idade dos participantes variou de 18 a 97 anos ( $M = 43,26$ ;  $DP = 15,63$ ). Quanto ao estado civil dos participantes a maior parte era composta por solteiros ( $n = 433$ ; 48,1%) e casados ( $n = 332$ ; 36,8%), seguidos por viúvos ( $n = 60$ ; 6,7%), divorciados ( $n = 56$ ; 6,2%), e em união estável ( $n = 20$ ; 2,2%).

Em relação à escolaridade a maioria dos participantes, tinham o ensino médio completo ( $n = 307$ ; 40%), fundamental incompleto ( $n = 250$ ; 27,7%) e fundamental completo ( $n = 36$ ; 15,1%). Quanto à religiosidade, 761 (84,5%) dos usuários reportaram ter alguma crença religiosa. Ainda, 376 (41,7%) deles declararam ser católicos, 261 (29%) evangélicos e 9,3% ( $n = 84$ ) reportaram não ter religião. Os demais participantes ( $n = 59$ ; 6,3%) declararam pertencer a outras religiões/credos e 121 participantes (13,4%) não informaram a religião.

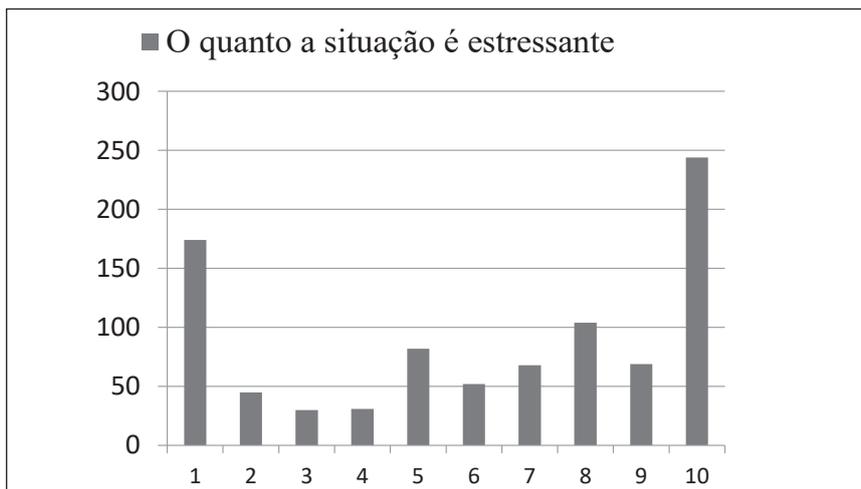
Aos participantes foi questionado sobre a percepção quanto ao nível de dor no momento em que foram entrevistados, podendo a resposta variar em uma escala de 1 a 10 (Figura 1). Pôde-se perceber uma maior prevalência de usuários com nível mínimo de dor ( $M = 4,89$ ;  $DP = 3,10$ ). Entretanto, a dor apresentou correlação positiva com os níveis de estresse ( $r = 0,24$ ,  $p < 0,01$ ) e tristeza/depressão no momento atual ( $r = 0,18$ ,  $p < 0,01$ ). Embora os participantes estivessem com baixos níveis de dor, foi explicitado que a situação de estar no ambiente hospitalar tende a deixá-los estressados ( $M = 6,20$ ;  $DP = 3,40$ ), bem como tristes e/ou deprimidos ( $M = 5,64$ ;  $DP = 3,45$ ) (Figuras 2 e 3).

Os participantes foram avaliados em relação aos níveis de saúde mental (indicadores de depressão e ansiedade) e de positividade (capacidade de avaliar de forma positiva a vida, o futuro e a si mesmo). Considerando a amplitude das escalas, pode-se perceber que os níveis de positividade ( $M = 31,8$ ;  $DP = 4,86$ ), e saúde mental ( $M = 18,31$ ;  $DP = 4,49$ ) foram elevados (Tabela 1).

Com o objetivo de avaliar como os índices de positividade e saúde mental se relacionavam com os indicadores de dor, estresse, tristeza/depressão no momento atual e satisfação com o atendimento, foram realizadas análises de correlações de Pearson. Positividade e saúde mental demonstraram relações negativas com os níveis de dor ( $r = -0,129$ ;  $p < 0,01$  e  $r = -0,114$ ;  $p < 0,01$ , respectivamente), estresse ( $r = -0,234$ ;  $p < 0,01$  e  $r = -0,385$ ;  $p < 0,01$ , respectivamente) e sentimento de tristeza/depressão ( $r = -0,217$ ;  $p < 0,01$  e  $r = -0,420$ ;  $p < 0,01$ , respectivamente) no momento da hospitalização. Ainda, pessoas com maiores níveis de positividade ( $r = 0,173$ ;  $p < 0,01$ ) e de saúde mental ( $r = 0,190$ ;  $p < 0,01$ ), manifestaram uma maior satisfação com o atendimento no hospital. Também foi investigada a relação entre a idade e indicadores de positividade, saúde mental, dor, estresse e tristeza/depressão no momento atual. A idade esteve positivamente associada com níveis de positividade ( $r = 0,146$ ;  $p < 0,01$ ), de saúde mental ( $r = 0,081$ ,  $p < 0,05$ ) e de satisfação com o atendimento ( $r = 0,293$ ;  $p < 0,01$ ) e negativamente associada com os índices de dor no momento atual ( $r = -0,141$ ;  $p < 0,01$ ) e de estresse ( $r = -0,089$ ;  $p < 0,01$ ). Tais correlações, embora estatisticamente significativas, foram em sua maioria baixas (Dancey e Reidy, 2006). Não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a idade e sentimento de tristeza/depressão no momento atual.



**Figura 1.** Níveis de dor dos participantes no momento da coleta.  
**Figure 1.** Participants' pain levels during collection.



**Figura 2.** Níveis de estresse dos participantes no momento da coleta.  
**Figure 2.** Participants' stress levels during collection.

Por fim, foram realizados testes *t* de Student com o intuito de investigar como as variáveis mensuradas se diferenciavam para homens e mulheres (Tabela 2) e para o setor hospitalar no qual os participantes se encontravam (ambulatorial ou internação; Tabela 3). Em relação ao sexo, os resultados destacaram que os homens apresentaram escores significativamente maiores em saúde mental e menores em estresse e tristeza/depressão no momento atual. Em relação ao setor hospitalar, os resultados não demonstraram diferenças nos níveis de saúde mental e positividade entre os

participantes dos setores ambulatoriais e de internação. Entretanto, os participantes da internação apresentaram maiores níveis de dor, estresse e tristeza/depressão quando comparados com os do setor ambulatorial. Não houve diferenças entre sexo para as variáveis positividade e dor no momento atual.

### Discussão

Tendo como base os resultados do presente estudo, foi possível constatar que usuários com maiores índices de positividade e saúde mental



**Figura 3.** Níveis de tristeza ou depressão dos participantes no momento da coleta.  
**Figure 3.** Participants' sadness or depression levels during collection.

**Tabela 1.** Estatísticas descritivas das variáveis de positividade e saúde mental.  
**Table 1.** Descriptive statistics of the variables of positivity and mental health.

Variáveis	Média	DP	Amplitude da escala	Mínimo obtido	Máximo obtido
Positividade	31,80	4,866	10 a 40	11	40
Saúde Mental	18,31	4,487	5 a 25	5	25

**Tabela 2.** Diferenças entre homens e mulheres para as variáveis mensuradas.  
**Table 2.** Gender distinction within measured variables.

Variáveis	Sexo	Média	DP	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Positividade	Masculino	31,55	4,585	-1,351	899	0,177
	Feminino	31,99	5,061			
Saúde Mental	Masculino	19,19	3,960	5,155	899	0,000
	Feminino	17,65	4,740			
Dor (momento atual)	Masculino	4,79	3,073	-0,854	899	0,393
	Feminino	4,97	3,284			
Estresse (momento atual)	Masculino	5,83	3,312	-2,740	899	0,006
	Feminino	6,46	3,482			
Tristeza/depressão (momento atual)	Masculino	4,99	3,351	-4,912	899	0,000
	Feminino	6,12	3,457			

demonstraram menores níveis de sofrimento associados à hospitalização. Esses achados são consonantes com preceitos de teóricos de Selig-

man e Peterson (2003), que defendem o emprego de uma perspectiva positiva como forma de prevenção de diferentes psicopatologias como,

**Tabela 3.** Diferenças entre setor hospitalar (ambulatorial ou internação) para as variáveis mensuradas.**Table 3.** Differences between hospital sector (outpatient or hospitalization) for the variables measured.

Variáveis	Setor hospitalar	Média	DP	t	gl	p
Positividade	Ambulatório	31,41	4,361	-2,574	899	0,010
	Internação	32,25	5,352			
Saúde Mental	Ambulatório	18,37	4,951	-0,288	898	0,954
	Internação	18,35	4,718			
Dor (momento atual)	Ambulatório	5,94	2,891	11,123	899	0,000
	Internação	3,71	3,113			
Estresse (momento atual)	Ambulatório	6,58	3,241	3,596	897	0,000
	Internação	5,76	3,573			
Tristeza/depressão (momento atual)	Ambulatório	5,87	3,319	2,098	897	0,036
	Internação	5,38	3,591			

por exemplo, a ansiedade e a depressão. Além disso, os usuários com maiores escores de positividade e saúde mental também declararam maior satisfação com o serviço do hospital. Esses indicadores permitem inferir que quanto melhor o paciente se sente psiquicamente, melhor sua percepção frente à situação enfrentada no momento da hospitalização ou do atendimento diminuindo, inclusive, a percepção da dor (Mussa e Marlerbi, 2012). Levando em conta esses dados, destaca-se a relevância do psicólogo no contexto hospitalar, posto que um dos seus papéis é justamente auxiliar o enfermo a administrar possíveis angústias relacionadas ao processo de hospitalização, visando assim a manutenção da sua saúde mental (Romano, 1999)

Dado que os usuários mais jovens demonstraram maiores índices de dor e estresse no momento em que estavam no hospital, além de menores níveis de positividade e saúde mental, sugere-se investigar se essa é uma tendência presente também em outros hospitais e instituições afins. De acordo com Novais e Frota (2003, p. 177), “para cada faixa etária os fatores estressantes têm representatividade diferente”. Assim, é fundamental pensar em diferentes estratégias de regulação emocional que auxiliem o usuário a gerenciar melhor sua enfermidade, levando em conta, dentre outras coisas, a faixa etária específica.

A presença da dor é algo comum entre os usuários hospitalares e está relacionada à

gravidade dos sintomas apresentados e aos procedimentos invasivos necessários para o tratamento do enfermo (Pessini, 2001). A avaliação dessa variável, porém, é complexa, uma vez que a dor consiste em fenômeno multidimensional e que envolve outros domínios, como aspectos emocionais, culturais e sociais (Souza *et al.*, 2013). Assim, entende-se que a ausência de dor percebida pela maior parte dos participantes pode ser considerada um fator de proteção, uma vez que permite um melhor enfrentamento da experiência da hospitalização, sobretudo em pacientes cirúrgicos (Ribeiro *et al.*, 2012).

Dentre os participantes, os homens apresentaram maiores índices de saúde mental e menores níveis de estresse e tristeza/depressão no momento em que responderam à pesquisa. Esses dados corroboram evidências da literatura que indicam maior inconstância nas dimensões emocionais entre as mulheres ao apresentarem maiores níveis de ansiedade e depressão quando comparadas aos homens (Cordás e Salzano, 2004; Zanon *et al.*, 2012). O estudo de Hernández *et al.* (2005) apontou que usuários do sexo feminino mostraram maiores níveis de ansiedade durante a hospitalização. Uma hipótese para tal achado refere-se ao papel da mulher como principal responsável pelos cuidados da família (Verza *et al.*, 2015). Conforme Leite, de Castro e Primo (2012), a situação de adoecimento provoca uma alteração no curso de vida da mulher, em sua rotina

e projetos, gerando inseguranças e incertezas em relação ao futuro.

Apesar de os resultados não indicarem diferenças nos níveis de saúde mental e positividade entre os usuários dos setores ambulatoriais e de internação, os participantes da internação apresentaram maiores escores de dor, estresse e tristeza/depressão quando comparados com os do setor ambulatorial. Esse dado pode estar diretamente relacionado à complexidade do quadro clínico e as limitações físicas relacionadas a hospitalização. Ressalta-se a necessidade de uma maior atenção assistencial a esse usuário a respeito de sua internação (Young *et al.*, 2009).

Via de regra, a internação hospitalar afasta a pessoa de seu cotidiano habitual, do convívio com familiares, do ambiente de trabalho e a priva da liberdade de ir e vir obrigando-a a se submeter à rígida rotina do contexto de hospitalização (Gioia-Martins *et al.*, 2009). Além disso, deparar-se com o adoecimento, que em geral inclui dor, restrições diversas e potencial ameaça de morte (real ou imaginária), pode despertar no indivíduo enfermo a emergência de estados emocionais frágeis em virtude dessa condição (Young *et al.*, 2009). Pacientes internados nas enfermarias de hospitais são passíveis de demonstrar sintomas tais como apatia, tristeza e choro frequente (Gioia-Martins *et al.*, 2009).

A literatura indica alta prevalência de transtornos psiquiátricos em usuários internados em hospitais gerais, sobretudo ansiedade e depressão (Botega *et al.*, 1995; Nunes *et al.*, 2013). Sintomas ansiosos e depressivos mostram-se associadamente presentes em usuários internados em enfermarias (Nunes *et al.*, 2013) Muitas vezes esses sintomas são respostas frente ao estresse ocasionado pela doença e pela vivência à hospitalização (Botega *et al.*, 2002). Tais sintomas são considerados fatores de risco e podem aumentar os períodos de internação, prejudicando a adesão ao tratamento e aumentando as chances de retorno ao hospital (Botega, 2017). Neste sentido, os altos níveis de saúde mental e de positividade encontrados no presente estudo podem ser considerados importantes fatores de proteção para os pacientes hospitalizados (Calvetti *et al.*, 2007; Seligman e Peterson, 2003).

## Considerações Finais

A presente pesquisa teve por objetivo investigar indicadores de saúde mental dos usuários do serviço de emergência de um hos-

pital municipal da cidade do Rio de Janeiro. Os dados obtidos ao longo destes dois anos de investigação permitiram o impacto que a doença e a hospitalização podem ter na vida dessas pessoas. Sobretudo, verificou-se a importância de um espaço humanizado de assistência à saúde que possibilite aos usuários o acolhimento e o atendimento pleno das suas necessidades físicas e também psicológicas.

Verificou-se que correlações encontradas foram fracas, apontando para necessidade de novas investigações sobre o tema, de modo a permitir uma melhor compreensão da relação entre as variáveis físicas, psicológicas e sociodemográficas dos pacientes hospitalizados. Estudos futuros poderão utilizar técnicas estatísticas mais robustas como modelagem de equações estruturais com o objetivo de avaliar a relação entre variáveis individuais e contextuais e sua associação com e variáveis de saúde mental e psicopatológicas. É importante salientar, também, que a desejabilidade social pode ter interferido nas respostas fornecidas pelos participantes, sobretudo devido a fantasias de que o conteúdo dos questionários pudesse ser lido ou acessado pela equipe do hospitalar. A amostra deste estudo foi ampla e diversificada, contemplando indivíduos de diferentes faixas etárias e níveis de escolaridade. No entanto, dado o delineamento do estudo e considerando as dificuldades de coletar os dados em um espaço de tempo bastante restrito (geralmente durante a espera por atendimento/procedimentos), não foi possível obter dados mais subjetivos em relação aos participantes. Apesar de tais limitações, os resultados apontam para a importância de avaliar as características emocionais e conhecer as características psicológicas e sociodemográficas dos usuários dos serviços hospitalares, bem como seu impacto no processo de adoecimento e de adesão ao tratamento antes, durante e depois da internação.

O hospital é considerado um espaço para a promoção da saúde, incluindo a prevenção, o tratamento de doenças e a reabilitação (Azevedo e Crepaldi, 2016). Como informa Lima Neto *et al.* (2013), o acolhimento, colocado como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, é entendido como a atenção a todos os usuários que procuram esses serviços, ouvindo suas demandas e assumindo uma postura de acolhimento e escuta. Neste sentido, o psicólogo tem um importante papel no cuidado de usuários hospitalizados, que estejam apresentando quadros de depressão

e ansiedade e outras psicopatologias decorrentes da doença ou da internação. Terapias breves, estruturadas e focais, que permitam a identificação e reestruturação de crenças disfuncionais do paciente podem ser especialmente benéficas aos pacientes hospitalizados (Peron e Sartes, 2015).

Apesar das novas diretrizes do Ministério da Saúde que preconizam um atendimento humanizado no contexto hospitalar, ainda existem muitos desafios a serem vencidos. É necessário um maior treinamento dos profissionais da saúde, que permita um olhar mais atento e cuidadoso frente às demandas físicas e psicológicas dos usuários dos serviços hospitalares e de saúde em geral. Assim, entende-se como fundamental um olhar interdisciplinar, onde os profissionais possam atuar em conjunto para a promoção de uma melhor qualidade de atendimento aos usuários do serviço hospitalar.

## Referências

- ALMEIDA, R.; MALAGRIS, L. 2011. A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, **14**(2):183-202.
- ANGERAMI-CAMON, V.A. 2000. O Ressignificado da Prática Clínica e suas Implicações na Realidade da Saúde. In: V.A. ANGERAMI-CAMON (org.), *Psicologia da Saúde: um Novo Significado Para a Prática Clínica*. São Paulo, Pioneira Psicologia, p. 7-21.
- AZEVEDO, A.V. dos S.; CREPALDI, M.A. 2016. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. *Estudos de Psicologia*, **33**(4):573-585. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400002>
- BIANCHINI, D.; DELL'AGLIO, D. 2006. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia*, **16**(35):427-436. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300013>
- BORSA, J.C.; DAMÁSIO, B.F.; KOLLER, S.H. 2016. Positivity Scale (POS): New Evidence of Validity in the Brazilian Context. *Psico-USF*, **21**(1):1-12. <https://doi.org/10.1590/1413-82712016210101>
- BORSA, J.C.; DAMÁSIO, B.F.; SOUZA, D.S.D.; KOLLER, S.H.; CAPRARA, G.V. 2015. Psychometric properties of the positivity scale - Brazilian version. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **28**(1):61-67. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528107>
- BOTEGA, N.J. 2017. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. 4ª ed., Porto Alegre, Artmed Editora, 536 p.
- BOTEGA, N.J.; BIO, M.R.; ZOMIGNANI, M.A.; GARCIA JR., C.; PEREIRA, W.A. 1995. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, **29**(5):359-363. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
- BOTEGA, N.J.; FURLANETTO, L.; FRAGUAS JR., R. 2002. Depressão no paciente clínico. In: N.J. BOTEGA, *Prática psiquiátrica no hospital geral: inter-consulta e emergência*. Porto Alegre, Artes Médicas, p. 339-351.
- BRASIL. 2004. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização—a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, Ministério da Saúde, 19 p.
- BRASIL. 2013. *Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Diabetes mellitus*. Brasília, Ministério da Saúde, 162 p.
- CALVETTI, P.Ü.; MULLER, M.C.; NUNES, M.L.T. 2007. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: ciência e profissão*, **27**(4):706-717. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000400011>
- CAPRARA, G.V.; ALESSANDRI, G.; EISENBERG, N.; KUPFER, A.; STECA, P.; CAPRARA, M.G.; YAMAGUCHI, S.; FUKUZAWA, A.; ABELA, J. 2012. The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, **24**(3):701-712. <https://doi.org/10.1037/a0026681>
- CARVER, C.; SCHEIER, M.; SEGERSTROM, S. 2010. Optimism. *Clinical psychology review*, **30**(7):879-889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- CASTRO, M.D.G.; ANDRADE, T.M.R.; MULLER, M.C. 2006. Conceito mente e corpo através da história. *Psicologia em Estudo*, **11**(1):39-43. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000100005>
- CASTRO, E.K.D.; BORNHOLDT, E. 2004. Psicologia da saúde x psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão*, **24**(3):48-57. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932004000300007>
- CFP. 2000. Resolução nº 014/00, de 20 de dezembro de 2000. Institui o título profissional de especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. Brasília, Conselho Federal de Psicologia, 4 p.
- CFP. 2001. Resolução nº 02/2001, de 10 de março de 2001. Altera e regulamenta a resolução CFP nº 014/00 que institui o título profissional de especialista em Psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Brasília, Conselho Federal de Psicologia, 23 p.
- CFP. 2007. Resolução CFP N.º 013/2007: Consolidação das resoluções do título profissional de especialista em psicologia. Brasília, Conselho Federal de Psicologia, 32 p.
- CHIATTONE, H.B.C. 2006. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: V.A. ANGERAMI-CAMON (org.), *Psicologia da Saúde – um novo significado para a prática clínica*. São Paulo, Pioneira Psicologia, p. 73-165.
- CORDÁS, T.A.; SALZANO, F.T. (orgs.). 2004. *Saúde mental da mulher*. São Paulo, Atheneu, 281 p.
- COSTA, V.; SILVA, S.; LIMA, V. 2010. O pré-operatório e a ansiedade do paciente: a aliança entre o enfermeiro e o psicólogo. *Revista da SBPH*, **13**(2):282-298.
- DAMÁSIO, B.F.; BORSA, J.C.; DA SILVA, J.P. 2011. 14-item resilience scale (RS-14): Psychometric properties of the Brazilian version. *Journal*

- of nursing measurement, **19**(3):131. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.19.3.131>
- DAMÁSIO, B.F.; BORSA, J.C.; KOLLER, S.H. 2014. Adaptation and psychometric properties of the Brazilian version of the Five-item Mental Health Index (MHI-5). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, **27**(2):323-330. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201427213>
- DAMÁSIO, B.F.; KOLLER, S.H. 2013. The Appraisal of Self-Care Agency Scale-Revised (ASAS-R): Adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública*, **29**(10):2071-2082. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00165312>
- DANCEY, C.; REIDY, J. 2006. *Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows*. 3ª ed., Porto Alegre, Artmed, 608 p.
- DOS SANTOS, E.; QUINTANS JR, L.J.; PORTO FRAGA, B.; CAETANO MACIEIRA, J.; RIGOLDI BONJARDIM, L. 2012. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, **46**(3):590-596. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300009>
- EKSTERMAN, A. 1975. Psicanálise, Psicossomática e Medicina da Pessoa. Disponível em: [http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/psicanalise\\_medicina\\_pessoa.pdf](http://www.medicinapsicossomatica.com.br/doc/psicanalise_medicina_pessoa.pdf). Acesso em: 14/05/2018.
- FREDRICKSON, B. 2009. *Positivity*. 1ª ed., New York, Crown Publishers, 277 p.
- FREUD, S. 1987 [1895]. *Estudos sobre a Histeria*. Rio de Janeiro, Imago, vol. II, 448 p.
- GIOA-MARTINS, D.F.; MEDEIROS, P.C.D.S.; HAMZEH, S.Á. 2009. Avaliação psicológica de depressão em pacientes internados em enfermaria de hospital geral. *Psicologia: teoria e prática*, **11**(1):128-141.
- GORAYEB, R. 2010. Psicologia da saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, **29**(Edição Especial):115-122.
- GULLICH, I.; RAMOS, A.B.; ZAN, T.R.A.; SCHERER, C.; MENDOZA-SASSI, R.A. 2013. Prevalence of anxiety in patients admitted to a university hospital in southern Brazil and associated factors. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, **16**(3):644-657. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300009>
- HAASE, V.G.; LACERDA, S.S.; LIMA, E.D.P.; LANA-PEIXOTO, M.A. 2005. Desenvolvimento bem-sucedido com esclerose múltipla: um ensaio em psicologia positiva. *Estudos de Psicologia*, **10**(2):295-304. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200017>
- HERNÁNDEZ, G.; ORELLANA, G.; KIMELMAN, M.; NUÑEZ, C.; IBÁÑES, C. 2005. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista médica de Chile*, **133**(8):895-902. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872005000800005>
- LEITE, F.M.C.; AMORIM, M.H.C.; DE CASTRO, D.S.; PRIMO, C.C. 2012. Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com câncer de mama. *Acta Paulista de Enfermagem*, **25**(2):211-217. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000200009>
- LIMA NETO, A.V.D.; NUNES, V.M.D.A.; FERNANDES, R.L.; BARBOSA, I.M.L.; CARVALHO, G.R.P.D. 2013. Humanização e acolhimento em emergência hospitalar: fatores condicionantes sob o olhar dos enfermeiros. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, **5**(4):519-528.
- LIZARDO DE ASSIS, C.; BARBOSA, É.; DINIZ, E.; DA COSTA SANTANA, L.; MOREIRA, N.V.; MUNIZ DE OLIVEIRA, S.; COSTA LIMA, U.D. 2013. Percepções e práticas sobre psicossomática em profissionais de saúde de Cacoal e Nova Brasilândia/RO. *Aletheia*, (40):74-86.
- MARCONDES, D. 2002. *Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein*. 7ª ed., Rio de Janeiro, J. Zahar, 435 p.
- MCHORNEY, C.A.; WARE JR., J.E. 1995. Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey. *Medical care*, **33**(1):15-28. <https://doi.org/10.1097/00005650-199501000-00002>
- MELLO FILHO, J.; BURD, M. (colab.). 2010. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre, Artmed, 616 p.
- MOURA, M.D. 2000. Psicanálise e urgência subjetiva. In: M.D. MOURA (org.), *Psicanálise e hospital*. Rio de Janeiro, Revinter, p. 3-19.
- MUSSA, C.; MALERBI, F.E.K. 2012. O efeito do palhaço no estado emocional e nas queixas de dor de adultos hospitalizados. *Psicologia Revista*, **21**(1):77-97.
- NOVAIS, M.E.; FROTA, M.S. 2003. Tratamento Médico do Stress. In: M.E.N. LIPP (org.), *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas*. São Paulo, Casa do Psicólogo, p. 177-182.
- NUNES, S.; RIOS, M.; MAGALHÃES, A.; COSTA, S. 2013. Ansiedade, depressão e enfrentamento em pacientes internados em um hospital geral. *Psicologia, Saúde e Doenças*, **14**(3):382-388.
- PERON, N.B.; SARTES, L.M.A. 2015. Terapia cognitivo-comportamental no hospital geral: revisão da literatura brasileira. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, **11**(1):42-49.
- PESSINI, L. 2001. *Bioética: alguns desafios*. São Paulo, Edições Loyola, 347 p.
- PUPULIM, J.; SAWADA, N. 2012. Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem*, **65**(4):621-629. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400011>
- RIBEIRO, S.B.F.; PINTO, J.C.P.; RIBEIRO, J.B.; FELIX, M.M.S.; BARROSO, S.M.; OLIVEIRA, L.F.; FELIX, A.A.; NASCIMENTO, V.G.; RIBEIRO, M.F.F.; SOUSA, F.A.E.F. 2012. Dor nas unidades de internação de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, **62**(5):605-611. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942012000500001>
- ROMANO, B. 1999. *Princípios Para a Prática da Psicologia Clínica*. 1ª ed., São Paulo, Casa do Psicólogo, 143 p.
- ROSSI, L.; GAVIÃO, A.; LUCIA, M.; AWADA, S. 2004. Psicologia e emergências médicas: uma aproximação possível. *Psicologia Hospitalar*,

- 2(2). Disponível em: <http://www.cepsic.org.br/revista/3/Artigos/v2n2a09.htm>. Acesso em: 14/05/2018.
- SELIGMAN M.E.P.; PETERSON, C. 2003. Positive clinical psychology. In: L.G. ASPINWALL; U.M. STAUDINGER (eds.), *A Psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. Washington, American Psychological Association, p. 305-317. <https://doi.org/10.1037/10566-021>
- SELLI, L.; ALVES, J.D.S. 2007. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Revista Bioethikos, Centro Universitário São Camilo*, **1**(1):43-52.
- SIMONETTI, A. 2004. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo, Casa do Psicólogo, 199 p.
- SNYDER, C.; KEVIN, L.; DAVID, R. 2002. Hope theory. In: C. SNYDER; L. KEVIN; R. DAVID, *Handbook of positive psychology*. New York, Oxford University Press, p. 257-276.
- SOUZA, R.C.; GARCIA, D.M.; SANCHES, M.B.; MARTINS, C.P.B.; GALLO, A.M.A.; SIQUEIRA, I.L. 2013. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação comportamental de dor em paciente crítico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, **34**(3):55-63. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472013000300007>
- STRAUB, R. 2008. Introdução à Psicologia da saúde. In: *Psicologia da saúde*. Porto Alegre, Artmed, p. 21-51.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M. 2001. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo*, **6**(2):49-56. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722001000200007>
- VERZA, F.; SATTTLER, M.K.; STREY, M.N. 2015. Mãe, mulher e chefe de família: perspectivas de gênero na terapia familiar. *Pensando famílias*, **19**(1):46-60.
- WARE JR., J.E.; KOSINSKI, M.; KELLER, S.D. 1996. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, **34**(3):220-233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- WERNER, E.E. 2013. What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In: S. GOLDSTEIN; R.B. BROOKS (eds.), *Handbook of resilience in children*. Boston, Springer US, p. 87-102. [https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4\\_6](https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_6)
- YOUNG, J.E.; BECK, A.T.; WEINBERG, A. 2009. Depressão. In: D.H. BARLOW, *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre, Artmed, p. 273-312.
- ZANON, C.; BORSA, J.C.; BANDEIRA, D.R.; HUTZ, C.S. 2012. Relações entre pensamento ruminativo e facetas do neuroticismo. *Estudos de Psicologia*, **29**(2):173-181. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2012000200003>

Submetido: 14/11/2016

Aceito: 09/01/2017