



UNISUL

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA

VANESSA DE BEM CUSTÓDIO

O PACIENTE HOSPITALIZADO E SUA RELAÇÃO COM DOENÇA CRÔNICA

Palhoça

2011

VANESSA DE BEM CUSTÓDIO

O PACIENTE HOSPITALIZADO E SUA RELAÇÃO COM DOENÇA CRÔNICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Orientador: Prof. Maurício Eugenio Maliska, Dr.

Palhoça

2011

VANESSA DE BEM CUSTÓDIO

O PACIENTE HOSPITALIZADO E SUA RELAÇÃO COM DOENÇA CRÔNICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Psicólogo.

Orientador: Prof. Maurício Eugênio Maliska, Dr.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Alessandra d' Avila Scherer, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Prof^a. Simone Vieira de Souza, Msc.
Universidade do Sul de Santa Catarina

Palhoça

2011.

“Dedico este trabalho a minha inesquecível e
amada madrinha Sonia Terezinha de Oliveira (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me deu força para continuar lutando apesar de todos os obstáculos, e especialmente aos meus pais, por me incentivarem a lutar pelos meus sonhos, respeitando e entendendo minhas ausências e por todo o apoio, amor, carinho e paciência que eles me dedicaram até hoje.

Agradeço a todos os professores que contribuíram com seus conhecimentos para tornar-me psicóloga e aos colegas e amigos da graduação por tudo que compartilhamos juntos.

Ao meu orientador de TCC, Maurício Eugênio Maliska, que sempre se mostrou disposto a contribuir com minha pesquisa, compartilhando conhecimentos e me incentivando sempre que preciso.

As professoras Alessandra d' Ávila Scherer e Simone Vieira de Souza, que aceitaram prontamente a participar de minha banca de qualificação e de defesa de TCC, sempre carinhosas e cuidadosas, se disponibilizaram a compartilhar seus conhecimentos.

As professoras Alessandra d' Ávila Scherer e Maria Ângela Giordani, na condição de orientadoras do estágio do hospital de Caridade, onde acrescentaram suas experiências profissionais contribuindo para minha formação.

Aos colegas que participaram do estágio no Hospital de Caridade, que escolheram trocar experiências com pessoas que sofrem no processo de hospitalização: Carmen, Francine, Ilona, Jaqueline, Janúcia, Lene, Manuela, Maryanne e a Tuanny.

Ao meu marido, que esteve presente durante todo o percurso, disponibilizando seu tempo e distribuindo carinho, cuidado e muito amor. Por me compreender nos momentos de ausências e comemorar comigo em cada conquista.

RESUMO

O interesse em investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes crônicos hospitalizados surgiu através das experiências obtidas no estágio que vem sendo realizado com pacientes em um hospital geral em Florianópolis. Este trabalho tem o objetivo de caracterizar como o paciente com doença crônica, enfrenta o seu adoecimento. Para alcançar este objetivo, foram entrevistados quatro pacientes hospitalizados com doença crônica. A pesquisa é classificada como exploratória com abordagem qualitativa. O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada e os dados coletados foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo, a partir da identificação das categorias analisadas e vinculadas com o referencial teórico. Durante o processo de adoecimento, os pacientes manifestaram seus afetos, que vão da aceitação à desesperança, gerando emoções experimentadas no processo de adoecimento, com suas implicações tais como: dor, procedimentos invasivos, impossibilidade de cura e certeza da morte. Ao fim deste processo, verificou-se que a doença crônica, juntamente com o tratamento e seus efeitos colaterais, interfere na percepção do paciente crônico sobre o seu processo de adoecimento. Diante da sua impotência, o paciente crônico hospitalizado utiliza como estratégia de enfrentamento a religiosidade, manifestada através da fé em sua crença religiosa. Conclui-se que o paciente internado poderá desenvolver novas estratégias de enfrentamento, quando lhe for proporcionado à escuta clínica por meio de um psicólogo na equipe multidisciplinar.

Palavras-chave: Doença Crônica, Estratégia de enfrentamento e Hospitalização

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 PROBLEMÁTICA	8
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 Objetivo Geral	10
1.2.2 Objetivos Específicos	11
1.3 JUSTIFICATIVA	11
2 MARCO TEÓRICO	13
2.1 A DOENÇA CRÔNICA	13
2.2 O PACIENTE CRÔNICO HOSPITALIZADO	16
2.3 A DOR CRÔNICA	19
2.4 O PSICÓLOGO HOSPITALAR	20
2.5 A DOENÇA CRÔNICA E OS FENOMENOS PSICÓLOGICOS	21
2.6 O ENFRENTAMENTO DA DOENÇA CRÔNICA E A QUALIDADE DE VIDA ..	24
3 MÉTODO	28
3.1 TIPO DE PESQUISA	28
3.2 PARTICIPANTES	29
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS	29
3.4 SITUAÇÃO AMBIENTE.....	29
3.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS	29
3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	30
3.6.1 Seleção dos participantes.....	30
3.6.2 Contato com os participantes.....	31
3.6.3 Coleta e registro de dados.....	32
3.6.4 Organização, tratamento e análise dos dados	33
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
APÊNDICE	55
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista	56
ANEXOS	58
ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido	59
ANEXO B - Termo de consentimento para gravações	61

1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa teve como objetivo investigar a percepção do paciente sobre o seu processo de adoecimento, bem como, os fenômenos psicológicos mais relevantes da doença crônica desencadeados neste processo. Também, buscou-se com o desenvolvimento da pesquisa identificar as estratégias de enfrentamento dos pacientes com doença crônica.

Dessa forma, o leitor encontrará nesta pesquisa, em seu primeiro capítulo, a introdução com problemática, justificativa, objetivo geral e objetivos específicos. O segundo capítulo contempla a fundamentação teórica que abordará os seguintes temas: a doença crônica, o paciente crônico hospitalizado, a dor crônica, o psicólogo hospitalar, a doença crônica e os fenômenos psicológicos, o enfrentamento da doença crônica e a qualidade de vida. No terceiro capítulo está à descrição do método, o quarto capítulo é constituído pela análise das informações, agrupadas conforme os objetivos específicos da pesquisa e por fim, o quinto capítulo apresenta as considerações finais da pesquisa.

Este estudo referiu-se à pesquisa da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL. A pesquisa foi relacionada com as disciplinas do Núcleo Orientado em Psicologia e Saúde, através dos estágios em Psicologia Hospitalar executado no Hospital de Caridade na cidade de Florianópolis.

1.1 PROBLEMÁTICA

No contexto da doença física, particularmente a doença crônica, o foco da preocupação é o sistema criado pela interação de uma doença, com um sujeito, sua família e a equipe de saúde a fim de possibilitar ao paciente crônico, condições de enfrentar o adoecimento e os momentos de crise. Neste sentido, conforme Almeida (2002) e Angerami-Camon (2005), o número de pacientes com doença crônica aumenta em todo o mundo de forma alarmante. Este problema de saúde é tão grande que as autoridades médicas consideram a doença crônica como o maior problema de saúde pública.

De acordo com Almeida (2002), com o envelhecimento da população brasileira torna-se cada vez mais importante conhecer a prevalência das doenças crônicas. As doenças

crônicas estabelecem uma intensa demanda aos serviços de saúde. Almeida (2002) analisou os dados da amostra da PNAD/98 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) e ao avaliar o conjunto de doenças crônicas comprovou que elas crescem com o aumento da idade, ao mesmo tempo, que decrescem com o aumento da escolaridade e renda. Ainda nos mesmos estudos, percebeu que há maior incidência entre as mulheres, bem como entre os que não tinham plano de saúde. Porém, não houve diferença considerável entre os doentes crônicos usuários do SUS e os de plano de saúde privado.

Almeida (2002, p. 755) comprovou mediante seus estudos sobre os dados registrados no PNAD/98 que:

Os grupos com piores condições socioeconômicas apresentam maior prevalência, a respeito de concepções bastante divulgadas de que os problemas crônicos de saúde afetam igualmente os diferentes grupos sociais, ou ainda, de que os problemas crônicos de saúde são mais frequentes entre as pessoas com melhores condições de vida porque elas tendem a ser mais velhas. [...]. Os portadores de problemas de saúde consumiram mais consultas médicas e internações nos últimos 12 meses do que os não portadores. [...]

Segundo Martins et al (1996), é complexo e intenso a convivência com a doença crônica sendo indispensável promover mudanças que propiciem aos doentes crônicos qualidade de vida. Além dos cuidados com o corpo é necessário interferir no estilo de vida do paciente, da sua família e meio social, visando proporcionar oportunidades ao paciente para enfrentar o adoecimento, visto que a doença crônica interfere em todas as esferas da vida do doente crônico. Ao mesmo tempo, os doentes crônicos vivenciam comportamentos e sentimentos resultantes de alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, nas relações sociais e no desenvolvimento de atividades em seu cotidiano. Como profissional da área da saúde o psicólogo deve reconhecer que é uma experiência individualizada e complexa exigindo estudos recentes a fim de incrementar as formas de enfrentamento da doença crônica. Capturar as formas de enfrentamento já existentes e a partir delas inovar trazendo reflexões e novas maneiras de enfrentamento é um papel importante a desempenhar na área da saúde. Neste sentido é importante perceber o doente crônico como um ser biopsicossocial que possui direito, a ter qualidade de vida mesmo estando na condição de doente crônico.

Martins et al (1996) destaca que as pessoas convivendo com a doença crônica sentem suas vidas alteradas significativamente nos seguintes aspectos: capacidade física, trabalho, estudo, auto estima, independência, auto cuidado, relacionamento familiar, social, incluindo lazer e recreação, ou seja, toda a vida do sujeito é afetada atingindo além do seu

bem-estar físico, o bem-estar material e emocional. Para resgatar a saúde do sujeito, mesmo na condição de doente crônico, é imprescindível, avaliar as formas de enfrentamento da doença crônica, bem como, inovar com soluções criativas na forma de encarar o tratamento.

Conforme Silva (2002), a pessoa quando é surpreendida com uma doença crônica enfrenta alterações no estilo de vida desencadeadas por restrições decorrentes da presença da doença, das necessidades de tratamento e controle clínico, além das possíveis internações hospitalares. Compreender a reação dos doentes crônicos às situações do adoecimento é importante para auxiliá-los a enfrentar esta vivência conflituosa e dolorosa.

Através de experiências de pacientes com doença crônica, adquire-se a dimensão da importância do enfrentamento, bem como a dor e o conflito que se instauram gerando fragilidade no paciente e seus acompanhantes diante da impotência ocasionada quando o diagnóstico determina a doença crônica. Há um sofrimento geral diante do diagnóstico da doença crônica, seja ela qual for, porque constitui um desafio para a medicina lidar com uma doença incurável, que traz em seu bojo muita dor, sofrimento e morte. Entretanto, sabe-se o quanto o sofrimento é minimizado quando o paciente é acolhido e recebe apoio no sentido de criar estratégias de enfrentamento em tempos de crise. É importante pontuar as repercussões psicossociais causadas pela doença crônica na família, pois a mesma precisa se reorganizar e se adaptar para proporcionar os cuidados que o paciente necessita.

É necessário aprofundar e aprimorar os conhecimentos na área da psicologia da saúde, em particular, na maneira como o paciente enfrenta seu processo de adoecimento. Isso poderá fornecer subsídios para um aperfeiçoamento nas formas de enfrentamento diante da doença crônica. Diante disso, emergiu o seguinte problema de pesquisa: **Quais as formas que os pacientes hospitalizados com doença crônica enfrentam o adoecimento?**

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Caracterizar como o paciente hospitalizado com doença crônica enfrenta o seu adoecimento.

1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar a percepção do paciente sobre seu processo de adoecimento;
- b) Identificar os fenômenos psicológicos mais relevantes da doença crônica desencadeados no processo de adoecimento;
- c) Identificar as estratégias de enfrentamento dos pacientes com doença crônica;

1.3 JUSTIFICATIVA

No contexto do adoecimento e devido às características da doença crônica foi importante estabelecer formas de enfrentamento a fim de minimizar o sofrimento do paciente e das demais pessoas envolvidas neste processo. Também, no estágio do hospital, após experiências em alguns atendimentos a pacientes com doença crônica, adquiriu-se a dimensão da importância do enfrentamento, bem como a dor e o conflito que se instauram gerando a fragilidade no paciente e seus acompanhantes diante da impotência ocasionada quando o diagnóstico determina que a doença é crônica. Há um sofrimento geral diante do diagnóstico da doença crônica, seja ela qual for, porque constitui um desafio para a medicina lidar com uma doença incurável, que traz consigo muita dor, sofrimento e morte. Além do desafio para a Medicina, é também um desafio para a família do paciente com doença crônica. Experiência esta vivenciada pela pesquisadora, ao deparar-se com um ente querido adoecido. A partir desta experiência houve a motivação para pesquisar sobre o adoecer crônico.

Entretanto, sabe-se o quanto o sofrimento é minimizado quando o paciente é acolhido e recebe apoio no sentido de criar estratégias de enfrentamento em tempos de crise. É importante destacar as seqüelas psicossociais causadas pela doença crônica na família, pois a mesma necessita se reorganizar e se adaptar porque o paciente, na maioria das vezes necessita de cuidados especiais, além de exigir cuidados permanentes.

É necessário aprofundar e aprimorar os conhecimentos na área da psicologia da saúde, em particular, na maneira como intervir junto aos pacientes portadores de doença crônica para contribuir com o processo de adoecimento e aperfeiçoar as formas de enfrentamento diante da doença crônica.

Neste sentido, Angerami-Camon (2003) destaca que é importante estudar sobre a prática hospitalar para que haja aprimoramento dos conhecimentos, intervenções e enfrentamentos nos casos de doenças crônicas. O objetivo maior deve ser a diminuição do sofrimento devido à hospitalização e as conseqüências emocionais do adoecimento, pois os fenômenos psicológicos que se manifestaram no paciente com doença crônica revelaram que se não forem assistidos no seu sofrimento poderá haver o comprometimento do tratamento, bem como, agravamento do seu quadro clínico.

Paralelamente é importante novos estudos para ampliar a pesquisa na área da psicologia hospitalar a fim de desenvolver pesquisas que possibilitem compreender melhor o adoecimento e a hospitalização do paciente crônico. Também, destacar a importância de fortalecer sua rede de apoio, sendo assim, tratar o paciente doente e não somente a doença.

Devido à complexidade e abrangência da doença crônica no Brasil, tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública, Angerami-Camon (2003) destaca a relevância de desenvolver políticas públicas na saúde baseadas em estudos cada vez mais atualizados com o objetivo de auxiliar a sociedade promovendo a qualidade de vida do paciente com doença crônica por meio de um tratamento mais humanizado.

Nas consultas feitas nas publicações científicas, artigos e literatura foram encontrados poucos estudos que contemplassem os fenômenos psicológicos que envolvem o paciente com doença crônica. Neste sentido, Santos e Sebastiani (1996) apontam para a importância do papel do psicólogo no acompanhamento do paciente com doença crônica, destacando que é uma vivência de sofrimento físico e psicológico que ocasiona sérios problemas, conflitos, angústia tanto para o paciente quanto sua família. E diante dessa complexidade foi necessário novos estudos para ampliar a compreensão de todos esses fenômenos psicológicos.

Sabe-se que o desempenho do psicólogo nessa realidade é cercado de desafios e dificuldades, o que exige do psicólogo conhecimento específico sobre a vivência com a doença crônica. O objetivo deverá ser a contínua pesquisa para atuar trazendo resultados e perspectivas na realidade hospitalar, na qualidade de vida do paciente com doença crônica e nas políticas públicas de saúde a partir da compreensão dos fenômenos psicológicos que envolvem o paciente com doença crônica. Assim, o psicólogo deverá ampliar seus conhecimentos para ajudar o paciente com doença crônica a enfrentar a dor, o desespero, as adversidades que a doença crônica traz à vida do paciente hospitalizado.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A DOENÇA CRÔNICA

Conforme Santos & Sebastiani (1996), a doença crônica é a doença que entre outras características possui um estado permanente, admite incapacidade residual, produz alterações patológicas não reversíveis, ao mesmo tempo em que requer reabilitação. Nestas condições o doente necessita, por extensos períodos, de observação, controles e cuidados especiais. Com o progresso das ciências na área da saúde, cada vez mais se procura dar assistência total ao doente, dentro de uma abordagem multifatorial na compreensão da etiologia da enfermidade, aperfeiçoando as técnicas e os processos de tratamento, pois estes são aspectos importantes e essenciais que permitem a recuperação do paciente. Contudo, muitas doenças não apresentam a perspectiva de recuperação e, nestes casos, cabe aos doentes adaptar-se a vida com a doença, isto é, se reestruturar quase plenamente para poder viver com qualidade de vida a despeito das limitações e perdas impostas pela doença crônica.

Santos & Sebastiani (1996) observam que o paciente com doença crônica está lutando continuamente para compreender e aceitar a doença para conseguir conviver com ela. Assim, o doente nestas condições dolorosas e conflituosas deverá ser percebido como um ser biopsicossocial a fim de manter a sua integridade como um todo. Considerando-o desta forma, vemos o paciente com doença crônica como um sujeito singular, único e dinâmico dotado de corpo e mente indissociáveis que se desenvolve no ambiente por meio de suas vivências e os significados que à elas atribui. Assim, compreende-se por doença a desarmonia orgânica ou psíquica que por meio dos seus sintomas rompe a dinâmica do desenvolvimento humano como um ser pleno, total, gerando a desarmonia do sujeito. E todo esse desequilíbrio abala o sujeito que vive em um determinado contexto sócio cultural. A doença surge como um inimigo que deve ser localizado e combatido por meio de medicamentos e pelos profissionais de saúde. Contudo, além do órgão doente, é imprescindível tratar o sujeito que adocece, considerando sua história pregressa pessoal, familiar e social, considerando este sujeito como um ser único, que no seu modo de existir apresentará características próprias no processo de adoecimento, as quais influenciarão todo o seu tratamento. Deve-se considerar, além da constituição biológica do sujeito, seu ambiente, sua personalidade e suas características

psicológicas que irão influenciar o seu comportamento diante da doença crônica.

Conforme Schneider (2005), o doente crônico é o sujeito com sérias limitações, restrições, incapacidades, restrições psicológicas e sociais que demanda diversos cuidados. É importante que o doente crônico aceite a realidade de que certamente não se curará e, ao mesmo tempo, que sua condição piorará a medida que a doença progride. Todo esse contexto gera conflitos emocionais, angústias desencadeando mecanismos de defesa, tais como: regressão, que se manifesta por meio de conduta infantil entre os sujeitos dependentes; negação, através da atitude do sujeito em não reconhecer a doença e negá-la para si e para os seus familiares e a intelectualização, em que o sujeito investiga todos os aspectos da doença porque acredita que ao conhecê-la melhor, a doença deixará de existir.

O adoecer não é único, mas pode ter múltiplos sentidos, quer adoeça no corpo ou mentalmente. O sujeito é singular, dinâmico, dotado de corpo e mente inseparável. A doença quebra essa dinâmica na medida em que desarmoniza e desequilibra o sujeito, e este diante da doença crônica apresenta reações variadas: há pacientes com doenças seriamente incapacitantes que não se sentem doentes. Há pacientes sem nenhuma lesão ou mesmo limitação funcional, mas se julgam profundamente doentes (doentes crônicos). Entrar para a cronicidade exige uma elaboração psicológica do processo de adoecimento. O indivíduo penetra em algo que vai se tornar um “estado” duradouro. O paciente crônico é alguém portador de uma doença incurável num tempo duradouro acarretando conseqüências modeladoras na vida psicológica. (ANGERAMI-CAMON 2002 & SCHNEIDER, CAIXETA, 2005).

De acordo com o que Schneider (2005) chama de a “psicologia do doente crônico”, existe uma tríade psicodinâmica freqüente nos sujeitos portadores da doença crônica, a saber: a dependência, a regressão e a passividade.

Conforme Schneider (2005), dependendo da forma como o paciente interage na doença crônica, ele pode apresentar comportamentos que visam obter certos benefícios, que podem ser os ganhos primários ou secundários. Os benefícios ou ganhos primários seriam os cuidados afetuosos pela família ou querer ocupar o lugar central nesta família ou, até mesmo, exercer inconscientemente uma tirania sobre os parentes, obtendo certas “vantagens”. E toda essa interação só poderá desaparecer com a instalação de um novo equilíbrio familiar e reordenações em que na maioria das vezes, são difíceis de obter. Já os benefícios ou ganhos secundários são aqueles que dizem respeito, por exemplo, a benefícios concretos, do tipo benefícios por meio do seguro invalidez, aposentadoria, ou qualquer outra instância psicológica ou social.

Schneider (2005) destaca que além da dependência, passividade e regressão, outra característica psicológica do doente crônico é a sensibilidade acrescida para as frustrações. Em consequência disto, há o perigo constante de deterioração, desvalorização e autodestruição do paciente portador da doença crônica. Comumente as perturbações físicas podem ser dramaticamente experienciadas e elaboradas em uma perspectiva muito pessimista. Em muitos casos tais pacientes se isolam num extremo de conduta passiva, ao mesmo tempo em que há uma diminuição dos interesses e uma concentração progressiva sobre si própria. O paciente não tem mais esperança de cura ou melhora.

A doença crônica gera grande sofrimento e em determinadas situações destrói as estruturas da vida. Cabe ao psicólogo e demais cuidadores da saúde aliviar o sofrimento humano ajudando o paciente enfrentar tais situações por meio de um cuidado mais humanizado.

É importante considerar além dos aspectos biológicos, os aspectos psicológicos e sociais da doença e compreender como o sujeito enfrenta o processo de adoecimento. Conforme Barros (2003, p.239), atualmente a doença crônica é considerada:

um acontecimento suficientemente traumático para desencadear problemas adaptativos [...] Georg Grodeck (1917) ao publicar o texto 'Condicionamento psíquico e tratamento de moléstias orgânicas pela Psicanálise' lançou a pesquisa em psicossomática moderna e a possibilidade da aplicação da Psicanálise na compreensão do processo de adoecer e suas significações.

Assim, ao longo do tempo o conceito de saúde vai se alterando, agregando, além dos aspectos físicos ou biológicos, os aspectos psicológicos e sociais, considerando que estes últimos também causam doenças. Portanto, é necessária essa visão ampla sobre o sujeito em adoecimento para compreender todas as variáveis envolvidas na doença crônica, objetivando auxiliar o paciente de forma mais eficaz.

A integração dos aspectos biológicos com os psicológicos no cuidado do paciente permite uma maior sensibilização dos cuidadores e do próprio doente no enfrentamento das dificuldades. Assim sendo, a psicologia da saúde objetiva auxiliar as pessoas no processo de adoecimento, fazer com que os pacientes adquiram atitudes que os levem a promoção da saúde, ajudar as pessoas a conviver com a doença, além de otimizar enfrentamentos no processo de ajustamento ao adoecer, ter uma vida ativa, participante e digna. (BARROS, 2003). Conforme Kimmel (1998) citado por Barros (2003):

[...] a mudança de comportamentos relacionados com a saúde e a doença é geralmente um processo difícil e complexo. Implica uma decisão do sujeito para mudar [...] Estas mudanças envolvem diferentes tipos e focos de intervenção: tomar a decisão de mudar; efetivar a mudança no comportamento individual e manter o novo comportamento.

Portanto, a doença e/ou a hospitalização são crises importantes na vida do sujeito, geralmente acompanhadas de sofrimento, angústia, medo e depressão onde é indispensável oportunizar ao pacientes momentos para verbalizar esse sofrimento. Ao mesmo tempo, fazer com que o paciente sinta-se reconhecido e encontre novas formas de lidar e enfrentar as adversidades oriundas da doença crônica.

2.2 O PACIENTE CRÔNICO HOSPITALIZADO

Segundo Santos & Sebastiani (1996), o paciente experimenta sentimentos confusos e dolorosos por ser portador de uma doença crônica e todos esses sentimentos são agravados pela internação hospitalar que reforça a condição de dependência. De tal modo que a hospitalização pode trazer múltiplos “significados” para o paciente e tais significados pessoais dependerão paralelamente da natureza da doença, da situação de vida e da personalidade do sujeito. Assim sendo, o hospital pode ser visto pelo paciente como um lugar seguro que lhe traz o alívio da dor, ameniza a sua ansiedade e desconfiguram seu desamparo. Porém, há pacientes que, conforme as características destacadas anteriormente poderão perceber o contexto hospitalar como um lugar de cárcere, onde este sujeito é obrigado a conviver num contexto inaceitável, no qual se sente agredido apresentando estressores psicológicos e alto grau de ansiedade.

Ainda conforme os autores, o hospital poderá ser percebido como função separadora, ou seja, o lugar em que o paciente se sente sozinho, sujeito às normas institucionais e afastado do lar. A Instituição hospitalar poderá ser percebida como lugar pela luta entre a vida e a morte provocando ansiedade, fantasias e temores. Articula-se a tensão com monotonia e efeitos passivadores. O paciente crônico no contexto hospitalar sente-se impotente diante da presença de dores, perturbações, limitações e os inconvenientes provocados pela doença, e mediante as normas e regulamentos hospitalares. Assim sendo, a tomada de consciência das possibilidades de uma existência mais favorável se desvanecem se

apagam, a esperança se esvazia. Diante deste cenário dramático, o paciente portador de doença crônica entrega-se a um prolongado hospitalismo que é o gosto pela vivência dentro do hospital, tamanha a sua impotência e passividade. Porém, nem todos reagem desta forma, ao contrário, outros se sentem aborrecidos até mesmo regredidos reagindo com reivindicações e comportamentos agressivos, acarretando a equipe médica um círculo defeituoso que redundava numa agressividade mútua e culpabilizadora. Estes fatos psicológicos ocorrem com pacientes hospitalizados e ambulatoriais, ou até mesmo em casa devido ao cansaço, inquietações, dores, entre outros fatores. Há queixas constantes, um vazio relacional, onde tais pacientes necessitam de atenção e compreensão.

Santos & Sebastiani (1996) destacam a importância da relação médico paciente, nas situações em que o papel médico é solicitado para atender os comportamentos regressivos. Dito de outra forma: há o risco do médico tornar-se demasiado atencioso e favorecer a cronicidade das perturbações nas situações em que o médico identifica-se com o paciente ou afastar-se demasiadamente do paciente, mantendo uma relação de reivindicações agressivas disfarçando uma boa relação, que na verdade é aparente e impotente. Conseqüentemente, uma relação estereotipada que parece incidir somente numa renovação de receitas.

O contrário do hospitalismo se expressa por meio da negação da doença evitando a internação mesmo nos casos graves, como as doenças crônicas. Ainda pode ocorrer paralelo a todo o exposto anteriormente, os fatores pejorativos durante o manejo com o paciente quando são desconsideradas as suas dores, seu mal-estar, sua remoção da vida funcional mediante as restrições prescritas e ordenadas pelo médico. Esses fatores afetam ainda mais a visão do futuro, do paciente crônico. Diante deste contexto, cabe ao psicólogo a prevenção do estigma e suas características mórbidas de doente crônico considerando a possibilidade de intervir nestas situações mediante o acompanhamento, o apoio, a psicoterapia. Tudo isso com o intuito de minimizar tanto quanto for possível a regressão, dependência, passividade, sensibilidade e a frustração do paciente hospitalizado. É imprescindível trabalhar contra a regressão que juntamente com a dependência conduz à perda de autonomia do paciente crônico.

Como profissional de saúde, o psicólogo tem, portanto, que observar e ouvir com paciência as palavras e silêncios, já que ele é quem mais pode oferecer, no campo da terapêutica humana, a possibilidade de confronto do paciente com sua angústia e sofrimento na fase de sua doença, buscando superar os momentos de crise, [...] para que o paciente “compreenda” a sua facticidade e até sua finitude. (SANTOS & SEBASTIANE, 1996, pg. 174).

De acordo com Klüber-Ross (2005), diante da gravidade da doença o sujeito tenta adaptar a condição de doente crônico, entretanto, ele passa por estágios, que necessariamente não seguem a seqüência descrita a seguir. O primeiro estágio Klüber-Ross define como “negação” onde o paciente recusa a doença, ou seja, diante do diagnóstico o paciente acredita na troca de exames ou engano médico e, em muitos casos, procurará outros médicos ou abandonará o tratamento como se a doença não existisse. Não obstante, esse mecanismo de defesa funciona como defesa temporária radical. Pode ocorrer também a negação parcial, isto é, embora o paciente saiba da doença e até comente sobre ela, ele não interage com a doença. Isso ocorre quando o paciente adota atitudes como se falasse de outra pessoa. Paralelamente pode ocorrer a atitude defensiva da família, chamada de “Pacto do silêncio”, onde, apesar de todos saberem da doença, não se fala sobre e nem expressam os seus sentimentos. Esse pacto de silêncio notadamente prejudica o paciente porque ele percebe a mudança das atenções e não disfarça os sentimentos. De qualquer forma, não se consegue cultivar esse estágio por longo tempo.

No segundo estágio surgem a revolta, a rebeldia, a raiva e a fúria, onde aparecem ressentimentos, mágoas, angústia, dor e inveja. Nesta fase o paciente pergunta-se: Por que eu? É um momento difícil para a família e equipe médica porque neste instante o paciente projeta a “raiva” neles. As visitas hospitalares convertem-se num encontro doloroso onde o paciente geralmente reage com choro, culpa, humilhação e até mesmo fúria.

No terceiro estágio ocorre a troca, a permuta, que é conhecido como o “estágio da barganha” que na verdade se manifesta como uma tentativa de prorrogação, ou seja, por meio de uma meta auto imposta o paciente insere uma promessa tentando ter um “bom comportamento” com intuito de receber em troca mais tempo de vida. Normalmente neste estágio ocorre o movimento do paciente na direção de tratamentos alternativos, alimentação natural ao extremo, cirurgias espirituais, adesão a religiões, entre outras atitudes, sempre com o intuito de prolongar a vida.

No quarto estágio aparece o desânimo, desalento, abatimento, esmorecimento diante do adoecimento que pode se expressar na forma da depressão reativa ou preparatória. Na depressão reativa o paciente sente desespero que ocorre na fase terminal da doença para o paciente se preparar para morrer ou no caso das doenças crônicas encarar a morte do seu “eu anterior”, ou seja, o seu ser saudável. Na depressão preparatória ocorre a adaptação da perda iminente de todos os objetos amados para o paciente, onde o estado de aceitação, o encorajamento, a confiança e a certeza não têm razão de ser. No paciente crônico, a depressão

preparatória não passa a existir só diante da situação de morte real, todavia com maior frequência à morte simbólica, as perdas impostas em caráter permanente pela doença.

No quinto e último estágio, e conforme registrado antes, não obrigatoriamente nesta ordem surge à aceitação, onde o paciente concorda, consente com sua condição, lamenta a perda das pessoas e lugares queridos, porém, considerará seu fim imediato com uma serena expectativa. Estará abatido e fraco, aumentará sua necessidade de dormir provocando praticamente uma evasão de sentimentos. É como se a dor, o sofrimento e a luta tivessem parado e fosse chegando o momento de alívio. Encontra certa quietude na aceitação desejando ficar só para encontrar-se com sua finitude.

Entretanto, Strain (1978), citado por Melo Filho (1992), esclarece que o paciente está sujeito a sete categorias de estresse psicológico: ameaça básica a integridade narcísica; medo de estranhos; ansiedade de separação; medo da perda de amor e aprovação; medo da perda do controle de funções adquiridas durante o desenvolvimento infantil; medo da perda ou dano a partes do corpo e a culpa e o medo de retaliação. O paciente irá lidar com estes estressores de acordo com suas vivências aprendidas anteriormente.

2.3 A DOR CRÔNICA

A dor conforme sua raiz latina significa sofrimento que pode ser físico ou mental. A outros significados onde a dor como um sofrimento moral, mágoa, pesar, desconforto, uma sensação desagradável. Ao mesmo tempo em que a dor é relacionada aos estados emocionais e doenças, o que tem sido objeto de estudo da Psicologia.

Segundo a IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor), a dor é:

uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão. A dor é a causa para que o paciente procure um médico; e cerca de setenta e cinco por cento das pessoas que o fazem referem estar com algum tipo de dor. A dor é um sintoma freqüente, presente tanto em doenças agudas quanto crônicas.

A maneira com que a dor é revelada é influenciada por inúmeros fatores biológicos, sociais, culturais e psicológicos. Assim, diversos aspectos individuais e culturais são apontados como mediadores da manifestação e expressão de dores. Entretanto, aspectos cognitivos, como valoração e estratégias de enfrentamento parecem também influenciar respostas à dor. Entre os sintomas psicológicos mais recorrentes, a depressão, ansiedade e o

estresse são importantes moduladores das síndromes dolorosas.

A dor crônica dura mais de 4 a 6 meses, porém, a dor crônica abrange muito mais que o sintoma prolongado. Aos poucos, a dor toma dimensões que implicam diretamente no cotidiano do sujeito e de sua família que passam a constituir-se de uma mesma dor.

O paciente quando sente dor demonstra seu sofrimento por meio do seu comportamento: queixa-se, geme, lamuria-se, expressa por meio de gestos e posiciona-se visando o alívio da dor.

2.4 O PSICÓLOGO HOSPITALAR

Segundo Santos & Sebastiani (1996), o psicólogo que trabalha no contexto hospitalar e lida com o paciente portador de doença crônica atuará junto ao paciente com o objetivo de resgatar sua qualidade de vida que foi obstruída pela doença, ao mesmo tempo, propiciar qualidade de vida, mesmo nestas condições. Além disso, o psicólogo hospitalar deverá basear todo o seu trabalho numa visão mais humana e considerar, além do paciente, os seus familiares. Assim sendo, a psicologia hospitalar considera o ser humano em sua totalidade e integridade, onde suas condições únicas e singulares devem ser consideradas e respeitadas visando um atendimento acolhedor, sensível e global. Deste modo, o psicólogo hospitalar terá como principal atribuição intermediar as relações de forma a interceder na comunicação entre profissionais de saúde, os pacientes e a família do paciente. Em muitas situações na doença expressam-se além do sofrimento causado por esta, conflitos no cuidado do pacientes, os quais aumentam os estressores psicológicos, tanto da equipe médica, do paciente e mesmo dos familiares dificultando o tratamento.

O paciente portador de doença crônica necessita de cuidados especiais e permanentes durante toda a sua vida, em que muitas vezes estão sujeitos a tratamentos severos e dolorosos e nesta situação Santos & Sebastiani (1996, p. 173) destacam a importância do psicólogo hospitalar:

O psicólogo hospitalar junto ao paciente portador de doença crônica procurará estudar e compreender o indivíduo enquanto um ser que adoece, situação esta permeada de sofrimento físico e psicológico, ser portador de doença crônica gera sérios problemas, conflitos, angústia [...] tanto para o paciente como para a família.

Sendo assim, o psicólogo hospitalar deverá atender o paciente como um ser

biopsicossocial, não ignorando nenhuma destas instâncias, deste modo, tratando o doente portador de doença crônica como uma pessoa única e sujeita às contingências ambientais, sociais e culturais, bem como, suas características psicológicas, além do biológico. O psicólogo hospitalar deverá investigar a vivência do doente crônico por meio de uma relação flexível e compreender a percepção do paciente em seu processo de adoecimento, com o objetivo de proporcionar um atendimento eficaz e acolhedor. É imprescindível salientar que a assistência dentro do contexto hospitalar busca o alívio emocional do paciente e sua família diante do sofrimento. Comumente, isso sugere mobilizar forças diante da ansiedade ou angústia do paciente, num dado momento, em situações de crise, nas quais, o paciente necessita de apoio e suporte para enfrentar o sofrimento. Corroborando tais ideias, Santos & Sebastiani (1996, p. 174) citam Olivieri (1985):

Para tanto, observar o comportamento do doente e colher dados da conversa de sorte que alguns pontos básicos sobre o que o doente pensa, enquanto doente, naquele exato momento, fiquem bem entendidos, uma visão através de seus próprios olhos. [...] Como se sentem após a doença, o que acha que ela acarretou que experiência lhe traz, como se olha como doente, o que mais deseja que encontra de alterado em sua vida, como encara o futuro, como percebe a sua liberdade.

Neste sentido é imprescindível aprofundar o conhecimento desta experiência humana e procurar auxiliar o paciente portador da doença crônica de tal modo que venha proporcionar-lhe qualidade de vida mesmo no adoecimento. Dito de outra forma, a atuação do psicólogo hospitalar corresponde a uma tentativa de apreender as vivências mais expressivas do paciente procurando entendê-lo na sua condição de estar doente, portanto, oferecendo-lhe ajuda psicológica a fim de enfrentar as adversidades e os momentos de crise. Contudo é importante destacar, conforme Santos & Sebastiani (1996), que para o psicólogo desenvolver um trabalho eficaz junto ao paciente e sua família dependerá de sua estruturação pessoal. É por meio da pessoa do psicólogo que o paciente, os familiares e até mesmo a equipe médica devem encontrar oportunidade de expressar à imensa gama de sentimentos pesados, tais como o desespero, a angústia, o medo, as ansiedades, as frustrações, a impotência, entre tantas emoções dolorosas da vivência no contexto hospitalar.

2.5 A DOENÇA CRÔNICA E OS FENOMENOS PSICÓLOGICOS

Todo o adoecimento principalmente se a doença for crônica, marca a história de vida das pessoas. Elas necessitam de apoio a fim de ter equilíbrio orgânico e psíquico para viver e, se possível restaurar seu conforto externo e interno. Na experiência com a doença crônica o cotidiano do sujeito é interrompido, experienciando medos e expectativas onde aparece mudança física, emocional e social. Assim sendo, Barros (2003) afirma que:

O surgimento de uma doença física vem sempre acompanhado de impacto emocional. Há uma interrupção da rotina, desestabilizando a pessoa e aqueles com os quais convive. As dificuldades emocionais que acompanham as doenças crônicas podem estar ligadas a alterações da imagem de si mesmo, a diminuição da auto estima, a perda da iniciativa acompanhada de sentimentos de incapacidade, com prejuízo na qualidade de vida.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, “saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Neste sentido, identifica-se como estado de saúde, um equilíbrio constante consigo mesmo e com o seu ambiente. Dito de outra forma, quando se quer ajudar as pessoas doentes a tornarem-se saudáveis, não mais se refere exclusivamente a auxiliá-las na recuperação de uma doença física, mas ainda atender suas necessidades nos aspectos psicológicos e sociais. De acordo com Angerami-Camon (2003) um sujeito com doença crônica certamente precisará de ajuda para fazer adaptações emocionais, comportamentais e sociais a fim de estruturar a compreensão da doença, enfrentá-la e desenvolver estratégias de enfrentamento.

O cotidiano do paciente que convive com a doença crônica pode ocasionar limitações físicas, sociais e psicológicas. Com isso, pode desencadear restrições, decréscimo na qualidade de vida e favorecer o aparecimento de fenômenos psicológicos, os quais não tratados apropriadamente intervêm no tratamento e na qualidade de vida do sujeito.

Neste sentido, Angerami-Camon (2003) afirma que a convivência com a doença crônica afeta a qualidade de vida do sujeito e provocam depressão, juntamente com outros sentimentos: tristeza, irritação, abandono e angústia. São momentos de alterações nos estado emocional e físico que vai do contentamento à depressão ocasionada pelas perdas reais e pelas fantasias. A vida fica limitada e surge o desprazer, a angústia e em determinadas situações, agressões e violência. Todo este contexto exige a necessidade do cuidado e acompanhamento psicológico.

Observa-se que o paciente com a doença crônica necessita do atendimento psicológico tanto quanto do atendimento clínico. Atendimento este que deve considerar a

violência do adoecimento na vida do sujeito e que o tratamento deve incorporar a saúde física, mental e social. E, conforme Angerami-Camon (2003), importante ajudar os pacientes no processo de adoecimento de uma forma que os auxiliem a se ajustar positivamente diante das dificuldades que a doença crônica incita readquirir novos hábitos de vida, enfrentar os desafios com o objetivo de manter a saúde mental apesar das condições adversas.

Conforme Resende (2007) é importante explorar com o paciente o sentido da vida apesar das dificuldades oriundas do adoecimento a fim de manter a pessoa portadora da doença crônica em saúde mental e sua integridade ainda que em condições de sofrimento e adversidades. Essa busca de realização e sentido pessoal poderá propiciar ao paciente além do bem-estar, adaptação e enfrentamento mesmo na situação de perdas e dificuldades físicas.

Conforme Angerami-Camon (1997,) a doença crônica é a que possui maior impacto psicológico nas pessoas, devido à percepção da incurabilidade da doença, assim como, na maioria dos casos, a morte lenta e dolorosa. Quando o paciente recebe o diagnóstico da doença crônica e com as ideias de fatalidade e irreversibilidade, gera no paciente, sentimentos diversos como medo, ansiedade, negação, raiva, insegurança, entre outros.

Ismael (2005) afirma que é perceptível a partir da fala dos pacientes com doença crônica observar o sofrimento do paciente e suas perdas com a chegada da doença e os tratamentos que se fazem necessários. Pela cronicidade da doença percebe-se nos pacientes crônicos a mudança de humor, a perda da autonomia, independência, juntamente, o medo da morte, acompanhado de sentimentos de impotência, desamparo e desamor. Todos estes afetos provocam no doente crônico, inúmeros conflitos e dificuldades psicológicas. Esses momentos são de dificuldades em lidar com tais situações e gera estresse emocional, onde é imprescindível ter recursos disponíveis para solucionar tais conflitos. Porém, nem sempre o paciente consegue enfrentá-los, sem a necessidade da ajuda de um profissional de saúde.

Neste contexto de dor, sofrimento e limitações, Silva (2002) esclarece que a pessoa com a doença crônica necessita enfrentar as mudanças no seu estilo de vida desencadeadas pelas limitações decorrentes do surgimento da doença, das necessidades de tratamento, além das internações hospitalares. Assim sendo, o adoecimento crônico exige tanto do paciente quanto de sua família o enfrentamento destas condições adversas. Cabe aos cuidadores compreender este universo e auxiliar os pacientes com doença crônica com o objetivo de ajudá-los a enfrentar esta vivência dolorosa com dignidade. Assim, a atuação do psicólogo é indispensável para aliviar o sofrimento do paciente em seu processo de adoecimento e de sofrimento.

Ballester (1997), Trindade & Teixeira (2000) citados por Barros (2003)

esclarecem que a Psicologia da Saúde tem aprimorado os modelos teóricos a fim de explicar os comportamentos relacionados com a saúde, adesão ao tratamento, as resistências a terapêutica, ao mesmo tempo em que revela, que a relação do sujeito com a doença é muito complexa, onde é mediada por diversas variáveis psicológicas, a saber: raiva, otimismo, percepção de controle ou falta de controle, auto eficácia, estilos de enfrentamento, crenças relacionadas à saúde, estresse, estados emocionais, bem como, atitudes relacionadas à saúde, adaptação e enfrentamento neste processo de adoecimento.

2.6 O ENFRENTAMENTO DA DOENÇA CRÔNICA E A QUALIDADE DE VIDA

A doença crônica juntamente com o tratamento traz sofrimento, dor e restrições à vida das pessoas, acarretando na diminuição em sua qualidade de vida. Surgem implicações de ordem física, psicológica e social. Neste sentido, Paredes (2008) afirma que as consequências psicológicas, físicas e até sociais vivenciadas nas situações da doença crônica compromete a qualidade de vida global do doente e que se faz necessário novos estudos para mensurar o impacto causado pela doença crônica na qualidade de vida do sujeito em adoecimento.

Conforme Meirelles (2010) o conceito de “qualidade de vida” cada vez mais vem sendo estudado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) para distingui-lo do conceito do senso comum que vê simplesmente como algo que as pessoas devem conquistar ou manter. Meirelles (2010) afirma que a qualidade de vida, específico com pessoas que convivem com a doença crônica é algo mais complexo porque a doença crônica é um ameaça contínua da vida, afetando-a em todas as suas dimensões: “incorporar a condição crônica representa um desafio a ser enfrentado no dia a dia, requerendo contínuos reajustes, avaliações e reavaliações devido à dinamicidade de sua apresentação e evolução”. (MEIRELLES, 2010, p. 434).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), a qualidade de vida envolve algumas características como subjetividade, percepção de si, satisfação e insatisfação, mas com a visão que existe condições externas que influenciam a qualidade de vida das pessoas, a multidimensionalidade, incluindo seu estado físico, cognitivo, afetivo, as relações interpessoais e os papéis sociais da vida do sujeito. Assim, percebe-se a importância da ação dos profissionais da área de saúde, principalmente do psicólogo, em dialogar com os demais

profissionais da saúde, para que estes sejam atuantes na qualidade de vida dos pacientes com doença crônica, estimulando-os a ter uma vida com prazer e felicidade apesar das circunstâncias promovidas pela doença crônica.

Meirelles (p. 439, 2010) enfatiza a importância e a atenção que se deve dar a questão da qualidade de vida do sujeito portador de doença crônica:

Os profissionais de saúde têm o desafio de lidar com as diferentes dimensões da doença crônica, não valorizando apenas a questão biológica em si, mas trabalhando os conflitos vivenciados pelas pessoas, bem como suas crenças e valores, de forma a favorecer o bem-estar e, com isso, a obtenção de melhor qualidade de vida. A preocupação [...] não se restringe apenas à família, mas suscita a discussão sobre a formação de uma rede de apoio para assistência em um contexto multidimensional, não focando apenas nos aspectos físicos e sim se levando em conta questões psicológicas, relações sociais e meio ambiente.

Observaram-se por meio do estágio em psicologia hospitalar que as pessoas portadoras de doença crônica sofrem contínuas hospitalizações, modificando o seu cotidiano e conseqüentemente sua qualidade de vida, devido os limites impostos pela doença e seu tratamento, o que deve ser considerado na intervenção clínica e psicológica de tais pacientes. É uma realidade complexa e indispensável a ser conhecida e explorada por todos os profissionais de saúde a fim de incluir estas questões no atendimento do paciente com doença crônica.

Mesmo com todo o avanço científico e tecnológico que permite o diagnóstico precoce das doenças, o controle da evolução e em determinados casos, a cura. Ainda assim, subsistem as doenças crônicas, que promovem alterações orgânicas, emocionais e sociais tornando indispensável o cuidado constante a fim de promover uma vida digna ao paciente mediante a qualidade de vida. A doença crônica conforme Woods (1989) e Tetelbom (1993) citados por Vieira (2002) considera a doença crônica aquela que tem um curso longo (mais de três meses em um ano ou que necessite de internação por mais de três meses) que pode ser curada ou não, provoca sequelas físicas e emocionais, inflige limitações ao funcionamento do sujeito, requerendo adaptação e estratégias de enfrentamento.

O ser humano em adoecimento, geralmente tem seu comportamento modificado pela demanda oriundo da doença. Nesta experiência podem manifestar-se sentimentos de culpa, medo, angústia, depressão e apatia ameaçando seu tratamento e suas estratégias de enfrentamento. As frequentes hospitalizações, exames, tratamentos poderão influenciar o desenvolvimento da doença crônica. Neste sentido, Vieira (2002) afirma que a doença crônica:

Impõe modificações na vida das pessoas e sua família, exigindo readaptações frente à nova situação e estratégias para o enfrentamento. Esse processo depende da complexidade e gravidade da doença, da fase em que elas se encontram e das estruturas disponíveis para satisfazer suas necessidades e readquirir o equilíbrio.

Durante toda a humanidade a doença crônica se fez presente, todavia, somente nos últimos anos, constituiu-se um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Cada vez mais sendo estudada, devido a abrangência morbimortalidade da população no mundo. Deixa sequelas devido à gravidade, a duração podendo ser incurável, ao mesmo tempo em que atribuem sérias limitações aos doentes exigindo adaptabilidade. Neste contexto, Nóbrega (2010, p. 432) esclarece que:

A rede social tem relevância fundamental, pois se trata de um recurso essencial no auxílio à família em momentos distintos do curso da doença crônica. Assim, os profissionais de saúde devem reconhecer sua importância e trabalhar nela com o intuito de fortalecer os mecanismos de enfrentamento e favorecer adaptação nesta trajetória.

Ainda sobre a rede social como apoio ao enfrentamento, Castro (2002) citado por Nóbrega (2010, p. 433) afirma que:

Embora a família esteja de braços abertos para receber esse apoio, ainda percebe-o como insuficiente, apesar de sua importância na superação dos obstáculos impostos pela cronicidade da doença, principalmente quando há necessidade de muitos cuidados que sobrecarreguem seus membros, estressando-os.

Cordioli (1998) citado por Barros (2003, p. 243) deixa claro, a importância do apoio do profissional de saúde que contemplem a responsabilidade, respeito pela pessoa e apoio que favoreçam o enfrentamento da doença. Acrescenta que:

O paciente hospitalizado necessita de (apoio), calor humano, atenção, interesse e compreensão. E, cabe ao psicólogo estabelecer contato com simpatia e naturalidade, através da forma de olhar, sorrir, falar e apertar a mão. Manter postura amigável, usar a linguagem do paciente, mostrar aceitação; estar atento [...] e ser sensível às relações humanas e ser apaixonado pelo ser humano.

Dito de outra forma, propiciar um atendimento mais humano nos hospitais, socorrer de forma empática e eficiente o paciente que sofre, acolhendo-o, dentro das circunstâncias e das suas necessidades pessoais, a fim de ajudá-lo no enfrentamento diante da doença crônica.

As doenças crônicas colocam os pacientes em situações inusitadas, ou seja, a um

evento estressor trazendo sofrimento e dor e exigindo diferentes formas de enfrentamento. As várias manifestações ou estratégias psicológicas de enfrentamento ao estresse mediante a doença poderão ajudar os pacientes a lidar com o sofrimento, trazer possibilidades de ajustamento e crescimento pessoal frente a essas situações adversas.

Conforme Bauk (1985) citado por Guido (2003, p. 11) “o termo estresse originou-se da física e da engenharia para designar forças que atuam sobre determinada resistência representando a carga que um material pode suportar antes de romper-se”. E, de acordo com Bandeira & Panzini (2007) o *coping* é conjunto de recursos e estratégias utilizados pelos sujeitos em situações adversas, estressantes com o intuito de diminuir os danos causados pelos estressores. Em português, *coping* vem sendo traduzido como “enfrentamento”, ou até mesmo “ajustamento”. O conceito centraliza-se nos acontecimentos que se sucedem ao longo da vida das pessoas, referem-se a perdas, dificuldades, fatos inesperados, tragédias que os sujeitos precisam enfrentar ajustando-se ao seu impacto (CERQUEIRA, 2000). Pode-se constatar que há uma ligação, entre o conceito de enfrentamento, com o conceito de estresse.

Quando um evento estressor desencadear uma reação de estresse, ocorrerão alterações hormonais e o indivíduo poderá recorrer a estratégias de enfrentamento ou adaptar-se ao estressor de forma efetiva ou não. O estresse pode ser entendido como uma resposta adaptativa, ao mesmo tempo, de defesa a uma agressão que perturbe o equilíbrio homeostático do organismo, seja esta agressão causada por fatores internos ou externos, físicos ou químicos, psíquicos ou sociais. (LIPP, 2003).

Considerando que aproximadamente 25.000.000 de pessoas sofrem com doença crônica no Brasil (SANTOS & SEBASTIANI, 1996) é de extrema importância compreender as estratégias de enfrentamento psicológico de pacientes diante da doença em busca de ajustamento psicológico. Os mecanismos e as estratégias de enfrentamento que o paciente poderá utilizar em situações estressoras, são chamados de *coping*. Quando estas estratégias forem diligentes, automaticamente haverá a redução da emoção e a superação do evento estressor. Se as estratégias não forem eficazes poderá instalar-se uma crise e a continuidade do estresse. (GUIDO, 2003).

Mengel (1982) referido por Guido (2003) define o enfrentamento como um conjunto de comportamentos conscientes ou inconscientes manifestado s pelo paciente diante de uma situação na qual não quer vivenciar ou em uma situação que queira alterar para resignificar as emoções do estímulo causador do estresse. Ao mesmo tempo, Taylor (1992) citado por Guido (2003) destaca que as estratégias de enfrentamento correspondem a mecanismos mentais, os quais protegem o paciente das situações tidas como ameaçadoras. E,

essas diferentes situações ameaçadoras exigem distintas formas de enfrentamento, significando um processo ativo, dinâmico e continuado.

Neste sentido, as estratégias de enfrentamento, tem como alvo minimizar o sofrimento diante de situações que representem riscos à integridade física ou emocional e consiste nos recursos e estratégias deste sujeito para lidar com as situações adversas. E, mesmo estas situações sendo iguais para determinados pacientes, os sujeitos manifestam diferentes emoções, comportamentos e formas de lidar com as situações estressantes. Tais estratégias se configuram por meio de recursos cognitivos e comportamentais usados pelos sujeitos com o objetivo de minimizar o sofrimento e restabelecer o seu equilíbrio e bem-estar. (LAZARUS & FOLKMAN, 1980; apud PANZINI & BANDEIRA, 2007).

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa foi de natureza qualitativa e investigou as formas de enfrentar o adoecimento pelo paciente com doença crônica. Conforme (Rey, 2002, p. 51):

A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos construtivos do todo, os quais mudam em face do contexto em que se expressa o sujeito concreto. A história e contexto que caracterizam o desenvolvimento do sujeito marcam a singularidade, que é expressão de riqueza e plasticidade do fenômeno subjetivo.

Este estudo teve caráter exploratório e descritivo porque teve o objetivo de avaliar a população estudada, levantou hipóteses e arquitetou aspectos variados relativos ao tema abordado, a saber: caracterizar as formas de enfrentamento utilizadas população pesquisada, com o objetivo de verificar associações entre as variáveis e as possíveis relações entre elas (GIL, 2002).

Para este estudo foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturado. Assim, foram estudadas as formas de enfrentar o adoecimento pelo sujeito com doença crônica, onde foram analisados as atitudes, costumes e maneiras dos pacientes crônicos enfrentar as

situações de crise e seu cotidiano com a presença da doença.

3.2 PARTICIPANTES

A pesquisa foi desenvolvida com pacientes com doença crônica, onde foram entrevistados quatro pacientes com doença crônica que estavam hospitalizados. Os sujeitos foram escolhidos através, da indicação dos profissionais da enfermagem que tratavam dos mesmos dentro de um hospital geral.

3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Esta pesquisa foi desenvolvida com a utilização de recursos materiais, tais como: caneta, papel, gravador e o roteiro de entrevistas que foram utilizados como instrumento de coleta de dados, sendo estes recursos todos de responsabilidade da própria pesquisadora.

3.4 SITUAÇÃO AMBIENTE

As entrevistas foram realizadas em um hospital geral, junto ao leito do paciente, de comum acordo entre os pacientes e a pesquisadora.

3.5 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Foi utilizada como instrumento para coleta de dados, uma entrevista individual semi-estruturada. De acordo com Gil (2002), este tipo de entrevista, permitirá ao entrevistado

da pesquisa colaborar com respostas mais abertas. A entrevista foi gravada, com a permissão dos entrevistados, onde foi possível obter os dados de maneira fidedigna.

3.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.6.1 Seleção dos participantes

A escolha dos participantes desta pesquisa foi feita a partir da sua população-alvo. Foi utilizada uma amostra de quatro sujeitos, sendo que os sujeitos estavam submetidos aos seguintes tratamentos: quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e tratamento para Hipertensão e diabetes.

Para a realização da pesquisa foi necessário coletar dados de identificação pessoais dos participantes como: sexo, idade, formação, profissão, condição profissional e estado civil. E, dados clínicos: diagnóstico, tipo de doença crônica e tempo em tratamento. Para garantir a identidade dos sujeitos da pesquisa e as informações coletadas, os sujeitos foram nomeados a partir de designação alfa-numérica, assim, cumprindo as questões éticas relativas ao processo de pesquisa. Os dados estão registrados nas tabelas abaixo:

DADOS PESSOAIS DOS PACIENTES						
PAC	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO	PROFIS	COND./TRAT	EST CIVIL
S 1	F	71	analfabeta	Dor lar	doente crônico/pré-cirúrgico cardíaco	casado
S 2	M	48	ensino médio	contador	doente crônico/hemodiálise	casado
S 3	M	66	primário	topógrafo	doente crônico/quimioterapia e radioterapia	viúvo

S 4	F	64	primário	Do lar	doente crônico/quimioterapia e radioterapia	casado
-----	---	----	----------	--------	---	--------

Tabela 1 – Dados pessoais dos pacientes.
 Todos os pacientes residem em Florianópolis.
 Fonte: elaborado pela autora da pesquisa, 2011.

Considerando os dados pessoais dos sujeitos, constata-se que três deles são residentes em Florianópolis e um sujeito reside em Lages. Percebe-se que foram entrevistados dois sujeitos do sexo feminino e dois sujeitos do sexo masculino. Do total dos sujeitos, três são casados e um é viúvo. Quanto à escolaridade: um sujeito é analfabeto; dois sujeitos possuem escolaridade em nível básico e outro sujeito possui ensino médio. Entre os sujeitos entrevistados dois deles tem a profissão: do lar, um contador e um topógrafo.

DADOS CLÍNICOS DOS PACIENTES

PACIENTE	DOENÇA CRÔNICA	TRATAMENTO	TEMPO TRATAMENTO
S 1	Insuficiência cardíaca	Pré-cirúrgico	10 anos
S 2	Insuficiência renal crônica	Hemodiálise	5 anos
S 3	Câncer Esôfago	Quimioterapia	3 anos
S 4	Câncer Mama	Radioterapia	2 anos

Tabela 2 – Dados clínicos dos pacientes.
 Fonte: elaborado pela autora da pesquisa, 2011.

Mediante a tabela sobre os dados clínicos dos sujeitos, percebe-se que os sujeitos fazem os seguintes tratamentos clínicos: tratamento pré-cirúrgico, hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, por apresentarem o diagnóstico de insuficiência cardíaca, insuficiência renal, câncer no esôfago e câncer na mama, respectivamente. O tempo em tratamento varia entre dois anos a dez anos em tratamento clínico.

3.6.2 Contato com os participantes

O contato com os participantes da pesquisa foi feito na metade do primeiro semestre do ano de dois mil e onze, conforme planejamento feito na disciplina de TCC-1. Após aprovação do Comitê de Ética da Unisul, com a autorização do orientador do TCC – Prof. Maurício Eugênio Maliska.

Após a autorização, os sujeitos foram previamente contatados pela pesquisadora, com autorização da equipe médica e técnica que os liberou para as entrevistas.

A partir deste contato, foi esclarecido aos sujeitos que a pesquisadora é acadêmica do curso de Psicologia da UNISUL e que estava realizando uma pesquisa com sujeitos que foram submetidos a tratamento por apresentarem doença crônica. Sendo assim, foi feito o convite para estes participarem da pesquisa. Foram informados sobre os objetivos do estudo, a gratuidade de sua participação, bem como, as questões ética e de sigilo da pesquisa que será utilizada para fins científicos. Para maior legitimidade dos dados a serem coletados, foi verificado com cada participante a possibilidade da utilização do recurso do gravador, onde foi permitido por todos os entrevistados. Também, foi informado se caso houvesse desconforto, por parte do sujeito da pesquisa, a mesma seria interrompida imediatamente, sendo o sujeito acolhido pela pesquisadora.

3.6.3 Coleta e registro de dados

Após o contato inicial, com os sujeitos foi iniciada a coleta dos dados. Todos os quatro sujeitos convidados concordaram em participar deste estudo. Cada sujeito foi informado sobre as questões referentes ao sigilo das informações e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a sua participação efetiva na pesquisa. Também, concordaram em ser gravada a entrevista e assinaram o Termo de Consentimento para gravações. Cada participante recebeu uma cópia dos dois termos.

As entrevistas foram realizadas junto ao leito dos sujeitos, por estarem em tratamento clínico e internados na instituição hospitalar.

Após a coleta, as entrevistas foram transcritas e o material coletado foi registrado pela pesquisadora em seu computador pessoal, ficando esta responsável pelo arquivamento das informações obtidas, bem como pelo sigilo destas.

3.6.4 Organização, tratamento e análise dos dados

Os dados foram agrupados em categorias posteriores, criadas a partir da fala e do conteúdo de cada sujeito e de acordo com as ocorrências mais significativas e persistentes para a pesquisa.

Os dados coletados foram analisados a partir das categorias elaboradas, para que então, fossem tratados a partir das repostas de cada sujeito da pesquisa e o referencial teórico proposto pelo presente estudo. Assim sendo, a análise de dados foi realizada pela técnica de análise de conteúdos.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentadas a descrição e a análise de dados coletados por meio das entrevistas com os pacientes hospitalizados, e a discussão dos mesmos, com o intuito de alcançar o objetivo geral desta pesquisa que busca caracterizar como o paciente hospitalizado com doença crônica enfrenta o seu adoecimento. Ao mesmo tempo em que serão identificados os objetivos específicos: a) Identificar a percepção do paciente sobre seu processo de adoecimento. b) Identificar os fenômenos psicológicos mais relevantes da doença crônica desencadeados no processo de adoecimento. c) Identificar as estratégias de enfrentamento dos pacientes com doença crônica.

Para construir a descrição e análise de dados foram estabelecidas categorias posteriores, que foram relacionadas aos objetivos específicos da pesquisa citados anteriormente, e também, a partir da fala e do conteúdo de cada sujeito entrevistado, conforme as ocorrências mais significativas e constantes neste estudo.

Assim, as categorias foram distribuídas em três sub-capítulos e analisadas de acordo com o seu conteúdo, a fim de relacioná-las aos resultados obtidos em campo, principalmente, com os conhecimentos científicos constante no referencial teórico deste estudo, com a construção de argumentos da pesquisadora.

Optou-se por apresentar os dados da seguinte maneira: No primeiro subcapítulo, poderá ser observado “o paciente e o processo de adoecimento”, no segundo, “os fenômenos psicológicos desencadeados no processo de adoecimento” e, no terceiro, “as estratégias de enfrentamentos utilizadas pelos pacientes com doença crônica”.

4.1 O PACIENTE E O PROCESSO DE ADOECIMENTO

Para atender a demanda do primeiro objetivo específico desta pesquisa, que é identificar a percepção do paciente sobre seu processo de adoecimento, classificaram-se os conteúdos das falas dos sujeitos, nas seguintes categorias: 1. A dor 2. A cura 3. A adesão ao tratamento.

A PERCEPÇÃO SOBRE O PROCESSO DE ADOECIMENTO

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR	FREQ.
Dor	<p>“[...] sempre estou com dor de cabeça e tontura” (S1).</p> <p>“[...] não sei o que é passar um dia sem dor, to sempre com uma zuada na minha cabeça ”(S1).</p> <p>“[...] sentia muita fraqueza e dores nas juntas e joelhos” (S2).</p> <p>“[...] sinto fortes dores de garganta” (S3).</p> <p>“[...] senti a maior dor da minha vida, quando o médico enfiou aquela pinça na minha garganta” (S3).</p> <p>“[...] sinto dor de garganta e dificuldade de comer e falar” (S3).</p> <p>“[...] queria saber o que tava acontecendo, pois a dor não parava nunca” (S2).</p> <p>“[...] sentia uma dorzinha ardida no peito” (S4).</p> <p>“[...] senti a maior dor da minha vida” (S4).</p>	8

Cura	<p>“[...] é que é uma doença que num tem cura, e sei que num vou ficar boa” (S1).</p> <p>“[...] o médico garante que só a radio acaba com ele nódulo, o que eu mais quero é ficar bom e voltar para casa” (S2).</p> <p>“[...] é uma doença que muda a vida da gente, e num tem cura” (S2).</p> <p>“[...] se não cuidar essa doença, vem como um trator em cima da gente” (S2).</p> <p>“[...] a gente sabe que não tem cura, ai desanima fazer o tratamento” (S1)</p> <p>“[...] eu sei que não tem cura mesmo “(S1).</p> <p>“[...] dai desanimo sei que num vou ficar boa mesmo” (S1).</p>	
Adesão ao tratamento	<p>“[...] eu também não faço a dieta, que os médicos passam” (S1).</p> <p>“ [...] o remédio eu tomo direitinho, mas a dieta eu faço quando tenho vontade”(S1).</p> <p>“[...] nunca fiz o tratamento direito, tomava o remédio e bebida alcoólica junto” (S2).</p> <p>“[...] não fazia o que o médico mandava comia comidas bem salgadas, e tomava bebida alcoólica sempre” (S2).</p> <p>“[...] fiz o tratamento antes, fiquei bem bom mesmo, ai relaxei comecei a beber e pronto voltou tudo” (S2).</p> <p>“[...] tô fazendo o tratamento bem certinho, eu não quero voltar para casa sem fazer todo o tratamento, tô consciente que tenho que fazer tudo certinho” (S4).</p> <p>“[...] a minha pressão está descontrolada, tomo o remédio direitinho, a minha pressão é emocional, sempre quando me incomodo” (S4).</p> <p>“[...] eu tomo o remédio e faço minha caminhada, agora apareceu também a diabete também, mas já to me tratando” (S4).</p> <p>“[...] Achei que era mesmo o meu fim.” (S2)</p>	8

Tabela 3: A percepção sobre o processo de adoecimento.

Fonte: Elaborada pela autora, 2011.

4.1.1 A DOR

Os sujeitos relataram suas experiências do tratamento clínico demonstrando suas visões e interpretações sobre o processo de adoecimento. A fim de ilustrar como o sujeito vivencia o adoecimento, destacamos as seguintes falas:

Sentia muita fraqueza e dores nas juntas e nos joelhos (S2)

Este sujeito relata que a fraqueza e as dores foram fatores determinantes para a procura de tratamento médico. Neste sentido, Santos e Sebastiane (1999) afirmam que o paciente com doença crônica está sempre lutando para compreender e aceitar a doença para conseguir conviver com ela. Assim, o doente nestas condições dolorosas e conflituosas deverá ser percebido com um ser biopsicossocial, a fim de manter sua integridade como um todo. Para Schneider (2005), o doente crônico é um sujeito com uma série de limitações, restrições, incapacidades, restrições psicológicas e sociais que demandam diversos cuidados. Isto é, proporcionar aos pacientes alternativas para lidar com o sofrimento e o alívio da dor. Outro sujeito diz:

Não sei o que é passar um dia sem dor (S1)

Diante deste comentário, é possível perceber o sofrimento vindo da doença crônica que surge na vida do sujeito como um inimigo que precisa ser combatido, por meio de medicamentos ministrados pelos profissionais da saúde e apoio psicológico. Nesses momentos, conforme Carvalho (1994) citado por Angerami-Camon (2004, p.76) é o momento onde o sujeito vive em estresse e ansiedade, pois há o confronto com a dor. Estes autores afirmam que:

A dor é pessoal, intransferível e ninguém sabe realmente como é a dor do outro, quanta dor ele sente [...] Cada dor é a dor de uma pessoa, com sua história, sua etnia, personalidade, contexto, momento. A mesma dor, em diferentes situações, pode nem sempre ser percebida ou ser muito forte, em decorrência da distração ou atenção oferecida a ela.

Estes relatos mostram como os sujeitos com doença crônica percebem o seu

adoecimento, influenciados pelos sintomas e sofrimentos característicos de cada patologia.

Assim sendo, o psicólogo poderá atuar junto ao paciente, envolvido com o adoecimento, facilitando a sua saúde mental e ajudando-o a enfrentar a doença. O trabalho terapêutico deverá considerar a percepção dos sujeitos, seus recursos de enfrentamentos e suas estratégias para conviver com os conflitos que o tratamento impõe. Neste contexto, é indispensável o trabalho do psicólogo para auxiliar na adesão ao tratamento e na recuperação da saúde, contribuindo para a minimização do sofrimento provocado pela doença crônica e pela dor que conforme foi constatado é uma constante na vida do sujeito com doença crônica.

4.1.2 CURA

No que se referem à cura todos os sujeitos relataram seu sofrimento com a impossibilidade de cura, sentiram desmotivação para aderir ao tratamento ou até a reeducação alimentar. Uma das estratégias de enfrentamento disfuncionais apontadas por um determinado sujeito foi o uso de substâncias alcoólicas. Por meio das falas dos sujeitos observa-se que o conhecimento sobre a gravidade da doença e a impossibilidade de cura desestimulou o sujeito em seus cuidados:

Não fazia o que o médico mandava [...] pois sei que por mais que eu me ajude, eu não terei a cura do meu mal. (S2)

Klüber-Ross (2005), ao falar sobre a cura da doença, esclarece que o sofrimento do sujeito vai além dos sintomas físicos, como: dores, desconfortos e sequelas, incluindo o sofrimento psicológico e as condições em que o adoecimento acontece. Ao mesmo tempo em que esclarece que devido ao tempo de tratamento (nestes casos variam entre dois a dez anos), bem como as características do tratamento, com o tempo maior na terapêutica os sujeitos apresentam menos espírito de luta e menor determinação, comparados aos que iniciam o tratamento apresentando mais expectativas. Ao mesmo tempo em que Barros (2003) afirma que a doença física causa impacto emocional, causando algumas dificuldades, entre elas, a perda de iniciativa acompanhada de sentimentos de incapacidade. Outro sujeito relata que:

Se não cuidar essa doença, vem como um trator em cima da gente. (S2)

Klüber-Ross (2005) descreve que o sofrimento em virtude do adoecimento crônico onde relata que o paciente em tratamento e em sofrimento, associado às idéias de fatalidade e irreversibilidade da doença (apesar do tratamento), gera nos pacientes intensos sentimentos de raiva, medo, ansiedade, negação, insegurança, incapacidade, entre outros.

Os relatos relacionados à categoria "cura", expõe a forma com os sujeitos interagem com a gravidade da doença crônica. Fica perceptível o desânimo que a dor instiga associada ao caráter incurável da doença crônica.

Porém, cabe ao psicólogo e demais integrantes da equipe de saúde promover os cuidados paliativos orgânicos e emocionais auxiliando o sujeito a se conhecer melhor, cuidar da sua saúde física e psicológica.

Estes relatos revelam que além dos efeitos colaterais do tratamento, existe a convivência com os efeitos emocionais causados pelo impacto da doença crônica, que possui como maior agravante a impossibilidade de cura.

4.1.3 ADESÃO AO TRATAMENTO

Entre os sujeitos que aderiram ao tratamento, observou-se a preocupação em fazer o tratamento corretamente, a fim de diminuir os sintomas e os efeitos colaterais da própria terapêutica, conforme expresso na seguinte fala:

Quando fiz o tratamento direitinho fiquei bem bom. (S2)

Assim sendo, o psicólogo também tem a responsabilidade em orientar sobre a importância de seguir as "prescrições médicas", ao que diz respeito ao tratamento, bem como a dieta necessária a cada paciente. Entretanto, Silva (2002) enfatiza que quando a pessoa é surpreendida com o diagnóstico de doença crônica enfrenta alterações no seu estilo de vida desencadeadas por restrições decorrentes na presença da doença, das necessidades de tratamento e controle clínico, além das possíveis internações hospitalares. Outro sujeito relata

que tem dificuldades em aderir ao tratamento e a dieta, devido a bebida alcoólica, conforme relata:

Não fazia o que o médico mandava e comia comidas bem salgadas [...] bebia bebida alcoólica (S2)

A doença crônica, com as suas características e sua complexidade, tornou-se um dos o maiores problemas de saúde pública no Brasil. Ismael (2005) salienta sobre a importância das políticas públicas de saúde, em dar maior suporte ao tratamento dos pacientes com doença crônica, tendo em vista, os impactos físicos, psicológicos, econômicos e sociais que ela acarreta.

Observando esta questão, os sujeitos enfrentam além das patologias clínicas, as comorbidades, tais como: depressão, ansiedade, dependência química, entre outros que exigem tratamento individualizado. Conclui-se mediante os estudos teóricos, incluídos nesta pesquisa, que a adesão ao tratamento da doença crônica poderá ser facilitada pela atuação do psicólogo no contexto hospitalar. Neste sentido, conforme Angerami-Camon “a medicina avança tecnologicamente, mas não evolui igualmente em tratamento humanizado. Por isso, não se pode prescindir da escuta do psicólogo, na equipe multidisciplinar de saúde”.

Também, percebe-se a importância do psicólogo por meio de suas intervenções com o sujeito auxiliando-o a aderir ao tratamento, haja vista, conforme declara Malerbi (2002, p.144), que “a pobre adesão ao tratamento constitui-se, num dos problemas mais importantes enfrentados pelos profissionais de saúde”.

A fim de destacar essas particularidades da doença crônica, Malerbi (2002) refere-se a elas como as maiores dificuldades na adesão ao tratamento, constituindo num dos problemas mais importantes enfrentados pela equipe de saúde.

Os relatos relacionados à categoria “adesão ao tratamento” mostra que as transformações ocasionadas na vida do sujeito com doença crônica geram estresse, ansiedade e depressão, entre outros afetos, interferindo suas vidas significativamente.

O sujeito refere a “abstinência da bebida alcoólica” como uma mudança impactante, que é vivida ao ter que assumir um novo estilo de vida com reeducação alimentar e adesão ao tratamento, bem como as restrições que se fazem indispensáveis durante todo o processo de adoecimento e tratamento. Assim, percebe-se a ingestão de bebida alcoólica como uma estratégia de enfrentamento disfuncional, ao mesmo tempo em que compromete o tratamento.

4.2 OS FENÔMENOS PSICOLÓGICOS DESENCADEADOS NO PROCESSO DE ADOECIMENTO

Para atender a demanda do segundo objetivo específico desta pesquisa, que é identificar os fenômenos psicológicos mais relevantes desencadeados durante o processo de adoecimento, classificaram-se os conteúdos das falas dos sujeitos, na categoria denominada: Afetos.

FENÔMENOS PSICOLÓGICOS DESENCADEADOS NO PROCESSO DE ADOECIMENTO

CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR	FREQ.
AFETOS	<p>“[...] o médico quer operar meu coração, mas eu não quero, pois o médico não me dá garantia que vou ficar boa” (S1).</p> <p>“[...] a gente sabe que não tem cura, ai desanima fazer o tratamento” (S1)</p> <p>“[...] eu sei que não tem cura, fico triste “(S1).</p> <p>“[...] dai desanimo sei que num vou ficar boa mesmo” (S1).</p> <p>“[...] ás vezes acho que nunca fui feliz, e nem sei o que é ser feliz”(S1).</p> <p>“[...] pensei que era o meu fim mesmo” (S1).</p> <p>“[...] me sinto mais confiante que vai dar tudo certo” (S2).</p> <p>“[...] sou um cara novo, não posso desanimar” (S2).</p> <p>“[...] então quando o médico me falou que era um nódulo, pensei o jeito é eu lutar mesmo” (S4).</p> <p>“[...] as vezes fico com medo, com raiva e penso será que vai dar resultado tudo o que to fazendo”(S4).</p>	10

Tabela 4: Fenômenos psicológicos desencadeados pelo processo de adoecimento.
Fonte: Elaborado pela autora, 2011.

4.2.1 AFETOS

Todos os sujeitos entrevistados apontaram como mudanças ocorridas em suas vidas, após terem iniciado o tratamento, as suas emoções e dificuldades em lidar com elas.

Descreveram os afetos ao relatar as vivências que geram estresse, ansiedade e angústia, conforme os relatos. Um sujeito sente-se muito incomodado com o tratamento e suas características, ou seja, que não há probabilidade de cura:

Eu sei que não tem cura. Fico triste. (S1)

Mediante estes afetos e consequências observáveis, Nigro (2004) confirma este relato, ao dizer que a doença crônica, se manifesta por meio de sintomas e sinais, os quais interrompem o “*continuum*” da vida, gerando desequilíbrio, dependência e perda de autonomia, onde a vida se transforma em algo incômodo, doloroso e com muita aflição, em meio à angústia e ansiedade. Outro sujeito refere-se ao medo e a dúvida quanto aos resultados do tratamento:

Às vezes fico com medo, com raiva e penso será que vai dar resultado tudo o que to fazendo (S4)

Os afetos apontados pelos sujeitos também são expressos nas palavras de Schneider (2005) que destaca que o paciente crônico aceite sua realidade de que certamente não se curará e, ao mesmo tempo, que sua condição piorará à medida que a doença progredir.

Observando essas mudanças, Reichsman e Levy (1977) citado por Meletti (2003) garantem que as transformações procedentes do tratamento ao lado dos quadros depressivos provocam diversos sentimentos: tristeza, abandono, irritação, ansiedade e angústia. Destaca que essas alterações na vida do sujeito ocorrem, além das mudanças em questões práticas do dia-a-dia, pelas modificações no estado emocional e físico do sujeito.

Os relatos relacionados à categoria “afetos” revelam que as transformações ocasionadas na vida do sujeito com doença crônica geram estresse, ansiedade e depressão, entre outros transtornos psicológicos.

Os sujeitos se referem aos “afetos” como uma mudança significativa, que é vivenciada ao saber, que apesar de toda sua dedicação ao tratamento, este não leva à cura. Diante dos afetos manifestados neste tipo de tratamento que não possibilita a cura da doença, Angerami-Camon (2004) destaca que é essencial estimular o paciente em buscar a autonomia e ajudá-lo a seguir o tratamento, apesar dos efeitos colaterais e do progresso contínuo da doença. Nos relatos dos sujeitos ficaram evidentes as alterações emocionais advindas do adoecimento e do caráter incurável da doença. A presença da doença afeta o sujeito negativamente de modo que

alguns deles, além do sofrimento físico, debilitam-se mais rapidamente por meio destes afetos, provocando desmotivação, revolta, raiva e muitas vezes fazendo o sujeito preferir a morte. Junto destes afetos fica evidente a dúvida em prosseguir ou não o tratamento. Neste sentido, há situações em que o sujeito revolta-se com as constantes hospitalizações e intervenções realizadas, de modo, que estas invadem sua privacidade causando dor, desconforto e raiva.

4.3 AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DOS PACIENTES COM DOENÇA CRÔNICA.

Para atender a demanda do terceiro objetivo específico desta pesquisa, que é identificar as estratégias de enfrentamento dos pacientes com doença crônica, classificaram-se os conteúdos das falas dos sujeitos, nas seguintes categorias: 1. Rede de Apoio Social. 2. Fé.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DOS PACIENTES COM DOENÇA CRÔNICA		
CATEGORIA	UNIDADE DE CONTEXTO ELEMENTAR	FREQ.
REDE DE APOIO SOCIAL	<p>“[...] me sinto bem, pois aqui sou bem cuidada, toda hora a enfermeira vem me ver e quando preciso de alguma coisa ela me atende e trás p que eu peço” (S1).</p> <p>“[...] me sinto bem, tava muito ruim quando vim pra cá, achava que não ia escapar” (S2).</p> <p>“[...] ainda bem que estou aposentado assim, posso cuidar mais de mim” (S2).</p> <p>“[...] sou muito bem tratado no hospital, aqui eles nós tratam bem demais” (S3).</p> <p>“[...] a comida que é meio ruim, mas as vezes meu filho trás comida caseira, e elas me deixam comer”(S3).</p> <p>“[...] aqui é muito bom, dizer que ta em casa num dá porque estamos longe da família” (S4).</p>	15

	<p>“[...] nossa somos muito bem tratados, comida na hora, enfermeira sempre aqui, e tudo limpinho” (S4).</p> <p>“[...] lá em casa nem sempre é assim aqui tô com minha cabeça descansada, não tem neto gritando no meu ouvido, e nem meu marido me pedindo tudo na mão” (S1).</p> <p>“[...] em casa meus netos ficam o tempo todo me perturbando, são cheios de problemas e esquecem que sou uma mulher doente e não posso me incomodar” (S1).</p> <p>“[...] e o pior que as minhas filhas acham que é porque sou velha” (S1).</p> <p>“[...] vou enfrentar com minha família eles gostam muito de mim” (S2).</p> <p>“[...] meus filhos são muito agarrados comigo, sou bem quisto, é isso que me faz botar a vida pra frente” (S2).</p> <p>“[...] na hora veio um desespero, ai meu filho me abraçou e disse que tava comigo” (S3).</p> <p>“[...] as vezes fico no meu canto, sabe como é velho e doente sempre incomoda” (S3).</p> <p>“[...] minha família, meus netos são tudo na minha vida, eles gostam muito de mim” (S4).</p>	
<p>FÉ</p>	<p>“[...] mas vou levando até a hora que Deus vier me buscar. Me sinto muito triste, mas a fé ajuda.” (S1).</p> <p>“[...] vou levando como Deus quer, ele que sabe quanto tempo ficarei aqui” (S1).</p> <p>“[...] as vezes acho que fui castigada, com esse sofrimento, mas sei que Deus não castiga ninguém” (S1).</p> <p>“[...] acabei aqui tava bem ruim mesmo, mas agora estou melhor graças a Deus” (S2).</p> <p>“[...] com o apoio de Deus e da minha família, vou conseguir superar esta fase” (S2).</p> <p>“[...] fui naquele lugar de imposição de mãos, e quando eu melhorar irei, lá de novo, gosto das coisas de Deus” (S3).</p> <p>“[...] me abraçou e eu pensei tenho que ter fé, assim vou</p>	<p>12</p>

	<p>conseguir lutar” (S3).</p> <p>“[...] tenho fé que Deus vai me ajudar, sou católico e sempre vou a missa” (S3).</p> <p>“[...] o médico disse que pode voltar a minha doença, mas tenho fé que não voltará” (S4).</p> <p>“[...] sempre me apego em Deus e no divino pai eterno, Deus não da a cruz que a gente não pode carregar” (S4).</p> <p>“[...] enfrento com fé e otimismo, e nunca me revoltei contra Deus, diz que num é bom se revoltar” (S4).</p> <p>“[...] na hora difícil procuro pensar em Deus, que ele vai me deixar mais um pouco aqui” (S4).</p>	
--	--	--

Tabela 5: Estratégias de enfrentamento dos pacientes com doença crônica.
 Fonte: Elaborada pela autora, 2011.

4.3.1 REDE DE APOIO SOCIAL

A maioria dos sujeitos relatou a falta de apoio da família durante o processo de adoecimento. Porém, há famílias que prestam grande assistência ao doente crônico, ao mesmo tempo em que a equipe técnica de saúde dá uma assistência que satisfaz o doente crônico. Fica claro que a doença crônica de um sujeito também é a doença de sua família, quando seus familiares estão implicados neste processo de adoecimento. Os laços de afetividade que marcam a estrutura da família são responsáveis pelo envolvimento de todos os seus entes no enfrentamento de qualquer situação. As falas a seguir, ilustram as questões psicossociais dos sujeitos:

Minha família, meus netos são tudo na minha vida, eles gostam muito de mim. (S4)

Outro sujeito expõe o apoio recebido da equipe de saúde:

Sou muito bem tratado no hospital, aqui eles nos tratam bem demais. (S3)

Conforme Malerbi (2002, p. 147), a baixa adesão ao tratamento, no processo de

adoecimento deve-se, a falta de apoio da rede social, onde afirma que: “é necessário que o ambiente social do indivíduo: família, amigos, profissionais de saúde, forneçam reforços contingentes à apresentação de comportamentos de auto-cuidado para manter comportamentos de adesão ao tratamento”.

Um sujeito revela enfrentar a doença crônica com o apoio da equipe técnica de saúde, com suas especialidades:

Me sinto bem, pois aqui sou bem cuidada. Toda hora a enfermeira vem me ver e quando preciso de alguma coisa, ela me atende e traz o que eu peço. (S1)

E, sobre as questões psicossociais, Malerbi (2002) destaca alguns exemplos de apoio, tais como: acolher e apoiar o paciente, informar pacientes e familiares sobre os aspectos específicos da doença e envolver familiares e outras pessoas significativas no tratamento, como indispensável para melhor adesão ao tratamento da doença crônica.

Os relatos relacionados à categoria “a rede de apoio social” demonstram a importância dos vínculos estabelecidos entre o sujeito com a equipe técnica de saúde, bem como seus familiares. Vínculos reconhecidos como indispensáveis no processo de tratamento clínico, segundo a proposta de Angerami-Camon (2004), pois quando o sujeito é acometido de uma doença de características crônicas enfrenta alterações no estilo de vida provocadas por certas restrições decorrentes da presença da doença crônica, das necessidades terapêuticas e de controle clínico, além das possibilidades de submeter-se a internações hospitalares recorrentes. Em situação de dificuldades, é comum que haja engajamento e envolvimento familiar na busca de resolução. Sendo próprio da existência humana quando um ente familiar adoecer, ocorrem como em alguns trechos das entrevistas aqui utilizadas, percebeu-se a cooperação e o envolvimento de algumas famílias na perspectiva de encontrar soluções para as dificuldades orgânicas e emocionais provenientes da doença crônica.

4.3.2 FÉ

Com relação a acreditar em Deus, há a crença na assistência divina, independente de fazer o tratamento ou não. Os sujeitos expressaram desde a aceitação da doença até a impossibilidade de cura, como sendo a vontade de Deus. Acreditando na vontade de Deus, as

suas condições de saúde, ou melhor, o adoecimento, seria por permissão divina e a partir desta crença, há a aceitação do processo de adoecimento, e a fé que Deus poderá aliviar o seu sofrimento:

Tenho fé que Deus vai me ajudar, sou católico e sempre vou à missa. (S3)

Paralelamente, observa-se a expectativa de melhora, de recuperação e de esperança, mesmo que pouca. Há o uso de rituais como ir à missa, fazer orações para enfrentar a doença. Nos relatos fica evidente a fé dos sujeitos em Deus como forma de encarar a doença. Um sujeito tem a expectativa de que com a sua fé a doença não voltará. Conforme França, (2001), cabe ao psicólogo respeitar as estratégias de enfrentamento dos pacientes e acrescentar orientações que auxiliem o paciente a perceber de forma mais realística, entretanto, sendo empático e sensível ao sofrimento dos pacientes.

De acordo com Klüber-Ross (2005), diante da gravidade da doença crônica e todo o sofrimento que ela incita o indivíduo tenta adaptarem-se a essa condição, porém, passa por alguns estágios, sem uma sequência muito lógica, onde se destacam as fases de negação, revolta, permuta desânimo e aceitação. Estas fases não ocorrem de forma linear, constante, em sequência ou uma vez experienciada, nada garante que não ocorrerá novamente. São formas de lidar com o sofrimento que permite ao doente crônico relacionar-se com o sofrimento e a finitude da vida, da maneira que lhe é possível. Neste sentido, observou-se, nos sujeitos entrevistados, ora a aceitação da morte como sendo a vontade de Deus, ora a aceitação do caráter incurável da doença através da busca espiritual, que seria capaz de reverter o caráter crônico da doença. Assim, o sujeito faz uma espécie de acordo com Deus, por intermédio de orações, missas e outros rituais, a fim de obter a sua cura. O intuito que prevalece é o prolongamento da vida.

Diante desta constatação, Kim, Yeom, Seo, Young, Kim & Yoo (2002), citados por Neves (2004, p. 203) dizem que: “alguns fatores podem adaptar-se a esse processo de forma positiva, como o suporte social, a religião, ou a ausência de problemas familiares, conjugais ou financeiros”.

Cabe destacar, que há dados da literatura, de acordo com Matheus, Mccullough, Larson, Koenig, Swyers & Milano (1988), citados por Neves (2004), apontam para o uso da fé, como uma estratégia muito utilizada por pacientes adoentados, principalmente quando há risco de vida, como é o caso das doenças crônicas. Lima (2000), citado por Neves (2004, p.

204), acrescenta:

A religiosidade constitui-se de segmentos culturais positivos, como altruísmo e solidariedade objetiva, por exemplo. [...] Alguns estudos sugerem que a prática religiosa pode ser benéfica na prevenção de doenças mentais e orgânicas, facilitando o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e auxiliando no processo de recuperação de doenças.

Um sujeito ao ser questionado sobre o processo de adoecimento relata:

“[...] mas vou levando até a hora que Deus vier me buscar. Me sinto muito triste, mas a fé ajuda.” (S1)

Surge a confiança em Deus com a fé para enfrentar os sentimentos diante do sofrimento causado pela doença crônica. E, conforme Koenig e Larson (2001) citado por Dalgallarondo (2008), há diversos trabalhos indicando que há uma associação entre maior religiosidade e melhor saúde mental, ao mesmo tempo em que, embora a depressão, a ansiedade e outros transtornos mentais possam motivar a busca de envolvimento em atividades religiosas, tende mais a aliviar estes sofrimentos do que aumentá-los.

Os relatos relacionados à categoria “fé” revela a impotência de lidar com a doença crônica, ao mesmo tempo, em que o paciente acredita que a cura da doença crônica, poderá se dar por intervenção divina. Relacionando fé e doença física Levin e Schiller (1987) citado por Dalgallarondo (2008), afirma que as estatísticas revelam melhoras no estado geral dos pacientes, bem como sintomas gerais, longevidade quando associados a crenças religiosas. Ao mesmo tempo afirma que a associação com crenças e maior envolvimento religioso diminui a frequência de doenças cardiovasculares, câncer, hipertensão, entre outras. Fica demonstrado que o envolvimento religioso favorece o enfrentamento da doença, suas sequelas, bem como, o incômodo durante todo o tratamento. A fé é utilizada como opção para lidar com o sofrimento advindo da doença crônica nas inúmeras hospitalizações, mesmo que a perspectiva não seja de cura. Os sujeitos por meio da fé enfrentam a hospitalização, haja vista, ter-se percebido a utilização de rosários, imagens e bíblias, bem como a referência dos próprios sujeitos nas orações que executam durante a permanência no hospital.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a efetivação deste estudo, buscou-se responder aos objetivos que esta pesquisa se propôs: identificar a percepção do paciente sobre o seu processo de adoecimento; identificar os fenômenos psicológicos mais relevantes da doença crônica desencadeados no processo de adoecimento e identificar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo paciente com doença crônica. Perceberam-se a principal característica da doença crônica, é seu caráter incurável o que influencia a não-adesão ao tratamento. Ao mesmo tempo em que desencadeia sentimentos de desesperança.

Como estratégias de enfrentamento utilizam-se a fé em Deus evidenciando uma “aceitação” diante da incurabilidade da doença, principal característica do tratamento da doença crônica, interagindo negativamente no tratamento. Através das entrevistas percebeu-se um clima apático e o humor deprimido dos sujeitos entrevistados, o que inviabilizou uma pesquisa mais profunda com dados mais significativos.

Em relação aos sintomas, de uma maneira geral, todos os sujeitos referem-se à dor como principal sofrimento no processo de adoecimento. E os sujeitos percebem que apesar dos sofrimentos provocados pela doença crônica, o tratamento não é curativo e, por consequência desanimador. O tratamento traz dor e sofrimento, ao mesmo tempo, ansiedade e depressão. Todos esses efeitos prejudicam de forma intensa a manutenção da qualidade de vida desses sujeitos. Além dos efeitos físicos, existem os efeitos psicossociais e conforme Neves (2004, p. 201) “ocorrem mudanças significativas em termos de ajustamento emocional no paciente e seus familiares”.

Durante as entrevistas, percebeu-se as expressões dos sujeitos, refletiu-se sobre as dificuldades em aderir ao tratamento com característica de incurabilidade, aliada a dor contínua que gera muito sofrimento e falta de perspectivas. Assim de acordo com Neves (2004, p.202) “qualquer mudança que ocorra na vida de um sujeito pode gerar um nível de estresse que afeta diretamente o seu desempenho social, profissional e emocional”.

Sobre a rede de apoio social, os relatos evidenciaram a falta de apoio da família o que desmotivava a adesão ao tratamento, ao mesmo tempo, em que quando a família apóia o sujeito, este encontra um sentido para continuar o tratamento apesar dos efeitos colaterais, do caráter incurável e até mesmo da presença da dor.

Em relação à dor, a maioria dos sujeitos entrevistados relatou que a dor constante, interfere na continuidade do tratamento. Essa situação muitas vezes, leva o sujeito a desistir, mesmo que temporariamente do tratamento. Ou, usar paralelamente de bebidas alcoólicas, para enfrentar seu adoecimento.

Neste sentido, questionam-se, as ações sobre a equipe de saúde receber e apoiar o sujeito, a fim de tornar-se um motivador e introduzir além do tratamento, estilos de vida, necessário a adaptação do sujeito a sua condição de saúde. A fim de melhor entendermos as dificuldades de se alcançar a integralidade, é importante contarmos com as contribuições da Psicanálise que nos aconselha sobre a impossibilidade de atingir um estado de completude. Dito de outra forma, mesmo que não há possibilidade de cura após estes tratamentos é indispensável orientar os sujeitos sobre a importância do mesmo.

Ainda sobre a incurabilidade da doença é importante os sujeitos receberem mais informações sobre as características da sua doença e de seu tratamento, sob o risco do sujeito abandonar o tratamento mediante os efeitos colaterais, seqüelas e sofrimento, com sérios prejuízos à sua qualidade de vida. As informações, da equipe de saúde sobre a terapêutica e sua função poderiam transformar positivamente o comprometimento dos sujeitos com seu tratamento.

Na categoria afetos, confirmam-se os estudos teóricos desta pesquisa que já afirmavam que o adoecimento crônico traz consigo desarmonia e desequilíbrio na vida do sujeito, ao mesmo tempo, em que causa seqüelas em sua vida e de sua família, diante do desafio de lidar com a doença crônica e incurável.

Porém, mesmo diante de tais informações sobre a doença crônica, em especial, seu caráter de incurabilidade, avalia-se indispensável a presença do psicólogo na rede de apoio social para acolher, acompanhar, orientar e se necessário for, dirigir algumas ações que estabeleçam objetivos realistas para o tratamento.

Nos relatos sobre a fé e a cura percebem-se as estratégias de enfrentamento dos pacientes diante de seu sentimento de impotência, ao avaliarem o seu próprio tratamento como doença incurável, onde o fim é a morte, apesar de todo o sofrimento que o tratamento impõe. Presume-se, que o ato desesperado de entregar sua vida a Deus, constitui-se num ato de “aceitação” ou “barganha”, a fim de prolongar seu tempo de vida.

Quanto ao alívio que o tratamento traz referente o incômodo recorrente e determinado pela doença crônica, os sujeitos, S1 e S2, enfatizaram que, ao mesmo tempo em que o tratamento gera alívio, provoca sofrimento também, devido às complicações do mesmo. Porém, o sofrimento causado pela doença crônica, por seu caráter de incurabilidade, ainda é

maior desencadeando afetos que deprimem o sujeito.

Ao longo desta pesquisa, percebeu-se por meio dos estudos e da entrevista de campo, que o tratamento da doença crônica implica uma vida com restrições, além de dor e sofrimento físico, o sofrimento emocional, que geralmente é agravado por questões sociais, não atendidas diante da falta do apoio das famílias.

Estas variáveis presentes no tratamento do sujeito com a doença crônica tornam a intervenção psicológica, indispensável no contexto hospitalar. Neste sentido, França (2001) citado por Neves (2004), esclarece que com o objetivo de tornar a vida do sujeito mais positiva, o psicólogo com suas intervenções, deve propiciar além do suporte psicológico, auxiliar o sujeito a adaptar-se melhor ao contexto de sua doença, bem como ao seu tratamento.

A pesquisadora ao atuar como entrevistadora, vivenciou o atendimento psicológico ao sujeito com doença crônica e percebeu a desmotivação no tratamento, haja vista, que todos os entrevistados expressaram a desesperança diante do tratamento da doença crônica, que não prevê a cura.

Compreende-se também, a necessidade de novas pesquisas que abordem temas como, tratamento humanizado, apoio social e estudos sobre os afetos que interagem continuamente na vida do doente crônico.

Apesar de todos os sujeitos entrevistados expressarem a fé com forma de enfrentar sua condição de paciente crônico, foi queixa geral todo o desconforto, dor e sofrimento no convívio com a doença crônica, o que reafirma a importância do acompanhamento psicológico. Nas entrevistas constatou-se a importância do profissional de psicologia como membro da equipe de saúde dando suporte no cuidado do sujeito com doença crônica.

Caberia ao psicólogo dar suporte a fim de promover a autonomia e o autocuidado destes sujeitos na prevenção das complicações emocionais advindas do processo de adoecimento crônico. Talvez o psicólogo pudesse ajudar o sujeito a fazer escolhas que poderiam levá-lo ao melhor convívio com a doença crônica e, conseqüentemente, auxiliar na prevenção ou no adiamento das complicações.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, Valdemar A. **O psicólogo no hospital**. In: Psicologia Hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1997.

_____ (Org). **E a psicologia entrou no hospital...** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

ALMEIDA, Márcia Furquim et al. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Estudo de usuário online. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 743-756, set/2002. Disponível em: <www.sbph.org.br>. Acesso em: 28 out. 2010.

BANDEIRA, Denise R. & PANZINI, Raquel G. Coping (Enfrentamento) religioso e espiritual. **Rev. Psiq. Clínica**, 34, supl1: 126-135, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-60832007000700016>>. Acesso em: 28 out. 2010.

BARROS, Tânia Martins. Psicologia e saúde: Intervenção em Hospital Geral, pp. 239-244. IN: CAMINHA, M. Renato (Orgs). **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: teoria e prática**. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2003.

BECK, Aaron e cols. **Terapia cognitiva da depressão**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

CERQUEIRA, Ana Tereza de Abreu Ramos. **O conceito de Metodologia de coping. Existe consenso e necessidade**. Coleção sobre Comportamento e Cognição. V. 5, cap. 34. p. – 271-281. São Paulo: Editora ESETEC, 2000.

CAIXETA, Marcelo. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Books, 2005.

FILHO, Júlio Melo e Colaboradores. **Psicossomática Hoje: O Problema da Dor**. cap.16. p. 165-177. Porto Alegre. Artmed editora Ltda. 1992.

FILHO, Júlio Melo e Colaboradores. **Psicossomática Hoje: Psicoterapias Breves em Hospitais**. cap. 37. p. 362-369. Porto Alegre. Artmed editora Ltda. 1992.

FRANÇOSO, Luciana Pagano Castilho. Assistência psicológica a criança com câncer: grupo de apoio. In E.R.M, Valle (org) **Psico- Oncologia Pediátrica**, 1 ed.São Paulo: Casa do

Psicólogo, 2001.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIDO, Laura de A. **Stress e “coping” entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica**. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2003.
GOLDEMBERG, Ricardo; OTUMI, Cristiane. **Análise de conteúdo segundo Bardin**: Procedimento metodológico utilizado na pesquisa sobre a situação atual da percepção musical nos cursos de graduação em música no Brasil. In: SIMPÓSIO DE COGNIÇÃO E ARTES MUSICAIS, 4; 2008. Disponível em: <http://www.fflch.usp.br/dl/simcam4/downloads_anais/SIMCAM4_Ricardo_Goldemberg_e_Cristiane_Otutumi.pdf>. Acesso em 06 nov./2010.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss**. São Paulo: Editora Objetiva, 2001.

ISMAEL, Silva Maria Cury (Org). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JR, Jamir João Sardá, e Colaboradores. **Avaliação e Medidas Psicológicas: Avaliação Psicológica de pacientes com dor crônica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KÜBLER, Rossi, Elizabeth. **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Editora Martins fonte, 2005.

LIPP, Marilda N. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MALERBI, Fani Eta Korn. **Adesão ao tratamento**. Coleção sobre Comportamento e Cognição. V. 5, cap. 17. pp. – 144-149. São Paulo: Editora ESETEC, 2002.

MARTINS, Luciana Mendes e tal. **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica**. Estudo de usuário online. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, nº 3 dez/1996. Disponível em: <www.eerp.usp.br>. Acesso em: 29 out. 2010.

MEIRELLES, Betina et al. Condições associadas à qualidade de vida dos idosos com a doença crônica. Estudo de usuário online. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 433-440, 2010. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/18884>
Acesso em: 15 out. 2010.

MELETI, Marli Rosani. **O paciente em hemodiálise**, pp. 115-125. IN: ANGERAMI-

CAMON, Valdemar Augusto. (Org.). *A Psicologia no Hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

NEVES, Eliany Moreira Lima. **Estratégias de Enfrentamento em pacientes com câncer**. Coleção sobre Comportamento e Cognição. V. 14, cap. 23. p. – 201-205. São Paulo: Editora ESETEC, 2004.

NIGRO, Magdalena. **Hospitalização: o impacto na criança, no adolescente e no psicólogo hospitalar**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

NÓBREGA, Vanessa et al. Rede de apoio social das famílias de crianças em condição crônica. Estudo de usuário online. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 431-440, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n3/v12n3a03.htm>>. Acesso em: 14 out. 2010.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (1948) Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf> Acesso em: 16 out.2010

PAREDES, Tiago et al. Impacto da doença na qualidade de vida. Estudo de usuário online. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 9, n. 1, p. 77-87, 2008. Disponível em: scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000100007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: 14 out. 2010.

RESENDE, Marinéia Crosara e tal (2007). Atendimento psicológico a pacientes com insuficiência renal crônica: Em busca de ajustamento psicológico. Estudo de usuário online. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, V. 19, nº. 2, out. 2007. Disponível em <www.psicologiaclinica.org.br>. Acesso em: 15 out. 2010.

REY, F. L. G. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira, 2002.

SANTOS, Cláudia Tavares dos & SEBASTIANI, Ricardo Werner. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. Org. **E a Psicologia entrou no Hospital...** São Paulo: PioneiraThomson Learning, 1996.

SCHNEIDER, Pierre-Benoit, *Psicologia Médica das doenças Agudas e Crônicas*. In: CAIXETA, Marcelo. **Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Guanabara Books, 2005.

SILVA, Lúcia de Fátima et al. Doença crônica: o enfrentamento pela família. **Acta Paul**

Enfermagem, v. 15, n. 1, p. 40-47, jan/mar, 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 29 out / 2010.

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA. Pró-Reitoria Acadêmica. Programa de Bibliotecas. **Trabalhos acadêmicos na Unisul**: apresentação gráfica para tcc, monografia, dissertação e tese. 3. ed. rev. e ampl. Tubarão: Ed. Unisul, 2010.

VIEIRA, Maria Aparecida e LIMA, Regina Aparecida Garcia (2002). Crianças e adolescentes com doença crônica: Convivendo com mudanças. Estudo de usuário online. **Rev. Latino-americana Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 552-560, 2002. Disponível em: scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
Acesso em: 15 out. 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista

Este roteiro de entrevista destina-se à coleta de dados para a elaboração do trabalho de conclusão de Curso, do Curso de Psicologia da UNISUL.

Identificação do paciente:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Naturalidade:

Cidade em que reside:

Religião:

Escolaridade:

Profissão:

Diagnóstico:

Dados sobre procedimentos:

Data internação.../.../...

Entrevista:

1. Você sabe o motivo, pelo qual está internado?
2. O que você sabe sobre sua doença?
3. Como foi o seu processo de adoecimento?
4. Como você se sente estando internado?
5. Fale um pouco do seu tratamento e deste período de internação?
6. O que você pensa sobre a doença crônica?
7. O que você sente tendo uma doença crônica?
8. Como você age diante da doença crônica?
9. Como você enfrenta a sua doença?

10. Você gostaria de falar alguma coisa sobre sua doença, que não lhe foi perguntado?

ANEXOS

ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: **Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes hospitalizados com doença crônica.**

Eu, _____, declaro que fui informado (a) que participarei de um estudo que tem por objetivo: **Investigar as estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes hospitalizados com doença crônica.** Para tanto participarei de uma entrevista, da qual estou ciente da sua gratuidade, que terá duração aproximada de 30 (trinta) minutos, com data e horário marcados a partir da minha disponibilidade.

Essa entrevista ocorrerá nas dependências do Imperial Hospital de Caridade, em Florianópolis/SC, com a equipe de pesquisa, sendo esta composta pela pesquisadora, Vanessa de Bem Custódio e pelo pesquisador responsável, sendo estas as únicas pessoas que terão acesso às informações que eu fornecerei. Dessa maneira, sei que minha identidade será preservada e minhas informações serão mantidas em sigilo.

Declaro que fui informado (a) sobre todos os procedimentos da pesquisa, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Declaro também que fui informado (a) que os dados provenientes da pesquisa serão registrados no computador pessoal da pesquisadora que ficará responsável pelo arquivamento dos mesmos, bem como pelo sigilo das informações por mim fornecidas e, ao fim da pesquisa todos os dados e informações obtidos serão devidamente incinerados (fichas e documentos) e deletados (arquivos) do computador pessoal da pesquisadora.

Declaro também, que fui informado (a) que caso haja desconforto por minha parte posso me retirar do estudo a qualquer momento, sendo a pesquisa interrompida imediatamente contando com o acolhimento do pesquisador sob a supervisão do professor orientador Maurício Eugênio Maliska. E,

se necessário, poderei ser encaminhado (a) ao atendimento psicológico gratuito oferecido pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Eu concordo que o material e informações obtidos relacionados à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, por código identificador. Afirmo o recebimento de uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na concordância de minha participação nesta pesquisa.

Contato pesquisador responsável:

Contato pesquisadora: Vanessa de Bem Custódio

Fone: (48) 9933-7833

Assinatura do entrevistado

Florianópolis, de de 2011.

ANEXO B - Termo de consentimento para gravações**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL
CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES**

Eu _____ permito que a pesquisadora abaixo obtenha gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional cujo tema é: **Estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes hospitalizados com doença crônica**. Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. As gravações ficarão sob a propriedade e responsabilidade dos pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda, de forma a garantir o sigilo das informações obtidas e que após o término da pesquisa as informações captadas com recurso do gravador serão apagadas do mesmo, bem como, as transcrições da entrevista serão deletadas dos computadores particulares dos pesquisadores. Afirmando que após a concordância deste termo receberei uma cópia do mesmo.

Nome do entrevistado:

RG:

Endereço:

Maurício Eugênio Maliska

Pesquisador responsável

Vanessa de Bem Custódio
Pesquisadora

Data e Local onde será realizado o projeto:

As entrevistas serão realizadas nas dependências do Imperial Hospital de Caridade em Florianópolis.

Data:

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UFRGS.