

# DOENÇAS, HOSPITALIZAÇÃO E ANSIEDADE: UMA ABORDAGEM EM SAÚDE MENTAL

ILLNESSES, HOSPITALIZATION AND ANXIETY: A MENTAL HEALTH APPROACH.

*Luciana Catunda Gomes*<sup>1</sup>

*Maria de Nazaré de Oliveira Fraga*<sup>2</sup>

RESUMO: Com a finalidade de abordar globalmente o indivíduo internado, esta pesquisa teve como objetivo identificar os fatores geradores de ansiedade em pessoas hospitalizadas e como elas expressam seu desconforto ante à doença e à hospitalização. A coleta de dados realizou-se em abril/maio/96 com pessoas adultas internadas em um hospital-escola e apoiou-se em um roteiro para observação de situações ansiogênicas e em um roteiro de entrevista.. Constatamos como maiores preocupações dos pacientes: saber se a doença é curável, o tempo de internação, o trabalho e manutenção da família. Eles ficam mais tristes à noite e à tarde, períodos em que a equipe está reduzida, há mais silêncio e sentem solidão. Só um baixo percentual deles tem informação consistente sobre a doença e o tratamento, e mesmo assim o hospital, majoritariamente, é identificado como local bom pela possibilidade de cura, boa assistência e alimentação dispensadas. Presenciar o sofrimento e risco de morte do vizinho, ter alta, exames e procedimentos do tratamento suspensos ou retardados, ser comunicado da necessidade de operar-se ou de que a doença é incurável foram fatores ansiogênicos que se destacaram. Tanto nas reações imediatas quanto tardias às situações ansiogênicas predominam atitudes passivas como tristeza, choro, depressão e negativismo. Concluiu-se que a condição psíquica e emoções dos pacientes internados precisam ser contempladas em hospitais clínicos, privilegiando-se uma abordagem totalizante, com atenção especial para a agilização das intervenções e a consistência das informações a eles prestadas sobre sua saúde e tratamento.

UNITERMOS: Saúde/doença - Hospitalização - Ansiedade/hospitalização.

<sup>1</sup> Enfermeira do Hospital de Messejana - Hospital do Coração e do Centro de Saúde Dr. Amastácios Magalhães

<sup>2</sup> Enfermeira, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

ABSTRACT : With the purpose of completely approaching the patient in the hospital, this research had the goal to identify the generating factors of the anxiety patient and how they express their uneasiness towards the illness and the hospitalization the data were collected from april/may/96 with adults in a school-hospital and was based on a guide for observation of the anxieting situations and in an interview guide. We found out that the patients' major concerns were: Knowing if their illness has cure, how long they will be there, their and the support of the family. They get sadder at night and in the afternoon, when twestaff is reduced, there is more silence and twey feel lonely. Only a small percentage of them have the consistint information about the disease and treatment, howerer, the hospital is mainly identified as a good place for the possibility of cure, good assistance and food. Witnessing the suffering and the dying risk of the neighbour, be discharged, exams and treatment procedures suspended on cancelted, bling communicated of the necessity of bling operated on that the desease doesn't have a cure, were the anxieting factors that were remarked not only in the imediate seactions, but also in the lote ones of the anxieting situations, prevail passive atitudes suchas sadness, crying, depression and negativism. We concluded that the psychic and emotional conditions of the paticnts in the hospital have to be takin on consideration on hospitaes emphasizing a comsiete approach, with especial care of the speed of the actions and the consistence of the information given to the patient about their health and treatment.

KEYWORDS: Health / disease - Hospitalization - Anxiety / hospitalization.

## INTRODUÇÃO

O progresso das ciências e o avanço tecnológico têm contribuído de forma decisiva para o desenvolvimento de ações dirigidas para a saúde, permitindo aos hospitais brasileiros melhorar a qualidade técnica dos serviços oferecidos aos seus usuários. A partir dessa reflexão sobre a evolução da assistência hospitalar, observa-se, no entanto, que alguns profissionais da área tendem a incluir no conceito de saúde somente o bem-estar físico do doente, esquecendo os aspectos mentais e sociais do indivíduo. O conceito da saúde deve assumir um sentido mais abrangente, resultando das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, emprego, liberdade, posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, M.S., 1988).

Para *Camon* (1988: 42), “a saúde não se obtém somente lutando-se contra a doença, mas sim ampliando-se as prioridades, determinando-se uma redefinição no desenvolvimento científico, promovendo justiça social, distribuindo equitativamente a assistência à população e desenvolvendo programas de saúde e ensino que estimulem os profissionais da área e assumir uma visão mais real, social e coerente com as necessidade da população”.

Os internados são assistidos de forma mecânica e os problemas de natureza psicológica freqüentemente são ignorados. O paciente deixa de ser tratado pelo seu próprio nome e passa a ser um número de leito ou alguém portador de uma determinada patologia. O indivíduo, despojado de seus valores e conceitos, uma vez saído de sua condição de sadio (implicando convívio familiar e social, atividades de trabalho e lazer entre outros) e passando à condição de doente (trazida pela impossibilidade de uma vida plena), convive com situações que geram medo, insegurança e ansiedade. Contribuem muito para aumentar o nível da ansiedade a ocorrência de dores, a vivência de condutas de emergência agressivas e dolorosas e a ausência de familiares.

Quando hospitalizado, o indivíduo vê-se privado de suas funções no emprego, de sua vida social e do afeto familiar. Colocado em uma enfermaria, passa a ser manuseado por vários profissionais com seus procedimentos invasivos e suas palavras frias, difíceis e desconhecidas. Ele passa a experimentar uma fase nova da vida, em que suas vontades ficam a mercê da equipe de saúde. *Fazzi* (1991) comenta que o paciente tem dificuldade em se reconhecer nesta nova etapa, tendo seu corpo definido por sensações de dor, e, apreensivo com sua condição, teme por sua vida em alguns casos ou por seqüelas que poderão permanecer.

Com a realização da prática da disciplina Enfermagem Psiquiátrica desenvolvida em 1995 no Hospital Universitário Walter Cantídio da U.F.C., as observações livres evidenciaram que, de início, os pacientes não falam com facilidade acerca de si mesmos, dos seus sentimentos, dos seus pensamentos, de suas esperanças e fantasias, de seus problemas e ansiedades, mesmo diante da aproximação genuína e comprometida de alguns acadêmicos e profissionais. *Du Gas* (1984) afirma que alguns pacientes admitem francamente que estão com medo, mas outros exprimem os seus temores com perguntas, com o silêncio, tensão corporal ou expressão facial. Somente com tolerância e paciência diante da resistência deles em revelar seus anseios e com o estabelecimento de um crescente vínculo de confiança é que as queixas não declaradas começam a emergir.

Observou-se também que outros pacientes tornavam-se irritados e agressivos quando alguém se aproximava deles; outros, em resposta a situações assustadoras, recolhiam-se e tornavam-se arredios e mudos. Ressalta-se que as atitudes relatadas foram observadas em vários pacientes, mas existem casos em que a boa relação com a equipe inicia-se desde o primeiro momento da internação, melhorando e tornando mais fácil a aproximação.

É nesta medida que se enfatiza a importância de um trabalho multiprofissional que garanta uma abordagem mais ampla e integrada, devolvendo à equipe e aos pacientes a segurança e a confiança indispensáveis ao tratamento. Sob este ponto de vista é que a prática de saúde mental em hospitais gerais vem crescendo e ganhando espaço nas publicações, em trabalhos e nas universidades. *Botega e Dalgalarondo* (1993) apontam que a

psiquiatria nos hospitais gerais traria grandes vantagens tanto para os pacientes como para a equipe, pois, juntamente com o processo de reforma e modernização da assistência psiquiátrica, o profissional descobre a importância de um trabalho multidisciplinar, visando promover um vínculo entre os diversos profissionais e entre os pacientes. Através de um tratamento interdisciplinar, os profissionais tendem a introduzir uma nova concepção de saúde e tratam de levar os familiares a se tornarem mais participantes, conscientes e responsáveis dentro de suas limitações.

Entende-se que manifestações de irritação, choro, mutismo e silêncio são indicativos de que algo incomoda o indivíduo internado aumentando a ansiedade, experiência comum a qualquer ser humano. Assim, o objeto de estudo desta pesquisa é a ocorrência de situações no ambiente hospitalar que aumentam a ansiedade da pessoa internada. Além disso, tem-se também o propósito de verificar como estas pessoas enfrentam as situações desencadeadoras de aumento dessa ansiedade.

A motivação para realizar esta pesquisa deve-se pela escassez de literatura específica sobre o assunto e principalmente pelo desenvolvimento da prática realizada no segundo semestre de 1995, da disciplina Enfermagem Psiquiátrica no Hospital Universitário Walter Cantídio de U.F.C. Esta prática visa a execução de ações de saúde mental nos hospitais gerais assistindo o doente que apresente desconforto emocional, visto que esta é uma condição sempre presente durante o processo de hospitalização. Surgiu, assim, o interesse em identificar o sofrimento do doente, conhecendo-o melhor e os problemas que o afligem, para reforçar o sentimento de auto-estima e reduzir o medo e suas ansiedades.

## OBJETIVOS

### **Objetivo Geral:**

- Contribuir para a compreensão da ansiedade vivenciada pelo paciente internado

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar os fatores geradores de ansiedade nos pacientes internados no hospital geral;
- Identificar como os pacientes expressam suas ansiedades e insatisfações decorrentes da doença e hospitalização;
- Identificar as formas de convivência e superação construídas pelos pacientes para enfrentar a ansiedade decorrente da hospitalização.

## REVISÃO DE LITERATURA

Nos hospitais gerais, tem-se notado uma certa dificuldade que a equipe apresenta em lidar com problemas emocionais dos seus clientes.

Segundo *Novaes* (1975), os sintomas associados a problemas mentais tendem a ser negados, enquanto que a importância de sintomas associados a problemas de saúde física tendem a ser reconhecidos e aceitos com maior facilidade em todos os níveis. Portanto, existem conotações sociais em relação às doenças; algumas são vergonhosas, outras respeitáveis, observando-se estigmas relacionados às doenças mentais.

*Botega e Dalgarrondo* (1993) afirmam que pelo menos um terço dos pacientes com problemas psíquicos em hospitais gerais não são reconhecidos pela equipe de saúde. Não há dúvida que a desconsideração dos fatores psíquicos e sociais dos pacientes possa influenciar a evolução das enfermidades, mantendo-as ou agravando o quadro clínico.

Quando uma pessoa entra em um hospital para realizar qualquer tipo de tratamento, seu equilíbrio psicológico, tanto quanto o equilíbrio fisiológico, encontra-se abalado.

Para *Leitão* (1993: 69), “hospitalizar-se significa recolher-se em ambiente frio, impessoal, e ameaçador”. E isso associado à doença, corresponde a um obstáculo ao exercício normal na vida dos pacientes.

De acordo com *Brunner e Suddarth*, a internação é um agente grave. Embora necessário e com frequência salve a vida, tal fato coloca as pessoas em um ambiente desconhecido e assustador.

Para *Takito* (1975), a internação é um motivo de apreensão e sofrimento, pois representa um afastamento do que é familiar e conhecido, trazendo vivências de isolamento, abandono e rompimento de laços afetivos, sociais e profissionais, onde o paciente se vê sem respaldo afetivo e referenciais conhecidos.

Qualquer doença mais séria provoca um desmantelamento na vida de um homem e impõe tensão na sua organização psicológica. Quanto mais séria for a doença tanto mais séria será a tensão imposta.

Para esses autores, alguns dos fatores desencadeantes de ansiedade são: o afastamento familiar e de amigos, o tratamento impessoal do corpo clínico, informações insuficientes sobre a doença e o tratamento, ruptura com o trabalho e com a vida pessoal e as rotinas e procedimentos hospitalares.

Para *Du Gas* (1984) existem outras causas geradoras de ansiedade: o medo da morte, da dor ou da deformação, a perda de um órgão e da capacidade de retornar à vida normal.

A resposta emocional que mais se observa em todos os pacientes é a ansiedade.

*Bird* (1975:17) considera a ansiedade como “um sinal de perigo da mente, um sinal que se manifesta em presença de algum problema. Como sinal, é análoga à dor, e tão importante quanto esta”.

*Camon* (1994) e *Bird* (1975) afirmam que a resposta ansiosa do paciente à enfermidade atual nunca se deve apenas àquela afecção. A ansiedade é histórica. Todas as experiências anteriores relacionadas com doença ou outros perigos tendem a acumular-se na atual. Portanto, cada pessoa gradualmente constrói sua maneira característica de reagir à enfermidade e à ansiedade que ela provoca. Além do mais, as manifestações características da ansiedade refletem a individualidade da pessoa. Para *Brunner e Suddarth* (1993), essas manifestações incluem o isolamento, o mutismo, a hiperatividade, conversas e brincadeiras excessivas, agressões verbais ou físicas, fantasias, queixas e choro.

A maneira como esses pacientes superam suas ansiedades varia de acordo com os indivíduos e com a situação. A maioria das pessoas habilitadas a tolerar as condições que lhe são impostas pela doença reconhecem que o retorno à saúde requer uma renúncia temporária de sua autonomia e se permitem depender de outras pessoas, a fim de facilitar a recuperação. É muito difícil para os pacientes a compreensão de que muitas das suas emoções, nesta fase difícil de suas vidas, são reações normais e esperadas.

A ansiedade também se esconde por trás de outras emoções. Os pacientes que se tornam irritados, agressivos, com raiva, podem estar reagindo a uma situação produtora de ansiedade, tensão e frustração.

*Camon* (1994) comenta que a agressividade pode estar presente no paciente internado, sendo considerada uma forma de proteção. O referido autor afirma, ainda, que explosões de raiva, acompanhadas de gritos, palavrões, ofensas ao hospital, equipe ou ao profissional que está à sua frente são maneiras encontradas para expressar ansiedades.

É interessante notar que alguns pacientes não demonstram nenhum medo e agressividade, mas exibem às vezes depressão, deixando-se levar por sentimentos de inutilidade e vazio. É praticamente inevitável, pois a doença representa quase sempre um ataque à auto-imagem. Para *Camon* (1994), a depressão entraria como uma instância final no quadro psíquico evolutivo do enfermo, onde seus mecanismos de defesa, tais como a racionalização, a negação e a projeção, vêm-se falidos, apresentando-se como uma apatia à vida. É compreensível que os pacientes se tornem deprimidos quando começam a considerar as implicações de muitas doenças. Percebem que suas atividades, capacidade de ganhar e promover seu sustento e seu modo de vida podem estar drasticamente afetados. Entretanto, a depressão apresenta sinais característicos como: desinteresse e apatia pelo que lhe cerca, expressão triste, voz baixa, perda de apetite, insônia e choro.

Ainda sob o ponto de vista psicológico, alguns autores defendem a idéia de que sentimentos de desespero podem resultar em morte, podendo os pacientes atentarem contra a própria vida. Para *Camon* (1994), idéias suicidas são observadas através de atitudes autodestrutivas indiretas como: negligência ao tratamento; não observância das orientações médicas; insistência em realizar atividades ou outras ações contra-indicadas para o quadro clínico; abandono freqüente do tratamento.

Nunca é demais lembrar que toda e qualquer reação do paciente tem como elemento básico seu universo simbólico, suas vivências e principalmente a forma particular como ele está encarando o episódio conflitivo da doença, internação e tratamento, determinado pela sua historicidade, pelas variáveis sócio-ambientais que o cercam e pelas relações com a equipe e família.

Para *Leitão* (1993: 85), "todo duelo interior desses pacientes, exteriorizado por tais reações, exige da equipe de saúde grande compreensão". Ocorre, contudo, que o atendimento às necessidades emocionais requer urgência, pois o suprimento de contribuições psicossociais é fator que aumenta os sentimentos de segurança e auto-estima para que os pacientes possam enfrentar as dificuldades relacionadas com a hospitalização, a doença e as medidas terapêuticas.

## **METODOLOGIA**

A coleta de dados foi realizada durante o mês de abril e maio de 1996, tendo como sujeitos da pesquisa os pacientes que estiveram em tratamento nas unidades de internação do Hospital Universitário Walter Cantídio, de ambos os sexos, adultos, em condições de manter uma entrevista e com mais de 48 horas de internação.

A coleta de dados foi processada com o auxílio de dois instrumentos de pesquisa. O primeiro deles foi elaborado para auxiliar a observação não-participante visando identificar situações críticas vivenciadas pelos pacientes na enfermaria e suas reações, e cadastrá-los para posterior entrevista. O segundo instrumento, um roteiro de entrevista, foi estruturado para colher dos pacientes já cadastrados dados de identificação e suas impressões quanto à hospitalização, à doença, informações quanto ao tratamento e preocupações atuais

Os resultados foram agrupados, a partir dos dados colhidos, em categorias que originaram tabelas e quadros. Os mesmos foram analisados na perspectiva de atingir os objetivos propostos.

## APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Apresentar-se-á uma análise descritiva dos dados acompanhados de tabelas e quadros.

Foi observado que, dos 18 pacientes, 66,6% são do sexo feminino e 33,3% do sexo masculino, com faixa etária variando entre 16 e 24 anos (16,6%), 25 a 39 (16,6%) e a maioria com mais de 40 anos de idade (66,6%). Em relação ao estado civil, 77,7% dos pacientes são casados e 22,2% solteiros. Segundo o grau de instrução, 50% dos pacientes são analfabetos, 27,7% têm o 1º Grau incompleto e somente 22,2% têm o 1º Grau completo.

No que diz respeito à experiência de hospitalização anterior, 72,2% haviam sido internados em outros hospitais ou nesse mesmo hospital e 27,7% estavam hospitalizados pela primeira vez.

Indagando-os sobre as expectativas diante do tratamento atual, constatou-se que a maioria tinha as mesmas esperanças, que diante do tratamento viessem ficar curados.

As entrevistas e a observação não-participante foram realizadas no período da manhã e da tarde, durante o mês de abril e maio de 1996, nas clínicas (II-A e II-B) do Hospital Universitário Walter Cantídio.

**TABELA 1 - PREOCUPAÇÕES ATUAIS DOS PACIENTES**

PREOCUPAÇÕES	Fi	%
Com a doença, sua cura, a saudade de casa e da família	14	78,0
Com o tempo de internação, com o trabalho e com a manutenção da família	04	22,0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisa da aluna

A Tabela 01 mostra as preocupações referidas pelos pacientes durante a internação. A maioria deles (78%) referiu preocupações com a própria doença, sua cura, a saudade de casa e a família. Isso é compreensível, uma vez que a ocorrência de uma doença lembra a qualquer ser humano o risco de morrer, ou ter uma doença incurável ou crônica que limite sua autonomia. Por outro lado, um grupo significativo de pacientes (22%) tem como maiores preocupações a duração da internação e que isso possa comprometer o sustento financeiro da família. Isso ocorre porque a maioria deles são mães ou pais de família responsáveis pelas tarefas domésticas e/ou que trabalham fora de casa. Estes dados confirmam o ponto de vista de *Camon* (1994), segundo o qual o adoecer em nossa sociedade significa deixar de produzir.

TABELA 2 - HORÁRIO EM QUE OS PACIENTES SENTEM-SE MAIS TRISTES

HORÁRIO	Fi	%	RAZÕES
NOTURNO	07	38,8	-Porque é o horário que mais sinto saudade de casa -Por causa do silêncio, da insônia e da solidão -Por causa da falta de ar e da saudade de casa
VESPERTINO	05	32,1	-Após a visita, porque sinto saudade da família. -No horário da visita, porque não vem ninguém. -Porque diminui o movimento nas enfermarias e falta companhia para conversar.
MATUTINO	03	16,5	-Quando acordo, porque vejo que não estou em casa perto dos meus filhos. -No momento da visita médica e das medicações. -Antes de merendar, porque me sinto fraca e com fome.
TODO HORÁRIO	02	11,0	-Por causa da saudade de casa. -Porque aqui não faço nada.
NENHUM HORÁRIO	01	5,5	-Porque passo o dia todo me divertindo com os amigos (pacientes)

FONTE: Pesquisa da aluna.

Os dados contidos na Tabela 2 revelam que os horários em que os pacientes sentem-se mais tristes são durante a noite (38,8%) e durante a tarde (32,1%). Observa-se que nestes turnos as enfermarias dos hospitais gerais estão com suas equipes reduzidas, justificando as razões apontadas pelos pacientes para o sentimento de tristeza: diminuição do movimento, não ter com quem conversar e aumento do silêncio. Ressalte-se uma razão importante para a tristeza que ocorre no período da tarde, apontada por alguns pacientes, que é o fato da visita dos familiares estar programada para esse período. Portanto, este turno pode representar tanto tristeza quanto satisfação, dependendo se a família comparece ou não para visitar seu paciente.

Durante o período da manhã poucos pacientes (16,5%) sentem-se tristes, isso devido ao grande movimento nas enfermarias em decorrência das visitas médicas, da realização de exames e de procedimentos de rotina, os quais diminuem a sensação de tristeza, mas com certeza mobilizam outros sentimentos.

Poucos pacientes, respectivamente 11% e 5,5%, revelaram que se sentem tristes em todo horário ou em nenhum horário. O indivíduo doente pode apresentar algum quadro depressivo temporário, conferindo o sentimento de tristeza permanente. Os pacientes internados procuram consolo nos companheiros de enfermaria, levando ao desenvolvimento de uma amizade, que é expressada em forma de ajuda. Para *Du Gas* (1994), o companheirismo desenvolvido entre os pacientes na enfermaria diminui os temores e ansiedades provocados pela doença e hospitalização.

TABELA 3 - CONHECIMENTO DO PACIENTE SOBRE A DOENÇA E O TRATAMENTO

CONHECIMENTO DO PACIENTE	Fi	%
Considera-se bem informado	02	11,1
Sabe pouco sobre a doença e desconhece o tratamento e os medicamentos indicados	09	49,9
Nenhum conhecimento da doença, tratamento e medicações	07	39,0
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>

FONTE: Pesquisa da aluna.

Na Tabela 03 verificou-se que apenas um pequeno grupo de pacientes (11,1%) consideram-se bem informados sobre o seu estado de saúde e que a grande maioria deles (88,9%) sabe pouco sobre a própria doença (nome e alguns sintomas), mas desconhecem o tratamento e medicamentos indicados.

O ser humano sente-se mais seguro quando tem domínio sobre seu corpo e conhece como está organizada a realidade que o cerca. Estar doente e desconhecer o tipo de tratamento a que deve ser submetido são fatores que trazem insegurança porque impossibilitam o domínio acima referido.

Alguns pacientes não sabiam nada sobre sua doença e tratamento e os que sabiam tinham conhecimentos insuficientes ou obtinham as informações ouvindo diálogos entre os componentes da equipe de saúde.

Certamente grande parte das ansiedades dos pacientes frente à doença e ao tratamento estão relacionadas com esse desconhecimento. Ressalte-se que orientações personalizadas são importantes na superação deste problema, mas que muitas vezes são difíceis de serem captadas por falta de um diálogo maior com a equipe ou pelo baixo grau de instrução dos pacientes. Dos 18 pacientes entrevistados, 50% são analfabetos, 27,7% têm o 1º Grau incompleto e apenas 22,2% têm o 1º Grau completo.

**QUADRO 1 - APRECIÇÕES DOS PACIENTES SOBRE O HOSPITAL E ARGUMENTAÇÕES**

APRECIÇÕES	ARGUMENTAÇÕES	Fi	%
Local bom, maravilhoso	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Porque o doente vem para se curar, tem sossego e medicação.</li> <li>. Porque tem uma boa assistência da equipe de saúde.</li> <li>. Porque os pacientes são legais.</li> <li>. Porque tem boa alimentação.</li> </ul>	13	72,2
Local ruim e triste	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Porque sofremos e sentimos dor.</li> <li>. Porque representa doença e é estranho.</li> <li>. Porque não encontra a cura da doença.</li> <li>. Porque não consegue dormir e se alimentar.</li> <li>. Porque não conversa com ninguém e a equipe se afasta dos pacientes</li> </ul>	05	27,8

FONTE: Pesquisa da aluna

No Quadro 01 verificamos que a maioria dos pacientes entrevistados (72,2%) apreciam o hospital como um local bom e maravilhoso e que apenas uma minoria (27,8%) o considera como um local ruim e triste. O senso comum tem mostrado que a maioria das pessoas associam o hospital como espaço de sofrimento, entretanto, os dados colhidos nessa pesquisa divergem disso. Como a pesquisa foi realizada em um hospital-escola e para este tipo de instituição afluem majoritariamente pessoas muito carentes economicamente, é compreensível que as apreciações sobre o hospital sejam positivas e associadas a ter sossego, medicação, boa assistência e boa alimentação.

Mesmo que o hospital-escola onde se realizou a pesquisa viesse passando por várias dificuldades financeiras, os pacientes ali admitidos, em geral, sentem-se privilegiados por ter acesso ao tratamento, uma vez que costumeiramente não dispõem de outras alternativas.

**QUADRO 2 - SITUAÇÕES CRÍTICAS VIVENCIADAS PELOS PACIENTES ASSOCIADOS COM REAÇÕES IMEDIATAS E REAÇÕES TARDIAS**

SITUAÇÃO CRÍTICA	Fi	%	REAÇÃO IMEDIATA	REAÇÃO TARDIA
Presenciar o sofrimento ou risco de morte do vizinho da enfermaria	05	27,7	.Conversa com outros pacientes. .Choro intenso. .Recusa o tratamento e alimentação .Vira o rosto. .Saída imediata da enfermaria. .Agitação	.Depressão. .Recusa conversar com a equipe e pacientes. .Evita olhar para o paciente grave. .Retorno a condição anterior (calmo). .Recusa do tratamento. .Deambulação em outras áreas da unidade.
Vivenciar o atraso ou repetição de procedimentos terapêuticos.	02	11,1	.Irritação. .Agitação. .Gritos de dor.	.Queixa freqüente de dor. .Recusa conversar com a equipe e pacientes.
Receber informações sobre o mau prognóstico da própria doença.	01	5,5	.Choro intenso.	.Orações freqüentes.
Receber informação sobre a necessidade de realização de exame ou de submeter-se a uma cirurgia.	03	16,6	.Choro. .Aceitação. .Verbaliza desejo de ir embora	.Recusa alimentação. .Orações freqüentes.
Receber comunicação sobre suspensão de exame ou alta.	02	11,1	.Irritação. .Recusa alimentação.	.Depressão. .Calma, cooperação. .Conserva com a equipe de enfermagem.
Recusar ser transferido para a enfermaria de isolamento.	01	5,5	.Choro intenso. .Verbaliza desejo de ir embora. .Agitação. .Recusa a ida para a enfermaria de isolamento	.Orações freqüentes. .Recusa o tratamento.
Ausência de familiares no horário de visita.	02	11,1	.Agitação. .Hipertensão. .Dispneia. .Tristeza. .Deita de costas com os olhos fechados.	.Choro. .Depressão.

FONTE: Pesquisa da aluna.

No Quadro 02 temos as diferentes situações críticas vivenciadas pelos pacientes durante o período de observação da pesquisa. As situações foram destacadas para análise nesta pesquisa, na medida em que elas provocaram reações imediatas ou tardias nos pacientes que as vivenciaram, reações estas denunciadas de elevação no nível de ansiedade deles.

No Quadro 02 as situações que mais se destacaram como geradoras de ansiedade para os pacientes foram aquelas em que eles presenciaram o sofrimento ou risco de morte de vizinhos da enfermaria (27,7%), aquelas em que

foram informados sobre a necessidade de realizar exame invasivo (biópsia) ou cirurgia (16,6%) e aquelas em que houve atraso ou repetição de procedimentos terapêuticos (11,1%), suspensão de exames ou de alta (11,1%) e ausência de familiares no horário de visita (11,1%).

No mesmo Quadro observa-se que, entre as reações imediatas às situações vivenciadas e denunciadoras de elevação do nível de ansiedade, se destacaram choro, negativismo, recusa ao tratamento e à alimentação, agitação e irritação. Já entre as reações tardias (cerca de duas horas após o momento crítico observado) destacaram-se: depressão, choro, orações, diálogo com pacientes, familiares e a equipe de saúde, aceitação, cooperação com o tratamento.

Portanto, mesmo demonstrando intenso sofrimento ante às situações vivenciadas, os pacientes tendem a ter atitudes passivas ou de adaptação ao ambiente hospitalar, à doença e aos seus desdobramentos. Para amenizar esse sofrimento e favorecer a compreensão do paciente sobre o que se passa com ele, os profissionais de saúde devem estar atentos para a forma como prestam informações sobre diagnóstico, sobre preparo de exames, sobre necessidade de realização de procedimentos invasivos. Devem estar atentos, ainda, para a importância de preservar a privacidade dos pacientes em momentos críticos e de evitar a suspensão freqüente de cirurgia e exames.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A literatura tem mostrado que as pessoas, quando estão doentes e hospitalizadas, são tratadas de modo impessoal e freqüentemente têm que conviver com situações desconhecidas e difíceis de aceitar porque geram ansiedade e muitos temores.

Neste estudo emergiram como maiores preocupações dos pacientes internados: saber se a doença é curável, o tempo de internação, o trabalho e a manutenção da família. É no período da tarde e da noite que eles ficam mais tristes, apontando a diminuição do movimento e o aumento do silêncio como desencadeadores do sentimento de solidão.

Só uma minoria dos sujeitos da pesquisa tinham alguma informação sobre sua doença e tratamento. Por serem desfavorecidos economicamente, a maioria deles valorizam a atenção recebida no hospital pela possibilidade de alcançar a cura.

Presenciar o sofrimento e risco de morte do vizinho, ter a alta, exames e procedimentos do tratamento suspensos ou retardados, ser comunicado da necessidade de operar-se ou de que a doença é incurável foram fatores ansiogênicos que se destacaram. Tanto nas reações imediatas quanto tardias às situações ansiogênicas predominam atitudes passivas como tristeza, choro, depressão e negativismo. Concluiu-se que a condição psíquica e emoções dos pacientes internados precisam ser contempladas em hospitais clínicos, privilegiando-se uma abordagem totalizante, com atenção especial para a agilização das intervenções e a consistência das informações a eles prestados sobre sua saúde e tratamento.

## **ANEXO 01 - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

- NÚMERO DA FICHA:
- UNIDADE DE INTERNAÇÃO:
- DATA:
- HORA:
- TURNO:

### **1. SITUAÇÃO CRÍTICA**

---

---

---

---

### **2. CONTEXUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO**

---

---

---

---

### **3. COMPORTAMENTO OU ATITUDE DO CLIENTE APÓS A SITUAÇÃO OCORRIDA.**

---

---

---

---

### **4. DADOS RELATIVOS AO PACIENTE E À DOENÇA**

---

---

---

---

## **ANEXO 02 - ENTREVISTA**

### **1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

- NOME:
- SEXO:
- IDADE:
- ESCOLARIDADE:
- ESTADO CIVIL:
- PROFISSÃO:
- DATA DE ADMISSÃO:
- TEMPO DE INTERNAÇÃO:

### **2. QUESTIONÁRIO**

- O QUE REPRESENTA O HOSPITAL PARA VOCÊ?

---

---

- O QUE SABE SOBRE SUA DOENÇA E SOBRE O SEU TRATAMENTO?

---

---

- COMO VOCÊ SE SENTE COM O TRATAMENTO? POR QUE? E QUAIS SUAS EXPECTATIVAS?

---

---

- QUAIS SUAS PREOCUPAÇÕES NO MOMENTO?

---

---

- QUAL O HORÁRIO EM QUE SE SENTE MAIS TRISTE E POR QUE?

---

---

- QUAIS AS EXPERIÊNCIAS QUE JÁ TEVE COM DOENÇA, INTERNAÇÃO E TRATAMENTO?

---

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANGERAMI - CAMON, V.A. *A psicologia no hospital*. São Paulo: Traço, 1988.
2. \_\_\_\_\_ . *Psicologia hospitalar*. Teoria e Prática. São Paulo: Pioneira, 1994.
3. BIRD, Brian. *Conversando com o paciente*. São Paulo: Mande, 1975.
4. BOTECA, N.J.; DALGALARRONDO, P. *Saúde mental no hospital geral*. São Paulo: HUCITEC, 1993.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Anais...* Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
6. BRUNNER, Lilian & SUDDARTH, Doris. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 4 v.
7. DU GAS, Beverly Wither. *Enfermagem prática*. 4. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984.
8. FAZZI, A e Col. Atendimento psicológico ao paciente politraumatizado. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med.*, São Paulo, 1991.
9. LEITÃO, M.S.O. *O psicólogo e o hospital*. Porto Alegre: Sagra, Dc Luzzalto, 1993.
10. NOVAES, M. Helina. *Psicologia aplicada à reabilitação*. Rio de Janeiro: Imago, 1995.
11. TAKITO, C. Como o paciente internado percebe o ambiente que lhe é oferecido pelo hospital. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 19, n. 3, p.263-280, 1985.
12. VERÍSSIMO, M. De Laór. A experiência de hospitalização explicada pela própria criança. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v. 25, n.2, p. 153-68, ago., 1991.