

## O PACIENTE HOSPITALIZADO À LUZ DA TEORIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

Mariana Effting de Sousa<sup>1</sup>; Alessandra D' Avila Scherer<sup>2</sup>; Flavia Lisboa Ramos<sup>3</sup>;

Vera Baumgarten Ulysséa Baião<sup>4</sup>

### RESUMO

O presente artigo objetivou identificar as cognições, emoções e comportamentos que emergem no processo de hospitalização, apresentados pelos pacientes internados no hospital geral à luz da Teoria Cognitivo-Comportamental. Como instrumento de investigação, foi realizada entrevista semiestruturada, referente ao adoecimento e à hospitalização. Participaram da pesquisa sete pacientes hospitalizados, num Hospital Geral da cidade de Florianópolis/SC. Os resultados indicam que a distorção cognitiva caracterizada como catastrofização é a mais frequente entre os pacientes hospitalizados. Com relação às emoções apresentadas constatou-se que tristeza e ansiedade estão relacionadas tanto ao momento do diagnóstico, quanto no transcorrer da hospitalização. Ao referirem-se às estratégias de enfrentamento focalizadas no problema destacou-se refletir sobre a doença e cooperar com a equipe de saúde, já as focalizadas na emoção, buscar por suporte familiar e suporte religioso.

**Palavras-Chave:** Psicologia, Hospitalização, Cognição, Emoções, Comportamento.

THE HOSPITALIZED PATIENT IN THE LIGHT OF THE THEORY COGNITIVE-BEHAVIORAL

### ABSTRACT

This article aimed to identify the cognitions, emotions and behaviors that emerge in the hospitalization process, presented by patients admitted to general hospitals in the light of the Behavioral-Cognitive Theory. As a research tool, semi-structured interview was conducted relating to illness and hospitalization. Seven patients hospitalized in a general hospital of the city of Florianópolis/SC participated in the survey. The results indicate that the cognitive distortion characterized as a catastrophizing distortion is the most frequent among hospitalized patients. Regarding the emotions presented, it was found that sadness and anxiety were related to both the time of the diagnosis and to the hospital stay. In their reflections on their coping strategies with reference to their particular problems; their reflections on their illnesses and their cooperation with the health teams; what stood out were the emotions expressed about their search for family and religious support.

**Keywords:** Psychology, Hospitalization, Cognition, Emotions, Behavior.

---

<sup>1</sup> Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

<sup>2</sup> Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

<sup>3</sup> Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL

<sup>4</sup> Centro Universitário Estácio de Sá Santa Catarina

## INTRODUÇÃO

A inserção da Psicologia Hospitalar no Brasil é considerada recente e progressiva. Penido e Pereira (2010) explicitam que a atuação dos psicólogos em hospitais gerais no Brasil iniciou-se a partir da década de 1950. Inicialmente os psicólogos eram contratados para a realização de psicodiagnóstico, recrutamento e seleção; gradualmente, a psicologia ganhou espaço tendo como uma das principais finalidades “o suporte aos pacientes, suas famílias e às equipes de saúde” (p. 192).

A Psicologia como uma prática pertencente às instituições hospitalares ocorreu a partir do momento em que os hospitais são compreendidos “como um todo que busca proporcionar a manutenção do bem-estar físico, social e mental do homem” (Campos, Miguel, Nunes & Oliveira, 2007, p. 21). Angeromi-Camon, Chiattonne e Meleti (2003) afirmam que o hospital, como finalidade terapêutica, é composto por equipes multiprofissionais que têm, como objetivo em comum, o paciente e o seu reestabelecimento.

Desta maneira, entender como os pacientes internados encaram a hospitalização e o adoecimento é um conhecimento valioso para o aperfeiçoamento da prática profissional. Com isso, o interesse por este fenômeno baseou-se na motivação de compreender como as cognições, as emoções e os comportamentos que emergem no processo de hospitalização apresentados pelos pacientes internados em Hospital Geral são percebidos pela Teoria Cognitivo-Comportamental.

Neste viés, o alicerce do presente artigo é a Teoria Cognitivo-Comportamental, desenvolvida por Aaron Beck no início da década de 1960. Tal teoria é considerada uma psicoterapia breve, focal com ênfase no presente, que possibilita ao paciente o aprendizado de novas estratégias funcionais, ensina-o a

detectar e minimizar seus sintomas, sendo considerada uma terapia com função pedagógica (Abreu, 2004).

A Psicologia Hospitalar é considerada uma especialidade no campo da Psicologia desde o ano de 2000, ao ser regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da Resolução nº 014/2000. De acordo com o CFP (2007, p. 21), o psicólogo hospitalar tem como tarefa principal:

A avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente à promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental. Promove intervenções direcionadas à relação médico/paciente, paciente/família, e paciente/paciente e do paciente em relação ao processo do adoecer, hospitalização e repercussões emocionais que emergem neste processo.

É necessário que o psicólogo tenha claro que a sua atuação no contexto hospitalar se diferencia da psicoterapia nos moldes tradicionais. O *setting* terapêutico na realidade hospitalar não é definido e preciso, isto é, o profissional terá de se adaptar aos espaços e às condições que o ambiente lhe oferece, compreendendo que poderá ser interrompido pela equipe de saúde, assim como, por familiares do paciente.

A Teoria Cognitivo-Comportamental é considerada uma teoria amplamente utilizada no contexto hospitalar. Penido e Pereira (2010) consideram que a teoria “adota o modelo psicossocial e considera a influência de fatores psicológicos, ambientais, biológicos e sociais como fundamentais para o entendimento do comportamento humano” (p. 194).

Na investigação de literatura realizada, destacaram-se artigos que apresentam os aspectos biológicos e interacionais de pacientes hospitalizados na perspectiva de diferentes áreas da saúde, tais como Enfermagem e Medicina. É possível afirmar, desta forma, que há escassez de artigos que abordem os aspectos

psicológicos, assim como as cognições, comportamentos e emoções de pacientes internados frente ao adoecimento e hospitalização, por parte da Psicologia e mais precisamente à luz da Teoria Cognitivo-Comportamental.

Destacou-se o estudo dos autores Aquino, Santos e Silva (2008) que teve como principal objetivo “investigar as cognições ativadas e sentimentos despertados nos pacientes, no momento do diagnóstico” (p. 78). Os autores ponderam que é crescente o número de casos de câncer no Brasil e, desta forma, faz-se necessário o acompanhamento psicológico do paciente tanto ao receber o diagnóstico quanto no decorrer de seu tratamento médico. Avaliam que o diagnóstico da doença

Acaba por provocar uma série de reações emocionais no paciente, que apresentam relação com as cognições ativadas ao receber o diagnóstico. Assim, considera-se pertinente o modelo cognitivo desenvolvido por Aaron Beck, em que se propõe haver uma inter-relação recíproca entre pensamento, emoção e comportamento, pois a interpretação de um evento pode ativar cognições e tais cognições podem influenciar emoções e comportamentos (Aquino et al., 2008, p. 77).

A atividade cognitiva do paciente após receber o diagnóstico pode influenciar seu comportamento e suas emoções, podendo acarretar em transtornos psicológicos que são decorrentes das distorções cognitivas – maneira pela qual o paciente compreende os acontecimentos. Para tanto, os autores assinalam que a Teoria Cognitivo-Comportamental pode auxiliar o paciente a aderir ao tratamento, oferecendo apoio emocional e qualidade de vida.

Nesta direção, pode-se observar que a doença física “é acompanhada de manifestações na esfera psíquica, ocasionando também alterações na interação social. A doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente quer na família” (Campos, 1995, p. 42). Logo, a doença impede que o indivíduo trabalhe, afasta-o de seu ambiente familiar e de seu convívio com os amigos, acaba por isolá-lo.

Ao confrontar a doença e o tratamento, os pacientes se deparam com circunstâncias que interferem no seu estilo de vida, somando-se a convivência com pessoas que não fazem parte de sua estrutura social. Conseqüentemente, a hospitalização requer aceitação, adaptação, submissão e resignação (Pupulim & Sawada, 2012, p. 622).

Ao ser hospitalizado, o indivíduo sofre o processo de despersonalização, onde este perde a autonomia de vários aspectos de sua vida. Com isso, a maneira que o paciente se adapta à experiência de hospitalização “depende de muitos fatores, como a natureza do problema de saúde, a idade, presença de apoio emocional, estilo cognitivo e estratégias de enfrentamento (*coping*)” (Penido & Pereira, 2010, p. 195).

As variáveis cognitivas podem agir no sentido de promover a modificação de comportamentos, estimulando a adoção de padrões de enfrentamento mais adaptativos, tanto por parte dos pacientes como dos profissionais envolvidos. Isso significa dizer que a forma como o paciente interpreta sua doença, sintomas, tratamento e prognóstico irá influenciar seus sentimentos e sua reação comportamental (Penido & Pereira, 2010, p. 197).

As autoras Kitayama e Mazutti (2008) expõem três fatores que contribuem para o surgimento de crises em respostas a situações estressoras: 1 - fatores cognitivos: crenças, atitudes e suposições irrealistas; distorções cognitivas; recordações e percepções tendenciosas; tríade cognitiva; falta de informação. 2 – fatores comportamentais: falta de estratégias de enfrentamento; falta de apoio social; incapacidade de pedir ajuda. 3 – fatores físicos.

Para tanto, Silva (2004) esclarece que o “funcionamento cognitivo é composto de níveis de pensamentos inter-relacionados, co-responsáveis pela percepção e interpretação dos fatos que afetam a maneira de sentir dos indivíduos: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais” (p. 321).

**Quadro 1 – Funcionamento Cognitivo**

Funcionamento Cognitivo

<b>Pensamentos Automáticos</b>	São pensamentos que na grande maioria não são percebidos conscientemente, acontecem de forma involuntária e automática. Porém, há pensamentos automáticos que são distorcidos e/ou exagerados, o que acarreta prejuízos emocionais, pois são estes que moldam emoções e as percepções dos indivíduos frente aos eventos cotidianos.
<b>Crenças</b>	São “os fenômenos cognitivos mais duradouros”, isto é, as crenças são constituídas nos primeiros estágios de desenvolvimento e determinam o modo como as pessoas se veem, como percebem os outros e o mundo (Beck, 1997, p. 30).
<b>Crenças Centrais</b>	As crenças centrais como “são tão fundamentais e profundas que as pessoas frequentemente não as articulam, sequer para si mesmas” (Beck, 1997, p. 30). São classificadas como: a) crenças nucleares de desamparo: ser impotente, frágil, vulnerável, carente e desamparado; b) crenças nucleares de desamor: ser indesejado, incapaz de ser amado, rejeitado e sozinho; c) crenças nucleares de desvalor: ser falho, incapaz, sem valor e impotente.
<b>Crenças Intermediárias</b>	As crenças intermediárias ou atitudes, regras e suposições são oriundas das crenças centrais, que por sua vez influenciam no modo como os indivíduos percebem determinada situação. Knapp (2004) informa que as crenças intermediárias “são construções cognitivas disfuncionais, subjacentes aos pensamentos automáticos. São regras, padrões, normas, premissas e atitudes que adotamos e que guiam a nossa conduta” (p. 24).
<b>Estratégias de Enfrentamento (coping)</b>	“Os comportamentos que o indivíduo utiliza na tentativa de lidar com suas crenças. Esse comportamento de enfrentamento tem correlação direta com as regras e os pressupostos disfuncionais e também acabam por reforçar ainda mais as crenças” (Knapp, 2004, p. 25).
<b>Distorções Cognitivas</b>	São compreendidas como “vieses sistemáticos na forma como indivíduos interpretam suas experiências” (Knapp, 2004, p. 20). Deste modo, o autor afirma que “as distorções cognitivas podem levar o indivíduo a conclusões equivocadas mesmo quando sua percepção da situação é acurada” (p. 20).

Nota: Elaboração das autoras, 2013.

Ressaltando que a distorção cognitiva “mais comum no meio hospitalar é a catastrofização, onde o paciente supervaloriza negativamente os acontecimentos, não conseguindo fazer investimentos pessoais para enfrentar a crise ou ainda reage de forma exacerbada” (Gomes & Pergher, 2010, p. 180).

Nesta direção, os autores assinalam que a Teoria Cognitivo-Comportamental é escolhida pelos psicólogos hospitalares por apresentar “breve duração, orientação

para o presente, e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais para o uso de estratégias de enfrentamento mais adequadas” (p. 174).

Um dos primeiros objetivos do psicólogo cognitivo-comportamental no hospital é identificar as interpretações do paciente acerca de seu processo saúde-doença para iniciar um trabalho de reestruturação de pensamentos disfuncionais, adotando interpretações que tenham base em evidências existentes na realidade ao invés da consideração de premissas irracionais (Penido & Pereira, 2010, p. 197).

Os autores Bhattacharya, Chaudari, Menon e Saldanha (2013) esclarecem que a maioria dos terapeutas cognitivos iniciam o tratamento do cliente ao identificarem os pensamentos automáticos e as distorções cognitivas frente à situação de crise e, em longo prazo, investigam as crenças intermediárias. Assim, a terapia cognitiva demonstra a importância do desenvolvimento da autonomia do paciente, desta forma, o treina para que o mesmo tenha habilidades para a modificação de pensamentos, comportamentos e/ou emoções disfuncionais.

O papel do terapeuta, neste momento, é “ajudar o paciente a pensar e agir de forma mais realística e adaptativa em relação aos seus problemas psicológicos e, deste modo, reduz os sintomas” (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997, p. 5). Logo, cabe ao psicólogo analisar as variáveis que interferem na vida de cada paciente no momento da hospitalização, para assim compreender como estas influenciam em seus comportamentos e sentimentos frente à hospitalização e adoecimento.

Tendo em vista as reflexões expostas, objetivou-se identificar quais as cognições, emoções e comportamentos que emergem no processo de hospitalização, apresentados pelos pacientes internados no hospital geral à luz da Teoria Cognitivo-Comportamental. Para tanto, foi proposto: avaliar as distorções cognitivas frente ao adoecimento e à hospitalização; avaliar as emoções que emergem no processo de adoecimento e hospitalização; e, identificar estratégias de

enfrentamento apresentadas pelos pacientes internados frente à hospitalização, à luz da Teoria Cognitivo-Comportamental.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e de campo, pois se buscou compreender o processo de adoecimento e hospitalização dos pacientes internados a partir de seus relatos de experiência. Os participantes da pesquisa foram sete pacientes internados em um Hospital Geral da cidade de Florianópolis/SC, no mês de setembro de 2013.

A seleção dos pacientes foi realizada por meio dos critérios: 1) paciente estar hospitalizado há cerca de uma semana; 2) ter ciência de seu diagnóstico; e 3) ter entre 25 e 50 anos.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada (anexo A), com o total de cinco questões, referentes ao adoecimento e à hospitalização. As entrevistas foram gravadas e realizadas no leito de cada paciente, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como, Termo de Autorização para Gravação de Voz, fornecidos pela pesquisadora.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil, através do protocolo CAAE 19278413.1.0000.5369, parecer número 384.551, datado em 04 de setembro de 2013, considerou a presente pesquisa consoante com a legislação vigente para pesquisa com seres humanos.

A descrição de amostra pode ser compreendida através do quadro abaixo:

**Quadro 2** – Descrição da Amostra

Participantes	Sexo	Idade	Acompanhante	Diagnóstico
P 1	Masculino	40 anos	Não	Cirurgia Geral: Retirada de Vesícula
P 2	Masculino	33 anos	Não	Cirurgia Geral: Reintervenção Cirúrgica
P 3	Masculino	31 anos	Sim	Tumor Maligno no Fêmur
P 4	Feminino	32 anos	Sim	Pneumocistos,



P 5	Feminino	48 anos	Sim	com Dispneia Retocolite Ulcerativa
P 6	Masculino	39 anos	Sim	Pneumonia, com Derrame Pleural
P 7	Feminino	31 anos	Sim	Tromboembolia Pulmonar

*Nota.* Elaboração das Autoras, 2013.

## DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### As distorções cognitivas frente ao adoecimento e à hospitalização

As distorções cognitivas, como indicam Penido e Pereira (2010), “representam formas de interpretação que, em geral, privilegiam somente parte das informações disponíveis no meio em que a pessoa está inserida” (p. 205). Como o indivíduo não realiza uma análise completa da situação, as distorções podem fazer com que o mesmo chegue “a conclusões falhas, limitando a percepção da situação e disparando sentimentos, reações físicas e comportamentos disfuncionais” (p. 205).

O nível de pensamento, aqui descrito, é evocado pelas crenças intermediárias, também chamadas de crenças condicionais, e corresponde ao segundo nível do pensamento que ocorre sob forma de crenças ou regras. Essas crenças refletem ideias mais enraizadas e mais difíceis de serem modificadas do que os pensamentos automáticos, porém mais maleáveis do que as crenças centrais (Aquino et al., 2008, p. 77).

Nesta direção, os autores ainda pontuam que “as crenças intermediárias pressupõem que, se algumas regras ou atitudes forem cumpridas, o indivíduo permanecerá estável, caso contrário, ele estará vulnerável” (p. 77).

Cabe ressaltar que as distorções cognitivas deste estudo foram identificadas e catalogadas, com o consenso das autoras. Sendo assim, foram identificadas distorções cognitivas frente ao adoecimento e à hospitalização, que são caracterizadas da seguinte forma:

**1) Catastrofização:**

**“Pensei que ia morrer.” (P 2)**  
**“Quando o médico me falou que era um tumor, já pensei no pior né?” (P 3)**  
**“Pensei: vai ser amputada minha perna!” (P 3)**  
**“Ah, é muito difícil, é muito difícil.” (P 5)**  
**“To hospitalizada, pensei, ah eu to morrendo.” (P 7)**  
**“É uma coisa muito grave, eu vou morrer.” (P 7)**

Por catastrofização compreende-se “pensar que irá acontecer à pior possibilidade no futuro, excluindo outros possíveis desfechos” (Penido & Pereira, 2010, p. 206). Deste modo, pode-se aferir que, ao hospitalizarem-se, os pensamentos de morte e dependência surgem com maior intensidade. Com isso, a catastrofização é a distorção cognitiva mais recorrente no ambiente hospitalar, como citam Aquino et al. (2008).

Deste modo, a fala da entrevistada P 5 explicita a crença intermediária (do tipo atitude), que pode ser interpretada da seguinte maneira: *“estar hospitalizada é muito difícil”*.

**2) Polarização:**

**“Não tem ninguém para conversar.” (P 1)**  
**“Ah... significa resolver o meu problema.” (P 3)**  
**“O pensamento era de correr atrás e me curar.” (P 6)**  
**“Significa que é para mim fazer o tratamento direitinho, para mim poder ir embora” (P 7)**  
**“Às vezes me dá vontade de comer alguma coisa, e agora eu não posso comer mais.” (P 7)**

A polarização, pensamento dicotômico ou dicotomização refere-se “a interpretar a situação de forma polarizada, em dois extremos ao invés de um *continuum*. É como se a pessoa enxergasse ‘o preto ou o branco’, sem considerar escalas de cinza” (Penido & Pereira, 2010, p. 206). Sendo assim, foi possível identificar na fala dos entrevistados pensamentos de tudo ou nada, ambos relacionados à hospitalização e recuperação de sua saúde.

A fala da entrevista P 7 expressa a crença intermediária do tipo suposição que pode ser hipotetizada como *“se faço o tratamento adequadamente, terei alta”* (suposição positiva) e *“se não faço o tratamento adequadamente, não terei alta”* (suposição negativa). Nessa mesma direção, pode-se observar, também, crença intermediária (do tipo regra), que é hipotetizada no trecho a seguir: *“tenho que fazer o tratamento direitinho, para ter alta”*.

### **3) Rotulação:**

***“É um ambiente assim muito chato, bem chato mesmo, não é nada agradável.” (P 1)***

***“Como eu sou uma pessoa bem ativa no trabalho eu imaginei o quanto isso ia me atrapalhar”. (P 2)***

***“Eu sou bem pragmático.” (P 2)***

***“Eu sou uma pessoa muito ativa.” (P 5)***

***“Hospital é hospital.” (P 6)***

“Criar um rótulo inflexível e absoluto ao invés de avaliar a especificidade da situação” (Penido & Pereira, 2010, p. 206). Na fala dos entrevistados é possível identificar que rotulações sobre si (P 2 e P 5) e sobre o ambiente em que estão inseridos (P 1 e P 6). Nesse sentido, pode-se aferir que os indivíduos demonstram rótulos rígidos sobre si mesmos e a situação – neste caso, a hospitalização, sem considerar as demais ocorrências.

Assim, como pode ser observado nas distorções apresentadas, ficam explicitadas crenças intermediárias que se referem às atitudes dos pacientes frente à hospitalização e ao adoecimento.

### **4) Vitimização:**

***“Todo mundo consegue comer, tomar uma água e deitar numa cama, e eu não consigo, eu me afogo!” (P 2)***

***“Não adianta pelo que passei até agora, não tem mais como voltar atrás.” (P 4)***

***“Eu deixo de fazer um monte de coisas, de ver um monte de coisas, entendeu.” (P 5)***

“Considerar-se injustiçado ou não entendido. A fonte dos sentimentos negativos é algo ou alguém, havendo recusa ou dificuldade de se responsabilizar pelos próprios sentimentos ou comportamentos” (Knapp, 2004, p. 33). Desta maneira, pode-se aferir que o adoecimento e a hospitalização trazem à tona a vitimização, em que o paciente compreende que é injustiçado com a doença ou até mesmo não compreendido pela equipe de saúde.

A fala da entrevistada P 5 expressa a crença intermediária do tipo suposição que pode ser interpretada como “*se estou internada, não posso fazer nada*” (suposição negativa) e “*se não estou internada, posso fazer um monte de coisas*” (suposição positiva). É possível, também, identificar a crença secundária (do tipo atitude), sendo hipotetizada como “*estar internada é um impedimento*”.

**5)Leitura Mental:**

**“Depender de outra pessoa que é o mais difícil, eu penso ‘vou incomodar’.”  
(P 4)**

“Presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis” (Knapp, 2004, p. 33). A hospitalização é vivenciada de forma subjetiva por cada paciente. Ao ser hospitalizado o paciente “perde sua individualidade, sente uma brusca ruptura com o seu cotidiano, sente-se agredido pela rotina hospitalar e seu horário rígido” (Ismael, 2005, p. 26).

Nesse sentido, é comum no ambiente hospitalar que o paciente necessite de auxílio por parte de familiares/acompanhantes, para atividades que antes não necessitavam, como por exemplo, alimentar-se ou na higienização. Com isso, a dependência surge como incômodo, uma perda na sua autoestima ou até mesmo como a confirmação de seu adoecimento.

Sendo assim, a fala da entrevistada P 4 expressa as crenças secundárias, a) suposição: que pode ser hipotetizada como “*se eu depender de alguém, eu vou*

*incomodar*” (suposição negativa); b) atitude “*depende de alguém é intolerável*” e, c) regra “*eu tenho que fazer tudo sozinha*”.

**6) Personalização:**

**“Se eu to passando é porque eu tenho que passar mesmo, porque lá na frente vai dar certo.” (P 5)**

“Assumir a culpa ou responsabilidade por acontecimentos negativos, falhando em ver que outras pessoas e fatores também estão envolvidos nos acontecimentos” (Knapp, 2004, p. 33). É possível aferir que a entrevistada atribui a si mesma a responsabilidade por seu adoecimento, excluindo possíveis ocorrências que contribuíram para o desenvolvimento da doença.

Deste modo, a fala da entrevistada P 5 expressa diretamente a crença secundária (do tipo regra), sendo hipotetizada da seguinte forma: “*tenho que passar pelo adoecimento, para que lá na frente tudo fique certo.*”

**7) Adivinhação:**

**“Eu sei que vai ser difícil perder né (peso).” (P 7)**

“Prever o futuro. Antecipar problemas que talvez venham a existir. Expectativas negativas estabelecidas como fatos” (Knapp, 2004, p. 33). Nesta direção, a fala da entrevistada P 7 expressa a crença secundária (do tipo regra), que pode ser interpretada como “*perder peso é difícil*”.

**As emoções que emergem no processo de adoecimento e hospitalização**

Com relação às emoções apresentadas pelos entrevistados, Costa e Leite (2009) informam que, ao receber o diagnóstico de uma doença, emergem “sofrimentos e preocupações, cria-se uma situação desestruturante não só para quem é por ele acometido, mas também para todos que o cercam, uma vez que se

vêm surpreendidos por um momento de grande estresse, que leva a mudanças de comportamento” (p. 358).

Deste modo, “as emoções são de importância primária para o terapeuta cognitivo. Afinal, uma meta importante da terapia é o alívio de sintomas, uma redução no nível de aflição do paciente quando ele modifica seu pensamento disfuncional” (Beck, 1997, p. 105). A autora ainda afirma que “a terapia cognitiva visa reduzir a aflição emocional que está relacionada às interpretações errôneas de uma situação” (p. 105).

Nesta direção, ao serem questionados “o que você sentiu ao receber o diagnóstico?”, os entrevistados relataram sentimentos de tristeza, choque e aceitação, como pode ser observado nas falas abaixo:

**“Eu fiquei triste, porque tu nunca pensa que isso vai acontecer contigo né” (P 3)**

**“Fiquei bem triste né.” (P 4)**

**“Fiquei muito assustado! O sentimento assim, um pouco de tristeza” (P 6)**

**“Um choque, meio apreensivo.” (P1)**

**“Então no início, tu fica meio perdida, desorientada né?” (P 7)**

**“Eu me sinto bem, claro que a gente não quer saber nunca que está doente.” (P 5)**

**“Eu sou bem pragmático; eu encaro sou tranquilo.” (P 2)**

Observa-se que o sentimento de tristeza com o diagnóstico é prevalecente na fala dos entrevistados (P 3, P 4 e P 6). Deste modo, Aquino et al. (2008) afirmam que “o diagnóstico pode gerar algumas reações emocionais como depressão, tristeza, que são frequentes entre os pacientes, e podem ocorrer desde o momento da descoberta do diagnóstico, bem como ao longo do tratamento” (p. 83).

Sendo assim, Rangé (2003) pontua que a tristeza é equivalente a algo de valor que foi perdido, isto é, “perda de um objeto tangível ou de uma fonte de gratificação ou valorização” (p. 75). Ao ter conhecimento do diagnóstico, a perda da saúde ou de alguma função do corpo pode ser compreendida como equivalente à perda de um objeto tangível, assim como a fantasia de uma perda futura.

Os sentimentos de desorientação e choque podem ser compreendidos como medo do tratamento e/ou hospitalização, uma vez que ambos os entrevistados (P 1 e P 7) relatam que estar num hospital ativa pensamentos de morte e dependência. Sendo assim, pode-se considerar que “a doença provoca, precipita ou agrava desequilíbrios psicológicos, quer no paciente quer na família” (Campos, 1995, p. 42).

Neste sentido, Rangé (2003) conceitua que o medo, isto é, “a percepção de ameaça iminente, ameaça de injúria física, doença, etc” (p. 76), pode ser compreendida neste contexto de hospitalização como ameaça da perda da saúde, parte do corpo, rejeição social ou até mesmo a morte. Ainda neste contexto, Landeira-Fernandez e Rangé (2009) afirmam que “o principal elemento do processamento cognitivo do medo é uma avaliação ou interpretação de que há algum perigo ameaçando o indivíduo. Esse perigo pode ser real ou imaginado” (p. 47).

Foi possível identificar pacientes que relataram ter encarado o diagnóstico de forma natural, sem a presença de reações emocionais negativas. É possível aferir que os pensamentos relacionados à religião/espiritualidade e pensamentos relacionados à volta rápida para sua rotina justifiquem esse relato, uma vez que ambos os pacientes (P 2 e P 5) possuíam previsão de alta para os próximos dias.

Aquino et al. (2008) informam que “após o choque inicial do diagnóstico, os pacientes costumam apresentar respostas emocionais como ansiedade, raiva e depressão” (p. 76). Sendo assim, foi possível verificar, em relação à hospitalização, que os pacientes também apresentam sentimentos de tristeza, esperança e aceitação, porém, é a ansiedade o sentimento que prevalece na fala da maioria dos entrevistados, quando questionados “o que você sente estando internado?”

***“A sensibilidade da gente que aumenta um pouco.” (P 2)***  
***“É uma esperança, que melhore e vá para casa.” (P 6)***  
***“Eu penso em melhorar né, esperança.” (P 4)***  
***“Ansiedade assim, para voltar para casa né?” (P7)***  
***“É ansioso, ansioso que isso termine.” (P 3)***  
***“Meio angustiante, minha rotina aqui é angustiante. É um sentimento ruim.” (P1)***  
***“Eu aceitei.” (P 5)***

Deste modo, Kitayama e Mazutti (2008) consideram que a vivência do paciente hospitalizado desencadeia “sentimentos de medo, impotência, dúvidas e incertezas, levando a ansiedade e depressão, podendo ser considerado um momento de crise na vida do paciente e sua família” (p. 112).

Neste sentido, Romano (2001) afirma que “as principais fontes de ansiedade nessa fase dizem respeito à separação de casa, da família e de suas coisas, o medo em relação à vida em si e o fato de ser forçado a assumir o papel de doente” (p. 97). Logo, estar internado num hospital é um período de angústias, onde os sentimentos de medo, perda e tristeza surgem com maior intensidade.

### **As estratégias de enfrentamento frente à hospitalização**

“As estratégias de enfrentamento são processos de controle utilizados para mediar à relação entre as demandas requeridas pela doença e as respostas que o indivíduo produz perante as mesmas” (Costa & Leite, 2009, p. 358). Sendo assim, o enfrentamento é compreendido “como um processo através do qual o indivíduo administra a demandas da relação pessoa-ambiente que são avaliadas como estressantes e as emoções que elas geram” (p. 356).

É possível aferir, como citam Ferreira e Simonetti (2008), que “o modo de enfrentar uma situação de estresse é em parte determinada pela sua história passada, seus valores, suas crenças pessoais, pela sua avaliação da situação e



pelos recursos pessoais e sociais disponíveis para lidar com o evento estressante” (p. 23). Deste modo, as reações comportamentais utilizadas pelos pacientes entrevistados frente à hospitalização podem ser caracterizadas como: estratégias de enfrentamento focalizadas no problema e estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção.

As autoras Costa e Leite (2009) informam que as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema “constitui-se num esforço para atuar na situação que originou o estresse. A função dessa estratégia é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e o ambiente que está causando a tensão” (p. 356). Sendo assim, é possível aferir que as reações comportamentais utilizadas pelos pacientes, frente à hospitalização, referem-se a refletir sobre o problema/doença, cooperar com a equipe de saúde, assim como, as expectativas frente ao futuro.

**Quadro 3 - Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema**

**Estratégias de Enfrentamento Focalizadas no Problema**

Refletir sobre o problema/doença	“Hoje eu to tranquilo, sabendo que com a retirada dessa vesícula cessou a doença, não tem mais problema nenhum, tranquilo, e a cirurgia também, como o próprio médico falou, é uma cirurgia rápida né, o pós-operatório também é tranquilo, é rápido.” (P1)
Cooperar com a Equipe de Saúde	“Sou bastante pragmático, se o médico diz que é para caminhar, mesmo com dor eu caminho, tem que tomar medicamento mesmo que demore um pouco, eu tomo [...] e eu quero fazer de tudo para ajudar. A gente trabalha junto!” (P 2)
Expectativas Frente ao Futuro	<p>“Eu enfrento sabendo que lá na frente vai ter coisa melhor né, lá na frente vai dar tudo certo. A gente passa, nada é por acaso, se eu to passando é porque eu tenho que passar mesmo, porque lá na frente vai dar certo.” (P 5)</p> <p>“Enfrentar sempre pensando no futuro, no melhor, e na questão de saúde, porque tu fica naquela, ou eu emagreço ou daqui a pouco dá coisa pior e eu vou morrer. Agora é pensar nisso, mais do que nunca.” (P 7)</p>

Nota. Elaboração das Autoras, 2013.

Os autores Rodrigues e Polidori (2012) afirmam que os pacientes utilizam como estratégia de enfrentamento “um esforço para atuar na situação que lhe originou o estresse e transformar o problema existente, desenvolvendo novas habilidades de autocuidado para o seguimento correto do tratamento” (p. 624), como é observado na fala do participante P 2 ao afirmar que está hospitalizado para auxiliar a equipe de saúde na recuperação de sua saúde.

Observa-se, também, que as estratégias de refletir sobre a doença e ter expectativas frente ao futuro referem-se à melhora da saúde, diminuição ou fim da doença, bem como, planejamento de melhores cuidados para com sua saúde.

Por sua vez, “a estratégia focalizada na emoção é definida como um esforço para regular o estado emocional que está associado ao estresse. A principal função dessa estratégia é reduzir a sensação física desagradável de um estado de estresse” (Costa & Leite, 2009, p. 356). Com isso, buscar suporte familiar e suporte religioso foi elencado pelos entrevistados como as estratégias de enfrentamento utilizadas por eles frente à hospitalização.

#### **Quadro 4 - Estratégias de Enfrentamento Focalizadas na Emoção**

##### **Estratégias de Enfretamento Focalizadas na Emoção**

<p>Buscar suporte familiar</p>	<p>“Ah, o apoio da família né? Porque não é fácil também, a gente acaba dependendo das pessoas.” (P 4)</p>
<p>Buscar suporte familiar</p>	<p>“Mensagem para a noiva, e conversando, a gente conversa muito. Minha mãe, que me acompanha, que me dá bastante força.” (P 3)</p>
<p>Suporte Religioso</p>	<p>“Ah sempre pensar no melhor! Acreditar em Deus, ler a bíblia, isso a gente valoriza muito, para ter força né, para estar aqui dia após dia.” (P 6)</p>

Nota. Elaboração das Autoras, 2013.

As autoras informam que o buscar o suporte familiar é um dos principais recursos utilizados por pacientes hospitalizados, visto que a família no momento de hospitalização possui a função de apoio, assim como evitar que os pacientes lidem com eventos desnecessários durante esse processo (Costa & Leite, 2009). As autoras ainda pontuam que “indivíduos que experimentam um evento de vida estressante e podem mobilizar fortes recursos de suporte dentro de sua rede social de relacionamentos são mais capazes de reduzir possíveis efeitos negativos do estresse na saúde” (p. 359).

O enfrentamento centrado na emoção é, por muitas vezes, uma ‘reavaliação cognitiva’, pois o indivíduo realiza uma série de manobras cognitivas com o objetivo de modificar o significado da situação, não importando se isso é feito de forma realista ou com distorção da realidade. Esse tipo de mecanismo de enfrentamento não modifica a situação propriamente dita, mas serve para o indivíduo negociar com as emoções e, assim, manter uma autoestima positiva, esperança e bem-estar (Costa & Leite, 2009, p. 358).

Outra estratégia considerada frequente é o suporte religioso, uma vez que “esse tipo de recurso de enfrentamento pode prover o fortalecimento da fé e com isso propiciar pensamentos mais otimistas, diminuindo, portanto, a tensão interna decorrente do estressor” (Costa & Leite, 2009, p. 359). Os autores Rodrigues e Polidori (2012) corroboram ao afirmarem que buscar apoio religioso/espiritual é uma estratégia acessível na situação de hospitalização, pois a fé e a espiritualidade possibilitam a satisfação das necessidades que os pacientes não conseguem controlar.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo realizado permitiu conhecer as principais distorções cognitivas, emoções e comportamentos apresentados por pacientes hospitalizados. Constatou-

se que as cognições identificadas influenciam os sentimentos e conseqüentemente os comportamentos dos pacientes, frente ao seu estado de saúde e hospitalização.

Verificou-se, ainda, que emoções como tristeza, aceitação e ansiedade são comuns aos pacientes hospitalizados, independente do diagnóstico, bem como a etapa de internação. Ainda nesse viés, as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema remetem reflexões sobre seu atual estado de saúde e recuperação da mesma; já as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção trazem conforto e perspectivas ao paciente, fortalecendo-os psicologicamente frente à hospitalização.

Portanto, um dos principais objetivos do psicólogo cognitivo-comportamental no hospital é identificar as interpretações do paciente acerca de seu processo saúde-doença. Sendo assim, a terapia cognitiva demonstra a importância do desenvolvimento da autonomia do paciente, isto é, o treina para que o mesmo tenha habilidades para a modificação de pensamentos, comportamentos e/ou emoções disfuncionais.

Em relação às sugestões para novas investigações, propõem-se identificar as distorções cognitivas por especificidades médicas, assim como nas diferentes etapas de hospitalização. Ainda nesse escopo, a investigação sobre a relação estabelecida entre equipe de saúde e pacientes hospitalizados propiciará ampliação de conhecimento e possibilidades de manejo tanto para a Psicologia Hospitalar, quanto para as demais áreas da saúde.

Por fim, a prática do psicólogo no hospital busca resgatar a subjetividade dos pacientes em situações associadas ao adoecimento e à hospitalização. Logo, o psicólogo concebe a dimensão psíquica do adoecimento, da hospitalização e do sofrimento, permitindo aos pacientes expressarem seus sentimentos relacionados ao adoecimento e à hospitalização.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, N. C. (2004). Introdução às Terapias Cognitivas. In Abreu, C. N. & Guilhardi, H. J., *Teoria Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas* (pp. 277-285). São Paulo, SP: Roca.
- Angerami-Camon, V. A., Chiattonne, H. B. C., Meleti, M. R. (2003). *A Psicologia no Hospital*. São Paulo, SP: Pioneira Thomson Learning.
- Aquino, T. A. A., Santos, R. M., Silva, S. S. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4 (2). Recuperado de <http://espiritualidadesentido.yolasite.com/resources/O%20Paciente%20com%20cancer.pdf>
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. São Paulo, SP: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre, RS: Artmed. 1997.
- Bhattacharya, L., Chaudari, B., P. Menon., D. Saldanha. (2013). Cognitive behavior therapy. *Medical Journal*, 6 (2). Recuperado de [http://www.mjdrdypu.org/temp/MedJDYPatilUniv62132-536234\\_145343.pdf](http://www.mjdrdypu.org/temp/MedJDYPatilUniv62132-536234_145343.pdf)
- Campos, T. C. P. (1995). *Psicologia Hospitalar: a atuação dos psicólogos em hospitais*. São Paulo, SP: EPU.
- Campos, V. A., Miguel, S. P., Nunes, R. M., Oliveira, A. C. (2007). Diferentes olhares sobre a psicologia hospitalar dentro de um grupo a partir do estágio acadêmico. *Psicologia*, 1-10. Recuperado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0103.pdf>
- Conselho Federal de Psicologia. (2007). *Resolução CFP nº 13/2007*. Recuperado de [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/09/resolucao2007\\_13.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/09/resolucao2007_13.pdf)
- Costa, P. & Leite, R. C. B. O. (2009). Estratégias de Enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55 (4). Recuperado de [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v04/pdf/355\\_artigo5.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v04/pdf/355_artigo5.pdf)
- Ferreira, C. J. & Simonetti, J. P. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42 (1). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/03.pdf>
- Gomes, J. A. L. & Pergher, G. K. (2010) A TCC no pré e pós-operatório de cirurgia cardiovascular. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (1). Recuperado de [http://rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=128](http://rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=128)
- Ismael, S. M. C. (2005). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kitayama, M. M. G. & Mazutti, S. R. G. (2008). Psicologia hospitalar: um enfoque em terapia cognitiva. *Revista da SBPH*, 11 (2). Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200010&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200010&script=sci_arttext)

Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Landeira-Fernandez, J. & Rangé, B. P. (2009). O medo. In Lipp, N. M. E. *Sentimentos que causam stress*. São Paulo, SP: Papyrus.

Penido, M. A. & Pereira, F. M. (2010). Aplicabilidade Teórico-Prática da Terapia Cognitivo Comportamental na Psicologia Hospitalar. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6 (2). Recuperado de [http://rbtc.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=117](http://rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp?id=117)

Pupulim, J. S. L. & Sawada, N. O. (2012). Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 65 (4). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a11v65n4.pdf>

Rangé, Bernard. (2003). Influência das cognições na vulnerabilidade ao stress. In Lipp, N. M. E. *Mecanismos psicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Rodrigues, F. S. S. & Polidori M. M. (2012). Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 58 (4). Recuperado de [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf)

Romano, B. W. (2001). *Psicologia e cardiologia: encontros possíveis*. São Paulo, SP: Casa do psicólogo.

Silva, E. A. (2004). Flecha Descendente. In Abreu, C. N.; Guilhardi, H. J. *Teoria Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas* (pp. 320-329). São Paulo, SP: Roca.

## CONTATO

E-mail: [efftingmariana@gmail.com](mailto:efftingmariana@gmail.com)

## **ANEXO A – Entrevista Semiestruturada**

---

### **Dados de identificação do paciente**

**Sigla:**

**Sexo:**

**Idade:**

**Estado Civil:**

**Constituição Familiar:**

**Escolaridade:**

**Profissão:**

**Religião:**

**Mora em:**

**Data de Internação:**

**Diagnóstico:**

**Acompanhante:**

---

### **Entrevista**

- 1)** Quais pensamentos que lhe ocorreram no momento que você recebeu o diagnóstico?
- 2)** O que significa para você estar internado?
- 3)** O que você sentiu ao receber o diagnóstico? E agora, estando internado?
- 4)** Como você enfrenta a sua doença e a internação? Poderia falar como estão sendo seus dias aqui no hospital?
- 5)** Você gostaria de falar mais alguma coisa que não lhe foi perguntada?