

## **Psicologia hospitalar: um enfoque em terapia cognitiva**

Sandra Regina Gonzaga Mazutti<sup>1</sup>

Marcela Mayami Gomes Kitayama<sup>2</sup>

### **RESUMO**

Este artigo teve como objetivo apresentar a aplicabilidade da Terapia Cognitiva (TC) em pacientes internados em Hospital Geral. Foi apresentada uma breve fundamentação com princípios básicos da TC, estratégias e técnicas para intervir em situações de crise. Foram feitas considerações sobre as características da TC: curta duração, focada no aqui- agora com objetivo na resolução de problema e flexibilidade de pensamentos e crenças, visando à melhora rápida do humor, maior estabilidade emocional e uso de estratégia de enfrentamento mais adequada. Foram apresentados e discutidos dois casos de pacientes internados em hospital geral, atendidos em TC que poderão ser avaliados quanto aos resultados obtidos na prática hospitalar.

**Palavras-chave:** Terapia cognitiva - psicologia hospitalar – hospital geral.

### **ABSTRACT**

This article had as objective to present the applicability of Cognitive Therapy (CT) in patients hospitalized in General Hospital. It was presented one brief recital with basic principles of the CT, strategies and techniques to intervene in crisis situations. Considerations on the characteristics of the CT were made: short duration, focus in the present with objective in the resolution of problem and flexibility of thoughts and beliefs, aiming at the fast improvement of the mood, more emotional stability and more adaptive coping. Authors presented and argued two taken care of clinical cases in CT that could be evaluated how much to the results gotten in practical the hospital one.

**Key-words:** Cognitive Therapy – hospital psychology - General Hospital .

---

1 andramazutti@hotmail.com – Hospital Paulistano, SP

2 marcelakitayama@hotmail.com – Hospital Paulistano, SP

Trabalho apresentado na VII Jornada de Psicologia do Hospital Universitário /UEL – I Congresso Brasileiro de Psicologia Aplicada à Saúde – setembro 2008 – Londrina, Paraná

## **INTRODUÇÃO**

Atualmente, a Psicologia Hospitalar é uma especialidade reconhecida com possibilidades de atuação em diferentes abordagens teóricas.

A Terapia Cognitiva (TC) tem sido uma técnica amplamente utilizada dentro do hospital com resultado terapêutico importante. Este artigo tem o objetivo de mostrar o alcance da TC no paciente hospitalizado, considerando esta vivência desencadeadora de sentimentos de medo, impotência, dúvidas e incerteza, levando a ansiedade e depressão, podendo ser considerado um momento de crise na vida do paciente e sua família. As estratégias e técnicas para intervir em situações de crise são o foco deste artigo.

## **TERAPIA COGNITIVA**

A Terapia Cognitiva (TC) foi desenvolvida por Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia no início da década 60, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para abordagem da depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (Beck,1964 apud Beck, 1997).

Desde então, esta modalidade terapêutica tem mostrado resultados comprovados no tratamento dos transtornos depressivos, ansiosos e de pânico.

A TC baseia-se no modelo cognitivo, que levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos. Não é uma situação por si só que determina o que as pessoas

sentem, mas, antes, o modo como elas interpretam uma situação (Beck, 1964; Ellis, 1962 apud Beck, 1997).

O terapeuta busca produzir a mudança cognitiva dos pensamentos e crenças dos pacientes, com objetivo de mudança emocional e comportamental.

Conforme Judith Beck (1997), os princípios básicos da TC podem ser assim resumidos:

- 1- Estabelecimento de aliança terapêutica;
- 2- Identificação do pensamento atual que ajuda a manter os sentimentos negativos e comportamentos problemáticos do paciente;
- 3- Ênfase na colaboração e na participação ativa;
- 4- Orientação para a meta e foco em problemas. O terapeuta deve, juntamente com o paciente, enumerar os problemas e estabelecer metas específicas;
- 5- Foco inicial no aqui-agora, independente do diagnóstico psicológico. O terapeuta voltará sua atenção ao passado em três situações: quando não observar mudança cognitiva estando focado nos problemas atuais; quando o paciente insistir em falar do passado; ou quando o terapeuta precisar entender quando as idéias disfuncionais importantes se originaram e como se mantêm até hoje;
- 6- Caráter educativo e ênfase na prevenção de recaída. Ensina o paciente a identificar, avaliar e responder seus pensamentos e crenças disfuncionais e projetar um plano de ação para que ele possa ser seu próprio terapeuta.
- 7- Duração de tempo limitado, com sessões estruturadas.

## **PACIENTE HOSPITALIZADO: TERAPIA COGNITIVA**

Na perspectiva da TC, uma crise surge quando o estresse e a tensão na vida do indivíduo atingem grandes proporções (Greenstone & Leviton, 1992 apud Dattilio & Freeman, 2004). Relaciona-se a um acontecimento desencadeante de duração limitada que perturba a capacidade habitual do indivíduo de enfrentar e solucionar problemas (Rosenbaum & Calhoun, 1977 apud Dattilio e Freeman, 2004).

Sabe-se que, independente da razão médica pela qual uma pessoa é hospitalizada, esta será para ela uma experiência de incertezas e apreensão, deixando vulneráveis o paciente e sua família. A quebra da rotina, o afastamento das pessoas próximas e queridas, o contato com um ambiente desconhecido e marcado por regras próprias, assim como a dependência de cuidados alheios e a suspensão dos projetos de vida caracteriza a hospitalização como uma situação ameaçadora e geradora de ansiedade.

Quando a hospitalização é prolongada, com intercorrências e descoberta de diagnóstico grave, a situação de crise fica ainda mais configurada, predispondo o indivíduo a uma série de reações emocionais. Tais reações podem incluir insônia, perda do apetite, preocupações, medos e tristeza de leve intensidade, identificadas como transtorno de ajustamento, e, por isso, transitórios, ou quadros psicopatológicos tais como depressão, ansiedade e quadros confusionais com maior potencial de desajustamento e prejuízo na recuperação (Botega, 2002). Tais situações demandam intervenção efetiva e pontual por parte do psicólogo.

Citando DiTomasso, Martin e Kovnat (2004), diversos fatores (cognitivos, comportamentais e físicos) contribuem para o surgimento de uma crise em resposta a um evento estressante. Abaixo propomos uma adaptação dos fatores descritos por estes autores para a prática da TC no contexto hospitalar.

### **1. Fatores cognitivos**

- *Crenças, atitudes e suposições irrealistas.* Esses esquemas provavelmente terão uma influência determinante sobre os pensamentos, comportamentos e reações emocionais do paciente (Beck, 1976; Needleman, 1999; Persons, 1989 apud Freedman); Diante de quadros de dor crônica oncológica, por exemplo, a crença de pacientes, familiares, e mesmo dos profissionais de saúde, de que opióides são extremamente prejudiciais devido aos seus efeitos colaterais, resultam em tratamento inadequado e pouco efetivo, prolongando desnecessariamente o sofrimento do paciente (Garcia & Pimenta, 2005; Garcia, 2006).
- *Distorções cognitivas.* Um exemplo de erro cognitivo é a catastrofização, que pode ser compreendida como uma supervalorização negativa dos acontecimentos. Um paciente com este tipo de distorção, poderá avaliar um sintoma corriqueiro como uma doença grave e reagirá de forma exacerbada. Este é um erro cognitivo comum em pacientes hipocondríacos.
- *Recordações e percepções tendenciosas.* Pacientes com experiências negativas de doença e/ou hospitalização podem ter memórias negativas que distorçam ainda mais a percepção da situação vivida;

- *Tríade cognitiva.* A visão negativa do *self*, do mundo e do futuro (Beck, 1976 apud Beck, 1997) pode prejudicar o paciente que está enfrentando uma doença e internação. Os pacientes com baixa auto-estima estão mais propensos a sentir culpa e a responsabilizar-se desnecessariamente pela enfermidade. Da mesma forma, uma visão negativa do mundo pode reforçar essa posição de culpa. Assim como uma visão negativa do futuro pode reforçar sentimentos de desesperança, solidão e abandono diante da situação de doença e hospitalização;
- *Falta de informação.*

## **2 - Fatores comportamentais**

- *Falta de estratégia de enfrentamento.* Os recursos de enfrentamento podem ser definidos como os esforços cognitivos e comportamentais específicos adotados pelo indivíduo para administrar uma condição de estresse. O uso destas estratégias visa alterar as situações estressoras e, quando não for possível, controlar as emoções, a perturbação ou os desconfortos relacionados à condição imutável. O sucesso das estratégias de enfrentamento depende dos recursos individuais saudáveis, crenças e compromissos, habilidades intelectuais e sociais, suporte social e recursos materiais. (Portnoi, 2003).
- *Falta de apoio social.* O suporte social pode ser definido como as provisões percebidas ou reais, instrumentais ou expressivas supridas pela comunidade, redes sociais ou parceiros confiáveis. (Lin, 1986 apud Zimet et al., 1988). O suporte social funciona como um amortecedor

entre os eventos estressantes e os sintomas físicos e psicológicos, observando-se relação inversa entre suporte social e estados de depressão e ansiedade. A hipótese é de que o suporte social eleve a auto-estima e propicie sentimentos positivos, fortalecendo o sistema auto-imune, além de promover e manter comportamentos saudáveis (Zimet et al., 1988).

- *Incapacidade de pedir ajuda.* A literatura substancial de *coping* indica que o uso do suporte social está entre as estratégias mais adaptativas, seja o estressor controlável ou incontrolável, agudo ou crônico (Holahan, Moss & Bonin, 1997 apud Willianson et al., 2002). Entre pacientes adultos com diabetes melitus, aqueles com baixos níveis de confiança e inabilidade para colaborar com outros prolongadamente expressaram dificuldade para estabelecer parceria com os profissionais de saúde, com potencial prejuízo da adesão ao tratamento (Ciechanowski e Katon, 2006). Estratégias evitativas, que envolvem o distanciamento de pessoas que poderiam ser suportivas, podem contribuir para o maior distresse do cuidador (Thompson, Gustafson, Hamlett & Spock, 1992 apud Willianson et al., 2002).

### **3. Fatores Físicos**

O paciente internado encontra-se com sua condição física debilitada e é comum que vivencie um processo regressivo do ponto de vista psicológico (Spitz, 1997 apud Fortes, 2002). Se por um lado esta regressão o favorece a aceitar cuidados, focando-se em sua saúde, por outro, pode baixar sua tolerância para

lidar com os acontecimentos, prejudicando-o no tratamento e, conseqüentemente, em sua evolução clínica.

Diante do que foi exposto, a avaliação psicológica será fundamental para nortear as intervenções. Deve-se:

- **Explorar o sofrimento do paciente:** O paciente internado quando avaliado, deverá ser investigado em todos os aspectos, de forma a não se prender apenas aos sintomas físicos. Deve-se dar ênfase à compreensão das cognições e crenças que colaboram para as possíveis distorções na percepção do momento atual que podem de maneira errônea estar aumentando o sofrimento e angústia do paciente.
- **Identificar a percepção do paciente sobre o evento:** O terapeuta deve colher informações sobre o significado idiossincrático que a internação e doença têm para o paciente. Levando-se em consideração nos casos de doenças crônicas, a repercussão que esta terá na vida futura (do paciente).
- **Investigar os aspectos mais perturbadores da situação-problema:** Muitas vezes, embora o paciente tenha descoberto um diagnóstico grave, no momento não são preocupações relacionadas a este que o perturbam, e sim, acontecimentos anteriores não resolvidos. Nosso foco então será esta situação não resolvida.
- **A história do paciente:** É comum o paciente mostrar-se resistente e muitas vezes não aceitar submeter-se a procedimentos necessários ao tratamento, por seqüelas de situações negativas vividas anteriormente por



ele ou por familiares. Informações sobre estes acontecimentos na história do paciente e como ele lidou com a situação, facilitarão a compreensão da equipe sobre as reações do paciente. Para o terapeuta cognitivo, será uma dica importante na ajuda ao paciente no fortalecimento de sua capacidade de enfrentamento.

- **Examinar o paciente quanto à sua tendência suicida:** É crescente o número de pacientes que internam por tentativa de suicídio, aos quais nossa atenção deve ser redobrada no sentido de fazermos as intervenções necessárias. No entanto, devemos estar atentos aos pacientes idosos, ou pacientes com história de antecedente psiquiátrico, ou com diagnóstico grave (HIV positivo, por exemplo), que se mostram deprimidos, desesperançosos. Medidas padronizadas, confiáveis e válidas como o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Inventário de Desesperança de Beck (BHS), além do questionamento socrático, serão úteis e facilitadores no processo de conceituação cognitiva e de intervenção.
- **Observar as crenças dos pacientes:** Acrescentamos a importância de investigar as crenças. Começando na infância, as pessoas desenvolvem determinadas crenças sobre si mesmas, outras pessoas e o mundo. Essas crenças são consideradas pela pessoa como verdades absolutas (Beck, 1997). A terapia cognitiva ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder seus pensamentos e crenças disfuncionais.

Diversas técnicas são importantes para ajudarmos o paciente a superar a crise e atingir um nível adequado de ajustamento. Algumas propostas são

apresentadas segundo Judith Beck (1997), Dattilio e Freeman (2004) de grande importância na prática do psicólogo hospitalar.

- **Criar uma aliança de trabalho:** o paciente encontra-se fragilizado, sentindo-se impotente frente à doença e condutas da equipe, portanto, é de grande importância que se crie uma aliança entre paciente e profissional para que o tratamento aconteça de forma compreensiva e aceita pelo paciente.
- **Dar um foco colaborativo às sessões:** O paciente frente à fragilidade física e emocional e a real situação de dependência, fica passivo a tudo ao seu redor delegando a toda equipe seu tratamento. É necessário que seja estimulado a colaborar envolvendo-o no processo de tratamento e cura quando for possível. Neste sentido, a terapia cognitiva tem uma grande vantagem, pois se trata de uma abordagem com foco colaborativo.
- **Enfatizar fatores de relacionamento com empatia, respeito e autenticidade:** A relação médico paciente desempenha um papel importante no tratamento dos pacientes internados. Os pacientes que avaliam seu médico como insensível, muito técnico nas informações, tem uma tendência a não colaborarem no tratamento e mostrarem comportamentos desajustáveis. O terapeuta cognitivo considera esta questão importante no seu relacionamento com o paciente, bem como trata desse assunto junto à equipe multidisciplinar da qual faz parte; estimulando-os e dando referências para atendimento humanizado por toda equipe envolvida no caso.

- **Enfatizar a força do paciente:** O terapeuta deve buscar ativamente recursos internos adaptativos do paciente para enfrentamento da situação de doença, suas limitações e adaptações necessárias para o momento de internação.
- **Estabelecer objetivos realistas:** Quando um paciente é internado, junto com ele vêm todas as suas cognições e crenças disfuncionais e dificuldades em resolver problemas. Devemos estabelecer metas necessárias e possíveis de serem atingidas no tempo curto de internação.
- **Ajudar o paciente a examinar cognições disfuncionais:** É de grande importância ajudar o paciente a identificar e avaliar seus pensamentos negativos, visando à reestruturação de cognições errôneas.
- **Ajudar o paciente a compreender o problema de forma realista:** O paciente internado com uma doença e suas repercussões mostra-se sofrido, potencializando seus problemas e sintomas relacionados. O terapeuta não deve subestimar os problemas, mas o paciente precisa aprender a avaliar de forma realista os aspectos e as conseqüências negativas do problema, e desenvolver um plano que resolva. Os problemas médicos geralmente apresentam conseqüências negativas bastantes claras (por exemplo, perda permanente de função), que exigirão reajustamento (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1998 apud Dattilio & Freeman, 2004). Evitar ou negar essas conseqüências pode trazer maior estresse para o paciente futuramente.

- **Avaliar as estratégias de enfrentamento disponíveis.** O terapeuta deve esforçar-se para determinar quais estratégias de enfrentamento o paciente experimentou, com o objetivo explícito de desenvolver outras mais efetivas.
- **Avaliar a incerteza do paciente:** No processo de doença, tratamento e hospitalização são freqüentes queixas dos pacientes referentes a dúvidas e incertezas com relação ao diagnóstico, tratamento e prognóstico. Toda equipe deve instruir o paciente sobre seu problema, o que diminuirá consideravelmente sua ansiedade.

## CASOS CLÍNICOS

Abaixo ilustraremos a aplicação da TC em situações da rotina do psicólogo hospitalar.

1. Paciente do sexo feminino, 65 anos, diagnóstico de câncer de mama (há 5 meses) e HIV+ (há 5 anos) internada para investigação de diarreia. Mostrava-se apática, ansiosa, recusando-se a realizar o exame de colonoscopia. Durante avaliação psicológica observou-se pensamento disfuncional com relação ao procedimento, acreditando que caso realizasse o exame teria diagnóstico de câncer intestinal assim como havia acontecido com sua filha há cerca de um ano. A psicóloga propôs que a paciente descrevesse as evidências favoráveis e contrárias em relação a este pensamento, prevalecendo a possibilidade de que não fosse câncer. Em seguida, considerando que fosse constatado câncer e que a morte seria o pior desfecho para esta situação, a psicóloga estimulou a paciente a refletir sobre outras possibilidades. Uma das possibilidades identificadas pela paciente foi a de realizar um tratamento e curar-se, assim como

aconteceu com sua filha. Neste momento, observou-se a flexibilização cognitiva, que resultou em significativo alívio emocional e concordância em realizar o exame.

2. Paciente do sexo masculino, 82 anos, diagnóstico recente de neoplasia avançada, sem possibilidades terapêuticas. Este prognóstico era desconhecido pelo paciente. Apresentava-se deprimido, com pensamentos relacionados à iminência de morte. Este paciente ocupava o papel de provedor de sua família, centralizando todas as questões financeiras e administrativas. Por esta razão, os familiares estavam preocupados e cobravam dele informações pertinentes a este assunto. O paciente irritava-se e negava-se a discutir a questão. A psicóloga identificou que ele usava o controle como estratégia compensatória na vida e que este não era o momento adequado para abordar o assunto financeiro que significava perda total de controle e confirmação da morte. Neste sentido, a família foi orientada a aguardar. A equipe foi alertada quanto à necessidade de dar informações claras ao paciente sobre o seu quadro clínico que piorava progressivamente. Com estes dados de realidade, o paciente compreendeu que, apesar da dificuldade em aceitar a finitude, tinha problemas de ordem prática a resolver. De forma colaborativa com a terapeuta, elegeu como meta colocar a esposa a par da situação financeira, ação que trouxe alívio para o próprio paciente e para sua família, que foi a óbito dias depois.

## **DISCUSSÃO**

No primeiro exemplo, a paciente apresentava pensamento disfuncional baseado em sua história de vida. Desta forma, interpretava o exame como a confirmação de uma neoplasia intestinal que, por sua vez, representava uma sentença de morte. O objetivo neste caso foi a flexibilização do pensamento e resolução de problema (realizar um exame sabidamente necessário mas que despertava medo).

No segundo caso, houve um planejamento da intervenção psicológica que considerou a interação entre paciente, família e equipe, assim como a gravidade do quadro clínico e a urgência para a resolução do problema. Não é possível afirmar que o paciente elaborou sua finitude. Ainda assim, observou-se que o paciente pôde refletir sobre a finitude, resolvendo problemas financeiros pendentes que o preocupavam e também a sua família.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Frente à realidade vivida dentro dos hospitais, onde a demanda de atendimento psicológico é grande, com necessidade de resolução rápida, a TC tem-se mostrado eficaz, tanto na sua aplicabilidade como nos resultados obtidos. Isto se deve às próprias características da TC com relação a ser uma terapia breve, focada no presente, de forma estruturada, com resolução de problemas e flexibilidade de pensamentos e crenças disfuncionais. O alcance das técnicas propostas pelo modelo e sua eficácia são observadas na nossa prática diária, por exemplo, nos casos clínicos acima citados. O que nos faz confirmar, pela experiência, a grande importância da TC no exercício da Psicologia Hospitalar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: Teoria e prática* (Cap. 1) (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada 1995)

Botega, N. J. (org.) (2002). *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre: Artmed.

Dattilio, F. M.; Freeman, A. (org.). (2004). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise* (Cap. 1) (M. A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada 2000)

Di Tomasso, Martin & Kovnat (2004). Pacientes Médicos em Crise. In: Dattilio, F.M.; Freeman, A. (Org.). *Estratégias Cognitivo-comportamentais de Intervenção em Situações de Crise* (Cap.17) (M.A.V.Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada 2000)

Fortes, S. (2002). O paciente com dor. In Botega, N.J. (Org.), *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência* (pp.339-351). Porto Alegre: Artmed Editora.

Garcia, D.M (2006). *Crenças de profissionais de centros de dor sobre dor crônica*. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da USP, São Paulo. Recuperado em 27 de julho, 2007, de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-02102006-113642/>.

Garcia, D.M.; Pimenta, C.A.M (2005). Crenças sobre dor entre profissionais da saúde. In *Anais (do) 7º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor* (pp.432-446). Simbidor.

Portnoi A.G. (2003). O enfrentamento da dor. In Teixeira, M.J. (ed.) *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio.

Ciechanowski, P & Katon, W.J. (2006). The interpersonal experience of healthy care through the eyes of patients with diabetes. *Social Science and Medicine*, 63, 3067-3079.

Williamson GM; Shaffer DR & Walters AS (2002). Caregiver models of self and others, coping, and depression: Predictors of depression in children with chronic pain. *Health Psychology*, vol.21, n.4, pp.405-410.

Zimet, G.D.; Dahlem, N.W.; Zimet, S.G.; Farley, G.K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality*, 1988, 52(1), 30-41.