

A INCIDÊNCIA DE ESTRESSE EM PACIENTES HOSPITALIZADOS

Cristiane Santos de Macena¹, Elaine Soares Neves Lange²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a incidência de estresse em pacientes internados em um hospital geral de rede privada. Participaram deste estudo 40 pacientes. Como instrumentos utilizou-se o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e o questionário sociodemográfico. Verificou-se que 82,5% dos participantes encontravam-se estressados, estando 62,5% na fase de resistência, 7,5% na fase de alerta, 7,5% na fase de quase-exaustão e 5% na fase de exaustão, havendo predominância de sintomas psicológicos (69,2%). Encontrou-se 40% de mulheres estressadas e 42,5% de homens. Os resultados obtidos apontaram um alto índice de estresse em ambos os gêneros, sendo que os dias de internação e o grau da patologia não foram determinantes para o desenvolvimento do estresse. Sugere-se a realização de outras pesquisas com um número maior de participantes, como também a necessidade de se repensar sobre formas de intervenção no contexto hospitalar.

Palavras-chave: estresse; doença; hospitalização.

THE STRESS INCIDENCE IN HOSPITALIZED PATIENTS

ABSTRACT

The goal of this study was to evaluate the incidence of stress in hospitalized patients in a general private hospital. Forty patients took part in this study. A socio-demographic questionnaire and the Lipp's Inventory of Stress Symptoms in Adults were used. It was observed that 82,5% of the participants were stressed, given that 62,5% of them were in the resistance phase, 7,5% in the alert phase, 7,5% in the near-exhaustion phase and 5% in the exhaustion phase, with predominance of psychological symptoms (69,2%). The research found 40% of stressed women and 42,5% of men. The results showed high levels of stress for both men and women, and also that the number of days in the hospital and the pathology degree did not determine the development of stress. It is suggested that similar researches with a larger number of participants should be carried out, as well as the need to consider different forms of intervention in the hospital.

Keywords: stress; disease; hospitalization.

¹ Graduanda em Psicologia pela Universidade São Francisco – Campus SP

² Mestre em Psicologia da Saúde pela UMEESP, Doutora em Psicologia Clínica pela USP, Pesquisadora CNPq/APOIAR/ USP, Docente do curso de graduação em Psicologia da Universidade São Francisco

1. INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, procurar e ser atendido numa instituição hospitalar é algo rotineiro e freqüente. De acordo com Campos (1995) “Espera-se que o hospital tenha uma equipe interdisciplinar nas várias especialidades, que disponha de recursos técnicos avançados e atenda de forma rápida e ininterrupta” (p.15). No entanto, o atendimento em uma instituição hospitalar nem sempre ocorre dessa maneira, gerando estresse por parte dos pacientes e familiares.

Sabemos que o estresse está relacionado ao cumprimento de tarefas de responsabilidade, reações a eventos inesperados e a situações onde expectativas e contato com o novo encontram-se presentes.

Relacionado à patologia está a reação do organismo e, comumente, a gravidade da enfermidade deve-se primariamente à violência dos mecanismos de defesa orgânicos. O estresse prolongado afeta o sistema imunológico do corpo e suas defesas naturais contra infecções e outras doenças (Botega,2006).

Em estado de estresse, o organismo perde a capacidade de reconhecer e anular células malignas mutantes que passam a se reproduzir livremente. Hipoteticamente o grau da patologia, os dias de internação ou a perda de autonomia influenciam no estresse do paciente. Através deste estudo, pretendemos investigar o estado de estresse emocional do paciente em contexto de hospitalização, contribuindo para compreensão deste, bem como propiciar a melhoria na qualidade do atendimento, no que se refere à intervenção, diagnóstico e hospitalização, o que justifica a relevância social e científica desta proposta.

1.1 Estresse

Quando nos referimos à palavra estresse, nos deparamos com alguns mitos de outrora, por exemplo, que só as pessoas ricas tem estresse, ou de que crianças não apresentam estresse. Porém, nosso organismo desconhece nossa classe econômica e também nossa idade. Assim, nos dias atuais, qualquer indivíduo pode desenvolver estresse.

Em 1920, o fisiologista Walter Cannon, após realizar alguns estudos, e trabalhar as funções do sistema nervoso simpático e da homeostase, obteve como resultado uma reação fisiológica que motivava o organismo a sobreviver e a adaptar-se, confirmando que a reação de estresse é parte de um sistema unificado mente-corpo.

O termo estresse foi usado, na área da saúde, pela primeira vez, em 1926 por Hans Selye observando que muitas pessoas apresentavam doenças físicas, ao queixarem-se de alguns sintomas, tais como: falta de apetite, pressão alta, desânimo, taquicardia, respiração ofegante, mãos suadas, dores de cabeça e fadiga. Selye delineou o transtorno da adaptação inespecífico, para descrever os efeitos do estresse crônico (Straub,2005).

Lipp et al (1998) explica :

As mudanças fisiológicas associadas com as reações de stress são processadas pelo hipotálamo. Quando um estressor o excita, uma cadeia de reações bioquímicas altera o funcionamento de quase todas as partes do corpo. O sistema nervoso autonômico, que mobiliza o corpo para lidar com o stress, a glândula pituitária são ativados. Esta, por sua vez, ativa as glândulas supra-renais que produzem adrenalinhas e corticóides. Se a produção dessas substâncias forem excessivas e muito prolongadas, problemas sérios de desgaste orgânico podem ocorrer. (p.21)

O processo de estresse se dividia em três fases,de acordo com o modelo trifásico identificado por Selye. Na primeira, a fase do alarme ou alerta, a pessoa experimenta uma série de sensações que, às vezes, não identifica como estresse. A segunda fase, a da resistência, a pessoa tenta se adaptar à situação, ou seja, tenta restabelecer um equilíbrio interno. Na terceira ocorre exaustão, quando sintomas recorrentes aparecem e outros se desenvolvem (Lipp, 1998).

Segundo Lipp (2001):

O inventário de Sintomas de Stress - ISS-Lipp e Guevara (1994), identifica a sintomatologia que o paciente apresenta, avaliando se ele possui sintomas de stress, o tipo de sintomas existentes (se somáticos ou psicológicos) e a fase de stress em que se encontra. Baseia-se nos princípios de Selye. O ISS é composto de três partes que se referem respectivamente às três fases do stress. Na primeira parte o respondente assinala os sintomas que tenha experimentado nas últimas 24 horas; na segunda ele assinala os sintomas da última semana; na terceira ele designa os sintomas que tem experimentado no último mês. Os itens obedecem a uma hierarquia de intensidade de sintomas, uma vez que é comum um sintoma ocorrer na fase de alerta com pequena intensidade ou frequência (ex: hipertensão arterial essencial passageira), desaparecer na fase de resistência (já que o organismo resistiu ou adaptou-se ao estressor no momento) e reaparecer na fase de exaustão com uma intensidade maior (ex.: hipertensão arterial estabelecida) (p.25- 6).

Lipp (2003) ao basear-se nas 3 fases de estresse proposto por Selye em 1952 propôs um novo modelo quadrifásico, no qual incluiu uma terceira-fase denominando como quase-exaustão.

Nesta fase o indivíduo não conseguiu resistir ao estresse em fases anteriores e apresenta ambivalência em relação ao que sente, tendo alguns momentos de conforto e momentos de cansaço e ansiedade, podendo desencadear algumas patologias.

Em pesquisas realizadas sobre os aspectos psíquicos dos profissionais atuantes na área da saúde, os resultados apontaram altos índices de estresse e através destes dados os autores descreveram sobre a necessidade de maiores intervenções visando contribuir para a prevenção de doenças tanto físicas como psíquicas (Pafaro & Martino, 2002; Miquelin et al, 2005; Malagris & Fioritto, 2006).

Lazarus e Folkman (1984) citado por (Lipp, 2003) relacionaram o estresse com processos psicológicos, justificando que a percepção cognitiva que o indivíduo possui diante da situação vivenciada é que interfere na avaliação psicológica, podendo envolver situações de perigos, desafios, ameaças e, assim, obter, ou não, a capacidade de manejar esta situação. Definiram ainda estresse como sendo uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, sendo este avaliado pelo indivíduo, como uma ameaça que excede seus recursos pessoais.

Novais e Frota (2003):

O desequilíbrio envolve diversos órgãos e sistemas, desencadeando ou perpetuando inúmeras condições patológicas. Este fato já é de tal modo aceito pela comunidade científica que a DSM-IV de 1994 traz uma categoria diagnóstica intitulada “fatores psicológicos que afetam a condição médica. No entanto, eventos que seriam descritos por muitos como banais ou insignificantes, também podem ser geradores de stress, dependendo muito de características próprias de personalidade, de experiências anteriores (principalmente na síndrome de stress-pós-traumático), do grau de maturidade do indivíduo e das próprias influências ambientais do momento. Além disso, a idade é fator altamente importante, pois para cada faixa etária os fatores estressantes têm representatividade diferente”. (p. 177)

1.2 Estresse e Doença

Em se tratando de estresse, personalidade e doença, Myers (1999) menciona que além do histórico familiar da doença, existem outros fatores comportamentais e fisiológicos que podem aumentar o risco de doença cardíaca, tais como: fumo, obesidade, dieta rica em gordura, baixa

atividade física, pressão alta e nível elevado de colesterol. Os fatores psicológicos de estresse e de personalidade também desempenham um papel importante.

Para Myers (1999)

O estresse desvia a energia do sistema imunológico, tornando uma pessoa mais vulnerável a infecções e malignidade. Embora o estresse não cause doenças como o câncer, ele pode influenciar na progressão da doença. Novos experimentos demonstram que o condicionamento também influencia nas reações do sistema imunológico. (p.372)

A maneira como cada indivíduo vivencia e enfrenta a doença é algo pessoal em função da personalidade, da capacidade de tolerar frustrações, das vantagens e desvantagens advindas da posição de doente, assim como da sua relação com as pessoas e seu projeto de vida (Botega, 2006).

Para Campos (1995) é importante refletir sobre as tensões psicológicas e eventos estressores nas situações em que a doença está presente, não só no indivíduo, mas também em seus familiares. Pacientes são submetidos a tratamentos e internações, evidenciam separações e cortes em ligações afetivas com o mundo. Além disso, sabemos que existem inúmeros fatores que podem determinar a dinâmica do estar doente.

Chiattonne (1992) explica que:

Intimamente correlacionados a comportamentos de desistência, sentimentos de fracasso e exaustão frente à vida estão o estresse e as perdas significativas na história anterior à doença. A ligação entre estresse e doença sugere que a vivência de perdas ou ameaças de perda que determinam situações e vivências altamente estressantes suprimem o sistema imunológico do indivíduo, desequilibrando as defesas naturais contra o câncer. (p.85)

Para Romano (1999) o processo adaptativo, o psiquismo do doente, o surgimento de quadros psicopatológicos reativos estão relacionados a vários fatores, tais como; idade, sexo, prognóstico da doença, suporte familiar, escolaridade e a fase da vida produtiva em que se encontra o doente.

Quando um paciente apresenta uma doença, em muitos casos situações primitivas são revividas, pois quando se tem um contato com a dor e o sofrimento, as ansiedades primitivas são mobilizadas. Quando há mobilizações intensas e contínuas são necessários ajustamentos e adequações de estratégias defensivas para a integração das tensões, possibilitando a reestruturação física e mental do paciente (Perez, 2005).

Campos (1992) lembra-nos Alexander ao dizer que o paciente é um ser humano que está inserido num contexto composto por preocupações, temores, esperanças, desesperos, no entanto, é importante não tratá-lo como alguém divisível e apenas “portador” de órgãos, por exemplo, um estômago ou um fígado doente. Aspectos estes que nos fazem refletir sobre os atendimentos da equipe na área da saúde que, muitas vezes, se esquece de atender o paciente como um todo, se preocupando em tratar somente o órgão doente, se esquecendo do contexto ao qual o paciente pertence e a estrutura psíquica do mesmo, o que poderá contribuir, ou não, para o tratamento proposto.

Segundo Silva, Muller e Bonamigo (2006), Lipp, Frare e Santos (2007), Magalhães e Loureiro (2005) e Ludwing et al (2006), suas pesquisas salientam que pacientes com uma doença já instalada exigem um nível de intervenção mais abrangente, ou seja, nos aspectos psíquicos como sociais. Estes autores utilizaram o instrumento ISSL para avaliar o nível de estresse em pacientes e notaram correlações significativas entre o estado emocional e o surgimento da doença.

Ragozini (2005) descreve que o estresse, em nível elevado, pode afetar o indivíduo no âmbito pessoal e profissional e explica :

O fato de o estresse afetar também a questão imunológica e o bom funcionamento das defesas do corpo é difundido não só pela literatura científica da área médica, mas também pela grande massa da população. Afinal, quem já não ouviu expressões do tipo: “*Hoje eu tive uma raiva tão grande que estou até com dor de cabeça!*”, ou então, “*Acho que estou estressado, estou com o meu corpo dolorido!*” (referindo-se à região dos ombros e pescoço). (p.124)

Camon (1996), ao referir sobre alguns conflitos sobre a dinâmica hospitalar, aponta que algumas das dificuldades apresentadas pela equipe médica em realizar alguns tratamentos, sejam clínicos ou até mesmo em processos cirúrgicos, advém do fato que, muitos casos são trabalhados a partir do diagnóstico apresentado, traçando-se estratégias de tratamento para obtenção da cura, porém não se leva em conta a concepção da doença por parte do paciente, e assim, há um fracasso, não pelo tratamento em si, mas pela noção que o paciente tem sobre a realidade de sua doença.

O estresse pode retardar e influenciar na cura de algumas patologias. Nesse sentido, Straub (2005) cita um estudo realizado com estudantes de Odontologia, no qual o grupo I que recebeu algumas picadas três dias antes de realizar um teste, levou um tempo 40% maior para curar-se em relação ao grupo II, que recebeu a picada nas férias.

1.3 O Hospital

A Organização Mundial da Saúde define um sistema de saúde como o conjunto de atividades cujo propósito é: promover, restaurar ou manter a saúde (OMS, 2000).

De acordo com Gonçalves (1983) e Borba (1985) citados por Campos (1995), a designação *Hospitium*, em português significa hospício, e foi utilizado para caracterizar hospitais psiquiátricos. Antigamente, o hospital era caracterizado como sendo um depósito de pessoas doentes, que não possuíam recursos e o atendimento nesta época era muito mais social do que terapêutico.

Para Campos (1995)“O indivíduo que necessita de um atendimento hospitalar, seja na condição de paciente ambulatorial ou como paciente internado, sofre com as exigências, limitações ou enquadramento que a instituição hospitalar lhe impõe” (p.27).

Estudos realizados com familiares de pacientes enfermos apontaram que a partir do surgimento de uma patologia, a rotina familiar é modificada, no entanto, informações sobre certos procedimentos médicos contribuem no intuito de minimizar conflitos decorrentes da sobrecarga emocional (Calsinki, 2005; Fávero, 2005).

Quanto ao período de internação, Romano (1999) enfatiza alguns aspectos:

Ocupam involuntariamente seus papéis – fruto de um comprometimento orgânico. Submetem-se a rotinas e normas pouco ou nada individualizadas. Compartilham seu espaço físico, intimidade, emoções com outras pessoas que nem ao menos conhecem – tanto membros da equipe quanto outros pacientes. Estão afastados tanto das tarefas para quais estão socialmente designados, quanto de pessoas significativas, de suas prioridades pessoais. Apesar de o hospital cada vez mais humanizar-se e particularizar ao indivíduo sua dispensação de cuidados, seu compromisso é com a comunidade, com um grupo de pessoas. (p.57)

A hospitalização interfere na vida do indivíduo, pois muitos pacientes durante a internação permanecem sozinhos, não são chamados pelo próprio nome, sendo tratados e caracterizados por números ou pelo nome do diagnóstico que possuem, sendo submetidos à realização de exames e

procedimentos constrangedores, fatores esses que podem levá-los à perda de sua identidade pessoal.

Quando o paciente é internado, existe uma cisão em sua história pessoal, o que pode ocasionar fatores estressantes, decorrentes do sofrimento, da sensação de abandono, do medo do desconhecido, pois a hospitalização é uma situação nova, o que provoca fantasias e temores. Além do que, o Hospital tem uma função separadora, pois separa o indivíduo da família, mesmo se caracterizando como um fator de retaguarda, acaba impondo suas regras, reforça a condição de dependência do portador de uma doença, impondo-lhe vestes impessoais, decidindo quase tudo pelo paciente (Campos, 1995).

Muitas vezes, a hospitalização ao tratar de uma doença, não representa para o paciente algo positivo e pode ser sentida pelo mesmo como uma experiência não desejada. A equipe que atende ao paciente, não percebe que tratar uma doença pode implicar em ameaças à integridade física do mesmo e um procedimento que poderia ser benéfico, se torne algo conflituoso, fazendo com que não haja aderência ao tratamento e influenciando no atendimento da equipe (Ismael, 2005).

Em casos de quadros reativos, tais como: depressão, agressividade, não colaboração com o tratamento, não aceitação de cirurgias ou de realização de exames (procedimentos invasivos), estados confusionais, é importante compreender que o ambiente pode não ser o único desencadeador destes distúrbios, pois existe a subjetividade do paciente, ou seja, a organização psíquica de quem vive a situação (Perez, 2005).

De acordo com Moura, Mohallem e Faria(1994), vários aspectos estão envolvidos na dinâmica do estar doente, cada paciente tem sua história, no entanto dúvidas em relação à patologia, tratamento proposto, tempo de duração, vão de encontro com a estrutura psíquica tanto do paciente quanto seus familiares.

O contexto hospitalar exige uma adaptação de maneira rápida. Neste sentido, Kaniake e Jurkiewxz (2005), Souza et al (2005) e Santos et al (2006) realizaram estudos utilizando o instrumento *ISSL* e evidenciaram um alto índice de estresse em pacientes hospitalizados, concluindo

que a hospitalização contribui para o surgimento de ansiedades e sentimentos conflituosos, quando o paciente necessita esclarecimentos sobre sua condição que se repense sobre novas formas de intervenção.

Segundo Camon (1996), o agravamento de determinados quadros, se dá mais pelo modo que o paciente compreende sua doença, do que pelo processo hospitalar, ao mesmo tempo que cresce o desenvolvimento tecnológico, paralelamente, cresce a não compreensão pelos sentimentos apresentados pelo paciente.

Simonetti (2004), descreve sobre algumas fases no processo de hospitalização;

O dia-a-dia de uma pessoa pode ser bastante influenciado pela posição que ela assume em relação a sua doença. Na negação ela se torna irritadiça e angustiada, na revolta fica estressada e solitária, na depressão não vê graça em nada e faz as coisas por fazer, já no enfrentamento a pessoa aprende a desfrutar o prazer das pequenas coisas, e tudo o que faz parece carregado de muita intensidade, além do que ela vivencia certa serenidade, que à primeira vista pode ser paradoxal diante de sua condição de enferma. (p.65)

Perez (2005) descreve sobre uma situação-limite de uma hospitalização numa unidade de emergência, na qual a capacidade adaptativa do paciente é colocada à prova e que, em muitos casos, são desencadeados quadros de desorganizações psíquicas. No entanto, ansiedades, conflitos primitivos, núcleos psicóticos, podem ser ativados. Com isso, defesas são mobilizadas de acordo com a organização psíquica de cada indivíduo, o que poderá promover repetições de padrões adaptativos ou defensivos de situações anteriores.

Diante dos aspectos acima descritos, justificamos a importância do uso do ISSL para os objetivos deste trabalho.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

O presente trabalho teve como objetivo averiguar a incidência de estresse em pacientes hospitalizados, por meio do Inventário de Sintomas de Stress de LIPP.

2.2 Objetivos Específicos

-Verificar a incidência de estresse em pacientes que encontram-se internados.

-Verificar se as variáveis levantadas pelo questionário sociodemográfico influenciaram na incidência de estresse.

3. MÉTODO

Esta pesquisa é de natureza empírica correlacional, tendo como objetivo o estabelecimento de relações entre variáveis. O tipo de delineamento adotado consistiu no estudo sobre os indicadores mais frequentes no nível de estresse. Consiste essencialmente em determinar um objeto de estudo e selecionar as variáveis capazes de influenciá-lo.

3.1 Participantes

Foram inclusos e selecionados aleatoriamente 40 pacientes que se encontravam internados em um Hospital geral de rede Privada em São Paulo, para realização de vários procedimentos, tais como cirurgias, investigação de diagnóstico, tratamento medicamentoso e realização de exames. Os participantes tinham idade de 20 a 80 anos, de sexo feminino e masculino, também segundo o procedimento randômico.

Como critérios de exclusão, não fizeram parte desta pesquisa pacientes com alterações psiquiátricas, com déficits neurológicos, com menos de 2 dias de internação e não mais de 60 dias de internação.

3.2 Instrumentos

Entrevista inicial com aplicação de um questionário sociodemográfico (QSD) e aplicação do *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos-ISSL* (LIPP, 2000).

O Instrumento Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL), validado por Lipp em 1994, é composto por quatro quadros (tabelas), cada um se referindo a uma das fases do processo de estresse, de acordo como o modelo trifásico de Hans Selye em 1956, atualizado pelo modelo quadrifásico de Lipp em 2000, destina-se ao uso de jovens e adultos e visa identificar a

sintomatologia que o indivíduo apresenta, avaliando se ele possui sintomas de estresse , o tipo de sintoma predominante e a fase em que se encontra.

3.3 Local

Os instrumentos foram aplicados dentro de um Hospital Geral de Rede Privada no próprio leito hospitalar, tanto em quartos particulares como também em enfermarias.

3.4 Procedimentos

Foi encaminhado ao comitê de ética da Universidade São Francisco, o projeto de pesquisa, junto com a carta de encaminhamento. Após devolução e aprovação do comitê de ética, foi encaminhado um projeto de pesquisa, carta de informação, carta de apresentação do aluno e Termo de consentimento livre e esclarecido, à instituição hospitalar, para aprovação e posterior realização da pesquisa.

Após a aprovação da instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa, foram realizadas cinco visitas entre os dias 02 e 12 de maio de 2008 em um hospital geral de rede privada em São Paulo, nas quais foram convidados aleatoriamente 40 pacientes, em seu leito, para participação da pesquisa.

Foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após a aceitação para participar da pesquisa, iniciou-se a aplicação do questionário sociodemográfico, em seguida a aplicação do instrumento *ISSL*.

3.5 Análise dos Resultados

Os dados foram analisados por meio de uma análise quantitativa de acordo com as seguintes categorias de análise: característica da amostra, período de internação, tipo de patologia e nível de estresse.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi aplicado o questionário sociodemográfico em 40 pacientes, sendo 20 pacientes do gênero masculino e 20 pacientes do gênero feminino que estavam internados em um hospital geral de rede privada em São Paulo.

Tabela 1

Freqüência absoluta e porcentagem de entrevistados com e sem estresse

	Sem estresse		Com estresse		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Homens	3	7,5%	17	42,5%	20	50%
Mulheres	4	10%	16	40%	20	50%
Total	7	17,5%	33	82,5%	40	100%

A sintomatologia para o estresse nesta amostra total foi de 82,5%. No entanto, a porcentagem alta de estresse nestes pacientes entrevistados é um dado muito relevante. Observou-se também que as porcentagens de homens e mulheres entrevistados são muito próximas. Não foi possível usar um teste estatístico para verificar se existe diferença estatisticamente significativa devido às freqüências baixas na categoria “sem estresse”.

Os pacientes entrevistados estavam internados por apresentar alguma patologia ou em investigação da mesma, o que pode ter contribuído para o estado de estresse e, conseqüentemente a diminuição da capacidade adaptativa em relação à doença e ao processo de internação. Os autores Novais e Frota (2003) citam que há uma importante relação entre estado de estresse, questões orgânicas, psicológicas e deficiência adaptativa.

Através dos dados coletados, notou-se que a maioria dos participantes, tanto do gênero masculino como feminino eram casados, portanto é importante refletir sobre os resultados apresentados, no sentido de discutir sobre o processo de hospitalização, pois de acordo com Campos (1995), a hospitalização representa uma cisão na história pessoal, ocasionando fatores estressantes, decorrentes do sofrimento, da sensação de abandono, do medo do desconhecido além do que o hospital tem uma função separadora e separa o indivíduo da família, mesmo essa se

caracterizando como retaguarda. É possível haver uma compreensão sobre os aspectos psíquicos no momento da internação de acordo com a subjetividade de cada indivíduo.

Tabela 2

Distribuição da amostra de acordo com a fase de estresse e o gênero, em frequência absoluta e porcentagens

Fases de Estresse	Masculino		Feminino		Total	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%
Alerta	3	7,5	-		3	7,5%
Resistência	14	35%	11	27,5%	25	62,5%
Quase-Exaustão	-	-	3	7,5%	3	7,5%
Exaustão	-	-	2	5%	2	5%
Sem Estresse	3	7,5%	4	10%	7	17%
Total	20	50%	20	50%	40	100%

Nota: As porcentagens foram calculadas em cima do total da amostra.

Os dados demonstraram uma maior porcentagem (62,5%) na fase de resistência, em ambos os gêneros. Nesta fase, o indivíduo tem um estresse já instalado. Para Lipp (2003), essa fase exige um esforço de adaptação de cada indivíduo em relação ao evento estressor e enfatiza que quando o indivíduo não possui uma energia de reserva, o mesmo poderá desenvolver doenças, dificultando a interrupção do estresse sem seqüelas. A amostra estudada, já apresentava alguma patologia e até mesmo se encontrava em um contexto hospitalar, no entanto é possível que os indivíduos estudados em fase de resistência se encontravam com um enfraquecimento em relação às energias adaptativas ao evento estressor (hospitalização) conseqüentemente não havendo uma intervenção por parte dos profissionais envolvidos, poderia haver um agravamento em sua saúde como um todo.

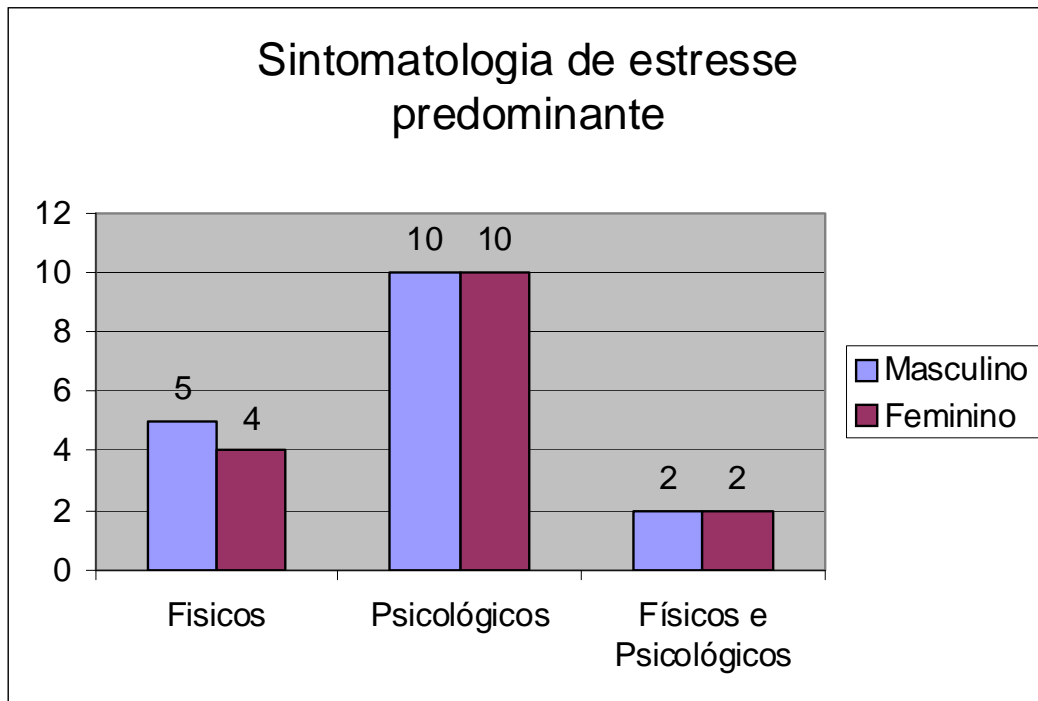


Figura 1 - Distribuição da amostra de acordo com o gênero e a sintomatologia de estresse predominante.

Foi possível observar que ambos os gêneros apresentaram uma porcentagem igual para os sintomas psicológicos, como também físicos e psicológicos, havendo uma pequena diferença na apresentação dos sintomas físicos.

Os resultados apontaram que, metade da amostra apresentaram sintomas psicológicos no momento da internação, permitindo refletir sobre a singularidade de cada indivíduo no processo hospitalar. Novais e Frota (2003) ao mencionarem a categoria intitulada “fatores psicológicos que afetam a condição médica”, os mesmos apontam sobre os fatores geradores de estresse, não citam gêneros, porém ressaltam que é importante investigar sobre alguns aspectos, tais como, a conscientização do paciente de acordo com sua personalidade, experiências anteriores, grau de maturidade, como também as influências do meio-ambiente.

No entanto, gêneros diferentes apresentaram sintomas psicológicos e nos permitem repensar sobre formas de intervenção, já que muitos atendimentos são estereotipados de acordo com o gênero, rotulando e não tornando possível um melhor atendimento no contexto hospitalar.

No que diz respeito aos aspectos psicológicos apresentados pelo paciente, o autor Camon (1996) referiu que se aumenta o desenvolvimento tecnológico, porém não se aumenta a compreensão sobre a saúde mental do paciente. Esta citação nos possibilita refletir até mesmo no atendimento dos hospitais particulares, pois se investem em equipamentos, vestes dos funcionários, enfermarias e apartamentos luxuosos e não se detém ao entendimento que o paciente tem em relação ao seu estado de saúde, conseqüentemente surgem doenças psíquicas e agravamento do seu estado físico.

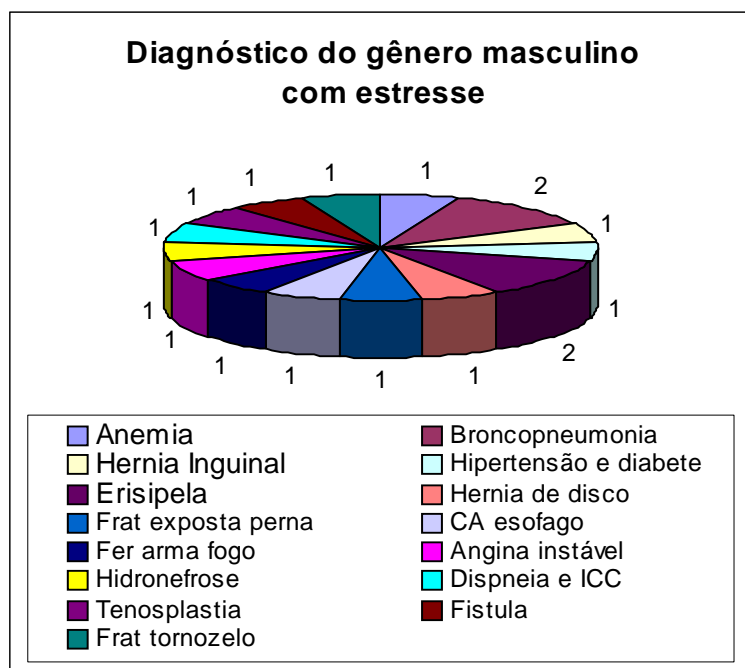


Figura 2 - Distribuição da amostra de acordo com o diagnóstico do gênero masculino com estresse.

A internação do gênero masculino com sintomatologia para o estresse se deu por várias patologias, porém o grau da patologia não foi fator determinante para o estresse, o que nos possibilita refletir sobre outros aspectos que influenciaram no surgimento do estresse durante a internação. Nesse sentido, Ismael (2005) explicou que o processo de hospitalização mesmo sendo para tratar uma doença, pode não ter este mesmo significado para o paciente, pois pode ser sentido como um processo não desejado.

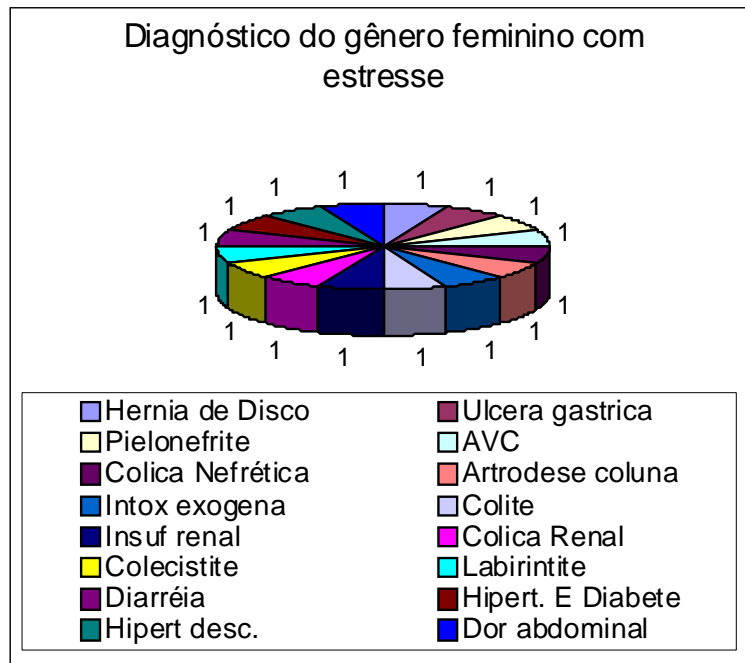


Figura 3 - Distribuição da amostra de acordo com o diagnóstico do gênero feminino com estresse.

Para uma melhor compreensão dos dados obtidos, doenças diversificadas foram apontadas nas pacientes com estresse. Perez (2005), explicou que situações primitivas são revividas quando há uma doença instalada, a dor e o sofrimento vivenciado pelo paciente são geradores de estresse. No entanto, existem outros aspectos apontados pelos teóricos que influenciaram no surgimento do estresse das pacientes que se encontravam internadas.

A partir do surgimento de uma doença, é importante considerar a subjetividade do paciente em relação ao tratamento que dependerá de fatores envolvidos neste contexto. Nesse sentido, Camon (1996) salienta algumas dificuldades na dinâmica hospitalar e critica os profissionais que trabalham apenas com o diagnóstico apresentado, ignorando a concepção que o paciente tem em relação a sua doença, gerando fracassos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo, através do instrumento ISSL, evidenciou uma grande porcentagem de estresse apresentado pelos pacientes no momento da internação, obtendo um resultado considerável de pacientes que estavam na fase de resistência e também com sintomas psicológicos.

O alto índice de estresse apresentado neste estudo, proporcionou uma reflexão sobre novas formas de intervenção no contexto hospitalar, mais precisamente no que refere aos aspectos psicológicos apresentado pelo paciente.

O referencial teórico utilizado contribuiu para uma visão mais ampla sobre o estresse, em relação ao processo do adoecer e a hospitalização, possibilitando uma reflexão sobre os vários fatores relacionados.

Pudemos constatar que os dias de internação e o grau da patologia não foram fatores determinantes para o desenvolvimento do estresse, porém devem ser levados em conta, pois os mesmos estão inseridos na dinâmica sobre o adoecer.

Podemos citar como um fator importante a perda de autonomia, pois no momento da aplicação dos instrumentos, fomos interrompidos, diversas vezes, por vários profissionais do hospital para realização de procedimentos e visitas médicas, sendo que, em nenhum momento, o paciente solicitou para continuar a entrevista, permitindo a realização do procedimento proposto. Este dado demonstra que o paciente durante a internação não toma decisões, apenas atende o que lhe é pedido.

Os dados discutidos neste trabalho possibilitaram uma reflexão sobre a atuação das equipes que atuam no contexto hospitalar, sendo importante repensar sobre as formas de intervenção propostas, os quais envolvem o atendimento ao paciente e à equipe inserida no contexto hospitalar, e assim se buscar alternativas que permitam a obtenção de resultados positivos durante o processo de hospitalização, como também na pós-alta.

Durante as visitas a este hospital, vários profissionais da saúde indagaram se poderiam participar da pesquisa, informando que se sentiam estressados remetendo-nos à necessidade de serem ouvidos e acolhidos em suas demandas.

A partir deste trabalho, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas relacionadas à hospitalização, à saúde psíquica do paciente e dos profissionais envolvidos, para que possamos

alcançar de fato e de direito o bem estar e a qualidade de vida de todos envolvidos neste contexto, inclusive familiares.

Este trabalho reafirma o papel e a importância da atuação do Psicólogo no contexto hospitalar.

REFERÊNCIAS

Angerami, V. A. C. (Org). (1996). *E a Psicologia entrou no Hospital*. São Paulo: Pioneira.

Botega, N. J. (2006). *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral*. Porto Alegre, Artmed..

Bonamigo, R. R. , Muller, M. C. & Silva, J. D. T. (2006). Estratégias de coping e níveis de estresse em portadores de psoríase. *An. Bras. Dermatologia*, 10 (1). Recuperado em 22 set. 2007: <<http://scholar.google.com.br>>.

Calsinki, C. (2005) Avaliação da efetividade de um manual informativo para redução de estresse em familiares de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Tese de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Campos, F. C. B.(1992). A saúde mental e o processo saúde-doença: A subjetividade na afirmação/negação da cura. In: Campos, F. C. B. (Org.). *Psicologia e Saúde: Repensando praticas* (pp. 41).São Paulo: Hucitec.

Campos. T. C. P.(1995) *Psicologia Hospitalar*.São Paulo:EPU.

Chiattonne, H.B.C.(1992). Uma vida para o câncer. In: Angerami, V. A. C. ; Chiattonne, H. B. C. ; Nicoletti, E. A. *O doente, a psicologia e o hospital*. pp. 85 (2a ed.).São Paulo: Pioneiras.

Fávero, M. A. B. (2005). Trajetória e sobrecarga da família de crianças autistas maternos. Tese de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Ismael, S. M. C. A. (2005).Inserção do Psicólogo no contexto hospitalar. In: Ismael, S. M. C. *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. (pp.18-19).São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kaniak, V. & Jurkiewicz, R. (2005). O estresse e a intervenção hospitalar. In Resumos 5. Congresso Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar.(p.1). São Paulo. [http:// www.sbph.org.br/18 numero.html](http://www.sbph.org.br/18_numero.html).

Lipp, M. N. et al.(1998) *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Ícone.

Lipp, M. N.(2001) O Stress no Brasil. In: Lipp, M. N. *Pesquisas sobre stress no Brasil;saúde, ocupações e grupos de risco*. (pp. 299) (2a ed.).Campinas: Papyrus.

Lipp, M. N. (2001) Stress: Conceitos básicos. In: Lipp, M. N. *Pesquisas sobre stress no Brasil;saúde, ocupações e grupos de risco*.(pp.23). (2a ed). Campinas: Papirus.

Lipp, M. E. N.(2003) O Modelo Quadrifásico do Stress. In: Lipp, M. E. N (Org.).*Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*. (pp.18-19).São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. , Frare, A. & Santos, F. U. (2007). Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. *Estud. Psicol.* 24(2). Recuperado em 22 set. 2007: <<http://scholar.google.com.br>>.

Ludwig, M. W. B. , Redivo, L. B. Zogbi, H. et al. (2006). Aspectos psicológicos em dermatologia: avaliação de índices de ansiedade, depressão, estresse e qualidade. *Psic*, 7(2). Recuperado em 21 out. 2007. <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>>.

Magalhães, S. H. T. & Loureiro, S. R. (2005). Transtorno do pânico. *Estud. Psicol.* 7(2). Recuperado em 21 out. 2007: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>>.

Malagris, L. E. & Fiorito, A. C. C. (2007). Avaliação do nível de Stress de técnicos da área de saúde. *Estud. Psicol.* 23(4). Recuperado em 20 Out. 2007: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>>.

Miquelim, J. D. eT al (2004). Estresse nos profissionais de enfermagem que atuam em uma unidade de pacientes portadores de HIV-AIDS. *DST- J. Bras. Doenças Sex. Transm.* 16 (3). Recuperado em 21 Out. 2007: <<http://scholar.google.com.br>>.

Moura, M. D. , Mohallem, L. N. & Faria, S. M.(1994). O Psicanalista no CTI. In: Romano B. W.(Org.). *A Prática da Psicologia nos Hospitais*. pp. 150.São Paulo: Pioneira.

Myers, D. (1999). *Introdução à Psicologia Geral*. 5 ed. Rio de Janeiro: LTC.

Novais, M. E. , Frota, M. S. (2003). Tratamento Médico do *Stress*. In: Lipp, M. E. N (Org.). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas*. (pp.177).São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pafaro, R. C. & Martino, M. M. F. (2002). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista Esc. Enferm. USP*, 38(2). Recuperado em 22 Out 2007: <<http://scholar.google.com.br>>.

Perez, G. H. (2005). O Psicólogo na unidade de emergência. In: Ismael, S. M. C.(Org.) *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. (pp.53-57).São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ragozini, C. A. et al.(2005) A atuação da psicologia clínica hospitalar em cardiologia. In: Ismael, S. M. C. (Org.) *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. (pp.124). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Romano B. W.(1999) *Princípios para prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Santos, A. F. , Santos, L. A. , Junior, A. A. , & Melo, D. O. (2006). Diagnóstico do estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes candidatos à cirurgia. In: Resumo, 2. Congresso Brasileiro de Psicologia: Ciência e Profissão (p. 63-73).São Paulo: <http://www.cienciaeprofissao.com.br>.

Simonetti, A.(2004) *Manual de Psicologia Hospitalar*. (1a ed). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, A. A. , Souza, Z. C. & Fenili, R. M. (2005). Orientação pré-operatória ao cliente – uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. *Revista eletrônica de enfermagem*, 7(2). Recuperado em 23 set. 2007: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>.

Straub, R. O.(2005) *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Artmed.