



**UNISUL**

**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**AMANDA SCHMITZ**

**EU VEJO A MENTE COMO VEJO O CORPO?  
A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UM HOSPITAL GERAL ACERCA  
DAS INFLUÊNCIAS DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO PROCESSO DE  
ADOCIMENTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Palhoça

2009

**AMANDA SCHMITZ**

**EU VEJO A MENTE COMO VEJO O CORPO?  
A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UM HOSPITAL GERAL ACERCA  
DAS INFLUÊNCIAS DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO PROCESSO DE  
ADOCIMENTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Maurício Eugênio Maliska, Dr

Palhoça  
2009



**UNISUL**

**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**

**AMANDA SCHMITZ**

**EU VEJO A MENTE COMO VEJO O CORPO?  
A PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE DE UM HOSPITAL GERAL ACERCA  
DAS INFLUÊNCIAS DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO PROCESSO DE  
ADOCIMENTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado à obtenção do título de Bacharel em Psicologia e aprovado em sua forma final pelo Curso de graduação em Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.

Palhoça, 24 de junho de 2009.

---

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

---

Prof<sup>a</sup>. Simone Vieira de Souza, Msc.  
Universidade do Sul de Santa Catarina

---

Prof<sup>a</sup>. Isabel Cristina Alves Maliska, Msc  
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedico este trabalho aos meus pais e ao meu esposo pelo incentivo, amor e carinho que me fizeram seguir e conseguir realizar este sonho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Élcio e Idésia pelo carinho, pela confiança, por terem me ensinado e me incentivado a lutar e conseguir realizar este grande sonho.

Ao meu sogro Francisco pelo apoio prestado à minha formação acadêmica.

Agradeço a minha irmã Aline pela amizade, pelas horas de conversas e desabafos, pela atenção que sempre manteve comigo.

Ao meu cunhado Alexandre que abriu as portas da sua casa aos finais de semana proporcionando momentos alegres com os amigos ao som do violão.

Agradeço a minha amiga Jaliza pela amizade e pelas palavras de incentivo. Ao meu amigo Giuliano pelas diversas vezes em que ajudou no computador e pelos momentos de descontração quando nos reuníamos para tocar.

A minha amiga Josiane de Ávila, fiel companheira dos vários momentos alegres e tristes durante toda a realização do curso de Psicologia.

As minhas amigas de orientação de TCC, Maira e Alina, o meu eterno obrigado pelo apoio, carinho e incentivo no percurso deste trabalho. A você, Laidiara, agradeço pelas conversas no carro quando íamos para o estágio que sempre me ajudavam e me faziam sorrir quando a tristeza parecia-nos desanimar.

Agradeço ao meu orientador Mauricio Eugênio Maliska, pela compreensão do meu nervosismo enfrentado ao longo deste último ano. Pela confiança em mim depositada e dedicação que iluminou meus caminhos nesta jornada.

Agradeço a Verlane Puel, pelo infinito apoio nos momentos mais difíceis em que desistir seria o caminho mais fácil. Por todos os ensinamentos, pela paciência em ensinar, pelas horas de risos e descontração, e, principalmente por me fazer acreditar que eu seria capaz de realizar este trabalho.

Agradeço especialmente ao meu esposo, Junior, que demonstrou ser mais que um companheiro, mas um verdadeiro amigo. Que me compreendeu, me apoiou, respeitou minha ausência, me deu colo nas horas tristes, me fez sorrir e ter fé que tudo daria certo e, assim, estaríamos sempre juntos. A você meu grande amor, meu eterno agradecimento.

Sem vocês este sonho não seria possível...

“A satisfação está no esforço feito para alcançar o objetivo, e não em tê-lo alcançado”.(GHANDI).

## RESUMO

A presente pesquisa tem por finalidade relacionar a visão sobre o processo de saúde-doença que vem passando por várias transformações ao longo do tempo. Com o intuito de atingir o objetivo geral de verificar a percepção da equipe de saúde de um hospital geral acerca das influências dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimento de pacientes hospitalizados, este estudo, inicialmente, procurou identificar quais conceitos a equipe de saúde possui acerca dos aspectos psicológicos, assim como, identificar quais conceitos desta equipe acerca do processo de adoecimento e, por fim, identificar quais as percepções que a equipe de saúde possui sobre a relação da influência dos aspectos psicológicos com o processo de adoecimento. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, com o delineamento de levantamento de informações, sendo que os dados foram colhidos através de uma entrevista semi-estruturada aplicada em cinco profissionais da área da saúde de um Hospital Geral da Grande Florianópolis. Os dados obtidos foram analisados e categorizados a partir de categorias a *posteriore*, que foram relacionadas aos objetivos específicos da pesquisa. As categorias foram analisadas de acordo com o seu conteúdo, no intuito de relacioná-las aos resultados obtidos em campo com a fundamentação teórica e a construção de argumentos da pesquisadora. Os principais resultados obtidos mostraram que a maioria dos participantes considerou que os sentimentos e as emoções estão relacionados ao conceito de aspectos psicológicos; constatou-se também a percepção de um dos participantes ainda pautada em uma visão dualista de corpo-mente. É possível reconhecer que o processo de adoecimento foi compreendido pela maioria dos sujeitos como um conceito para além das dimensões físicas do organismo, que igualmente implica em suas dimensões psíquicas e sociais. Na relação dos aspectos psicológicos como o processo de adoecimento, verificou-se, entre alguns participantes, a falta de comunicação e trocas na área da saúde que dificulta uma atuação interdisciplinar. Por fim, considerou-se entre todos os sujeitos uma possível relação entre as dimensões psíquicas no desencadeamento de algumas doenças orgânicas.

Palavras-chave: Equipe de saúde. Aspectos psicológicos. Processo de adoecimento. Holismo.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	09
1.1 TEMA.....	10
1.2 PROBLEMÁTICA .....	10
1.3 OBJETIVOS .....	13
<b>1.3.1 Objetivo Geral</b> .....	13
<b>1.3.2 Objetivos Específicos</b> .....	13
1.4 JUSTIFICATIVA .....	13
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	17
2.1 O MODELO BIOMÉDICO .....	17
<b>2.1.1 Contextualização Histórica do Modelo Biomédico</b> .....	17
<b>2.1.2 Caracterização do Modelo Biomédico</b> .....	19
2.2 MODELO BIOPSIKOSSOCIAL .....	21
<b>2.2.1 Contextualização Histórica do Modelo Biopsicossocial</b> .....	21
<b>2.2.2 Caracterização do Modelo Biopsicossocial</b> .....	23
2.3 MODELO HOLÍSTICO.....	25
<b>2.3.1 Contextualização Histórica do Modelo Holístico</b> .....	25
<b>2.3.2 Caracterização do Modelo Holista</b> .....	28
<b>3 MÉTODO</b> .....	34
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	34
3.2 PARTICIPANTES.....	34
3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS .....	35
3.4 SITUAÇÃO AMBIENTE .....	35
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	36
3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	36
<b>3.6.1 Seleção dos participantes</b> .....	36
<b>3.6.2 Contato com os participantes</b> .....	38
<b>3.6.3 Coleta e registro de dados</b> .....	39
<b>3.6.4 Organização, tratamento e análise dos dados</b> .....	39
<b>4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	41
4.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	41
<b>4.1.1 Emoções e sentimentos</b> .....	42
<b>4.1.2 Estado depressivo</b> .....	43
<b>4.1.3 Aspecto não orgânico</b> .....	45
<b>4.1.4 Eu e a formação da auto-imagem</b> .....	46
4.2 PROCESSO DE ADOECIMENTO .....	47
<b>4.2.1 Saúde e bem estar</b> .....	48
<b>4.2.2 Fatores biológicos</b> .....	50
<b>4.2.3 Fatores internos e externos</b> .....	52
<b>4.2.4 Doença como desequilíbrio</b> .....	54
<b>4.2.5 Doença como sintoma</b> .....	56
4.3 INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO PROCESSO DE ADOECIMENTO.....	57
<b>4.3.1 Aspectos psicológicos como desencadeador da doença</b> .....	58



<b>4.3.2 Depressão manifestada no processo de adoecimento</b> .....	61
<b>4.3.3 Sem conhecimento</b> .....	63
<b>4.3.4 Hospitalismo</b> .....	65
<b>4.3.5 Ansiedade manifestada no processo de adoecimento</b> .....	68
<b>4.3.6 Psicossomatização</b> .....	69
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	76
<b>APÊNDICES</b> .....	81
<b>APÊNDICE A – Entrevista semi-estruturada</b> .....	82
<b>ANEXOS</b> .....	83
<b>ANEXO A – Termos de consentimento livre e esclarecido</b> .....	84
<b>ANEXO B – Termos de consentimento para gravações</b> .....	86

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo refere-se à pesquisa da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina. Esta pesquisa também está vinculada à disciplina do Núcleo Orientado em Psicologia e Saúde, bem como, com o estágio curricular realizado em um Hospital Geral da Grande Florianópolis – Santa Catarina.

Ao longo do estágio foi possível experienciar a prática da Psicologia hospitalar e observar que é cada vez maior o número de pessoas que estão implicadas pelas suas emoções, pelos seus afetos, pelos seus compromissos assumidos no âmbito familiar, no trabalho, pela falta de tempo, entre outros. As conseqüências desse sujeito “moderno”, cada vez mais mergulhado em angústias e crises existenciais, o colocam à mercê de diversos tipos de doenças.

Diante disto, foi possível levantar questionamentos de como os profissionais da área da saúde envolvem-se na tentativa de compreender e tratar esses sintomas. De que maneira eles percebem a relação entre um sujeito que está implicado para além da sua doença, mas que também está envolvido com suas relações sociais, com a sua subjetividade, com seu próprio corpo e suas crenças.

Neste âmbito, esta pesquisa procurou investigar qual a percepção da equipe de saúde de um hospital geral acerca das influências dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimento de pacientes hospitalizados, almejando identificar quais conceitos esta equipe de saúde possui acerca dos aspectos psicológicos e do processo de adoecimento, a fim de verificar suas percepções sobre esta relação.

A pesquisa esta dividida em: introdução que se subdividiu na delimitação do tema e formulação do problema de pesquisa, justificativa e objetivos geral e específicos. No segundo momento, foi abordado o referencial teórico apresentando a contextualização histórica e a caracterização dos diferentes modelos existentes na saúde, o biomédico, o biopsicossocial e o holístico. No terceiro momento, apresentou-se o método explicando os caminhos a serem percorridos para a concretização desta pesquisa. Em seguida, apresentou-se a análise dos dados coletados através de categorias *a posteriori*, bem como, as considerações finais, as referências, os apêndices e os anexos.

## 1.1 TEMA

A influência dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimento de pacientes hospitalizados.

## 1.2 PROBLEMÁTICA

A visão sobre a relação entre a saúde do ser humano e o seu processo de adoecimento vem passando, ao longo dos anos, por várias transformações. Isto porque, o homem ainda não conseguiu entender o significado da doença, que apesar de todo o progresso da ciência continua a lhe desafiar.

Percebe-se que é cada vez maior o número de pessoas adoecidas que se encontram em postos de saúde, em hospitais, ou em clínicas de atendimentos. Um exemplo disto, segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, são as 42.540 internações contabilizadas, no decorrer do mês de dezembro de 2007, na grande Florianópolis. Este exemplo demonstra o grande número de pessoas que diariamente são internadas em hospitais; adoecidas, fragilizadas e emocionalmente afetadas pela doença, constatando que apesar de todos os esforços, a ciência ainda não conseguiu alcançar resultados satisfatórios que amenizem esse processo.

Contudo, o que dificulta a melhora efetiva de muitas doenças ou sua prevenção é a forma como muitos destes profissionais a percebem ou a tratam. Isto porque as representações da saúde e da doença na cultura ocidental ainda são fragmentadas e destacadas por uma ordem biológica, ou seja, ainda ocorre a predominância nos aspectos funcionais e orgânicos do corpo (TAVARES, 1998).

Para alcançar este modelo de saúde, a própria compreensão do que seria a doença e a sua causa, evoluíram ao longo do tempo, perpassando diferentes paradigmas.

Na Antiguidade, entre os egípcios, assírios, hebreus, a doença era considerada como algo sobrenatural, causado por um agente externo que se alojava no corpo do homem através de fatores mágicos, religiosos (TAVARES, 1998). Na Grécia, Hipócrates dá uma nova vertente para a concepção de doença:

O filósofo Hipócrates de Cós (460 a.C), que deu a medicina o espírito científico, postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue, desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio destes elementos. Ele via o homem como unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização deste estado. (CASTRO et al., 2006, p.2).

No século XIV, com o início de uma grande epidemia que ficou conhecida como “peste” e se propagou pela Europa, surgiram outras concepções sobre a saúde e a doença. Houve de certa forma um retorno à concepção da antiguidade, acreditando-se que a doença podia ter origem num castigo, numa punição de Deus.

A partir do Renascimento, surge uma nova forma de pensar que substitui a concepção religiosa anterior devido a uma visão antropocêntrica sobre o homem. A noção de doença passou então a ser relacionada a “emanação proveniente de detritos orgânicos em decomposição, presentes em pântanos, cemitérios e em lugares semelhantes” (TAVARES, 1998, p. 87).

No final do século XVIII e meados do século XIX, a descoberta da bacteriologia mudou novamente a forma de se considerar a doença, onde a mesma passou a ser determinada por uma bactéria, ou um micróbio. Estabelecendo, portanto, um paralelo ao nexos causal, estritamente ligado com o paradigma newtoniano-cartesiano, influenciado pelos conceitos do filósofo Descartes 1596-1650, segundo o qual “[...] para cada efeito poderia ser determinada uma causa real e necessária [...]” (TAVARES, 1998, p. 88).

Mais tarde, já no século XX, com a evolução do paradigma, a doença passa a ser explicada por múltiplos fatores, sendo eles, biológicos, sociais e psíquicos. Por volta da década de 70 surge a visão da doença como um reflexo da desarmonia ou de um conflito que afeta a unidade do homem. Este novo modelo, chamado holístico, tenta resgatar a dimensão fenomenológica, simbólica e espiritual da relação saúde e doença (TAVARES, 1998).

Foi, portanto, a partir da evolução de paradigmas que houve a influência para o surgimento de novos modelos de saúde, assim como a própria percepção e atuação sobre a relação saúde-doença dos profissionais que atuam nesta área.

Grilo (2005) destaca três modelos de saúde: o biomédico, que se baseia em grande parte numa visão cartesiana, onde a saúde do homem é compreendida como a ausência de doença, reduzindo-o assim a seus aspectos biológicos. O modelo biopsicossocial tendo a saúde e a doença explicada considerando os

aspectos biológico, psicológico e social do homem, afastando a noção de saúde como somente a ausência da doença. E o modelo holístico, que assume que a pessoa deve ser encarada como um todo, ou seja, “os factores físicos, mentais, espirituais, sociais e ambientais não existem separadamente, existem como componentes de uma totalidade” (GRILLO, 2005, p.01). Assim, o aparecimento de uma doença é o sinal de que o sistema como um todo é que está afetado e como um todo deve ser tratado, além de que o sujeito adoecido é considerado como um ser ativo diante do tratamento.

Partindo dessa perspectiva pode-se considerar que um sujeito que é implicado pelo seu todo, pelas suas emoções, pelos seus afetos, pelo sistema social e espiritual em desequilíbrio, merece que a equipe de saúde de um hospital esteja preparada para lidar e compreender que este sujeito adoecido, leva além de sua doença, uma bagagem da sua história de vida, e que de alguma forma, estas questões o desarmonizaram e proporcionaram o seu adoecer.

Perestrello (1984 apud ANGERAMI-CAMON et al., 2002, p. 79) diz que “a doença seria a expressão máxima da crise existencial do individuo espelhando o seu modo de ser, agir numa concretização de suas atitudes”. Acredita-se assim, que em vez de explicar, deve-se buscar no próprio homem os motivos do seu adoecer. Dessa forma, a percepção sobre o paciente hospitalizado, por parte da equipe de saúde dos hospitais, pode tornar mais favorável tanto o tratamento quanto o prognóstico da sua doença (MASSIGNANI, 2007).

Levando-se em conta que o paradigma esteja mudando, mas que carregamos grande parte de uma visão pautada no paradigma newtoniano-cartesiano, e que adotamos ainda hoje, uma postura frente à doença de acordo com um modelo biomédico que está em transição para o modelo biopsicossocial, a caminho de uma visão holística, questiona-se a respeito da percepção da equipe de saúde de um hospital geral sobre os pacientes hospitalizados. Será que estes profissionais percebem o ser em sua totalidade ou através de uma visão ainda reducionista, em que a doença é somente o resultado de um mau funcionamento do corpo? Uma interferência através de medicações e intervenções fora de um contexto totalizante sobre o sujeito considerando-se irrelevantes os aspectos psicológicos, sociais e espirituais, procede-se como um tratamento eficiente nos dias de hoje?

Partindo desses questionamentos e perante esta contextualização, a presente pesquisa objetiva responder as questões acima pontuadas, tendo como

problema de pesquisa: **qual a percepção da equipe de saúde de um hospital geral acerca das influências dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimento de pacientes hospitalizados?**

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

Verificar a percepção da equipe de saúde de um hospital geral acerca das influências dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimento de pacientes hospitalizados.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar quais conceitos a equipe de saúde de um hospital geral possui acerca dos aspectos psicológicos;
- b) Identificar quais conceitos a equipe de saúde de um hospital geral possui acerca do processo de adoecimento;
- c) Identificar as percepções da equipe de saúde de um hospital geral sobre a relação da influência dos aspectos psicológicos com o processo de adoecimento.

### 1.4 JUSTIFICATIVA

Com as mudanças do mundo moderno a exigência sobre o homem passa a ser maior. Em decorrência deste processo, a vida vem sofrendo ameaças atingindo o sujeito em sua totalidade, deixando-o propenso ao adoecimento. Paralelamente, a busca pelo conhecimento de novos paradigmas que compreendam

o ser humano e sua relação com o processo saúde-doença tem se mostrado relevante para profissionais da área da saúde, principalmente no que diz respeito aos profissionais da Psicologia.

A compreensão acerca da percepção sobre os aspectos psicológicos envolvidos no processo da relação saúde-doença firmou-se como foco de interesse da pesquisadora há algum tempo. Com o início das atividades de estágio e trabalho de conclusão do curso de Psicologia, pode-se efetivar o interesse pelo tema pesquisando a sua teoria e experienciando a prática proporcionada através do estágio supervisionado num Hospital Geral da Grande Florianópolis.

Com esta prática percebeu-se que é cada vez maior o número de pessoas que adoecem e que fazem uma verdadeira peregrinação em busca de um tratamento que proporcione o alívio da dor muitas vezes intolerável, pois, a pessoa afetada pela doença, sente as implicações do adoecimento em seu corpo, em sua mente, em suas relações sociais e em suas próprias crenças.

Entende-se assim que o estudo da percepção dos profissionais da área da saúde acerca dos aspectos psicológicos sobre a doença, mostra-se relevante por possibilitar uma maior compreensão do processo de adoecimento, uma vez que estes profissionais estarão considerando e reconhecendo não somente os aspectos orgânicos do paciente, mas também suas dimensões psicológicas, as quais, com frequência têm sido consideradas efêmeras mediante o tratamento, mesmo sendo aspectos que possam influenciar tanto na origem, quanto na manutenção do processo de adoecer.

Destarte, considera-se importante também neste estudo, o desenvolvimento da humanização no atendimento ao sujeito adoecido, devido ao entendimento de que ele traz juntamente com a doença, suas concepções, fantasias, emoções, enfim, toda uma história de vida muitas vezes ignorada por uma visão reducionista e conseqüentemente uma postura profissional mecanicista.

Em acordo com a importância destes aspectos, o Ministério da Saúde, ao adotar essa linha de pensamento, vem juntando esforços no sentido de desenvolver um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que objetiva a promoção de mudança da cultura no atendimento à saúde no Brasil, a partir de um conjunto de ações integradas que visam mudar substancialmente o padrão de assistência, valorizando conjuntamente as dimensões humana e subjetiva do sujeito adoecido.

Portanto, refletir sobre a relação da doença e as implicações dela sobre a pessoa como um todo, traz consigo a possibilidade de ampliar as práticas interdisciplinares, despertando a consciência dos profissionais da saúde para uma visão holística, totalizadora sobre o ser adoecido, o que pode contribuir com o desenvolvimento de um prognóstico mais favorável para o paciente.

Esta pesquisa também endossa sua relevância aos próprios estagiários do curso de Psicologia da UNISUL que vivenciam a prática no Hospital Geral da Grande Florianópolis, pois, investigar a percepção da equipe de saúde acerca dos aspectos psicológicos do paciente sobre sua doença, torna-se um medidor da importância e da efetividade da atuação dos estagiários e dos profissionais de Psicologia no âmbito hospitalar. Isto porque, com a evolução da visão sobre esses aspectos, a equipe de saúde do hospital estaria considerando os profissionais e a prática da Psicologia hospitalar como mais uma ferramenta a ser utilizada para o processo de recuperação do sujeito que está adoecido.

Ampliar o conhecimento de pesquisa em saúde torna este trabalho relevante social e cientificamente, ao ponto em que se estará contribuindo com novos conceitos e evoluções para área da saúde, tanto com o conhecimento científico dos profissionais atuantes desta área, quanto com a prática às pessoas que estão adoecidas, pois, poderão receber uma assistência mais humanizada e maior ajuda em seu processo de recuperação da saúde.

As pesquisas científicas nesta área são fundamentais para atingir níveis satisfatórios nos resultados dos tratamentos. Através de uma revisão bibliográfica, encontrou-se algumas pesquisas que mais se aproximam do objeto a ser estudado: Traverso-Yépez (2001), que contempla em seu artigo “a interface Psicologia social e saúde: perspectivas e desafios”, uma reflexão sobre as práticas de saúde e a dificuldade de inserção da Psicologia dentro de um contexto de saúde interdisciplinar, enfatizando através de uma revisão bibliográfica as diferentes concepções de saúde e doença e a necessidade de inclusão de formas mais humanizadas para lidar com a doença e o sofrimento.

Amorim e outros colaboradores (2001) destacam em “a formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana”, uma pesquisa sobre a percepção de pediatras e nutricionistas acerca de suas formações acadêmicas para o tratamento com sua clientela. Através da entrevista semi-estruturada investigam esses profissionais, evidenciando a predominância de uma formação na área da saúde



pautada ainda em um modelo biomédico, concluindo a importância de transgredir este modelo para se obter profissionais mais comprometidos com uma sociedade mais humana. Grilo (2005) apresenta em seu artigo “os modelos de saúde – suas implicações na humanização dos serviços de saúde”, três modelos diferentes de saúde: o biomédico, biopsicossocial e o holista, discorrendo e refletindo sobre as implicações de cada modelo para a humanização dos serviços de saúde, destacando a importância da expansão do modelo holista para um maior alcance da humanização do sistema de saúde e para a qualidade do mesmo.

Nesta mesma visão temática encontraram-se alguns livros que endossam em parte o estudo desta pesquisa como: “a biologia da crença” de Lipton (2007), que traz novas descobertas científicas acerca da biologia do corpo e sua relação com pensamento humano. Dethlefsen e Dahlke (1998), em “a doença como caminho”, apresentam a doença como uma expressão dos conflitos intrapsíquicos não elaborados e que se expressam através do corpo. E Leshan (1992), em “O câncer como ponto de mutação”, traz reflexões e estudos realizados com pacientes adoecidos pelo câncer, abordando a psicossomática, o sistema imunológico e os sentimentos como via de influência ao tratamento oncológico.

Deste modo, salienta-se a existência de pesquisas científicas e obras literárias que qualificam uma fatia do problema proposto em questão nesta pesquisa, porém, faltam alguns estudos que corroborem na ligação entre o olhar da equipe de saúde de um hospital geral sobre os aspectos psicológicos envolvidos no processo de adoecimento; o que ressalta sua importância científica, principalmente por tentar propor a expansão entre conteúdos ainda pouco explorados na área da saúde, sobretudo pela Psicologia no Brasil. Por fim, vale ressaltar ainda que esta pesquisa torna-se inovadora em relação a outras, à medida que se está construindo novas bases científicas que auxiliarão no desenvolvimento de novas pesquisas.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

O referencial teórico da presente pesquisa está subdividido em diferentes sub-capítulos. Será apresentado a contextualização histórica e a caracterização dos diferentes modelos existentes na saúde: o modelo biomédico, biopsicossocial e holístico, do qual pauta-se como abordagem teórica nesta pesquisa.

A explanação e discussão desses diferentes modelos são importantes para se fazer um paralelo entre as diferentes percepções dos profissionais da área da saúde sobre a influência dos aspectos psicológicos no adoecimento.

### **2.1 O MODELO BIOMÉDICO**

#### **2.1.1 Contextualização Histórica do Modelo Biomédico**

A relação conceitual de saúde e doença tem apresentado significados diferentes conforme cada época e de uma cultura para outra. No decorrer da história da ciência médica ocidental, o desenvolvimento da medicina caminhou de mãos dadas com as descobertas da biologia e com a influência de uma visão cartesiana do mundo. O surgimento do chamado modelo biomédico, ocorreu primordialmente com a revolução cartesiana, em meados do século XVII. Contudo, anteriormente a esta revolução, a saúde e a doença eram pautadas em um olhar sobre o sujeito adoecido como um ser composto de corpo e alma, dentro de um contexto social e espiritual (CAPRA,1982).

Ao longo das mudanças ocorridas na história da ciência médica ocidental, a visão sobre a saúde, a doença e o seu tratamento também foram se modificando. O grande marco da mudança deste modelo de ciência ocorreu a partir dos conceitos do filósofo René Descartes (1596-1650) que concebeu o conceito de corpo e mente como estruturas separadas, sendo que a primeira é de responsabilidade da religião e da filosofia e a segunda é objeto de estudo da medicina (RAMOS, 2006).

Ainda para a mesma autora (2006), o pensamento dualista ou modelo cartesiano enfatiza que, o que existe de fato é uma realidade separada entre a matéria (corpo) e a atividade da mente, mesmo sendo elas ligadas pelo plano divino. Conforme destacou Descartes (1988, p.66), “suponho que o corpo não seja nada além de uma estátua ou máquina feita de terra, a qual Deus criou”. Portanto, para este filósofo o corpo podia ser comparado com a máquina que funcionaria bem ou mal, com ou sem psique.

Destarte, a partir deste novo olhar sob o homem, criou-se uma nova consciência sobre as funções e os conceitos de corpo e mente, separando-se os aspectos emocionais e espirituais dos aspectos corpóreos. Foi com esta visão que se instaurou o pensamento dualista de homem.

Este sistema de pensamento alterou e influenciou o modelo biomédico, para uma visão em que o “mundo podia ser comparado a uma máquina, mais concretamente um relógio, e que o conhecimento do universo passaria assim pelo conhecimento detalhado das peças do relógio” (GRILLO, 2005, p.01). E para o corpo as mesmas leis do universo deveriam se assemelhar, ficando o homem reduzido a uma máquina corporal, em que os aspectos psicológicos, sociais e ambientais das doenças são negligenciados (CAPRA, 1982),

Outro feito na evolução histórica do modelo biomédico ocorreu no século XIX com as descobertas do químico Pasteur (1822-1895), “pai da bacteriologia” e do médico alemão Virchow (1821-1902), que tornou-se o “pai da anatomia patológica” (MEDICAL BIOGRAPHIES, 2007). A medicina, portanto, ganhou novas tecnologias, foram inventados instrumentos de diagnóstico como o estetoscópio, o aparelho de tomada de pressão sanguínea e novas técnicas cirúrgicas (CAPRA, 1982). Contudo, a atenção dos médicos foi cada vez mais se transferindo do paciente para doença.

A aliança entre a teoria dos micróbios com a química, originou fórmulas para a erradicação de muitas doenças como a peste negra, febre amarela, cólera, entre outras. O surgimento dos antibióticos como a penicilina também agregou grande valor, essas descobertas tiveram grande influência para o modelo atual de medicina pautada na especialização de cada órgão do corpo humano (LESHAN, 1992).

Dentro deste contexto de grandes avanços, a medicina voltou-se para o pressuposto de que as doenças devem ser explicadas por “distúrbios em processos fisiológicos, que surgem a partir de desequilíbrios bioquímicos, infecções

bacterianas, viróticas ou outras e independem de processos psicológicos e sociais” (CARVALHO, 2003, p. 116).

No final do século XIX este modelo dualista vivenciou um contexto de críticas, sobretudo por ser um modelo predominantemente empírico e que não permite qualquer generalização (RAMOS, 2006). Desta maneira, a doença passou a ser observada sob o foco de padrões de desenvolvimento diferenciados. Isto porque, no princípio, esses padrões de doença eram resultantes apenas de lesões fisiológicas e anatômicas. Ao se diferenciar os aspectos internos e externos, iniciou-se, portanto, uma percepção em “[...] lesões psicológicas como a neurose e os fenômenos alucinatórios [...]” (RAMOS, 2006, p.31).

Neste ínterim, com o desenvolvimento dos trabalhos de Freud, no início do século XX, retomaram-se os conceitos da preponderância psíquica sobre o homem, resgatando, logo, a importância dos aspectos internos sobre o homem (CARVALHO, 2002). Desta forma, segundo Volich (2000), a obra freudiana salientou de maneira inextinguível a evolução da concepção da inter-relação corpo-mente.

Para o mesmo autor (2000), historicamente, Freud buscou em Chacort uma melhor compreensão a respeito das doenças nervosas, sobretudo a cerca da histeria. No interesse em aprofundar-se nesses estudos, Freud investiga as neuroses, a psicopatologia, o aparelho psíquico e a anatomia imaginária do corpo.

O desenvolvimento inicial da teoria freudiana, apontado para o papel dos conflitos emocionais na aparição de sintomas que não demonstravam nenhuma causa orgânica, influenciou, direta ou indiretamente, o desenvolvimento da medicina psicossomática (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001). Sendo a psicossomática uma evolução teórica surgida na medicina como meio de ampliar o modelo biomédico voltado, até então para os aspectos orgânicos do homem.

### **2.1.2 Caracterização do Modelo Biomédico**

O modelo biomédico caracteriza-se pela predominância de uma visão em que a saúde é considerada como a ausência de doença. Conforme já contextualizado nesta pesquisa, este modelo por ser pautado em uma visão

cartesiana, prioriza os aspectos funcionais e orgânicos do corpo. Trata-se, portanto, de um modelo que se centra na dimensão biológica, tendo como referências em sua literatura “corpos e doenças e, raramente ou nunca, as pessoas” (GRILLO, 2005, p.02).

Traverso-Yépez (2001) destaca que o modelo biomédico tornou-se hegemônico e está presente na maioria das práticas de saúde. Pautado por uma visão focada no corpo fisiológico, este modelo tende a não reconhecer as dimensões psicológicas, sociais e ambientais que estão presentes no processo da saúde-doença, sendo que essas dimensões podem influenciar a origem, a manutenção e o prognóstico do processo de adoecimento.

A prática deste modelo baseada em uma biotecnologia aplicada a partir de uma visão voltada para os medicamentos e procedimentos cirúrgicos, enfatiza o tratamento em detrimento da prevenção e promoção da saúde (CAPRA, 1982).

Outra característica deste modelo de saúde está em considerar os “pacientes como vítimas passivas de agentes externos que provocam doença, sendo a classe médica totalmente responsável pelo tratamento” (GRILLO, 2005, p. 03). Portanto, o médico assume um papel paternalista, uma vez que a autoridade lhe é delegada, tornando-se menos relevante as expressões dos sintomas, fantasias, medos, emoções e expectativas do paciente trazidas com a doença (GRILLO, 2005; MELLO FILHO, 1992).

Contudo, através das novas pesquisas científicas que buscaram um maior entendimento sobre a relação saúde-doença, surgiu no século XX, por volta da década de 70, o modelo biopsicossocial como uma tentativa de humanizar os atendimentos a saúde e considerar a doença para além da dimensão orgânica do homem.

## 2.2 MODELO BIOPSIKOSSOCIAL

### 2.2.1 Contextualização Histórica do Modelo Biopsicossocial

A construção do modelo biopsicossocial foi se desenvolvendo como uma evolução do modelo biomédico. Com o desenvolvimento de novos olhares sobre a doença que ultrapassasse o âmbito fisiológico do homem, a medicina psicossomática apareceu como um crescimento sucessivo à medicina voltada para os aspectos organicistas do homem.

Historicamente, o termo psicossomática foi utilizado pela primeira vez por Heinroth em 1908, um psiquiatra alemão, que a partir da criação da Escola de Chicago adotou este conceito na tentativa de explicar a origem da insônia (RAMOS, 2006).

Mais tarde este psiquiatra conceitua um novo termo, o somatopsíquico, a partir dos estudos das paixões amorosas sobre a tuberculose. Enquanto a psicossomática ocorre na relação dos fenômenos psíquicos que afetam o somático (corpo), causando no mesmo uma lesão orgânica, o somatopsíquico é pautado no seu caminho inverso, em que o fator orgânico afeta o emocional (HAYNAL et al., 1983).

O termo psicossomática é permeado por uma grande divergência conceitual. Franz Alexander, em 1928, foi outro pioneiro da Escola de Chicago que contribui para esta concepção. Segundo os mesmos autores (1983, p.42), o termo psicossomático “deve ser usado apenas para indicar um método de abordagem, tanto em pesquisa quanto em terapia”. Desta maneira, de um lado se tem o uso da abordagem do somático e de outro se tem a abordagem do psíquico.

A psicossomática, segundo Melo Filho (1992, p.19) evoluiu em três fases:

- a) inicial, ou psicanalítica, com predomínio dos estudos sobre a gênese do inconsciente das enfermidades, sobre as teorias de regressão e sobre os benefícios secundários do adoecer, entre outras.
- b) intermediária, ou behaviorista, caracterizada pelo estímulo a pesquisa em homens e animais, tentando enquadrar os achados à luz das ciências exatas e dando estímulo aos estudos sobre estresse.

c) atual ou multidisciplinar, em que vem emergindo a importância do social e da visão Psicossomática como uma atividade essencialmente de interação, interconexão entre profissionais da saúde.

Mesmo diante da complexidade em definir seu termo, a psicossomática, sempre foi, e permanece nos dias de hoje, um fenômeno abordado sob várias perspectivas teóricas (MELLO FILHO, 1992).

Mello Filho (1992) ainda destaca que só recentemente, em meados do século XX, que este termo alcançou seu verdadeiro papel integrador e multidisciplinar, através de contribuições como as da terapia geral do sistema, da Medicina da Pessoa e, principalmente, pela nova concepção de saúde criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) concebendo um novo modelo a partir de uma visão biopsicossocial.

Contudo, apesar do surgimento do termo psicossomático, como uma técnica da medicina para compreender e explicar os fenômenos psíquicos que podem influenciar e afetar o corpo, este ainda restringe-se a uma visão dualista, pois, primordialmente verificam se os sintomas somáticos são de origens físicas ou psíquicas, o que demonstra a permanência de uma compreensão de causa e efeito, ainda pautada por uma influência cartesiana.

Não obstante, foram as mudanças ocorridas nas últimas décadas do século XX, mais enfaticamente na década de 70, que se firmou um novo modelo de saúde, que passaria a reconhecer o “[...] papel dos aspectos psicológico e sociais expressos pela personalidade e os estilos de vida com relação as práticas de saúde [...]” (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001, p.04). Destarte, neste novo modelo de saúde as dimensões fisiológicas, psicológicas e sociais, passaram a ser partícipes do processo saúde-doença.

Como consequência desta nova noção de saúde para além da dimensão fisiológica, este modelo propiciou a abertura para o reconhecimento da interdisciplinaridade e da participação de outras áreas no âmbito da saúde como a Psicologia, a sociologia, a antropologia. Traverso-yépez (2001) destaca que dentro deste contexto estruturou-se por volta da década de 70 uma nova área de atuação da Psicologia, à Psicologia da saúde.

Influenciada pelo behaviorismo, a Psicologia da saúde surgiu para ser atuada dentro de um conceito como:

“[...] um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais, que as diferentes disciplinas psicológicas fazem à promoção e manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos de saúde [...]” (REMOR, 1992, p. 209 apud Traverso-yépez, 2001).

Outro campo em que a Psicologia se desenvolveu neste novo modelo de saúde foi a Psicologia hospitalar. Surgida no Brasil por volta da década de 50, este novo meio de atuação precisou transpor o modelo clínico tradicional para adentrar no contexto hospitalar. A inserção do psicólogo neste contexto inclui uma extensa área de atuação, em que para atuar no hospital, o psicólogo inicialmente “emprestou” recursos técnicos e metodológicos de outras áreas do saber psicológico. Entretanto, esse conhecimento mostrou-se inadequado a esse contexto, cuja especificidade tem exigido a construção de um novo saber e a adequação de técnicas (CHIATTONE, 2000; TRAVERSO-YÉPEZ, 2001).

Portanto, a Psicologia clínica tradicional não mais se encaixava neste contexto, pois, o ambiente hospitalar tem um espaço bastante característico. O psicólogo precisa adaptar-se a este espaço para que os atendimentos aos pacientes possam acontecer. Estes atendimentos, ao contrário da atuação clínica tradicional, que exige um espaço reservado e especial, se dão diretamente no leito do paciente podendo também acontecer nos corredores e áreas afins do hospital, onde é preciso que o profissional saiba lidar também com a presença de outras pessoas. A capacidade de adaptação ao meio hospitalar é uma característica importante que este profissional precisa desenvolver (ISMAEL, 2005).

Deste modo, o desenvolvimento do modelo biopsicossocial propiciou além da atuação de outros profissionais na área da saúde, uma outra condição para a percepção sobre a doença e suas implicações psíquicas e sociais que nela estão envolvidas.

### **2.2.2 Caracterização do Modelo Biopsicossocial**

O modelo biopsicossocial, conforme o contexto histórico, se desenvolveu como via de mudança ao modelo biomédico. Tendo como característica o afastamento da noção de saúde como ausência de doença.



Neste modelo, a relação saúde-doença é explicada a partir de três dimensões: a psicológica com os comportamentos, cognições, afetos, emoções; a social, abrangendo as relações interpessoais, aspectos culturais; e a dimensão biológica, com a face genética, orgânica, fisiológica que envolvem o organismo. Portanto, o objetivo deste modelo de saúde está no estudo da relação do processo saúde-doença como um fenômeno multicausal através do reconhecimento entre estas três dimensões, resgatando assim, a visão integral do sujeito que está adoecido (REIS, 1998 apud GRILLO, 2005).

Reis (1998, p. 62 apud GRILLO, 2005) destaca que:

O ser humano é um ser complexo pelo que é inadequado defender que os processos de saúde e doença existem à margem da pessoa imbuída do seu ambiente físico e social. (...) A capacidade de construção de significações permite ao ser humano transcender os seus processos meramente biológicos e criar ideias, antecipações, sentimentos, emoções e ações que colocam problemas às ciências humanas que não se colocam quando se estudam seres vivos não humanos. A medicina humana é diferente da biologia geral. (...) A dimensão biológica, psicológica e social não estão pois separadas, mas integradas, sendo o ser humano uma totalidade biopsicossocial.

Por resgatar e reconhecer a visão integral do sujeito, a ênfase do atendimento neste modelo de saúde, pauta-se na interdisciplinariedade, logo, o papel dos profissionais da saúde está no recolhimento das informações que abrangem o paciente e sua relação com a doença, para além de seus sintomas fisiológicos, incluindo seus aspectos psicológicos e sociais. (GRILLO, 2005).

Segundo Romano (1999), o ser biopsicossocial adocece quando o seu biológico (organismo) encontra-se em desequilíbrio, levando em consideração o psíquico (personalidade, vivências) e o social (escola, comunidade, trabalho). Assim, quanto maior for a capacidade de adaptação do paciente às situações a serem experienciadas, mais saudável o paciente encontra-se ou tende-se para tal.

Apesar deste modelo não se limitar ao reducionismo biomédico, o papel dos profissionais da saúde permanece paternalista, pois, o reconhecimento do paciente mesmo que em sua integralidade, ainda é de um agente passivo na relação profissional-paciente, na medida em que este último não é participe do seu processo terapêutico.

Traverso-Yépez (2001) ainda afirma que este modelo de saúde tornou-se uma medida paliativa do modelo biomédico, pois, a inclusão e o reconhecimento

também dos aspectos psicológicos e sociais são muito mais engrandecidos no papel que na prática real.

## 2.3 MODELO HOLÍSTICO

### 2.3.1 Contextualização Histórica do Modelo Holístico

A visão do modelo holista é oriunda do termo holismo. Este por sua vez originado do grego *holos* significa *Todo*. Esta visão de mundo que vem se desenvolvendo não é uma idéia nova, ela está subjacente a várias concepções filosóficas ao longo de toda a evolução do pensamento humano. “No século VI antes de Cristo, o filósofo Heráclito de Éfeso já destaca “A parte é diferente do todo, mas também é o mesmo que o todo. A essência é o todo e a parte” (TAVARES, 1998, p.61).

O termo holismo foi usado pela primeira vez por Jan Smuts em 1926. Soldado e estadista sul-africano, Smuts tornou-se um grande pensador da visão holística e escritor do livro *Holism and Evolution* (Holismo e Evolução), em que destacou o processo de evolução do universo como sendo cada vez mais acelerado e desta forma, está ocorrendo à tendência do ser humano em construir unidades que formam um todo (Weil, 1987).

A teoria holística podendo ser também caracterizada como sistêmica, holista, organísmica e ou ecológica, teve em uma de suas raízes a influência de pensadores como Aristóteles, Gothe, Spinoza e Willian James (HALL et al., 1966).

Outra preponderância para esta teoria foi o movimento Gestaltista iniciado por Wertheim, Koffka e Koler, que pouco antes da primeira guerra mundial lideraram uma contraposição ao tipo de análise mental criada por Wundt. Este movimento defendeu uma nova análise da experiência da consciência do organismo<sup>1</sup>, entendendo o campo perceptivo do organismo como um todo, distingue-se o

---

<sup>1</sup> Organismos e sujeitos podem ser considerados com significados sinônimos

conceito de figura e fundo, estuda-se as partes e suas influências mútuas. Outro estudo liderado também por este movimento foi no campo da aprendizagem, “[...] substituindo a doutrina da associação pelo conceito de insight. A pessoa aprende uma tarefa como um todo significativo e não de modo fragmentário [...]” (HALL et al., 1966, p.330).

A teoria organísmica utilizou-se desses estudos, tais como da percepção e aprendizagem para constituir em sua base a compreensão do organismo total. Contudo, embora esta teoria tenha grande influência na Psicologia da Gestalt, elas se diferenciam ao ponto em que esta última focou sua atenção aos fenômenos de tomada de consciência e muito pouco sobre o organismo e na personalidade com um todo (HALL et al., 1966).

No desenvolvimento da visão da teoria organísmica, Kurt Goldstein tornou-se o expoente mais destacado neste estudo. Eminentemente neuropsiquiatra, Goldstein nasceu na Alemanha, Alta Silesia, atual Polônia, em 06 de novembro de 1878. Ganhou destaque a partir de suas observações em soldados portadores de lesão cerebral durante a primeira guerra mundial e a partir de estudos anteriores sobre a linguagem. Chegando, portanto, a conclusão que certos sintomas provenientes do sujeito não podem ser compreendidos somente pela ótica de uma visão fisiológica, mas sim pela manifestação do organismo como um todo. Isto porque, o organismo é uma unidade e o que ocorre em uma parte afeta o todo. É necessário descobrir o funcionamento do organismo como um todo para então se compreender a função de qualquer parte de seus componentes (HALL et al., 1966; Goldstein, 1961).

A obra de Kurt Goldstein foi também extremamente rica nos questionamentos sobre os conceitos de normalidade, saúde, doença, anomalias, entre outros. Dentro deste campo conceitual propôs outras formas de se considerar estes conceitos, não por uma ótica do pensamento causalista, mas sim coerentes com o pensamento holístico. Grande parte dos estudos na área biológica tratou da questão da normalidade de um ponto de vista da apresentação de comportamentos constantes, padrões constantes de conduta, que fossem estatisticamente coerentes com aquilo que se adequasse de um modo geral ao modo de funcionamento total da espécie humana (GOLDSTEIN, 1961).

Segundo Capra (1982), este novo paradigma que está se instaurando em contraste com a visão mecanicista, também está fundamentado nas concepções de

uma nova física. Isto porque, o universo deixou de ser visto como uma máquina dividida em partes, para ser visto como um todo, indivisível, cuja essência das partes é estarem inter-relacionadas com o todo.

De tal modo, outra base para o surgimento do modelo holista, foi a transformação na física tradicional ocorrida em meados do século XX. A física tradicional ou física clássica fundamentada pelo paradigma cartesiano-newtoniano, pauta-se na descrição objetiva da natureza (matéria), na noção de tempo e espaço absoluto e na relação causal entre os fenômenos físicos e os fenômenos da natureza, sendo todos estes discutidos em termos mecânicos (PEREIRA et al., 2000). Destarte, o surgimento de uma nova física proporcionou um novo olhar sob a realidade.

A nova física ou física quântica, “sugere que a realidade subjacente ao mundo físico aparente é um fluxo incessante de energia; tudo o que percebemos como matéria sólida é, em sua maior parte, espaço vazio percorrido por um padrão de energia” (PEREIRA et al., 2000, p. 68). Portanto, matéria e massa são formas de energia. Neste sentido, concebe-se a idéia de que tudo é energia, o universo é energia e sua manifestação nem sempre é percebida pelos cinco sentidos.

Dentro desta nova concepção de um universo não estático, mas sim inter-relacionado com o todo, o homem por ser pertencente a este universo é também considerado como campo de energia que interage com outros campos. Portanto, sob esta nova ótica da física quântica, o universo é considerado sistêmico, formado por uma teia de relações que se inter-relacionam com as diferentes partes de um todo unificado (PEREIRA et al., 2000,).

Para tanto, Pereira et al., 2000, p. 73, destaca que o universo é formado por:

Totalidades integradas, as quais derivam suas propriedades essências de suas inter-relações em vez de partir das propriedades de suas partes. Desse modo, a abordagem sistêmica é complementar a abordagem reducionista. Ela se concentra nas inter-relações, nas interconexões e na interdependência. É também uma abordagem inteiramente dinâmica. Estuda princípios de organização e considera os processos como sendo mais fundamentais que a estrutura.

Não obstante, com o desenvolvimento deste novo paradigma a relação saúde-doença passa ser vista como um fenômeno multidimensional, que envolve os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Grillo, 2005). Ou seja, por tratar-

se de um sistema integrador, a ênfase nos aspectos físicos do sujeito adoecido, resultante da visão do modelo biomédico não se torna desprezada, mas sim inter-relacionada com os outros aspectos que englobam o todo do sujeito.

A partir desta visão acredita-se que a doença surge quando há um desequilíbrio nesta unidade e quando um dos aspectos encontra-se em desarmonia, e este afetará o todo. Enfim, como resultados desse paradigma que está emergindo, os profissionais da saúde podem compreender o sujeito que está adoecido sob uma perspectiva holística, mesmo que determinadas áreas da saúde foquem sua atenção mais para o âmbito psicológico, social, antropológico e outras para o âmbito fisiológico e orgânico do sujeito, é importante conceber que tais áreas operem sobre uma visão que alcance o organismo em sua totalidade.

### **2.3.2 Caracterização do Modelo Holista**

O modelo de saúde holista vem se colocando na época atual como uma evolução da visão newtoniana-cartesiana que permeia o modelo biomédico e em alguns aspectos o modelo biopsicossocial. Portanto, este modelo constitui a noção de saúde como um “estado de bem estar que se estabelece quando o organismo funciona de maneira certa” (CAPRA, 1982, p. 315).

Dentro da perspectiva deste modelo, o homem é percebido como um sistema ou uma totalidade, em que suas estruturas física, social, mental e espiritual são interligadas e interdependes. Deste modo, a saúde holística volta-se para o bem estar total do sujeito sem se restringir apenas para sintomas ou aspectos fisiológicos (TABONE, 1995).

A noção de saúde e doença está sempre em um movimento de mudança, por ser influenciada pelo contexto cultural em que os sujeitos estão inseridos. Ela é percebida como um processo dinâmico e contínuo, pois, está relacionada às respostas criativas do organismo frente aos desafios ambientais, sociais. Deste modo, as mudanças ou as interpolações deste organismo frente ao seu ambiente, tende a resultar em fases temporárias de uma saúde precária (TABONE, 1995).

Portanto, trata-se de um fenômeno multidimensional que envolve os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais, sendo todos estes

interdependentes. Isto porque, conforme Capra (1982), a doença física pode ser compensada por uma atitude psicológica positiva e por um apoio social que possam manter a saúde global do sujeito em um estado de bem estar. Da mesma maneira, os problemas emocionais ou sociais podem fazer com que o sujeito sinta a doença em menor intensidade, mesmo com seu corpo físico afetado.

Para a concepção holística de saúde os sujeitos são organismos auto-reguladores que mostram um alto grau de estabilidade. Para um organismo manter-se estável é preciso que o mesmo seja flexível e dinâmico frente às mudanças e as alterações do meio em que vive. Esta flexibilidade seja ela qual for sua natureza, física, psicológica ou social, depende de cada organismo e o modo de interação com seu meio (CAPRA, 1982).

Portanto, quanto mais flexível este organismo for ao seu meio, melhor será sua adaptação frente às mudanças. De outro lado, quanto menos flexível for este organismo, maior a possibilidade da ocorrência de um desequilíbrio e conseqüentemente a perda da saúde (CAPRA, 1982).

Um exemplo para caracterizar esta noção do desequilíbrio de um organismo está no conceito de estresse. Segundo Capra (1982, p.318), “o estresse é um desequilíbrio do organismo em resposta as influências ambientais”. Ele pode ser qualificado como temporário ou prolongado, podendo também ser oriundo dentro do próprio sujeito, da sociedade, da cultura e ou do meio ambiente físico (CAPRA, 1982).

O estresse temporário é um aspecto essencial para a vida, uma vez que o sujeito em sua interação com o ambiente, com seu dia-a-dia, sofre perdas temporárias de flexibilidade. Há uma adaptação à situação que se torna uma fase transitória e uma resposta saudável do organismo. Contudo, quando a perda da flexibilidade e de adaptação é levada ao extremo o estresse prolongado acontece, e conseqüentemente o organismo estará propenso ao aparecimento de muitas doenças (CAPRA, 1982).

O estresse temporário e o estresse prolongado se diferenciam pelo fato de que no primeiro as múltiplas dimensões (física, psíquica, social, espiritual) que compõem o organismo saudável conspiram a favor para que o mesmo retorne ao seu equilíbrio e a sua flexibilidade natural. Já no segundo, quando o estresse é prolongado torna-se nocivo, fazendo com que o organismo não tenha uma resposta de ação para lutar ou fugir do desequilíbrio. Por conseguinte, a saúde do mesmo é

afetada e a propensão para a doença surge, pois, a falta do equilíbrio atinge o sistema imunológico do corpo e as defesas naturais contra a doença (CAPRA, 1982).

Entretanto, a não adaptação as mudanças em que o sujeito considera impossível de aliviar ou descarregar seu estresse de maneira saudável, leva-o, seja consciente ou inconscientemente, ao adoecimento como uma maneira de fuga. Destarte, a doença torna-se uma via de fuga para que o organismo consiga enfrentar situações estressantes da vida. (CAPRA, 1982).

O aparecimento da doença surge como um significado da perda relativa da harmonia do organismo ou em função do questionamento de uma ordem até então equilibrada. Esta perturbação, no entanto, acontece na consciência e se mostra através de uma manifestação corporal. Assim sendo, o corpo é a apresentação ou o âmbito de concretização da consciência e também de todos os processos de modificações que nela ocorrem. Desta forma, o adoecimento aparece como uma informação, uma mensagem da desarmonia presente em algum âmbito da vida do sujeito, a qual se revela no corpo (DETHLEFSEN et al., 1998).

De acordo com a visão holística sobre a saúde, para qualquer doença é preciso compreender a mensagem transmitida ao organismo e que se manifesta no corpo como uma “[...] oportunidade de introspecção, de modo que o problema original e as razões para a escolha de uma certa via de fuga possam ser levados a um nível de consciência onde o problema possa ser resolvido [...]” (CAPRA, 1982, p. 320). Portanto, partindo desta perspectiva, é fundamental a assistência psicológica no tratamento mesmo para as doenças consideradas de caráter estritamente orgânico.

Para a compreensão deste modelo de saúde, entende-se que qualquer doença possui aspectos psicológicos envolvidos no seu processo. Isto porque, a doença e a saúde são partes integrantes da auto-organização de um organismo, sendo a mente (psicológico) o representante mesmo que a nível consciente ou inconsciente desta organização. Portanto, a saúde, a doença e o próprio processo de cura são fenômenos mentais. “[...] A doença é, em sua essência, um fenômeno mental [...]” (CAPRA, 1982, p. 320).

Segundo Simonetti (2004), o adoecimento ocorre quando um sujeito carregado de subjetividade confronta-se com a doença presente em seu corpo, e que produz diversos aspectos psicológicos que nele pode ser evidenciado.

Logo, toda doença apresenta aspectos psicológicos envolvidos em seu processo, toda doença é repleta de subjetividade. Os aspectos psicológicos representados pelas manifestações da subjetividade do sujeito como: os sentimentos, os desejos, a fala, os pensamentos, os comportamentos, as fantasias, as crenças, os conflitos, entre outros, estão a envolver a doença como uma atmosfera, e, por isto, podem aparecer como causa da doença, como desencadeador da patogenia ou até mesmo como agravante do quadro clínico (SIMONETTI, 2004).

Numa descrição mais pormenorizada da interação íntima entre os aspectos físicos e psicológicos sobre o processo de adoecimento, pode-se fazer um paralelo, nesta pesquisa, do conceito de aspecto psicológico relacionado ao termo emoção.

Segundo Silva (2002), a emoção é uma forma de preparar o corpo para entrar em ação, que se dá ao mesmo tempo no corpo e na psique, é, portanto, na expressão física que reside a sua essência. A emoção é um aspecto que circunda e influencia o homem socialmente, como forma de expressão na sua relação com o mundo.

Ainda para o mesmo autor (2002) existem vários tipos de emoção, umas podem ser nutritivas outras podem ser tóxicas. Cada emoção corresponde a uma determinada forma de resposta corporal. Essa resposta é mediada pelo sistema nervoso autônomo (SNA), sendo assim, independe da vontade do sujeito. Desta maneira, quando a emoção prepara o corpo para entrar em ação, o organismo a percebe como algo anormal, entra em desequilíbrio e mobiliza tanto a mente como o corpo.

As emoções sensibilizam o sujeito em todas as suas relações como seu meio, como por exemplo, ao ouvir uma música, ao vivenciar uma situação que lhe é desagradável, ao se apaixonar, ao sentir um cheiro que lhe traz uma lembrança, enfim, entre outras ocorrências que levam o organismo a entrar em ação. Contudo, quando um sujeito reprime suas emoções impedindo que elas se manifestem através dos seus sentimentos, o organismo sente esta repressão e sofre consequências em função deste ressentimento que pode levar ao adoecimento (SILVA, 2002).



Deste modo, o desequilíbrio provocado pela emoção, que pode ser advindo de alterações físicas, ambientais, sociais, psíquicas ou espirituais conduz o organismo a uma desarmonia que pode levá-lo adoecer.

Goleman (1999, p. 43), também destaca que as emoções podem ser extramente significativas para a manutenção da saúde de um sujeito, visto que:

[...] o vínculo entre as emoções e saúde é particularmente forte no caso de sentimentos negativos: raiva, ansiedade e depressão. Esses estados, quando intensos e prolongados, são capazes de aumentar a vulnerabilidade à doença, piorar os sintomas ou retardar a recuperação [...].

Outra evidência desta relação entre o envolvimento dos aspectos psicológicos e o processo de adoecer está no papel da personalidade do sujeito, uma vez que “assim que o paciente entra no quadro clínico, a doença fica inseparavelmente vinculada a toda a sua psique, o que sugere a unificação das terapias físicas e psicológicas” (CAPRA, 1982, p. 322).

Apesar da existência de muitas literaturas que concebam o papel dos aspectos psicológicos no desenvolvimento da doença, ainda são poucos os trabalhos que exploram métodos para alteração desta influência. Assim sendo, para se alcançar tal dimensão é importante se compreender que os aspectos psicológicos são tão relevantes para o desenvolvimento das doenças, como para o alcance do processo de cura (CAPRA, 1982).

No modelo de saúde holista, a percepção dos profissionais desta área deve estar voltada para uma assistência que seja facilitadora no alcance do reconhecimento do papel do sujeito em seu processo de adoecimento (CAPRA, 1982). Deste modo, o auxílio no reconhecimento que o sujeito é também responsável pela doença, facilita o processo de cura.

A cura da doença não deve ser tomada como um significativo de que o organismo tornou-se saudável, mas sim, como uma oportunidade de introspecção para se obter a informação do que a doença está refletindo na vida da pessoa, abrangendo assim a raiz do problema (CAPRA, 1982).

Neste ínterim, é possível perceber a importância de um trabalho integrado por parte da equipe de saúde. Trabalho este que deve ser de maneira recíproca e igualitária, em que as tomadas de decisão perante o tratamento do sujeito adoecido são partilhadas entre os dois (GRILLO, 2005).

Em tal abordagem o tratamento da doença deve ser multidimensional, ou seja, deve envolver vários níveis do sistema corpo-mente, o que requer um esforço por um trabalho interdisciplinar e com o uso de atitudes positivas que sejam integradas a técnicas que influenciem no reequilíbrio do sujeito em sua totalidade. Invertendo deste modo, o impacto da doença sobre os aspectos corpo-mente numa tentativa de melhora ou até mesmo de cura (CAPRA, 1982).

Por fim, a assistência da saúde através deste modelo requer uma compreensão e uma percepção por parte dos profissionais considerando o sujeito em sua plenitude, tratando-o com uma escuta não restrita aos sintomas físicos, mas também proeminente ao que o sujeito significa e considera da sua doença. Deste modo, o sujeito sai do papel passivo e passa a atuar ativamente em todo o processo (GRILLO, 2005).

A partir desta explanação e discussão dos diferentes modelos existentes na saúde é importante ressaltar a acuidade de cada modelo para o desenvolvimento e compreensão dos mesmos, pois, cada modelo traz consigo um nível diferente de percepção que se complementa e transcende ao outro. Dessa forma, constata-se a necessidade de uma avaliação sobre a percepção da equipe de saúde de um hospital geral acerca das influências dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimento de pacientes hospitalizados, para que através deste estudo possam se compreender os diferentes níveis e modelos que permeiam a relação saúde-doença.

### 3 MÉTODO

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

A caracterização desta pesquisa é de natureza qualitativa, onde buscou-se a descrição do fenômeno estudado através de uma compreensão dos aspectos que envolvem a subjetividade da equipe de saúde de um hospital geral, ou seja, a percepção da equipe acerca das influências dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimentos dos pacientes hospitalizados (RAUEN, 2002).

Segundo Silva e Menezes (2001), a pesquisa de natureza qualitativa considera a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, ou seja, há um vínculo inseparável entre a objetividade e a subjetividade que não podem ser traduzidas em números. O ambiente natural é a base para a se coletar os dados e o pesquisador torna-se o instrumento chave para realização da pesquisa.

Em relação aos seus objetivos, esta pesquisa classifica-se como exploratória. Segundo Gil (2004), as pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar uma maior familiaridade com o problema, onde requer-se um aprimoramento ou descobertas de novos estudos.

O delineamento desta pesquisa refere-se ao levantamento de informações que, segundo Gil (2004, p. 50), caracteriza-se pela “interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer”. Também utilizou-se o levantamento bibliográfico, que consiste na identificação, localização e compilação das fontes escritas através da consulta a livros, periódicos e trabalhos científicos da área, entre outros materiais úteis para o aprofundamento dos conhecimentos e uma melhor compreensão dos fatos que foram observados e estudados (RAUEN, 2002).

#### 3.2 PARTICIPANTES

Os participantes desta pesquisa foram os membros que compõem a equipe de saúde de um Hospital Geral da Grande Florianópolis. A realização deste

estudo ocorreu a partir do convênio firmado entre a Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL, e este Hospital Geral da Grande Florianópolis onde, possibilita que os acadêmicos de vários cursos, como os de Psicologia, experienciem a prática hospitalar e investiguem as ocorrências de fenômenos psicológicos decorrentes deste contexto.

A população na pesquisa estabelece que todos os sujeitos devem possuir pelo menos uma característica comum definida para investigação. (RAUEN, 2002). Desta forma, a população deste estudo é voltada à área da saúde, que é formada por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem, nutricionistas, assistente social, terapeuta ocupacional e técnicos de radiologia.

### 3.3 EQUIPAMENTOS E MATERIAIS

Para a realização desta pesquisa foi necessária a utilização de recursos materiais como: caneta, prancheta, papel, gravador, computador, impressora e a entrevista que foram utilizados como instrumento de coleta de dados, sendo estes recursos todos suportados pela própria pesquisadora.

### 3.4 SITUAÇÃO AMBIENTE

As entrevistas foram realizadas num Hospital Geral da Grande Florianópolis, cujo qual a UNISUL mantém convênio. Local este onde está sendo realizado o estágio obrigatório do curso de Psicologia, onde também trabalham os profissionais da equipe de saúde que serão os sujeitos desta pesquisa.

Para a realização da entrevista, a pesquisadora utilizou a sala disponibilizada pela UNISUL. Isto porque, este local é o mais apropriado, uma vez que o fluxo de pacientes e profissionais é menor e as condições do espaço físico como: boa iluminação e ventilação propiciaram um ambiente mais favorável para a realização da entrevista.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista individual semi-estruturada, constante no (Apêndice A) desta pesquisa. Segundo Richardson (1999, p. 212) este tipo de entrevista permite que “o pesquisador conheça previamente os aspectos que deseja pesquisar e, com base neles, formula alguns pontos a tratar na entrevista”. O uso da técnica da entrevista possui a vantagem de poder utilizá-la com quase todos os segmentos da população, além de propiciar uma maior flexibilidade na obtenção das informações no caso do participante não compreender ou interpretar erradamente o que está sendo questionado (SELLTIZ ET AL., 1975 apud LUNA ET AL., 1996).

Desta forma, a entrevista foi considerada, pela pesquisadora, como o instrumento mais adequado para se abordar de forma direta as percepções dos profissionais da saúde, quanto à relação dos aspectos psíquicos no processo de adoecimento de pacientes hospitalizados, foco deste estudo.

### 3.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

#### **3.6.1 Seleção dos participantes**

A escolha dos participantes desta pesquisa foi feita a partir da sua população-alvo. Sendo utilizada uma amostra em torno cinco (5) sujeitos, considerando o critério de pertencer à equipe de saúde de um hospital geral, independentemente da categoria profissional da área da saúde que ele pertença. De acordo com Barros e Lehfeld (2003, p.86) “cada unidade ou membro do universo é denominado elemento e o conjunto de elementos representativos desse universo ou população compõe a amostra”. Portanto, a amostra é um subconjunto representativo do conjunto da população.

Esta seleção ocorreu aleatoriamente entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem, nutricionistas, assistente social, terapeuta

ocupacional, que formam a equipe de saúde do hospital. Este estudo não pretendeu inserir os técnicos de radiologia como participantes, por não estarem vinculados aos objetivos da pesquisa.

A amostra foi composta por cinco (5) profissionais da saúde de diferentes áreas, sendo elas: Medicina, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Serviço Social. A escolha do número de participantes foi intencional, tendo em vista ser um estudo qualitativo e por considerar que cinco pessoas compõem um número efetivo coerente com os objetivos e a concepção do trabalho.

Para a realização da pesquisa julgou-se necessário coletar dados de identificação pessoais e profissionais dos participantes como: idade, sexo, escolaridade, profissão, tempo que trabalha no hospital, tempo de profissão e ala do hospital em que trabalha. A fim de garantir a identidade dos sujeitos da pesquisa e as informações coletadas, os participantes foram nomeados a partir de nomes representantes de Deuses e Deusas gregas, conforme consta no quadro elaborado pela pesquisadora que será apresentado a seguir.

Contudo, para igualmente garantir uma maior abrangência quanto ao sigilo dos participantes e, assim, cumprindo as questões éticas relativas ao processo de pesquisa, não será presentificado no quadro abaixo a categoria profissional e a ala do hospital que é respectiva a cada sujeito entrevistado.

<b>Sujeito</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Tempo no Hospital</b>	<b>Tempo de Profissão</b>
<b>Ártemis</b>	<b>37</b>	<b>F</b>	<b>3º grau completo</b>	<b>15 anos</b>	<b>15 anos</b>
<b>Atenas</b>	<b>25</b>	<b>F</b>	<b>3º grau completo</b>	<b>6 meses</b>	<b>1 ano e ½ (meio)</b>
<b>Hera</b>	<b>28</b>	<b>F</b>	<b>2º grau completo e Tec. de enfermagem</b>	<b>2 anos</b>	<b>5 anos</b>
<b>Héstia</b>	<b>48</b>	<b>F</b>	<b>3º grau completo</b>	<b>4 anos</b>	<b>17 anos</b>
<b>Zeus</b>	<b>35</b>	<b>M</b>	<b>3º grau Completo</b>	<b>1 ano e ½ (meio)</b>	<b>7 anos</b>

Quadro 1- Dados de identificação

Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

### **3.6.2 Contato com os participantes**

O contato com os participantes da pesquisa ocorreu no primeiro semestre do ano de dois mil e nove, assim que foram retomadas as atividades do estágio no Hospital Geral da Grande Florianópolis e após a aprovação do Comitê de Ética da UNISUL, com o devido conhecimento do orientador do TCC - Maurício Eugênio Maliska - o qual supervisiona inclusive as atividades de estágio na instituição onde foi realizada a pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa foram previamente convidados pela pesquisadora a participar do estudo no próprio local de trabalho dos mesmos. No primeiro contato com os sujeitos da pesquisa, os mesmos foram informados sobre os objetivos do estudo, sobre a gratuidade de sua participação, sobre as questões éticas da pesquisa, bem como, sobre as especificações de concordância da sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que é constante no (Anexo A) desta pesquisa.

Também foi acordado com cada sujeito participante a data e o horário mais adequado aos mesmos, sendo o local sugerido pela própria pesquisadora na sala da UNISUL alocada na Ala Nossa Senhora do Livramento, por ser um local mais adequado para a realização da entrevista.

Para maior genuinidade dos dados coletados, foi verificado previamente com cada participante a possibilidade da utilização do recurso do gravador. Esta questão é constante no Termo de Consentimento para gravações disponível no (Anexo B) desta pesquisa.

Caso houvesse desconforto por parte do sujeito da pesquisa, a mesma seria interrompida imediatamente, sendo o sujeito acolhido pela pesquisadora, sobre a supervisão do professor orientador Maurício Eugênio Maliska. Se necessário, o sujeito poderia ser encaminhado ao atendimento psicológico gratuito oferecido pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

### **3.6.3 Coleta e registro de dados**

Após o contato inicial com cada participante e marcado data, horário e local para a realização da entrevista, iniciou-se a coleta dos dados. Dos cinco sujeitos convidados a participar da pesquisa, todos concordam com sua participação na realização deste estudo. Cada sujeito da pesquisa foi informado sobre as questões referentes ao sigilo das informações, foram novamente informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a sua participação efetiva na pesquisa, bem como sua concordância em gravar a entrevista através do Termo de Consentimento para gravações. Foi solicitado, portanto, a assinatura dos termos em duas vias sendo que uma ficou em sua posse e a outra em posse da pesquisadora.

As entrevistas foram realizadas em locais apropriados, distantes de ruídos e movimentação de pacientes e outros profissionais da equipe de saúde. Sendo três entrevistas realizadas na sala da UNISUL e as outras duas nas salas reservadas aos profissionais da saúde pertencentes a cada ala do hospital. As entrevistas tiveram uma duração média de 30 minutos.

Após a coleta as entrevistas foram transcritas e o material coletado foi registrado no computador particular da pesquisadora, ficando esta responsável pelo arquivamento dos mesmos, bem como pelo sigilo das informações obtidas.

#### **3.6.4 Organização, tratamento e análise dos dados**

A organização dos dados foi feita a partir da transcrição da entrevista, sendo arquivada em um documento *Word* do computador particular da pesquisadora. Os dados foram categorizados em categorias *a posteriori*, criadas a partir da fala e do conteúdo de cada participante e de acordo com as ocorrências mais significativas e persistentes para o estudo.

Os dados coletados foram analisados a partir das categorias elaboradas, para que então, fossem tratados a partir das respostas obtidas dos sujeitos da pesquisa e o referencial teórico proposto no presente estudo. Optou-se pela análise de conteúdo, pois, segundo Minayo (1994) estas permitem que o pesquisador encontre respostas para as questões formuladas na pesquisa e também confirmar ou não as hipóteses estabelecidas anteriormente ao trabalho de coleta de dados.



Ao fim da pesquisa todos os dados e informações obtidas a partir da entrevista serão devidamente incinerados (fichas e documentos) e deletados (arquivos) do computador particular da pesquisadora, de forma a garantir o sigilo das informações obtidas.

Ao término da pesquisa, foi realizado um relatório do TCC a partir dos resultados obtidos com o desenvolvimento deste estudo, que serão entregues ao Hospital Geral da Grande Florianópolis, ficando disponível nesta instituição para consultas e estudos posteriores. A pesquisadora igualmente poderá fazer uma apresentação oral da pesquisa, expondo os resultados obtidos e o relatório de TCC para os sujeitos envolvidos na pesquisa e para todos os interessados que se fizerem presentes.

## 4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentadas a descrição e análise dos dados coletados por meio das entrevistas com os participantes, bem como a discussão dos mesmos, no intuito de alcançar o objetivo geral desta pesquisa que busca verificar a percepção da equipe de saúde de um hospital geral acerca das influências dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimento de pacientes hospitalizados. Também serão identificados quais conceitos a equipe de saúde de um hospital geral possui acerca dos aspectos psicológicos; referente ao objetivo específico (a), quais conceitos a equipe de saúde de um hospital geral possui acerca do processo de adoecimento; respectivo ao objetivo específico (b), e, por fim, identificar as percepções da equipe de saúde de um hospital geral sobre a relação da influência dos aspectos psicológicos com o processo de adoecimento, relativo ao objetivo específico (c) desta pesquisa.

Para a construção da descrição e análise dos dados foram construídas categorias *a posteriori*, que foram relacionadas aos objetivos específicos da pesquisa, citados acima (a, b, c), bem como a partir da fala e do conteúdo de cada participante, de acordo com as ocorrências mais significativas e persistentes neste estudo. As categorias foram, portanto, elaboradas em quadros temáticos e analisadas de acordo com o seu conteúdo, no intuito de relacioná-las aos os resultados obtidos em campo, principalmente, com os conhecimentos científicos presentes na fundamentação teórica do presente estudo e a construção de argumentos da entrevistadora.

### 4.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS

As categorias a seguir são referentes ao objetivo específico “a”, estando divididas em: sentimentos e emoções, estado depressivo, aspecto não orgânico, eu e a formação da auto-imagem, conforme a tabela abaixo:

a) Identificar quais conceitos a equipe de saúde de um hospital geral possui acerca dos aspectos psicológicos

CATEGORIA	UCE	FREQUÊNCIA
Emoções e sentimentos	“Acho que é toda a descompensação do sistema em si, da parte emocional. Eu observo como isso, como os sentimentos, as emoções”. (Atenas).	4
Estado depressivo	[...] “é estar deprimido, triste” [...]. (Atenas).	2
Aspecto não orgânico	[...] “entendo esse lado psicológico como algo que é não orgânico” [...]. (Zeus).	1
Eu e a formação da auto-imagem	[...] “Pra mim o psicológico é o meu eu” [...]. (Ártemis).	1

Quadro 2 – Categorias do objetivo específico (a)  
Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

#### 4.1.1 Emoções e sentimentos

“Emoções e sentimentos” foram apresentados em uma mesma categoria pelos participantes para designar as suas compreensões acerca do conceito de aspectos psicológicos.

Merleau-ponty (1994) destaca que é através das emoções que o os sujeitos fazem seus primeiros contatos com o mundo. Desde as primeiras relações as emoções estão presentes nas expectativas, nas esperanças, nos receios, nos conflitos, enfim, todas as representações emocionais e sociais que permeiam numa certa cultura, portanto, as primeiras manifestações psíquicas são emocionais.

Viscott (1982) ressalta que é através dos sentimentos que percebemos nossas ações no mundo, ou seja, que nos percebemos. Portanto, os sentimentos são a reações mais diretas da percepção do próprio sujeito no mundo que o circunda.

Estas evidências foram constadas nos relatos dos participantes. Dentre os vários relatos dos cinco sujeitos da pesquisa, quatro responderam que as emoções e

os sentimentos são aspectos que podem significar a subjetividade dos sujeitos, como mostra o relato da participante Atenas:

*“Acho que é toda a descompensação do sistema em si, da parte emocional. Eu observo como isso, como os sentimentos, as emoções”.*

Bem como no relato do participante Zeus:

[...] *“alguma coisa que vem das emoções, dos sentimentos, da sensibilidade, de conceitos, comportamentos”* [...].

Portanto, estas evidências podem ser corroboradas por Silva (2002) ao afirmar que as emoções são abrangentes aos aspectos psicológicos, pois, ela é uma forma de preparar o corpo para entrar em ação, ocorre ao mesmo tempo no corpo e na psique. É um aspecto que circunda e influencia o homem socialmente, como forma de expressão na sua relação com o mundo.

Ainda corroborando estas evidências Golleman (1999) enfatiza que as emoções e a forma como as sentimos tornam-se papéis essenciais no psiquismo humano, pois, orientam os sujeitos diante de várias situações como: de impasse, de perigo, de conflito, alegria, entre outros. As emoções e os sentimentos predisõem o organismo a uma ação tanto corporal, quanto psíquica.

Diante destas afirmações e das evidências apresentadas é possível perceber que os profissionais da saúde, ao considerar os sentimentos e as emoções como aspectos psicológicos, tem uma compressão acerca das manifestações subjetivas que estão presentes na psique humana e que implica diretamente na forma que os sujeitos experienciam, percebem, respondem as mais diversas situações e influências do mundo externo.

#### **4.1.2 Estado depressivo**

A categoria “estado depressivo” também está presente nos relatos trazidos pelos participantes da pesquisa como conceito de aspecto psicológico.

Segundo Silva (2002) a depressão em um conceito mais abrangente do seu termo pode ser definida como a incapacidade de sentir prazer, associada à falta de vontade de viver. Portanto, o estado depressivo consiste em um sentimento generalizado de tristeza que pode variar desde um desânimo moderado a um desespero intenso, podendo durar dias, semanas ou meses.

O que leva um sujeito sentir-se deprimido ou sem vontade de viver, irá depender da forma com que cada um lida com as situações cotidianas e com os sentimentos de perdas. Perdas estas que podem ser tanto físicas, como materiais (SILVA, 2002).

Estas evidências foram constadas nos relatos de duas participantes da pesquisa, conforme relatou Hera:

[...] *“A pessoa fica muito deprimida, queixosa, às vezes ajuda e às vezes não ajuda né”* [...].

Bem como no relato de Atenas

[...] *“É estar deprimido, triste”* [...] *“Aqui a gente percebe muito isto, na hora que interna, a pessoa fica descompensada, a depressão por estar aqui [hospital], não é nem pela doença”* [...].

Percebe-se, portanto, conforme as afirmações citadas e os relatos evidenciados na pesquisa, que as participantes fazem uma correlação entre a subjetividade, o aspecto psicológico de um sujeito e seu estado depressivo. Confirmando a isto, Silva (2002) contempla que o que leva um sujeito a deprimir irá depender de seus componentes individuais subjetivos: da sua personalidade e do seu psiquismo, influenciado pelo meio o qual está inserido.

Contudo, é importante analisar diante destas evidências que este conceito da depressão vinculada ao psiquismo dos sujeitos, é possível ocorrer devido à banalização do próprio termo e conceito, inclusive do crescente aumento na prevalência da depressão, o que leva as pessoas a generalizarem e ou confundirem qualquer estado emocional ou sentimento de tristeza, perda, frustração, a um estado de depressão (SILVA, 2002).

Silva (2002, p. 140), ainda ressalta que particularmente no mundo ocidental a depressão tornou-se: [...] ‘ a doença do fim do século’ e ‘também a doença da moda’ [...]. Isto porque, já está incorporado na própria linguagem das pessoas, expressões como: “deprê”, “fossa”, “baixo astral”, que as fazem confundir com verdadeiros estados depressivos. Enfim, este senso-comum acerca da depressão, leva inclusive ao estranhamento do quão é trivial as pessoas por vezes se sentirem tristes.

Neste momento faz-se uma ressalva para esclarecer que outra categoria com o termo depressão também estará presente nesta análise, contudo, a mesma aparecerá em um outro objetivo específico (c) e dentro de outro contexto de discussão.

#### **4.1.3 Aspecto não orgânico**

Esta categoria “aspecto não orgânico” traz a percepção de um dos participantes da pesquisa sobre o conceito de aspectos psicológicos.

Conforme Capra (1982) o desenvolvimento das ciências médicas e a influência de uma visão cartesiana propiciou um olhar cada vez mais estreito sobre as estruturas do corpo humano e sua fisiologia. De certa forma, o avanço da medicina foi se desenvolvendo para uma percepção voltada ao organismo dos sujeitos, daquilo que é orgânico. Portanto, todos os aspectos que não cercam o biológico, podem ser considerados “não orgânicos”.

É possível evidenciar esta relação entre os relatos trazidos pelo participante Zeus:

*[...] “entendo esse lado psicológico como algo que é não orgânico. Algo que não seja baseado principalmente quando se fala em doença, não vai estar baseado em alguma coisa papável, numa coisa orgânica, numa coisa que tenha um meio de atuação direta” [...].*

Estas evidências podem ser confirmadas por Ramos (2006) ao afirmar que para a visão cartesiana corpo e mente são estruturas separadas, sendo que o

corpo podia ser comparado a uma máquina, que funcionaria bem ou mal sem psique. Desta forma, este pensamento influenciou na construção do modelo biomédico e na área da saúde, priorizando assim, os aspectos funcionais e orgânicos do corpo.

Percebe-se que no relato trazido pelo participante Zeus há uma influência do pensamento dualista que permanece presente na área da saúde. Ao discriminar algo “não orgânico” quando se fala em doença, o participante demonstra uma percepção que é característica do modelo biomédico de saúde, em que o enfoque é dado aos aspectos fisiológicos, orgânico, ao que é palpável, em detrimentos das dimensões psíquicas sociais.

Ainda corroborando com esta perspectiva do desenvolvimento da visão organicista, Traverso-Yépez (2001) articula que o modelo biomédico permanece ainda nos dias atuais por considerar os aspectos corpóreos, ficando os aspectos psicológicos, sociais e ambientais como concernentes a outros âmbitos do sujeito e de outras áreas profissionais.

Neste momento é importante fazer uma ressalva a respeito dos relatos do participante Zeus, pois, o mesmo dentre suas verbalizações também considerou os aspectos psicológicos numa compressão de algo que viria dos sentimentos, da sensibilidade, conforme já descrito e analisado no item (4.1.1). Contudo, a pesquisadora percebeu que o entrevistado enfatizou principalmente as questões relativas aos aspectos não orgânicos no que tange os aspectos psicológicos.

#### **4.1.4 Eu e a formação da auto-imagem**

A categoria “eu e a formação da auto-imagem” foi construída a partir do conceito de que o ego ou auto-imagem, na sociedade, diz respeito a identificação do sujeito com o seu pensamento, com a imagem que ele tem sobre si mesmo, ou seja, com o papel que o mesmo representa no mundo (TOLLE, 2007).

Isto se dá de acordo com Wilber (2004), devido ao ego ser uma forma de se perceber o eu, a definição de “si mesmo” constituída por um conjunto internalizado de conceitos e identificações assimiladas no decorrer do

desenvolvimento do sujeito, com formas físicas, formas de pensamentos, formas emocionais.

Wilber (2004, p.51) afirma que “na medida em que o indivíduo se identifica com seu ego (eu conceitual de diálogo), ele fica ‘preso ao roteiro’, ou programado pelas instruções internalizadas”. Entretanto, as correntes holísticas também definem o ego como uma percepção equivocada de quem a pessoa é e a realidade do sujeito passa a ser um reflexo de todas as identificações, conceitos e cognições absorvidas durante o processo de desenvolvimento.

Esta representação equivocada do “eu” pode ser evidenciada na entrevista a partir do relato de Ártemis, em que a mesma significou seu entendimento por aspecto psicológico como:

*“O psicológico ele comanda muita coisa né?! É o seu eu. Isto é o psicológico pra mim né?! É o seu eu. Isto é o psicológico pra mim né?! É o seu eu. Se ele está bem, tudo está bem, tanto na sua saúde, como no seu relacionamento. Agora se ele não está bem as coisas já começam a carregar, carregar. Pra mim, o psicológico é o meu eu”.*

Desta forma, percebe-se que quando a participante significa o aspecto psicológico como representante “dela própria”, demonstra uma percepção de que o psiquismo restringi-se ao seu próprio ego, ou como sendo a sua própria imagem que foi formada a partir de um conglomerado de conceitos, identificações introjetadas, lembranças, fantasias e informações relativas a sua imagem.

Isso confirma-se nas afirmações de Tolle (2007, p.30), de que “na sua aplicação cotidiana normal, “eu” contém o erro primordial, uma percepção equivocada de quem a pessoa é, um sentido ilusório da identidade”.

Ainda para o mesmo autor (2007), na maior parte do tempo não é a pessoa que está falando quando pronuncia ou pensa “eu”, mas algum aspecto desta construção mental, a identidade egóica.

## 4.2 PROCESSO DE ADOECIMENTO



As categorias a seguir são referentes ao objetivo específico “b”, estando divididas em: saúde e bem estar, fatores biológico, fatores internos e externos, doença como desequilíbrio e doença como sintoma, conforme a tabela abaixo:

b) Identificar quais conceitos a equipe de saúde de um hospital geral possui acerca do processo de adoecimento

<b>CATEGORIA</b>	<b>UCE</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Saúde e bem estar	“Saúde é o bem estar do ser humano” (Hera) “Saúde é o bem estar tanto físico e mental do indivíduo”. (Zeus).	5
Fatores biológicos	[...] “A genética” [...] (Hera). [...] “Pode ser também pela hereditariedade, pela genética também” [...]. (Ártemis).	5
Fatores internos e externos	[...] “Pode ser por alterações externas. O cara pega uma infecção como, por exemplo, de um agente externo” [...]. (Zeus). [...] “O adoecer não é só físico, eu acredito também que tem a parte psicológica” [...] (Atenas).	4
Doença como desequilíbrio	“O desequilíbrio desta harmonia entre os órgãos, entre os sistemas, uma falha dessa harmonia”. (Zeus).	2
Doença como sintoma	[...] “É um sinalzinho vermelho, quando algo não está muito bem” [...]. (Héstia).	1

Quadro 3 – Categorias do objetivo específico (b)  
Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

#### 4.2.1 Saúde e bem estar

A categoria “saúde e bem estar” foi elaborada a partir dos relatos dos participantes da pesquisa para designar as suas compreensões sobre o conceito de saúde. Esta categoria está presente no objetivo (b), processo de adoecimento, pois,

percebeu-se igualmente a importância neste objetivo de identificar a percepção dos participantes para além do conceito de adoecimento. Isto porque, esta pesquisa traz juntamente com o foco de discussão a relação do processo de saúde-doença.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença e enfermidade. Esse conceito foi definido por esta organização em 1948, como um contraponto ao conceito existente até então, que restringia saúde apenas como a ausência de doença. Essa nova concepção foi, portanto, uma tomada de consciência da condição de saúde no mundo.

É possível evidenciar este conceito nos relatos de todos os participantes da pesquisa, como mostra-nos a seguir na fala da participante Ártemis:

[...] *“Não adianta só chegar aqui só com a doença achando que isso se resume a sua saúde né! Saúde é estar bem consigo mesmo, com as outras pessoas, estar bem com o seu trabalho, na sua família. Isso é saúde”* [...].

Outro relato trazido foi da participante Hera:

*“Saúde é o bem estar do ser humano né! A pessoa tem que estar bem consigo mesmo, não é somente físico, o psicológico também”*.

Bem como no relato do participante Zeus:

[...] *“Saúde é o bem estar tanto físico e mental do indivíduo. Acho que tem parte física e mental. Perfeita harmonia, dos órgãos, dos sistemas, mente-corpo”* [...].

Conforme os relatos dos participantes verifica-se uma abrangência destes a respeito da mudança no conceito de saúde, ou seja, considera-se não somente a ausência da doença, mas também se compreende que para um sujeito estar saudável é importante que contemple o seu bem estar físico, o seu psíquico, bem como seu meio social.

Isto pode ser confirmado por Kahhale (2003) ao destacar que este novo conceito rompeu com a dualidade entre saúde x doença, em que pautava-se em cunho medicamentoso. Portanto, conceber a saúde para além da doença,

considerando o bem-estar e ao mesmo tempo as dimensões psíquicas e sociais, significou um avanço norteador para a área de atuação na saúde, como também novas ações de políticas públicas nesta campo.

Deste modo, um novo olhar sobre a saúde principalmente dos profissionais que atuam nesta área, possibilita o reconhecimento de uma visão integral do sujeito, que considera suas dimensões física, psíquicas e sociais. Dimensões estas que são características do novo modelo de saúde firmado por volta da década de 70, o modelo biopsicossocial. Deste modo, além do reconhecimento e compressão integral do sujeito, um novo olhar sobre a saúde permite também o envolvimento de uma atuação interdisciplinar entre os profissionais que atuam nesta área (GRILLO, 2005).

A respeito desta questão Grillo (2005), ainda enfatiza que o objetivo do modelo biopsicossocial é estudar os processos saúde e doença através da interligação das três dimensões do sujeito. Assim, esta nova visão possibilita uma atuação profissional interdisciplinar, pois, considera a influência de cada um destes aspectos na vida dos sujeitos.

#### **4.2.2 Fatores biológicos**

A categoria “fatores biológicos” foi construída para demonstrar através dos relatos trazidos pelos participantes seus entendimentos a respeito da causalidade do processo de adoecimento.

Cerqueira e outros colaboradores (1999) explicitam que a relação entre os fatores biológicos e o processo de adoecimento passou a ser investigada com demasiada importância a partir do estudo dos genes (genética) por volta do século XX. As primeiras tentativas de relacionar os genes humanos e a doença ocorreram em torno 1901, a partir da descoberta dos grupos sanguíneos ABO. Com esta descoberta pesquisadores testaram à hipótese de que a distribuição de frequência entre fenótipos (características observáveis de um organismo, como: morfologia, propriedades bioquímicas) e ou genótipos (informações hereditárias de um organismo contido em seu genoma) de um grupo de pessoa com tipos sanguíneos

ABO e com uma determinada doença, seria diferente de um outro grupo com o mesmo tipo sanguíneo ABO, porém, sem esta determinada doença.

Contudo, encontrando resultados contraditórios os estudos a respeito dos genes continuaram em processo de adaptação e evolução. Foi, portanto, por volta da década de 50, com o advento das técnicas de DNA (ácido desoxirribonucléico) e em especial com o avanço do projeto genoma do mapeamento dos genes da espécie humana, que a relação entre gene, também a hereditariedade e as doenças comuns ganharam o cenário de reconhecimento na área das ciências médicas e biológicas. (CERQUEIRA et al., 1999).

A partir de então, com o desenvolvimento de maiores estudos e da tecnologia esta relação tornou-se um conhecimento de maior proporção tanto nas áreas médicas e biológicas, como na população em geral. (CERQUEIRA et al., 1999).

Partindo destas afirmações podem-se constatar evidências na relação entre a genética e a hereditariedade nas causas do processo de adoecimento, nos relatos trazidos pelos cinco participantes da pesquisa. Conforme nos mostra a participante Atenas:

[...] “A hereditariedade, a genética, às vezes a doença que vem de família” [...].

Bem como da participante Ártemis

[...] “Pode ser também pela hereditariedade, pela genética também” [...].

Outro exemplo foi no relato do participante Zeus:

[...] “Pode ser, por exemplo, de nível coronariano, do qual envolve operações gradativas por conta de colesterol elevado, hipertensão, muitas vezes em função da genética, hereditariedade e outras coisas” [...].

Conforme os relatos dos participantes é possível perceber uma compreensão de que tanto a genética, quanto a hereditariedade são fatores que contribuem na causa do processo de adoecimento.

Contudo, Cerqueira e outros colaboradores (1999), destacam que mesmo diante da influência dos genes humanos na doença é fundamental ter a compreensão de que eles não são os únicos fatores determinante para o aparecimento de uma doença no organismo. Isto porque, as questões referentes às características do corpo do sujeito, a sua saúde e a sua doença, não são apenas resultados de um determinismo genético, mas, também da influência com o ambiente o qual o sujeito vive. Desta forma, a questão da genética aparece na relação entre o ambiente que circunda o organismo e sua predisposição a ter ou não determinada doença.

Silva (2002) também contribui com esta explicitação ao afirmar que o processo de saúde-doença de um sujeito dependerá da conjunção entre a sua carga genética e os fatores de risco que o mesmo se expõe ao longo da vida. Relacionados a esta conjunção estão presentes os fatores sócio-ambientais do sujeito e, principalmente, seu psiquismo e sua personalidade.

#### **4.2.3 Fatores internos e externos**

“Fatores internos e externos” foram apresentados em uma mesma categoria pelos participantes da pesquisa para designar as suas compreensões acerca da causalidade e do conceito do processo de adoecimento.

Segundo Silva (2002) o adoecimento é um fenômeno pluricausal e como consequência disto deve-se ter a noção de que a doença acontece em decorrência de vários fatores e não somente de um único. Portanto, há vários fatores internos e externos presentes em seu processo.

Esta afirmação pode ser evidenciada entre os relatos de quatro participantes da pesquisa.

Antenas relatou a respeito do adoecimento que:

*“O adoecer não é só físico, eu acredito também que tem a parte psicológica, a depressão, que não precisa ter com nenhuma lesão para adoecer, né!”* [...] *“A solidão, o abandono, é buscar algo e não ter sucesso daí você deprime por si só, é... frustração e muitas são devido a parte psicológica mesmo, né!”* [...].

Outro relato foi da participante Hera:

[...] *“Várias coisas, né, um vírus”* [...] *“Ou também o emocional dela [pessoa] pode ajudar a contribuir nessa causa de doença”* [...].

Bem como no relato de Zeus:

[...] *“Pode ser uma operação interna”* [...] *“Principalmente por alterações orgânicas né! Pode ser por alterações externas, O cara [pessoa] pega uma infecção como, por exemplo, de um agente externo”* [...].

E também no relato de Héstia:

[...] *“Situações ambientais, então, são inúmeras coisas que podem levar uma pessoa adoecer. Isso varia muito”* [...]. [...] *“Pode ser causado por um acidente. Às vezes uma pequena coisa pode causar um grande problema. A gente se depara com varias situações no dia-a-dia”* [...].

No íterim destas evidências Silva (2002) sustenta que as fontes ou fatores internos que podem ser desencadeantes do processo de adoecimento dizem respeito ao próprio padrão genético, ou orgânico do sujeito e também ao seu psiquismo e a sua personalidade. Um exemplo disto no aparecimento de um doença, pode ser pela presença de um vírus, contudo, este por si só não pode ser considerado determinante de uma causa única, pois, para ocorrer a doença, o organismo do sujeito teria que estar em um estado vulnerável para a manifestação da mesma.

Ainda nesta relação dos fatores internos Silva (2002) destaca que o psiquismo e a personalidade do sujeito são fontes importantes para este desencadeamento da doença. Isto porque, na esfera emocional do organismo pode-se encontrar a natureza de seus conflitos intrapsíquicos e sua forma de lidar com ele. Nestes, portanto, podem estar a frustração, também o estado de desassossego íntimo, falta de amor próprio, da insatisfação interior, para a qual este organismo não estaria encontrando uma solução satisfatória. Em conseqüência disto, a doença

apareceria como uma válvula de escape, uma tentativa de proclamar o sofrimento do sujeito.

Quanto aos fatores externos Silva (2002) explicita que as situações ambientais ligadas ao meio em que o sujeito vive, a questão do clima, condições de moradia, transporte, alimentação, nível social, condições insalubres, também exercem um papel de grande influência no processo de adoecer. Assim como, o meio sócio-cultural aparece nesta cadeia pluricausal, isto porque, entre as influências do adoecer o fator econômico do sujeito, o dinheiro, tê-lo ou não, pode ser considerado igualmente um fator de influência na gênese do adoecer.

A respeito destas questões é possível perceber por parte dos participantes da pesquisa o entendimento com relação ao envolvimento destes fatores interno e externos no processo de adoecimento. Conforme os relatos trazidos que “a doença não seria somente explicada pelo aspecto físico, mas também pelo aspecto psicológico, bem como as questões do estado deprimido do sujeito, as suas frustrações, as próprias questões orgânicas e ambientais” demonstram uma percepção desta pluricausalidade que submerge no âmbito da doença.

#### **4.2.4 Doença como desequilíbrio**

A categoria “doença como desequilíbrio” foi criada a partir dos relatos trazidos pelos participantes para designar as suas compreensões acerca do conceito de processo de adoecimento.

Segundo Capra (1982), o adoecimento surge como consequência do desequilíbrio e da desarmonia decorrente da falta de integração do equilíbrio dinâmico que envolve os aspectos físicos e psicológicos do organismo, assim como, das suas interações com seu meio natural e social.

Observem-se essas evidências a partir dos relatos de dois participantes da pesquisa, como mostra-nos o participante Zeus:

*“Como falamos primeiro, nè. É o desequilíbrio desta harmonia entre os órgãos, entre os sistemas, uma falha dessa harmonia”.*

Ártemis também traz em seu relato esta evidência:

*“O adoecer assim é quando alguma coisa não está bem na sua vida. E isto vai se acumulando, se acumulando, até chegar no fim. Pra mim é o adoecer. Vai começando aos poucos até chegar no físico e aí... É como se fosse um processo”.*

A partir dos relatos dos participantes é possível perceber uma compressão sobre o processo de adoecimento como o desequilíbrio da harmonia dos aspectos integradores que envolvem o sujeito, seus aspectos físico, social e psíquico. Portanto, a forma como este lida com esta desarmonia pode fazê-lo adoecer.

Conforme descrito na pesquisa o adoecer é o desequilíbrio no funcionamento “dos órgãos, do sistema, ou seja, do físico do sujeito”, como no relato de Zeus, assim como, para Ártemis, “este desequilíbrio de que algo na vida do sujeito não esteja bem, podendo partir do seu psiquismo, até chegar ao físico”, Isso mostra-nos que quando um dos aspectos integradores da vida dos sujeitos entra em desarmonia frente a uma situação, ou ao seu meio, o desequilíbrio surge levando o organismo adoecer.

Isto pode ser confirmado por Capra (1982) ao afirma que para um organismo manter-se estável é preciso que o mesmo seja flexível e dinâmico frente às mudanças e as alterações do meio em que vive. Esta flexibilidade seja ela qual for sua natureza, física, psicológica, espiritual ou social, depende de cada organismo e o modo de interação com seu meio. Desta forma, quanto mais flexível este organismo for ao seu meio, melhor será sua adaptação frente às mudanças, por outro lado, quanto menos flexível for este organismo maior a possibilidade da ocorrência de um desequilíbrio e conseqüentemente a perda da saúde.

Ainda corroborando com esta perspectiva Silva (2002), destaca que a doença, seja ela qual for, pode ser compreendida como uma perturbação não resolvida do equilíbrio do organismo e em sua interação com o ambiente que o circunda. Esta perturbação do equilíbrio pode ser oriunda tanto do interior do sujeito, quanto do seu meio. Deste modo, frente a qualquer alteração, a primeira reação do organismo é tentar restabelecer seu equilíbrio natural eliminando o que o perturba, quando isto não ocorre à doença surge como uma falha desta discordância.



#### 4.2.5 Doença como sintoma

A categoria “doença como sintoma” traz uma outra percepção de um dos participantes da pesquisa sobre o conceito de processo de adoecimento.

Dethlefsen e outros colaboradores (1998) afirmam que a doença se manifesta no corpo como um sintoma, um sinalizador que indica que o estado do sujeito não está em ordem. Há, portanto, um desequilíbrio que está se manifestando no corpo como uma forma de chamar a atenção deste organismo sobre seu desequilíbrio.

Esta evidência pode ser percebida no relato da participante Héstia:

*“É um sinalzinho vermelho quando algo não está muito bem, né?! Alguma coisa não está bem. Seja no físico dele [sujeito] ou psicologicamente também não está bem, quando ele está adoecendo vem um sinal vermelho dizendo que alguma coisa está falhando. Então, é preciso investigar”.*

A partir desta evidência é possível visualizar a compreensão da participante sobre esta relação de que o adoecimento surge como um sinalizador para “algo que não está bem”, como nos relatou a mesma. Conforme já analisado na categoria anterior (4.2.4), a doença surge em função da discordância dos aspectos integradores que envolvem a vida do sujeito. Logo, diante desta desarmonia o sintoma aparece como a manifestação, o alerta para que o sujeito se atente ao desequilíbrio do seu organismo como um todo.

Sustentando esta questão Dethlefsen e outros colaboradores (1998) destacam que o sintoma é um sinal transmissor que tem a função de atrair a atenção do sujeito para uma falha no equilíbrio de sua vida, que se manifesta no corpo através da doença. Isto porque, há sempre um anseio do organismo não querer ser perturbado e o alerta do sintoma faz com que este preocupe-se com ele, ou seja, consigo próprio.

Dethlefsen e outros colaboradores (1998) e Capra (1982), ainda contribuem para além desta questão afirmando que a consciência sobre esta mensagem transmitida ao organismo que se manifesta no corpo pela doença, pode ser compreendida como uma possibilidade de reflexão e introspecção do mesmo

para o papel, o significado e o objetivo que determinada doença está refletindo em sua vida. O que possibilita abranger, deste modo, a raiz do problema e a possibilidade de transmutação da doença. Este argumento também pode ser suposto na evidência do relato da participante em que a mesma refere-se à necessidade de investigar o sinal que a doença está transmitindo.

#### 4.3 INFLUÊNCIA DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS NO PROCESSO DE ADOECIMENTO

As categorias a seguir são referentes ao objetivo específico “c”, estando divididas em: aspectos psicológicos como desencadeador da doença, depressão manifestada no processo de adoecimento, sem conhecimento, hospitalismo, ansiedade manifestada no processo de adoecimento e psicossomatização, conforme a tabela abaixo:

c) Identificar as percepções da equipe de saúde de um hospital geral sobre a relação da influência dos aspectos psicológicos com o processo de adoecimento.

<b>CATEGORIA</b>	<b>UCE</b>	<b>FREQUÊNCIA</b>
Aspectos psicológicos como desencadeador da doença	[...] “O próprio câncer” [...] (Ártemis). [...] “O estresse da vida às vezes pode levantar pressão da pessoa “[...]. (Héstia).	5
Depressão manifestada no processo de adoecimento	[...] “A mais característica que eu acho ou que eu consigo identificar são os quadros depressivos” [...]. (Zeus).	4
Sem conhecimento	“Esse [psicossomático] eu não sei”. (Hera).	4
Hospitalismo	[...] “O paciente sente uma melhora estando com a gente, do que estando em casa” [...]. (Atenas).	3

Ansiedade manifestada no processo de adoecimento	[...] “muita ansiedade, não consegue dormir [o paciente], aí a pressão começa aumentar, porque tem muita ansiedade por ficar muito tempo aqui esperando para cirurgia” [...]. (Héstia)	1
psicossomatização	[...] “Traz uma ansiedade de uma situação que ela viu, traz uma dor que não tem quadro orgânico que explique” [...]. (Zeus).	1

Quadro 4 – Categorias do objetivo específico (c)  
 Fonte: Elaboração da pesquisadora, 2009.

#### 4.3.1 Aspectos psicológicos como desencadeador da doença

A categoria “aspectos psicológicos como desencadeador da doença” foi elaborada a partir dos relatos trazidos pelos participantes para designar as suas percepções acerca da influência dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento.

Segundo Simonetti (2004) toda doença apresenta aspectos psicológicos envolvidos em seu processo, toda doença é repleta de subjetividade. Os aspectos psicológicos representados pelas manifestações da subjetividade do sujeito como: os sentimentos, os desejos, a fala, os pensamentos, os comportamentos, as fantasias, as crenças, os conflitos, entre outros, estão a envolver a doença como uma atmosfera, e, por isto, podem aparecer como causa da doença, como desencadeador da patologia ou até mesmo como agravante do quadro clínico.

Esta afirmação pode ser evidenciada dentre os relatos de todos os participantes da pesquisa, como nos relatou Zeus:

*[...] “Existem alguns estudos em cardiologia que mostra a existência uma síndrome que é chamada de síndrome de Bronckart, que é a síndrome do coração partido, são pessoas que fazem o infarto sem ter nenhuma condição orgânica para aquele infarto. E isto desenvolve um percurso que ela tem um quadro depressivo agudo, em geral são mulheres, acima de 40 anos de idade e depois que o ciclo hormonal já está se transformando e que acabam tendo perdas grandes, ficam*

*viúva, tenham tido alguma trauma agudo”. [...] “Tem toda a sintomatologia igual, tem seqüelas parecidas” [...].*

Outro relato foi da participante Hera:

*“O câncer né! Acho que influência sim o modo de vida que a pessoa tem, se ela tem uma vida muito conflituosa pode contribuir para que ela tenha um câncer, por exemplo. Também claro depende da genética, mas se a pessoa é muito estressada, né!”.*

Bem como no relato da participante Atenas:

*“O câncer é uma que eu considero né! Meu Deus! Deixa eu pensar agora... bem é..., distúrbios bipolar atingi também a parte física. Tinha uma paciente aqui até na semana passada que ela tinha distúrbio bipolar e afetou tudo, a parte motora, ela tava desorientada, bem desorientada”.*

No relato de Ártemis:

*[...] “O próprio câncer, né?! Já tem muitos estudos a respeito disto hoje em dia, né!” [...]*

E no relato de Héstia:

*[...] “O estresse da vida às vezes pode levantar pressão da pessoa” [...] “Já vi e atendi pessoas estressadas enfartarem. Acho que o estresse principalmente, percebo em mulheres, a pressão alta aumenta em função do estresse, a vida corrida das mulheres que casam cedo, a responsabilidade de mais” [...].*

A respeito destas evidências Simonetti (2004) afirma que a idéia dos aspectos psicológicos atuando como desencadeador de uma doença orgânica implica-nos a refletir sobre a relação das emoções, dos conflitos psíquicos, o estresse como responsáveis diretos pela influência na gênese de diversas doenças.

Ainda sobre esta relação Simonetti (2004, p. 17) destaca que:

Quando uma evidência psicológica, consciente ou não, reconhecida ou não pelo sujeito como ligada ao adoecimento, vem precipitar o início do processo patogênico, diz-se então que essa vivência foi um fator psicológico desencadeante que agiu sobre uma vulnerabilidade física preexistente.

Conforme explicitado nas afirmações e nas evidências trazidas pelos participantes é possível identificar uma compreensão sobre a influência dos aspectos psicológicos no adoecimento. Ao constatar nos relatos a relação entre a subjetividade humana e as doenças que foram exemplificadas nos depoimentos através de doenças como: “o câncer”, “o estresse”, “pressão alta”, pode-se observar o entendimento de que os aspectos psicológicos de um sujeito e a forma com que o mesmo lida com determinadas situações, como também explicitados na pesquisa: “a solidão”, “a frustração”, a “responsabilidade em demasia”, podem atuar como papel de possível causa no desencadeamento destas doenças.

Contribuindo com esta discussão e a respeito dos relatos trazidos por Atenas, Hera e Ártemis sobre o câncer como uma doença influenciada pelos aspectos psicológicos, Leshan (1992) afirma que a relação entre o câncer e a história de vida emocional de um sujeito esteve presente no círculo médico e na área da saúde até 1900. Após esta época, a relação entre esses dois fatores foi desaparecendo rapidamente das pesquisas. Isto porque, os aspectos psicossomáticos foram tornado-se um conceito pouco estudado e fora “de moda”, outra questão para este desaparecimento foi devido ao grande avanço das técnicas cirúrgicas como a melhor maneira para tratar a doença.

Era mais acessível, portanto, focar a atenção no câncer como uma doença localizada em uma parte específica do corpo e não como um aspecto do funcionamento do sujeito como um todo. Contudo, percebeu-se que as técnicas cirúrgicas não davam conta por si só de tratar e encontrar um meio para a descoberta da sua causa. Desta forma, o foco em pesquisa do câncer foi sendo retomado para os estudos anteriores, quando por volta de 1955, surgiram dezenas de estudos que demonstravam conclusivamente que a relação entre a história da vida emocional de um sujeito desempenha um importante papel na determinação da resistência do organismo em adquirir o câncer e na sua própria evolução após o surgimento da doença (LESHAN, 1992).

Desta forma, pode constatar que trata-se desta relação entre o papel dos aspectos subjetivos, da história emocional da vida do sujeito na gênese do câncer, que as participantes se referiram na pesquisa.

#### **4.3.2 Depressão manifestada no processo de adoecimento**

“Depressão manifestada no processo de adoecimento” foi outra categoria construída a partir das narrativas dos sujeitos da pesquisa sobre a percepção da influência dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento.

Conforme já conceituado e discutido nesta análise, o conceito depressão de forma mais abrangente pode ser concebido como a incapacidade de sentir prazer, associado a um estado de tristeza e à falta de vontade de viver. (SILVA, 2002).

Simonetti (2004, p. 84) também explicita o conceito de depressão afirmando que é um “estado cujos sentimentos apresentam tonalidade afetiva negativa, com tristeza, falta de prazer, falta de energia, perda de interesse, mal-estar, desamparo e angustia, com vivências ligadas a perdas, morte e fracasso”.

Contudo, nesta categoria, este conceito está vinculado à percepção dos participantes como uma manifestação psicológica associada ao processo de adoecimento.

Diante da hospitalização reações psicológicas como medo, inibição, angústia, ansiedade, falta de iniciativa, agressividade, irritabilidade, repulsa a comida e depressão, podem ser sinais de distúrbios consequentes da má adaptação à doença e do processo de adoecimento. A depressão muitas vezes se apresenta no processo da hospitalização de forma “disfarçada”, que pode ser revelada através de manifestações psicossomáticas que aparece através de sintomas físico como: cefaléia, dores musculares, problemas motores, transtorno do sono e de alimentação, e entre outros sintomas que possam ser decorrentes do estado depressivo. (FERRO, et al., 2007).

Observou-se através dos relatos de quatro participantes da pesquisa, a manifestação do estado depressivo diante da hospitalização, como relatou Zeus:

[...] *“A mais característica que eu acho ou que eu consigo identificar são os quadros depressivos muitas vezes associado a notícia nè, tu chega e fala olha seu coração esta mal, o sr. vai precisar fazer uma cirurgia, vai ter que corrigir, vai ter que abrir o peito, não sei o que... Os pacientes recebem esta notícia em geral ... que primeiro vem uma fase de negação, tipo será que è isto mesmo? Depois entram em um quadro tipo meio de pavor associado a uma depressão, pensamentos negativos tipo: “não dar certo, eu vou morrer, tudo isto” [...].*

Outro relato foi da participante Ártemis:

[...] *“Depressão, né?! Acho que depressão está sendo o mal do século, né! Competindo com o câncer, ne. Então, a depressão está vindo assim [...] Então... acho que depressão é o primeiro passo, já. Que..., a própria depressão, às vezes uma separação, que isto tudo com o tempo acaba influenciando na doença” [...].*

Bem como na fala de Atenas:

[...] *“A própria depressão né?! Também ser só (solidão), não atingir os objetivos, ou se frustrar por alguma coisa, com um acontecimento né?! Isso desencadeia né” [...]. “Então acredito a depressão dela [paciente], que afetou a parte motora, a agressividade, acabe se machucando, tanto fisicamente, quanto se cortando, se drogando” [...].*

E na fala de Hera:

*“Como eu tinha falado, a pessoa fica deprimida, poliqueixosa, manhosa. Tudo envolvendo essa parte mais psicológica né! Fica totalmente deprimida, só pensa em morrer, morrer, vai piorar a situação, vai agravando”.*

Através dos relatos trazidos pelos sujeitos da pesquisa, percebe-se uma compreensão do quanto os estados depressivos podem se manifestar diante da hospitalização e da doença. Conseqüentemente influenciar no tratamento e na recuperação do paciente, como nas falas da participante Atenas, que nos colocou que o estado depressivo presente em uma paciente assistida pela mesma, afetou

sua “parte motora”, que tornou-se “agressiva”, bem como nas fala de Zeus que percebe a depressão diante de diagnósticos desfavoráveis em que os pacientes tem que submeter-se a procedimentos cirúrgicos.

Desta forma, os quadros depressivos presente no hospital estão ligados ao próprio isolamento diante da hospitalização, a separação do meio social, da família, o medo da morte, da doença, entre outros, que podem agravar o tratamento e o prognóstico da doença.

Isto pode ser corroborado por Ferro e outros colaboradores (2007) ao destacar que a depressão quando associada a uma condição de hospitalização pode ser advinda de uma resposta ao adoecer, de uma alteração fisiológica direta da doença ou de uma co-morbidade. Por isto, é importante avaliar e considerar o aparecimento de uma possível depressão diante da hospitalização, caso esta possibilidade não seja levada em consideração, o surgimento de reações psicológicas podem agravar a enfermidade.

Romano (1994) também contribui com esta discussão afirmando que perceber um paciente em estado depressivo não é difícil, pois, os sinais e sintomas podem ser evidenciados ao primeiro contato, principalmente através da fisionomia do sujeito, que pode ser caracterizada por ser pouco expressiva e por apresentar um distanciamento. Outros sintomas que podem indicar um estado depressivo do paciente são os entristecimento por condições que condizem com sua situação de adoecer. Todavia, mesmo diante da possibilidade de percepção do estado depressivo em um paciente hospitalizado, a dificuldade neste momento está na identificação do agente estressor que está mobilizando o sujeito a este estado no decorrer do tratamento.

#### **4.3.3 Sem conhecimento**

A categoria “sem conhecimento” foi construída para demonstrar através dos relatos trazidos pelos participantes seus entendimentos a respeito da concepção de aspectos psicossomáticos, que estão associados na relação do psiquismo como influência do processo de adoecimento.



A discussão desta categoria, neste estudo, torna-se relevante, pois, o conhecimento do que diz respeito às questões referentes a corpo-mente, na relação saúde-doença, deve ser suposta e espera-se que haja o mínimo de entendimento para se atuar na área da saúde.

Simonnetti (2004) afirma que no terreno da subjetividade humana, a relação entre a Psicologia, a medicina e muitas outras áreas da saúde, são de uma extrema contradição. Enquanto que a Psicologia faz da subjetividade o seu foco, as outras áreas da saúde o excluem do seu campo epistemológico, e como consequência disto, ocorre à falta de conhecimento e amparo teórico para os aspectos psicológicos que são muitas vezes negados e negligenciados, mas que nem por isso deixam de estar presentes no processo de adoecimento.

Pode-se evidenciar na fala de quatro participantes da pesquisa a falta de conhecimento sobre o conceito de aspectos psicossomático, como nos mostra Hera:

*“Esse [psicossomático] eu não sei”.*

Outra narrativa evidenciada foi de Ártemis:

*“O meu eu e mais alguma coisa. O exterior, tu capta do exterior esse... Alguém que chega triste e tu acaba pegando aquilo para ti também. Isto seria somar ao outro né? [...] Como é que era em casa, com sua família, suas relações, tu vai captando tudo isto” [...].*

Bem como na fala de Héstia:

*“É uma soma de uma série de coisas, entende né?. Não adianta ele estar bem só fisicamente se mentalmente ele não está. Então é uma integração de um todo. Essa soma de uma série de coisas que o indivíduo vai levando, vai levando ao longo da sua vida, suas alegrias, suas decepções, suas frustrações, e que vai somando e que ao longo da vida ele se depara com essas situações, né?! Então, acredito que ele tem que estar bem, estar bem como o todo”.*

E no relato de Atenas:

[...] “É estar deprimido, triste” [...].

Desta forma, a falta de conhecimento dos participantes é evidenciada ao ponto que a participante Hera nos trouxe que desconhecia o termo psicossomático, Ártemis e Héstia confirmam a não compreensão deste conceito no campo da saúde ao descrevê-lo como um aspecto relativo ao significado matemático da palavra ao expor somático e psíquico como uma definição de adição do psiquismo a mais algum aspecto do sujeito. Assim como, Atenas que mais uma vez descreveu a compreensão sobre a subjetividade e a sua relação com a doença ser representada pelo estado depressivo de um sujeito.

Sobre a falta de conhecimento entre as áreas da saúde, Capra (1982) ressalta que a divisão de olhares na área da saúde sobre o corpo e a mente, dividiu esta área em dois campos distintos e com pouca comunicação entre si. De um lado os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros profissionais da saúde, ocupam-se principalmente do tratamento do corpo, e, do outro lado, está os psicólogos e os psiquiatras que ocupam-se do tratamento do psíquico. Portanto, esta lacuna existente entre os profissionais da saúde tem trazido desvantagens para a compreensão da maioria das doenças. Isto porque, esse olhar fragmentado sobre o sujeito, resultou e ainda resulta em dois *corpus* distintos de literatura na pesquisa sobre saúde. Na literatura da Psicologia encontram-se importantes estudos dos aspectos psicológicos para a doença, estudos estes que raramente são levados em conta por muitos médicos e outros profissionais da área da saúde. Da mesma maneira, os estudos e a literatura da área biomédica que foca-se na fisiologia do corpo, muitas vezes não são levadas em conta pelos profissionais da Psicologia.

Portanto, verifica-se a partir das narrativas apresentadas na pesquisa, esta falta de comunicação e trocas na área da saúde, o que dificulta também uma atuação interdisciplinar e um entrosamento de experiências entre essas áreas, limitando a compreensão e o amparo a um sujeito que é constituído para além de seus próprios órgãos.

#### **4.3.4 Hospitalismo**

“Hospitalismo” foi construída a partir da percepção dos participantes da pesquisa para demonstrar a relação entre a influência dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento.

Através de estudos realizados com crianças hospitalizadas, Spitz (1979) concebeu o termo hospitalismo para significar o conjunto de regressões ditas como graves encontradas em crianças de seis a dezoito meses, que colocadas em hospitais separadamente de suas mães, apresentavam inicialmente um período de choro, gritos e perda de peso, seguido de um estado de recusa de contato, insônia e regressão do desenvolvimento geral, com numerosos sintomas somáticos podendo levar a um estado de enfraquecimento, rigidez facial, aumento de retardo e gemidos raros. O hospitalismo pode ser confundido com os sintomas da própria doença que determinou a hospitalização da criança, dificultando o diagnóstico e o tratamento. Portanto, o hospitalismo trata-se da carência afetiva total diante da hospitalização.

O homem como um ser social necessita de afeto e trocas afetivas para estabelecer suas relações. Esta capacidade de o ser humano estabelecer suas relações sociais é iniciada e adquirida na relação mãe-filho, é deste modelo que se estabelece os referenciais para todas as relações humanas posteriores (OLIVEIRA et al., 1999).

O contexto familiar é significativo para a criança, pois, é onde ela busca apoio, orientação, proteção para lidar com o desconhecido e para lidar com o sofrimento. Desta maneira, a assistência familiar serve de facilitador para a busca por um suporte diante dos sofrimentos, das ansiedades surgidas durante a hospitalização (OLIVEIRA et al., 1999).

A partir dos relatos trazidos por três participantes, observou-se evidências do conceito de hospitalismo no processo de adoecimento de pacientes que são assistidos pelos sujeitos da pesquisa, como nos mostra Héstia:

*“Parece engraçado, mas tem pessoas que gostam de ficar doente. Das pessoas que a gente atende que gostam de talvez inconsciente né?! Mas assim, o fato de estarem aqui no hospital de ter gente paparicando, ter gente ali em volta. Às vezes tem uma situação que em casa está meio conflitante. Chega aqui as pessoas [profissionais da saúde] não sabem o que está acontecendo em casa, então começa a dar atenção, dar carinho, (paciente) sofre de uma carência muito grande”.*

Bem como nos relatos de Atenas:

[...] *“Às vezes tem pessoas que se sentem felizes por estar aqui. Que às vezes não querem ir para casa, tem pacientes que dizem “eu não quero ir embora”. Por exemplo, no último dia de embora dá aquela queda, piora, piora, piora. Eles se sente muito melhor de estar aqui do que estar em casa, às vezes falta em casa e eles buscam aqui”. [...] “O paciente sente uma melhora estando com a gente, do que estando em casa” [...].*

E também no relato de Zeus:

[...] *“Tem alguns pacientes que você percebe que tem medo de ir para casa, às vezes não querem ir para casa, tem medo da doença, medo de ter algum problema ou o ambiente familiar não é dos mais saudáveis ne! Então tu vê que o paciente está ótimo, os exames estão tudo bem, tudo redondinho, e a gente fala que amanhã ele vai para casa e no outro dia ele passa ter um monte de queixas, diz “eu não posso ir por conta disto, por conta daquilo”, tem queixas desconectas que a gente sabe que não tem nenhuma relação com o quadro, e a pessoa não quer sair” [...].*

Conforme os relatos dos participantes e as afirmações explicitadas percebe-se a presença deste conceito de hospitalismo, a presença de uma carência afetiva que é encontrada e substituída no processo da hospitalização, ao paciente receber o afeto, a atenção, o carinho e a assistência que é dado pelos profissionais da saúde e, por isto, sentem a necessidade da manutenção da doença como um ganho afetivo, visto que em alguns aspectos da sua vida isto lhe é faltante. Logo, é desta relação de carência afetiva, do conceito de hospitalismo, que os participantes referem-se presenciar no processo de adoecimento de muitos pacientes.

Confirmando esta questão, Simonetti (2004) destaca que o processo de adoecimento pode trazer alguns ganhos secundários ao paciente, ganha-se mais atenção e cuidado, ganha-se o direito de não trabalhar, e até um alibi verdadeiro para explicar as dificuldades existenciais do sujeito.

#### 4.3.5 Ansiedade manifestada no processo de adoecimento

A categoria “ansiedade manifestada no processo de adoecimento” traz a percepção de um dos participantes da pesquisa sobre os aspectos psicológicos que se manifestam no processo de adoecimento.

Para Simonetti (2004, p. 84), a ansiedade “é um estado de medo, tormentoso e indeterminado direcionado ao futuro, exagerado em relação aos estímulos e com alterações somáticas”.

Silva (2002, p. 124) também contribui com a definição deste conceito ao afirmar que:

a ansiedade é a sensação, às vezes vaga, de que algo desagradável está para acontecer. Inclui um conjunto de sintomas, como ‘tensão’ e ‘nervosismo’, e do ponto de vista físico, tremores nas mãos, ‘frio na boca do estômago’ e, nos casos mais intensos, desarranjos intestinais e urinários.

Portanto, a ansiedade prepara o organismo para enfrentar uma situação que é sentida pelo sujeito como de perigo, seja ela real ou imaginária e que está ligada aos conflitos internos do sujeito (SILVA, 2002).

A ansiedade quando demasiada não se limita apenas ao sofrimento subjetivo que pode comprometer o desempenho do organismo, mas, igualmente pode desencadear alterações e doenças orgânicas, [...] “dado que a exteriorização do corpo (que adocece) é um dos meios de que a pessoa, inconscientemente, lança mão para reduzir o nível –insuportável- de ansiedade” [...] (SILVA, 2002, p. 126).

Percebe-se estas evidências nos relatos trazidos pela participante Héstitia:

*“Muitos pacientes chorando, choram de muita ansiedade, não consegue dormir, aí a pressão começa a aumentar, porque tem muita ansiedade por ficar muito tempo aqui esperando para cirurgia. Principalmente porque estão lá foram ativos e vejo muito isto nas cirurgias programadas, nessas cirurgias programadas, aí o paciente vem não dá certo naquele dia, por situações tipo hospitalares, de falta de vaga, enfim isto é prioridade. E passa aquele dia, passa outro. Não é aquele paciente que vem porque teve um infarto recente e teve dor e teve que internar que isso é prioridade”. [...] “Então, tem um certo choro, ansiedade, até um certo tom de*

agressividade com os enfermeiros ou até com o colegas de quarto e isto tudo ajuda né” [...]

Conforme o relato da participante percebe-se a presença de um estado ansioso que se manifesta no adoecimento, dado que a mesma discorre ao descrever a ansiedade que os pacientes hospitalizados sentem diante da espera de uma cirurgia, ou seja, os mesmos apresentam um sofrimento psíquico que se manifesta no quadro clínico, provocando alterações como: “não conseguir dormir, a pressão começa aumentar”, como nos palavras de Ártemis.

Portanto, o paciente hospitalizado diante da espera pela cirurgia, diante da espera pela situação que pode colocá-lo “em perigo”, sente-se ameaçado e manifesta seu conflito interno através de um estado de ansiedade, que pode se transpor ao seu corpo, provocando alterações fisiológicas.

Silva (2002) ainda explicita que a ansiedade pode ser oriunda de um intermédio entre os fatores biológicos (defeitos nos neurotransmissores do organismo) e fatores psíquicos, que estão ligados aos conflitos interiores e a um ego que se sente em perigo, que se defende por meio de um estado ansioso. Contudo, a forma que um sujeito irá sentir o estado de ansiedade irá depender da sua percepção individual diante da possibilidade de controle da situação, ou seja, se a sua percepção for de um bom controle da situação o nível de ansiedade será baixo, caso contrário, se a perspectiva for de perda total de controle, o nível será alto.

#### **4.3.6 Psicossomatização**

A categoria “psicossomatização” foi elaborada a partir dos relatos de um dos participantes da pesquisa para demonstrar sua compreensão a respeito da concepção de aspectos psicossomáticos que estão correlacionados a visão dos aspectos psicológicos como influência do processo de adoecimento.

A psicossomática surgiu como uma nova compreensão sobre a doença que ultrapassasse o âmbito fisiológico, uma compreensão que se contrapõe a dicotomia mente-corpo, influenciada pela visão cartesiana, em que a doença era vista a partir de uma concepção puramente organicista (RAMOS, 2006).

A psicossomática oferece subsídios para se compreender a relação entre os estados emocionais e o aparecimento de sintomas somáticos, assim como diferentes tipos de doenças físicas. Em síntese, esta abordagem teórica surgida em 1908, preocupa-se com a relação entre a influência dos fatores psíquicos no desenvolvimento de diversas doenças (MELLO FILHO, 1992).

Percebe-se estas evidências nos relatos do participante Zeus:

*“É aquilo que a gente somatiza. Pessoas que trazem para elas algo que na verdade não existiria. Traz uma ansiedade de uma situação que ela viu, traz uma dor que não tem quadro orgânico que explique. É criado por ela (pessoa) por algum motivo”. [...] “Os pacientes trazem queixas médicas, relacionadas a órgãos específicos, no meu caso na cardiologia e que não tem nenhum fundo orgânico para aquilo que esta acontecendo” [...] “Ele pode estar trazendo por outras situações: “ah! Isto acontece quando fico nervoso, quando minha mãe briga comigo, quando eu tô ruim no meu emprego e meu chefe briga, mas a obrigação primeira è descartar a doença orgânica”. [...].*

Conforme os relatos de Zeus observa-se a sua compreensão sobre a possível relação entre os fatores psicológicos e o aparecimento de doenças orgânicas. Como nos mostra o participante ao verbalizar em algum dos seus atendimentos à incidência de pacientes que estão vivenciando situações conflituosas, estão sob forte pressão, como em suas palavras: “isto acontece quando fico nervoso, quando minha mãe briga comigo”, associado ao aparecimento de prováveis doenças coronarianas.

Isto pode ser corroborado por Silva (2002) ao afirmar que a amplitude do universo da concepção dos distúrbios psicossomáticos passou a conquistar um número cada vez maior de adeptos, inclusive na área da saúde, e a conquistar igualmente méritos de verdades científicas e não mais de mera especulação.

Ainda para o mesmo autor (2002, p.112), com o reconhecimento da concepção psicossomática, passou-se atualmente a considerar seu conceito para além da relação entre a influência dos fatores psíquicos nos distúrbios físicos, mas sim, em [...] “doença sócio-psicossomática, isto é, a saúde ou doença seria o resultado da conjunção de fatores originados no corpo, na mente e na interação de ambos entre si e com o meio ambiente e o meio social” [...]. Desta forma, a relação

saúde-doença passa a ser vista sobre uma visão entre a interação de vários fatores: físicos, psíquicos, sociais e ambientais.

Neste momento, cabe ressaltar que o único sujeito desta pesquisa que demonstrou o conhecimento sobre o conceito de psicossomática foi o participante Zeus, contudo, o mesmo também ratificou que mesmo diante do surgimento de doenças que sejam influenciadas pelos aspectos psíquicos, esta seria a última probabilidade a ser considerada.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo destina-se a condensar as conclusões mais importantes alcançadas durante o trabalho e tem por finalidade reunir as idéias apresentadas, fazendo um fechamento a respeito da temática central deste estudo que concerne em verificar quais as percepções da equipe de saúde de um hospital geral acerca da influência dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento. Destaca-se que esta pesquisa contou com uma amostra de cinco profissionais da área da saúde atuantes em um hospital geral da Grande Florianópolis.

Sobre o objetivo específico, identificar quais conceitos a equipe de saúde possui acerca dos aspectos psicológicos, pode-se afirmar que a maioria dos participantes da pesquisa consideram que os sentimentos e as emoções estão relacionados ao significado da subjetividade humana e que estes implicam diretamente na forma que os sujeitos experienciam, percebem, respondem as mais diversas situações e influências do mundo externo. Outra evidência percebida neste objetivo foi a concepção do psiquismo correlacionado a um estado depressivo de um sujeito, o que nos leva a constatar que esta possível relação deve-se a fato de o próprio termo e o conceito de depressão serem banalizados e pouco conhecidos, tanto na sociedade, quanto na própria área da saúde. Outro indicativo acerca do conceito dos aspectos psicológico foi evidenciado em um dos participantes da pesquisa, como uma concepção ainda pautada em uma visão dualista de corporemente, que é característica do modelo biomédico de saúde, em que o enfoque é dado aos aspectos fisiológicos, em detrimentos das dimensões psíquicas e sociais.

Conclui-se, a partir dos dados coletados, uma concordância entre a maioria dos participantes, apenas no que tange a relação entre as emoções e os sentimentos e os aspectos psicológicos. Esses dados corroboram com a literatura encontrada, que menciona que tanto os sentimentos, quanto as emoções tornam-se papéis essenciais no psiquismo, pois, orientam os sujeitos diante do seu próprio meio circundante. Contudo, também percebeu-se uma divergência conceitual entre os sujeitos da pesquisa na identificação deste objetivo, visto que, muitos participantes demonstraram um significado a partir de uma percepção que pode ser influenciada por uma visão do “senso-comum” no que diz respeito ao conceito de subjetividade.

No segundo objetivo que contempla identificar quais conceitos a equipe de saúde possui acerca do processo de adoecimento, foi possível verificar uma compreensão da maioria dos participantes que o adoecimento envolve um significado para além das dimensões físicas de um organismo, que este processo abrange tanto os fatores biológicos, como a genética e a hereditariedade, quanto a implicação dos fatores psíquicos e ambientais. Igualmente, constatou-se uma compreensão de que a doença seria proveniente de um desequilíbrio dos aspectos integradores que envolvem os sujeitos, e, desta forma, o processo de adoecimento surgiria como um sintoma que se manifesta para alertar o sujeito sobre este desequilíbrio presente em algum âmbito da sua vida. Logo, conclui-se que a maioria dos participantes da pesquisa concebem que o processo de adoecimento, bem como o conceito de saúde, envolvem uma relação entre fatores físicos, psicológicos, ambientais e sociais de um sujeito.

No terceiro e último objetivo específico, que tratava-se de identificar quais as percepções que a equipe de saúde possui sobre a relação da influência dos aspectos psicológicos com o processo de adoecimento, verificou-se uma possível relação entre as dimensões psíquicas no desencadeamento de algumas doenças orgânicas, o câncer, o estresse, a pressão alta, entre outras. A depressão e a ansiedade também foram consideradas como uma manifestação percebida durante o processo de adoecimento, bem como, o próprio ganho secundário que a doença pode trazer a alguns pacientes hospitalizados que carregam consigo uma carência afetiva, que lhe é substituída no processo da hospitalização ao receber o afeto, a atenção, o carinho e a assistência que é dado pelos profissionais da saúde. Portanto, verifica-se que os participantes da pesquisa consideram uma possível relação entre a influência dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento e vice-versa. Contudo, ainda nesta relação pode-se perceber a falta de conhecimento de alguns participantes diante da compreensão de termos e conceitos que são abrangentes na área da saúde, como foi constatada a falta de entendimento do termo psicossomática. Diante disto, também é possível considerar que esta falta de informação na área da saúde dificulta uma atuação interdisciplinar e troca de experiências entre os profissionais desta categoria, bem como limita a compreensão do quanto é significativo a influência da subjetividade humana na gênese, na manutenção e na recuperação do processo de adoecimento.

Com o problema de pesquisa criado para discutir a temática central deste trabalho, verificar como os profissionais da saúde percebem a influência dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento, constatou-se uma ampliação do conceito do processo de saúde-doença, partindo de uma visão mais humanizada, que considera o adoecimento para além dos aspectos funcionais e orgânicos e também as dimensões psíquicas e ambientais que envolvem uma pessoa. Percebe-se que há um reconhecimento de outros fatores, não somente o biológico, os quais influem de maneira ativa como um papel importante no processo de adoecer. Este olhar ampliado sobre o processo de saúde-doença é característico do modelo de saúde biopsicossocial, que aos poucos está ganhando espaço na área da saúde como uma tentativa de reconhecer as três dimensões que envolvem um sujeito adoecido.

No entanto, também tornou-se evidente durante a pesquisa que há falta de conhecimento na área da saúde, visto a dificuldade que foi percebida entre alguns participantes em responder questões que envolvem o fenômeno do adoecimento e da subjetividade humana. Diante disto, é importante repensar as práticas pedagógicas na formação de profissionais da saúde, na tentativa de se construir um novo paradigma que norteie as estruturas curriculares e o processo de ensino-aprendizagem. Com isto, cria-se a possibilidade de considerar uma formação mais humana privilegiando e reconhecendo uma concepção holística que integraliza o ser em sua totalidade a partir da importância dada a cada dimensão do sujeito ao seu físico, seu psiquismo, seu meio social e a sua espiritualidade. Uma visão que não desconsidera nenhuma atuação profissional da área da saúde, mas possibilita trocas, a integralização e reconhecimento de todas essas áreas no sentido de alcançar a melhora do sujeito adoecido, possibilitando ações que concebam uma perspectiva para além do tratamento, mas igualmente de prevenção. Desta forma, cabe a possibilidade de novas pesquisas na área da saúde que possibilitam adotar um novo paradigma, e a expansão da visão holística no sistema de atendimento aos sujeitos adoecidos.

Sugiro igualmente a possibilidade de outros estudos abrangendo a prática dos profissionais da saúde, em como assistir e cuidar de um paciente hospitalizado, considerando seus aspectos psicológicos.

Para a realização desta pesquisa foram encontradas algumas dificuldades decorrentes a coleta de dados. Percebe-se que faltaram mais questionamentos por

parte da pesquisadora no que corresponde algumas questões da entrevista, que poderiam ter sido interrogadas sob outras formas que pudessem agregar mais dados para a análise e conclusão. Deve-se levar em conta a inexperiência da pesquisadora neste porte de pesquisa e o tempo hábil para a realização do trabalho.

No que diz respeito à relevância social e científica, o presente estudo cumpriu seus objetivos, pois, esta pesquisa possibilita uma contribuição com novos conceitos e evoluções para área da saúde, que agrega tanto para o conhecimento científico dos profissionais atuantes desta área, quanto com a sua prática às pessoas que estão adoecidas e sentem a implicação da doença em seu corpo, em sua mente, em suas relações sociais e em suas crenças.

Outro objetivo alcançado com a relevância deste estudo foi a possibilidade de tentar propor e expandir conceitos ainda pouco reconhecidos e explorados dentro da própria Psicologia no Brasil, pois, academicamente, a abordagem holística, é pouco considerada e ainda permanece na atualidade sob o foco de preconceito.

A compreensão da influência dos aspectos psicológicos no processo de adoecimento colabora para um olhar mais atento tanto na área da saúde, quanto na própria Psicologia, em perceber que a pessoa que está adoecida carrega um sofrimento seja ele, físico, psíquico, social ou espiritual, e necessita de uma ajuda que traga alívio a sua dor muitas vezes intolerável e difícil de enfrentar.

“O homem só adoecer na totalidade. Mesmo se a doença for localizada, o ser humano expressa: eu estou doente”. (RENATO DEL SANTI apud SILVA, 2002, p. 89).

## REFERÊNCIAS

AMORIM, S. T. S. P. de; MOREIRA, H.; CARRARO, T. E. A formação de pediatras e nutricionistas: a dimensão humana. **Rev. de Nutrição**, Campinas, v. 14, n. 2, maio/agos. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 21 jan. 2009.

ANGERAMI-CAMON, V. A.; CHIATONE, H. de C.; NICOLETTI, E. A. **O doente, a Psicologia e o hospital**. 3. ed. São Paulo: Pioneira, 2002.

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de Pesquisa: propostas metodológicas**. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BIOGRAPHIES OF LEADING FIGURES IN HISTORY OF MEDICINE IN BRAZIL AND WORLDWIDE. **Original and concise writing from reliable sources**. Please acknowledge this source if it was helpful for writing your essay. Disponível em <[http://medbiography.blogspot.com/2007\\_12\\_01\\_archive.html](http://medbiography.blogspot.com/2007_12_01_archive.html) - 29k>. Acesso em: 03 out. 2008.

BOLEN, J. S. **As deusas e a mulher**. São Paulo: Cultrix, 1990.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, M. M. de. Psico-oncologia: história, características e desafios. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 01, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 10 set. 2008.

CARVALHO, M. M. de. Introdução à psiconcologia. São Paulo: Pleno, 2003.

CASTRO, M. da G. de; ANDRADE, T. M. R.; MULLER, M. C. Conceito mente e corpo através da história. *Rev. Psico em Estudo*, Maringá, v.11, n. 1, jan./abr. 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 30 set. 2008.

CERQUEIRA, E. M. M; AZEVÊDO, E. E. de S. A incorporação do conceito de gene na percepção do corpo e sua relação saúde-doença: aspectos biológicos e éticos. **Revista Brasileira de Pesquisas Médicas e Biológicas**, v. 12, jun.1999. Disponível em: <<http://www.uefs.br/sitientibus/pdf/20/pdf/>>. Acesso em: 15 maio. 2009.

CHIATTONE, H. B. C. **A significação da Psicologia no contexto hospitalar**. In v. A. Angerami-Camon, Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica. São Paulo: Pioneira, 2000.

DETHLEFSEN, T.; DAHLKE, D. **A doença como caminho**: uma nova visão da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem. 6. ed. São Paulo: Cultrix, 1998.

DESCARTES, R. **Meditação VI. Da existência das coisas e da distinção real entre alma e o corpo do homem**. In: GUINSBURG, J.; PRADO, B. Meditações. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

FERRO, F. de O; AMORIM, V. C. de O. As emoções emergentes na hospitalização infantil. **Rev. Eletr. de Psicologia**. Maceió, ano 1, n. 1, jul 2007. Disponível em: <<http://www.pesquisapsicologica.pro.br/>> . Acesso em: 03 jun. 2009.

FREUD, S. (1893-1895). **Estudos sobre a histeria**. Tradução J. Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud).

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2004.

GOLDSTEIN, K. **La naturaleza Humana a la luz de la psicopatologia**. Buenos Aires: Paidós, 1961.

GOLLEMAN, D. **Emoções que curam**: conversas com Dalai Lama sobre mente alerta, emoção e saúde. Tradução Cláudia Gerpe Duarte. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.

GRILO, A. M. Os modelos de saúde – suas implicações na humanização dos serviços de saúde. In: II CONGRESO HISPANO-PORTUGUÉS DE PSICOLOGÍA, 2., 2005, Lisboa. **Anais...** Lisboa: Federación Española de Asociaciones de Psicología, 2005. p. 01-10. Disponível em:n <[http://www.fedap.es/iberpsicologia/iberpsi10/congreso\\_lisboa](http://www.fedap.es/iberpsicologia/iberpsi10/congreso_lisboa)>. Acesso em: 20 jan. 2009.

HALL, C. S; LINDZEY, G. **Teorias da personalidade**. 15ª ed. São Paulo: E.P.U, 1966.

HAYNAL, A; PASSINI, W. **Manual de medicina psicossomática**. São Paulo: Masson, 1983.

ISMAEL, S. M. C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In: ISMAEL, Sílvia Maria Cury (org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KAHHALE, E. M. P. **Psicologia na saúde**: em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (org.). A perspectiva sócio-histórica na formação em Psicologia. Petropolis: Vozes, 2003.

KUJAWA; H, BOTH, V; BRUTSCHER, V. **Direito à saúde com controle social**. Passo Fundo: Fórum Sul de Saúde (PR SC RS), Centro de Assessoramento Popular de Passo Fundo (CEAP), 2003.

LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação**: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais da saúde. 4ª ed. São Paulo: Summus, 1992.

LIPTON, B. H. **A biologia da crença**: ciência e espiritualidade na mesma sintonia: o poder da consciência sobre a matéria e os milagres. 1. ed. São Paulo: Butterfly, 2007.

LUNA, I. N; ALEXANDRE, L. P. D' O; LIMA, E. de O. **Técnicas de coleta de dados na pesquisa social**. 1996. Dissertação (Mestrado em Administração, Centro Sócio Econômico) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. p 01-39.

MAGALHÃES. A. **Dicionário enciclopédico brasileiro**. 9ª ed. São Paulo: Globo, 1964. 3690 p.

MASSIGNANI, L. R. M. **Más Notícias**: o processo de comunicação do médico. 2007. 199 f. Centro de Filosofia E Ciências Humanas. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MELLO FILHO, J. de. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: (2. tiragem de 1996) Martins Fontes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/>>. Acesso em 21 jan. 2009.

OLIVEIRA, B.R.G.de; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Rev.latino-am.enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 95-102, dezembro 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 03 jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 05 maio. 2009.

PEREIRA, L. L; HANNAS, M. L. **Educação com consciência**. v.1 São Paulo: Gente, 2000.

RAMOS, D. G. **Psique do corpo**: a dimensão simbólica da doença. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Summus, 2006.

RAUEN, F. J. **Roteiros de investigação científica**. Tubarão: Unisul, 2002.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROMANO, B. W. **Síndromes Depressivas e sua Relação com a Cirurgia Cardíaca**. In: A Prática da Psicologia nos Hospitais. São Paulo: Pioneira, 1994. p. 67 – 75.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da Psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA. **Informações em Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/>>. Acesso em: 10 set. 2008.

Silva, E. L. da; MENEZES, E. M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 2001. 121 f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção Laboratório de Ensino a Distância) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001. Disponível em: <<http://www.ufsc.br/pesquisa>>. Acesso em: 20 out. 2008.

SILVA, M. A. D. da. **Quem ama não adocece**. São Paulo: Best Seller, 2002.



SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SPITZ, R. A Doenças de carência afetiva do bebê. In: **O primeiro ano de vida**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1979.

TABONE, M. **A Psicologia transpessoal: introdução à nova visão da consciência em Psicologia e educação**. 4ª ed. São Paulo: Cultrix, 1995.

TAVARES, C. **Iniciação à visão holística**. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface Psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Rev. Psico em Estudo**, Maringá, V. 6, n. 2, jul./dez. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 21 jan. 2009.

TOLLE, E. **Um novo mundo: o despertar de uma nova consciência**. Tradução Henrique Monteiro. Rio de Janeiro: Sextante, 2007.

VISCOTT, D. **A linguagem dos sentimentos**. Tradução Luiz Roberto S. Malta. São Paulo: Summus, 1982.

VOLICH, R. M. **Psicossomática de Hipócrates à psicanálise**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.

WEIL, P. **Nova linguagem holística: pontes sobre as fronteiras das ciências físicas, biológicas, humanas e as tradições espirituais**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo. 1987.

WILBER, K. **O projeto atman: uma nova visão do desenvolvimento humano**. 9ª ed. São Paulo: Cultrix, 2004.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

A seguir apresenta-se o instrumento de coleta de dados, caracterizado pela técnica da entrevista semi-estruturada.

### Dados de Identificação Pessoal e Profissional

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Tempo que trabalha no hospital: \_\_\_\_\_  
Tempo de profissão: \_\_\_\_\_ Ala do Hospital: \_\_\_\_\_

- 1- O que você entende por saúde?
- 2- O que você entende por aspecto psicológico?
- 3- O que você entende por aspectos psicossomáticos?
- 4- O que é adoecimento para você?
- 5- O que você considera que causa o adoecimento?
- 6- Você acredita que os aspectos psicológicos podem influenciar no processo de adoecimento de um paciente hospitalizado? Por quê?
- 7- Que manifestações psicológicas você tem observado ou já observou no processo de adoecimento dos pacientes que você assiste?
- 8- Quanto você considera que os aspectos psicológicos possam influenciar no processo de adoecimento?
- 9- Você conhece alguma doença que possa ter origem psicológica? Qual (ais)?
- 10- Qual tipo de aspecto psicológico poderia levar um paciente ao seu adoecimento?
- 11- Para você os aspectos psicológicos influenciam na recuperação do paciente? Por quê? Você já observou ou tem observado?

**ANEXOS**

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

**TÍTULO DO PROJETO:** Eu vejo a mente como vejo o corpo? A percepção da equipe de saúde de um hospital geral acerca das influências dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimento de pacientes hospitalizados

Eu, \_\_\_\_\_, identidade \_\_\_\_\_, residente do endereço \_\_\_\_\_ declaro que fui informado que participarei de um estudo que tem por objetivo investigar a percepção da equipe de saúde de um hospital geral a cerca das influências dos aspectos psicológicos sobre o processo de adoecimento de pacientes hospitalizados. Para tanto participarei de uma entrevista, da qual estou ciente da sua gratuidade, que terá duração aproximada de 30 (trinta) minutos, com data e horário marcado a partir da minha disponibilidade. Essa entrevista ocorrerá no Hospital Geral da Grande Florianópolis/SC, com a equipe de pesquisa, sendo esta composta pela pesquisadora Amanda Schmitz, e pelo pesquisador responsável Maurício Eugênio Maliska, sendo estas as únicas pessoas que terão acesso às informações que eu fornecerei. Dessa maneira, sei que minha identidade será preservada e minhas informações serão mantidas em sigilo. Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa, que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito serão sigilosos. Declaro também que fui informado que os dados provenientes da pesquisa serão registrados no computador particular da pesquisadora e esta ficará responsável pelo arquivamento dos mesmos, bem como pelo sigilo das informações por mim fornecidas e que ao fim da pesquisa todos os dados e informações obtidas a partir desta entrevista serão devidamente incinerados (fichas e documentos) e deletados (arquivos) do computador particular da pesquisadora. Afirmo que estou ciente que terei acesso aos resultados obtidos com a pesquisa através de uma apresentação oral feita pela pesquisadora a ser realizada na sala de estágio da Unisul alocada neste Hospital Geral da Grande Florianópolis, em que será exposto os resultados e o relatório de TCC. Declaro também que fui informado que caso haja desconforto por minha parte posso me retirar do estudo a qualquer momento, sendo a pesquisa interrompida imediatamente contando com o acolhimento da pesquisadora sob a supervisão do Professor orientador Maurício Eugênio Maliska. E se necessário, poderei ser encaminhado ao atendimento psicológico gratuito oferecido pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra

forma. Afirmo o recebimento de uma cópia deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido na concordância de minha participação nesta pesquisa.

Contato pesquisador responsável: Maurício Eugênio Maliska.

Fone: 9105-8251 – e-mail: mmaliska@yahoo.com.br

Contato pesquisadora: Amanda Schmitz

Fone: 8403-3255 – e-mail: amandapsicologia@hotmail.com

---

Assinatura do Entrevistado

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

## ANEXO B - TERMOS DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES



**UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA  
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP UNISUL  
CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E  
GRAVAÇÕES**

Eu \_\_\_\_\_ permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa para fins de pesquisa científica, médica e/ou educacional. Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha pessoa não deve ser identificada, tanto quanto possível, por nome ou qualquer outra forma. As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade e responsabilidade dos pesquisadores pertinentes ao estudo e sob sua guarda, de forma a garantir o sigilo das informações obtidas e que após o termo da pesquisa as informações captadas com recurso do gravador serão apagadas do mesmo, bem como as transcrições da entrevista serão deletadas dos computadores particulares dos pesquisadores. Afirmando que após a concordância deste termo receberei uma cópia do mesmo.

Nome do sujeito da pesquisa e/ou paciente:

\_\_\_\_\_

RG:

\_\_\_\_\_

Endereço:

\_\_\_\_\_

Assinatura:

\_\_\_\_\_

Equipe de pesquisadores:

Nomes: Amanda Schmitz e Maurício Eugênio Maliska.

\_\_\_\_\_  
Assinatura pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Assinatura do pesquisador responsável

Data e Local onde será realizado o projeto: \_\_\_\_\_

Adaptado de: Hospital de Clínicas de Porto Alegre / UFRGS