UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

CLAYTON DOS SANTOS-SILVA

**O *coping* religioso-espiritual em pacientes de hospital
escola: uma compreensão biopsicossocial**

SÃO PAULO

2014

CLAYTON DOS SANTOS-SILVA

**O *coping* religioso-espiritual em pacientes de hospital
escola: uma compreensão biopsicossocial**

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues

SÃO PAULO

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Santos-Silva, Clayton dos.

O *coping* religioso-espiritual em pacientes de hospital escola: uma compreensão biopsicossocial / Clayton dos Santos-Silva; orientador Avelino Luiz Rodrigues. -- São Paulo, 2014.

279 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Estilos de enfrentamento 2. Escala de *coping* religioso espiritual 3. Medicina psicossomática 4. Psicodinâmica 5. Espiritualidade 6. Religião e saúde I. Título.

BF336.C5

Nome: Santos-Silva, Clayton dos

Título: O *coping* religioso/espiritual em pacientes de hospital escola: uma compreensão biopsicossocial

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: 20/ 10/ 2014.

Banca examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

A minha namorada Juliana Alexandre e aos meus pais,
Maria do Carmo e Francisco Amadeu.

Agradecimentos

A minha família, especialmente os meus pais Francisco Amadeu e Maria do Carmo por tudo que fizeram e ainda fazem por mim.

À minha namorada Juliana Alexandre, pelo apoio e companheirismo na realização desse trabalho e por todo o seu amor.

Ao meu orientador Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues, pelas suas orientações, disponibilidade e segurança que eu poderia realizar esse trabalho. Ter a sua orientação é uma honra e um privilégio.

Ao professor Wellington Zangari, pelas ideias e discussões a respeito da pesquisa desse mestrado desde o seu início, assim como pela confiança que eu conseguiria realiza-la.

À Profª Drª Sonia Meyer e à Profª Drª Luciana Marques, pelas suas contribuições a realização desse trabalho.

Aos professores Prof. Dr Avelino Luiz Rodrigues e Maria Elisa Parahyba Campos, coordenadores do laboratório Chronos USP, os quais permitiram a minha participação como psicólogo colaborador no Hospital Universitário da USP, experiência vital no processo que levou a elaboração das questões que culminaram com a presente pesquisa.

Aos colegas do laboratório Sujeito e Corpo – Sucor, pelas profícuas discussões sobre o projeto desse mestrado.

Aos colegas da equipe de Psicologia Hospitalar da clínica cirúrgica do HU, especialmente Walter Lisboa. Devido ao companheirismo durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

Às equipes das clínicas cirúrgica e médica do Hospital Universitário da USP, as quais colaboraram na realização desse trabalho.

À todos os pacientes participantes que tiveram a disponibilidade de compartilhar comigo a sua experiência de doença e internação, assim como sua relação com a religiosidade e espiritualidade.

Às secretarias do Departamento Médico do Hospital Universitário Maria Akie Kowara e Cristiana Oliveira Gomes pela ajuda nos dias da coleta de dados.

Ao estatístico Luiz Silva dos Santos da equipe de análise estatística do IPUSP, por seus questionamentos e disponibilidade. Um auxílio fundamental para a realização da análise dos dados quantitativos.

Aos funcionários do Instituto de Psicologia da USP, especialmente as secretárias do Departamento de Psicologia Clínica, por toda ajuda nos aspectos burocráticos desse curso.

Ao saudoso professor Cesar Ades. Primeiro docente que avaliou um trabalho do qual participei e julgou que o mesmo poderia ser um bom tema de pesquisa de mestrado, me abrindo uma possibilidade profissional não pensada até então.

Ao Instituto de Psicologia da USP e toda a sua comunidade, que tão bem me acolheram desde os tempos da graduação, possibilitando o meu desenvolvimento profissional e acadêmico.

À Universidade de São Paulo – USP, pelo seu ensino público e de alta qualidade e por sua colaboração ao desenvolvimento da ciência no Brasil. Fazer parte dessa história é uma honra.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização da pesquisa.

RESUMO

Santos-Silva, C. (2014). *O coping religioso/espiritual em pacientes de hospital escola: uma compreensão biopsicossocial*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O *coping* religioso/espiritual (CRE) pode ser positivo ou negativo, de acordo com os seus efeitos. A pesquisa pretendeu verificar como tal fenômeno ocorre e se apresenta em pacientes internados nas clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário da USP. Em uma primeira fase foi feita uma pesquisa quantitativa com o objetivo de mensurar na amostra estudada o CRE Positivo (CREP) e o CRE Negativo (CREN) em cada paciente, permitindo assim saber: a frequência de cada um desses tipos, o cálculo da razão CREN/CREP de cada paciente e a sua frequência na amostra, bem como em quais situações clínicas os tipos de CRE seriam mais frequentes; e se buscar correlações estatísticas desses valores com características demográficas dos pacientes. O objetivo da segunda fase foi buscar compreender através do referencial teórico psicodinâmico como os pacientes estabelecem relações com a doença, o tratamento, a internação e o *coping* religioso-espiritual. As duas fases foram realizadas simultaneamente. A amostra da primeira fase foi composta por 120 pacientes selecionados randomicamente, sendo 60 de cada clínica, 30 homens e 30 mulheres. Para isso foram utilizados dois instrumentos: a escala CRE-Breve e um formulário geral que levantou características demográficas da amostra. Na segunda fase, a pesquisa se concentrou qualitativamente em oito casos, já participantes da etapa anterior, utilizando de entrevistas semidirigidas que foram analisadas levando-se em consideração os objetivos dessa fase da pesquisa e o método da análise de conteúdo. Os resultados mostraram que 88,3 % dos pacientes utilizam mais CRE Positivo, enquanto 11,7% utilizam predominantemente o CRE Negativo, contudo apenas 28,3% da amostra utilizava o CRE Positivo a ponto de ter ganhos para a qualidade de vida. Não foi possível identificar em quais situações clínicas os tipos de CRE são mais frequentes, mas existe relação significativa entre os níveis da razão CREN/CREP com as variáveis escolaridade e estado civil. A análise das entrevistas revelou como na amostra o CRE Positivo é usado como fonte de conforto contra a ansiedade, além de busca de sentido para a experiência e de ajuda divina no restabelecimento da saúde. O CRE Negativo por sua vez é difícil de ser manifestado, já que provoca culpa e vergonha. Em alguns casos foi identificado como os pacientes se relacionavam com a divindade de forma semelhante a outras relações que tinham, repetindo padrões de relacionamento.

Palavras-chave: Estilos de enfrentamento. Escala de *coping* religioso espiritual. Medicina Psicossomática. Psicodinâmica. Espiritualidade. Religião e saúde.

ABSTRACT

Santos-Silva, C. (2014). The religious-spiritual coping in hospital school patients: a biopsychosocial understanding. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Religious coping can be positive or negative, depending on its effects and consequences. The survey sought to study the impact in patients admitted to medical and surgical clinics of the University Hospital of USP. The first stage was quantitative research with the objective of measuring the sample studied Positive Religious Coping (PRC) and the Negative Religious Coping (NRC) in each patient, allowing namely the frequency of each of these types, the ratio calculation NRC/PRC each patient and their frequency in the sample, as well as clinical situations in which the types of religious coping would be more frequent; and seek statistical relationships of these values with demographic characteristics of patients. The objective of the second phase was to seek understanding through psychodynamic theoretical framework as patients establish relationships with the disease, treatment, hospitalization and religious coping. The two components of the study were made simultaneously. The first component of the sample consisted of 120 randomly selected patients, 60 of each clinic, 30 men and 30 women . For this step, two instruments were used: the brazilian Brief RCOPE scale and a general form that lifted demographic characteristics of the sample. In the second component, the research focused on eight cases qualitatively, with participants from the previous step, using semi-structured interviews that were analyzed, taking into account the objectives of this phase of research and content analysis method. The results showed that 88.3 % of patients used more Positive Religious Coping and 11.7 % utilized predominantly Negative Religious Coping, yet only 28.3 % of the sample used Positive Religious Coping enough to have benefits for the quality of life. The study was unable to find clinical situations in which the types of religious coping are more frequent, but identified a significant relationship between levels of ratio NRC/PRC with the variables education and marital status. The analysis of the interviews showed as the Positive Religious Coping was used as a source of comfort against anxiety and seeking divine help in restoring health. The Negative Religious Coping on the other hand was difficult to be expressed, as it causes guilt and shame. In some cases it was identified that the patients relates with divinity similarly to other relationships that have, repeating relationship patterns.

Keywords: Coping Styles, Spiritual/Religious Coping Scale, Psychosomatic Medicine, Psychodynamics, Spirituality, Religion and Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mínimo, média e máximo dos tipos de coping religioso espiritual e da razão CREN/CREP	66
Figura 2 Porcentagens das faixas de valor da razão CREN/CREP	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Tipos de <i>coping</i> e táticas predominantes	37
Tabela 2 Métodos de <i>coping</i> religioso	48
Tabela 3 Médias e desvios padrão dos tipos de <i>Copings</i> Religioso/Espiritual (CRE) da amostra	63
Tabela 4 Parâmetros de interpretação das médias de <i>Coping</i> Religioso/Espiritual	65
Tabela 5 Valores dos níveis da razão CREN/CREP pelas variáveis demográficas com seus níveis	67
Tabela 6 Índices das associações significativas entre os níveis de intervalos da razão CREN/CREP e as variáveis reagrupadas grau de instrução e estado civil	70
Tabela 7 Classificação dos <i>copings</i> religioso/espirituais da amostra qualitativa	91

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AMA	Assistência médica ambulatorial
CHRONOS-USP	Laboratório Centro Humanístico de Recuperação em Oncologia e Saúde da Universidade de São Paulo
CRE	<i>Coping</i> religioso/espiritual
CREP	<i>Coping</i> religioso/espiritual positivo
CREN	<i>Coping</i> religioso/espiritual negativo
CREN/CREP	Divisão do valor do <i>coping</i> religioso/espiritual negativo pelo valor do <i>coping</i> religioso/espiritual positivo
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
HU/USP	Hospital Universitário da USP
IPUSP	Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
ONG	Organização Não Governamental
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
Pq/PH/HU	Serviço de Psiquiatria e Psicologia Hospitalar do Hospital Universitário
SuCor	Laboratório Sujeito e Corpo
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO	08
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 – Psicossomática	16
1.1.1 - Psicogênese: Uma visão obsoleta	17
1.1.2 - O modelo biopsicossocial	18
1.1.3 - A prática clínica e os fatores psicológicos	19
1.1.4 - A abordagem psicodinâmica	20
1.2 - Psicologia da saúde e Psicologia Hospitalar	21
1.2.1 – Psicologia da Saúde	21
1.2.2 – Psicologia Hospitalar	26
1.2.3 – Psicologia hospitalar no Hospital Universitário da USP: a experiência dos laboratórios Chronos e SuCor.....	32
1.3 - Estresse e <i>coping</i>	33
1.3.1 – Estresse.....	33
1.3.2 – <i>Coping</i>	35
1.4 - Coping religioso/espiritual – CRE.....	39
1.4.1 Espiritualidade e saúde.....	39
1.4.2 Leitura psicodinâmica do comportamento religioso.....	41
1.4.3 <i>Coping</i> religioso/espiritual – CRE	43
1.4.4 CRE Positivo e CRE Negativo	44
1.4.5 Tipos de CRE e saúde	45
1.4.6 <i>Coping</i> religioso/espiritual e qualidade de vida: o índice Razão CREN/CREP	47

1.4.7	Métodos de comportamento religioso/espiritual.....	47
2	JUSTIFICATIVA	51
3	OBJETIVOS	53
3.1	Objetivo geral	53
3.2	Objetivos específicos	53
4	MÉTODO	54
4.1	Amostra	54
4.2	Fases da pesquisa	55
4.2.1	1ª Fase – Quantitativa	55
4.2.2	2ª Fase – Qualitativa	58
4.3	Projeto Piloto.....	60
4.4	Formas de análises dos resultados	61
4.5	Análise dos aspectos éticos	61
5	RESULTADOS	63
5.1	Dados quantitativos	63
5.1.1	Caracterização da amostra	63
5.1.2	Valores da razão CREN/CREP por variável	68
5.2	Dados qualitativos	70
5.2.1	– Entrevistas	70
5.2.1.1	- Grupo 1 - Pacientes com razão CREN/CREP $\leq 0,5$	71
	Silvio	71
	Silmara	72
	Augusto	74
	João	80

5.2.1.2 - Grupo 2 - Pacientes com razão CREN/CREP > 0,5.....	82
Claudio	82
Francisca	85
Renato	87
Helena	89
5.2.2 Classificação dos <i>copings</i> religioso/espirituais da amostra qualitativa	91
5.2.3 - Categorias da análise de conteúdo	92
6 DISCUSSÃO	93
6.1 Sobre a amostra	93
6.2 Coping religioso/espiritual. Aspectos quantitativos e qualitativos	95
6.2.1 CRE Positivo e CRE Negativo.....	95
6.2.2 Métodos de coping religioso espiritual	101
6.3 Coping secular	106
6.4 Internação como momento de reavaliar a vida	108
6.5 Boa avaliação da equipe e do Hospital Universitário da USP	110
6.6 Rotina estressante antes da internação	112
6.7 Padrão nas relações objetais	113
6.8 Recusa da doença	117
6.9 Falta de compreensão do quadro clínico com expectativa irreal de alta	119
6.10 Recomendações aos profissionais de saúde	121
7 CONCLUSÃO	122
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	131
ANEXOS	141

1 INTRODUÇÃO

1.1 Psicossomática

Em 1866, Fiodor Dostoiévsky lançou uma de suas maiores obras, chamada Crime e Castigo. Nesse romance o protagonista comete um homicídio, caindo dias depois em uma misteriosa e severa doença, seguida por uma sequência de sofrimentos psicológicos, tais como angustia difusa e paranoia, relacionados paulatinamente com a culpa do personagem conforme segue a obra. Esse é um dos muitos exemplos da antiga literatura, elaborados a partir da experiência humana básica, sobre o sentido de inseparabilidade da vida psíquica e somática (Lipowski, 1984).

Tal indivisibilidade é o objeto de estudo do referencial teórico no qual se insere o presente trabalho, a Psicossomática. Segundo Campos e Rodrigues (2005), este seria o ramo do conhecimento que estuda e trata de promoções de saúde que pertencem simultaneamente ao biológico, ao psíquico e ao social, estudando sistematicamente as relações existentes entre tais campos e os processos de saúde e doença. Sendo, segundo Fava e Sonino (2010), um abrangente quadro interdisciplinar para:

- avaliação de fatores psicossociais que afetam a vulnerabilidade individual, o curso e o resultado de qualquer tipo de doença;
- consideração integral da assistência ao paciente na prática clínica;
- incorporação das terapias psicológicas na prevenção, tratamento e reabilitação das doenças orgânicas.

Felix Deustch, em 1922, foi provavelmente o primeiro autor que apresentou o termo medicina psicossomática (Lipowski, 1984). Essa seria tanto um campo especial, quanto parte integrante e essencial de toda especialidade médica. Apresentar um ramo de conhecimento tão amplo de uma maneira tão sintética, apesar de necessário em algumas ocasiões, pode levar a uma compreensão limitada. Considerando as críticas de Turato (2008) de que o

campo tem expressões particulares, frequentemente sem definições claras e específicas, prestando-se a confusões, faz-se necessário a seguir uma exposição maior de tal quadro interdisciplinar, ainda que limitada, já que não faz parte dos objetivos do presente trabalho uma apresentação histórico-epistemológica. Para tal explanação abrangente da área sugere-se Lipowski (1984), Mello Filho (2010) e Fava e Sonino (2010).

1.1.1 Psicogênese: Uma visão obsoleta.

O termo “psicossomático” é mais conhecido devido a crença largamente difundida no senso comum que algumas doenças são causadas por estados psicológicos, essas seriam as chamadas "doenças psicossomáticas". Tal compreensão, chamada de psicogênese, foi endossada no passado por pesquisadores da Psicossomática, contudo tal entendimento não tem embasamento científico. Sendo considerado ultrapassado, uma vez que hoje entende-se que todas as doenças são psicossomáticas, já que ocorrem em indivíduos possuidores de mente (psique) e corpo (soma), inseparáveis anatômica e funcionalmente (Mello Filho, 1978 citado por Rodrigues, Campos & Pardini, 2010), uma vez que não são entidades separadas atuando em alguma relação de hierarquia, mas sim dois aspectos distintos do organismo humano, sendo esse uma unidade psicobiológica em interação com o ambiente (Lipowski, 1984). Mesmo psique e soma tendo métodos de compreensão e intervenções terapêuticas específicas, não significa que ambos não sejam igualmente psicossomáticos (Eksterman, 2010a).

Sendo assim, não existem doenças psicossomáticas, tal como não existem doenças bioquímicas ou fisiológicas (Engel, 1967) mas sim aspectos psicossomáticos, bioquímicos e fisiológicos de todas as doenças, as quais dizem respeito às dificuldades do organismo em se ajustar ao seu ambiente. No caso dos humanos, esse ambiente seria o interno e/ou o externo das pessoas, também chamado de fatores psicossociais (Rodrigues & Limongi França, 2010).

Uma vez que tal compreensão multicausal das doenças é incompatível com a noção de psicogênese, fica claro que os fatores psicossociais, tais como hábitos de saúde e bem estar psicológico, podem promover tanto saúde, quanto surgimento e evolução de doenças. Sendo que a importância desses fatores psicossociais na evolução do quadro clínico pode

variar de um indivíduo a outro que compartilham do mesmo diagnóstico (Fava e Sonino, 2010). De maneira que desde a fundação da revista *Psychosomatic Medicine* (1939), sendo reafirmado por Engel (1967, 1977), a Psicossomática só pode ser adequadamente submetida em uma conotação holística, integral ou biopsicossocial do homem.

1.1.2 - O modelo biopsicossocial

Engel (1977) desenvolveu um modelo multifatorial das doenças, o qual foi chamado posteriormente de biopsicossocial. Em tal paradigma as doenças são vistas como resultado dos mecanismos de interação nos níveis celular, tecidual, orgânico, interpessoal e ambiental (Fava & Sonino, 2010). Tal conclusão só foi possível quando os pesquisadores deixaram de analisar tais níveis isoladamente e passaram a considerar, também, as suas funções, as quais foram relacionadas à manutenção da homeostase do homem (Campos & Rodrigues, 2005). Essa mudança de visão foi construída com a constatação que as especialidades médicas tradicionais, baseadas principalmente nos sistemas orgânicos (como por exemplo, respiratório e genital), se mostraram cada vez mais inadequadas em lidar com sintomas e problemas que vão para além das divisões desses sistemas, precisando de uma abordagem integral (Fava e Sonino, 2010).

Tal compreensão integral, e portanto monista, do homem pede que as atividades dos profissionais de saúde, sejam pesquisadores ou clínicos, considerem os aspectos biológicos, psicológicos e psicossociais (Rodrigues, Campos & Pardini, 2010) conduzindo a análises e intervenções multidisciplinares, uma vez que exigem olhares plurais sobre o sofrimento e as possibilidades de encaminhamento terapêutico (Teixeira, 2006). Cabendo ao profissional, mesmo os médicos, aceitar a responsabilidade de avaliar os problemas que o paciente apresenta e recomendar um plano de ação, inclusive quando necessário o encaminhamento para outros profissionais de ajuda (Engel, 1977). Por exemplo, as doenças que requerem mudança de estilo de vida no seu tratamento, foram entendidas não apenas como resultado do mal funcionamento de determinado órgão, grupo celular ou função metabólica, mas sim como efeito das interações desse organismo com o seu ambiente psicossocial, tais como o seu comportamento de sono, dietético ou emocional.

1.1.3 - A prática clínica e os fatores psicológicos

A crescente e sólida participação de psicólogos nos serviços de saúde estimula uma progressiva preocupação com as questões psicológicas e psicossociais por parte das equipes desses locais, ainda assim a psicossomática e o modelo biopsicossocial não são abordados na prática (Eksterman, 2010b), apesar do progressivo aumento do interesse por cuidados básicos e medicina familiar e que seja cada vez mais comum o desencanto de alguns médicos com a abordagem para a doença que negligencia o paciente nas suas questões humanas. O modelo médico tradicional, também chamado de biomédico, não aborda tais fatores psicológicos, abandonando-os para os profissionais lidarem, caso tenham facilidade para tal, interesse ou oportunidade de desenvolver tais competências. No entanto, as habilidades e conhecimentos psicológicos são necessários e não podem ser tratados dessa maneira negligente por quem se propõe a cuidar de pessoas (Engel, 1977).

Segundo Fava e Sonino (2010) é sabido que fatores psicológicos promovem saúde, de maneira que as intervenções psicológicas podem ser realizadas por diferentes profissionais de saúde servindo como reassseguramento ou motivação para tratamentos psicoterápicos e psicofarmacológicos, além disso o uso de estratégias psicoterapêuticas se mostraram como promotoras de melhoras substanciais em várias desordens médicas e em tratamentos de comportamentos prejudiciais à saúde, tais como o tabagismo.

Ainda segundo esses autores (2005) foram identificados os componentes terapêuticos das psicoterapias, os quais são mais estudados e praticados por psicólogos, mas podem ser usados em qualquer relação médico-paciente ou terapêutica, a saber:

- Total disponibilidade do terapeuta em horários específicos (atenção);
- oportunidade para o paciente ventilar pensamentos e sentimentos (revelação);
- relação de confiança emocionalmente intensa com uma pessoa disposta a ajudar (alto estímulo);
- explicação plausível para os sintomas (interpretação);

- ritual ou procedimento que requer uma participação ativa de paciente e terapeuta, considerado por ambos como sendo o meio de restaurar a saúde do enfermo (ritual).

1.1.4 - A abordagem psicodinâmica

Segundo Engel (1977), as principais formulações de conceitos de saúde e doença mais integradas e holísticas propostas nos meados do século passado foram originadas de médicos atraídos por conceitos e métodos oriundos de duas abordagens, a psicodinâmica com a psicanálise de Sigmund Freud e a reação ao estresse com a psicobiologia de Adolf Meyer.

Segundo Eksterman (1994), a psicodinâmica ocupa-se das relações de significado que entre si guardam os fatos biológicos atinentes ao homem, “gerando uma estrutura simbólica de significados que dá sentido ao homem-espécie e o estabelece como ser histórico, humano, com uma identidade, alguém que tem algo para contar e pode, desta forma, ser compreendido por um interlocutor” (Eksterman, 1994, p. 3), de maneira que os fatos psicodinâmicos organizam-se segundo parâmetros simbólicos ou culturais, dimensionando o homem como ser em relação ao outro ao buscar e produzir consciência. De forma a possibilitar uma compreensão ampla e clinicamente útil da motivação humana, ao oferecer a “descrição de experiências mentais, processos psicológicos subjacentes, suas origens hipotéticas e seus significados clínicos” (Mackinnon, Michels, & Buckley, 2008, p. 82).

De forma análoga a psicanálise, a psicodinâmica não tem como função estabelecer causas, mas sim conhecimento, ao expor processos, estruturas e sistemas complexos em que o conceito de causa se dilui em uma infinita causalidade (Eksterman, 2010b). Nos casos dos pacientes com situações clínicas orgânicas, não pretende estabelecer causas dos sintomas e das doenças, mas os sentidos desses, ao incluí-los na história do enfermo, possibilitando que ele possa atribuir um sentido particular que só pode ser compreendido dentro do conjunto da sua história, “apurada em contextos anamnésicos espontâneos e compreendida em seus aspectos metafóricos reveladores dos desejos e das fantasias inconscientes” (Eksterman, 1994, p. 7), ao desvelar o sujeito, presença permanente e

invisível, ofuscado pela doença. De forma a imprimir ciência e técnica à arte de tratar doentes (Eksterman, 2010b).

1.2 - Psicologia da saúde e Psicologia Hospitalar

1.2.1 – Psicologia da Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO, 1946/2014) declara em sua Constituição, como um dos pilares básicos para a felicidade dos povos, suas relações harmoniosas e sua segurança que “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, reconhecendo assim a importância dos aspectos mentais e sociais no que se refere à saúde e não apenas a ausência de enfermidades (Oliveira, 2011).

A Psicologia é uma categoria profissional com posição estabelecida na divisão do trabalho na área da saúde (Bruscato, Kitayama & Fregonese, 2004), a Psicologia da Saúde, por sua vez, é o campo do conhecimento que estuda, a partir da perspectiva psicológica e psicossocial, os múltiplos fenômenos humanos relacionados às adversidades do adoecimento, tendo como sujeitos-alvos indivíduos participantes dos cenários das questões da saúde, tais como pacientes, familiares, profissionais da área ou membros da comunidade; com o objetivo de utilizar conceitos e teorias psicológicos desenvolvidos com a finalidade de aperfeiçoar a qualidade dos cuidados aos sofrimentos dessas pessoas (Turato, 2008). De forma a buscar a promoção da saúde e a prevenção e tratamento das doenças, assim como o aperfeiçoamento do sistema de políticas de saúde (Matarazzo, 1980). Para tanto, utiliza a partir do modelo biopsicossocial, os conhecimentos das ciências biomédicas, da Psicologia Clínica e da Psicologia Social-comunitária (Remor, 1999). Para Spink (2003, citada por Alves et al., 2011) a Psicologia da Saúde é um novo campo de saber que se estrutura a partir das recentes mudanças na forma de inserção dos psicólogos na área da saúde e da abertura de novos campos de atuação para tais profissionais. Tal contexto introduz transformações qualitativas na prática profissional do psicólogo que exigem novas perspectivas teóricas. De

acordo com a autora, a Psicologia Social é capaz de lidar com temas de saúde geral sendo a Psicologia da Saúde uma de suas áreas de especialização.

De maneira que a Psicologia da Saúde busca compreender como é possível através de intervenções psicológicas colaborar para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Teixeira, 2004 citado por Alves et al., 2011). Com o objetivo de ajuda-los a incluírem no seu estilo de vida, um conjunto de atitudes e comportamentos que promovam saúde e previnam doenças; assim como auxilia-los a aperfeiçoarem técnicas de enfrentamento diante do processo de adoecimento e de suas eventuais consequências (Barros, 1999). Tal busca de mudança no estilo de vida das pessoas pode levar inclusive a intervenções na vida cotidiana da população antes que haja riscos ou que se instale algum problema no âmbito sanitário (Castro & Bornholdt, 2004).

Segundo Carvalho (2013), a Psicologia da Saúde se constituiu como um campo autônomo de pesquisa e intervenção no contexto anglo-saxônico ao final da década de 70, sendo o marco inicial dessa constituição a criação da trigésima oitava seção da Associação de Psicologia Americana, no ano de 1978. A autora argumenta como Joseph Matarazzo (1980), apresentou um comunicado dirigido à Divisão de Psicologia da Saúde na Reunião Anual da Associação de Psicologia Americana (APA), com o seu texto intitulado *Behavioral Health and Behavioral Medicine – Frontiers for a New Health Psychology* (Saúde Comportamental e Medicinal Comportamental – Fronteiras para uma Nova Psicologia), esclarecendo o modelo teórico que prevaleceria, um reflexo da influência do comportamentalismo como corrente psicológica hegemônica nos Estados Unidos naquela ocasião. Em 1978, também foi definido pelos participantes da *Yale Conferense* o campo da Medicina Comportamental, a qual se fundamenta no conceito de que grande parte das doenças decorre de comportamentos disfuncionais e reúne técnicas de modificação destes para prevenção, tratamento ou reabilitação. Tal perspectiva comportamental serviu como base para o campo da Psicologia da Saúde nesse momento histórico (Almeida & Malagris, 2011).

Nos anos seguintes a Psicologia da Saúde alcança prestígio também em outros importantes periódicos tais como o *Journal of Health Psychology* e o *British Journal of Health Psychology* (Custódio, 2003, citado por Oliveira, 2011).

Santos e Jacó-Vilella (2009) entendem que assim como não há um predomínio de ideias e práticas na Psicologia, também não há preponderância em tal ciência que gere uma

concepção de ação na área da saúde de forma coesa, o que gera a possibilidade de uma variedade enorme de atuações e estilos, causando uma diversidade de perspectivas e nomenclaturas para descrever a prática profissional do psicólogo na área da saúde, dificultando o fortalecimento da profissão na área, mas abrindo um campo vasto para a pesquisa. Ainda segundo essas autoras, a Psicologia na área da saúde seria como um grande guarda-chuva, sob o qual se agrupam várias práticas e perspectivas, as quais podem ser não apenas complementares, mas até mesmo antagônicas; um campo disciplinar articulado com outros saberes, como roga o modelo biopsicossocial, e marcado pela indefinição do objetivo psicológico a ser delimitado, tornando-se um conhecimento em fabricação e ampliação.

Atualmente a Psicologia da Saúde está consolidada na Europa, Ásia e alguns países da América Latina, com pesquisas crescendo em número e qualidade (Castro & Bornholdt, 2004). Contudo nessas nações latinas, ainda ocorre uma insuficiência de estudos que possibilitem intervenções rápidas nos problemas de saúde de cada região, de acordo com as especificidades e contextos socioeconômicos (Alves et al., 2011), além disso houve nesse subcontinente um rápido crescimento da mão de obra, mas uma insuficiente incorporação desses profissionais nos setores de saúde (Castro & Bornholdt, 2004).

No Brasil, a Psicologia da Saúde surge como prática profissional de forma mais sistematizada e reconhecida em instituições de saúde na década de 1970, passando a ter relevância na comunidade acadêmica e científica, sobretudo na década de 1990 (Santos & Jacó-Vilella, 2009).

Ainda hoje, os psicólogos da saúde brasileiros publicam pouco, especialmente em revistas com bom índice de impacto na comunidade científica, tais como as internacionais indexadas. O que é lamentável uma vez que tais publicações são necessárias para a formação de novos profissionais que ingressam na área. Contudo, a partir da pressão das universidades, da seletividade das agências de fomento e a maior interação dos centros de pós-graduação do Brasil entre si e com centros de outros países se torna possível o desenvolvimento do enorme potencial quantitativo e qualitativo das produções nacionais (Gorayeb, 2010).

Atuação do psicólogo da saúde

Para Almeida e Malagris (2011), com a busca pela compreensão de como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença, os psicólogos da saúde podem atuar de diversas maneiras, tais como:

- Nos fatores psicológicos que fortalecem saúde e reduzem o risco de adoecer, focando assim na promoção de saúde e prevenção de doença.
- Disponibilização de serviços clínicos a indivíduos saudáveis ou doentes em diferentes contextos, tais como pacientes com dificuldades de ajustamento à condição de enfermo.
- Auxílio a pacientes no desenvolvimento de métodos psicológicos para ajudá-los a manejar problemas de saúde, tais como ansiedade devido à longa internação e controle das condições de dor (Sarafino, 2004 citado por Almeida & Malagris, 2011).
- Pesquisa e investigação.
- Ensino e formação.

Sendo necessário, segundo Gorayeb (2010), que o psicólogo conheça bem o contexto onde vai trabalhar, seja hospital, ambulatório, posto de saúde ou comunidade, já que o ambiente e as relações institucionais são, por vezes, determinantes dos procedimentos que poderão ser utilizados e importantes influências para o que é produzido ali, seja doença, saúde ou melhora na qualidade de vida. De forma a ser necessária para uma boa atuação do psicólogo da saúde a habilidade de analisar detalhadamente os fatores culturais, psicológicos e emocionais predisponentes à doença, assim como o conhecimento de epidemiologia e fatores psicossociais de risco para doenças físicas. Ser psicólogo da saúde sem deixar de ser psicólogo, ao ocupar um lugar de atuação marcado basicamente pela diversidade, seja de histórias, temáticas, práticas, concepções, abordagens e instituições em que essas práticas ocorrem (Santos & Jaco-Vilella, 2009).

No Brasil, através da criação de programas voltados a ações sociais e de saúde, tais como Programa Saúde da Família (PSF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro

de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), entre outros, foi necessária a organização de equipes multidisciplinares para a intervenção nestes programas. A inserção dos psicólogos nessas equipes exige a abertura de um diálogo interdisciplinar com outros profissionais, o que permite tanto a adaptação de tal profissional, quanto à ampliação do seu modelo de ação (Alves et al., 2011).

Formação do psicólogo da saúde

Vários autores apontam como a formação acadêmica dos psicólogos no Brasil é deficiente para a atuação em Psicologia da Saúde, refletindo o desconhecimento dos profissionais psicólogos sobre o que seja tal área e evidenciando que ainda há muito para ser feito para garantir a consolidação desta no país. As lacunas se devem a falta de conhecimento dos psicólogos de temas pertinentes à saúde pública e aos programas e políticas do Sistema Único de Saúde – SUS (Alves et al., 2011). Tal deficiência também ocorre na formação de psicólogos da América Latina e está vinculada basicamente ao tratamento individual baseado no modelo clínico, o qual ainda é a base da identidade desses profissionais (Sebastiani, Pelicioni & Chiattoni, 2002). No entanto, devido a crescente demanda de trabalho existente em serviços públicos, muitas vezes psicólogos despreparados continuam trabalhando em tais locais seguindo o antigo modelo clínico individual, atuando na área da saúde sem ter conhecimento das suas especificidades (Castro & Bornhoudt, 2004).

Como citados por Castro e Bornhoudt (2004), Besteiro e Barreto (2003) defendem que a formação do psicólogo da saúde deve contemplar conhecimentos sobre:

- Bases biológicas, sociais e psicológicas da saúde e da doença;
- avaliação, assessoramento e intervenção em saúde,
- políticas e organização de saúde e colaboração interdisciplinar;
- temas profissionais, éticos e legais
- conhecimentos de metodologia e pesquisa em saúde.

Ainda segundo Castro e Bornhoudt (2004), além de tal formação, também é necessário que o psicólogo tenha compromisso social, esteja preparado para lidar com problemas de saúde de sua região e tenha condições de atuar em equipe com outros profissionais.

1.2.2 - Psicologia hospitalar

A questão do termo

No Brasil, o Conselho Federal de Psicologia não tem a Psicologia da Saúde como uma especialidade, mas sim a Psicologia Hospitalar definida na Resolução nº 14/2000. Diferente de outros países, tais como Estados Unidos e Espanha, onde o referencial teórico da Psicologia da Saúde serve de base para o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar, no Brasil um local de trabalho foi transformado em área de conhecimento (Carvalho, 2013). Sendo assim não surpreende que tal denominação seja inexistente em outros países e que vários trabalhos já tenham explicado como o termo Psicologia Hospitalar é inadequado (Chiattonne, 2000; Yanamoto, Trindade & Oliveira, 2002), sendo no máximo uma subárea da ampla área da Psicologia da Saúde (Castro & Bornholdt, 2004; Gorayeb, 2010).

Gorayeb (2010) entende que parte da origem de tal questão se deve ao fato de grande parcela dos psicólogos precursores na atuação em Psicologia da Saúde no Brasil o fez em ambientes hospitalares e que provavelmente há mais psicólogos trabalhando em hospitais do que em outros níveis de atenção a saúde. Tais fatos podem explicar a confusão, mas não a justificam.

O início da Psicologia da Saúde no Brasil e a Psicologia Hospitalar

Conforme levantou Oliveira (2011), as primeiras incursões de psicólogos em hospital no Brasil ocorreram na década de 1950 com pesquisas e intervenções pontuais. Como por exemplo, o estudo do médico Raul Briquet e da psicóloga Betty Katzenstein para a introdução do sistema de alojamento conjunto da maternidade do hospital das clínicas em 1950 (Cytrynowicz, 2004) e a criação de uma equipe multidisciplinar no Serviço de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP pelo Prof. Dr. José Fernandes Pontes

em 1957 (Rodrigues & Pontes, 1998). Um trabalho reconhecidamente precursor foi o de Mathilde Neder que no período de 1952 a 1954 iniciou um trabalho como colaboradora na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas da USP. Dirigindo, coordenando e criando com o passar dos anos serviços e unidades de Psicologia em tal importante hospital.

No entanto, Oliveira (2011) pondera, citando Campos (2010), como o psicólogo já era solicitado em instituições de saúde para integrar equipes multidisciplinares há no mínimo quatro décadas, ou seja, antes mesmo da profissão ser regulamentada no país em 1962. Em 1997, foi fundada a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar com o objetivo de ampliar o campo de conhecimento específico e promover o profissional que trabalha nessa área.

O foco nos aspectos psicológicos do adoecimento

A doença é uma situação de perdas. Sejam essas a saúde, a autonomia, o tempo, a capacidade de trabalhar ou até mesmo a própria vida (Simonetti, 2004). Na hospitalização o paciente pode ser levado a um processo de despersonalização, caracterizado pela sensação de perda de identidade e autonomia, resultante da diminuição da sua individualidade, da retirada do seu cotidiano e do estresse causado pela rotina hospitalar com os seus horários rígidos, limitações dietéticas, de sono e de mobilidade, entre outras (Almeida & Malagris, 2011). No processo de adoecimento também são importantes os aspectos psicológicos que interferem de diversos modos na continuidade da doença, desde ajudando no restabelecimento da saúde, até mesmo como incentivadores da permanência no papel de doente (Simonetti, 2004).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2014), o psicólogo hospitalar atua principalmente nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Tal profissional trabalha em instituições de saúde e realiza atendimentos terapêuticos, grupos psicoterápicos, grupos de psicoprofilaxia, atendimentos em ambulatório, enfermarias em geral e unidades de terapia intensiva; pronto atendimento, psicomotricidade no contexto hospitalar, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico, consultoria e interconsultoria.

A Psicologia Hospitalar busca o entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno de toda e qualquer doença, uma vez que todas apresentam tais aspectos

(Simonetti, 2004), o seu objetivo principal é a diminuição do sofrimento provocado pela internação (Vieira, 2010), com foco na subjetividade do paciente de hospital geral e em busca de auxiliá-lo a lidar com os elementos subjetivos que circundam a doença, a fim de que o enfermo possa lidar melhor com os desafios desse momento difícil da vida e o sofrimento psíquico que advém dessa experiência tão marcante e potencialmente desencadeadora de quadros de desadaptação emocional (Amorim, 2004).

A Medicina não contempla o ser humano em sua integralidade, de maneira que a atuação do psicólogo hospitalar pode não somente escutar o pedido de ajuda do paciente, mas também buscar compreendê-lo em toda a sua dimensão humana (Mosimann & Lustosa, 2011), a fim de evitar a situação em que o paciente se vê deixando a posição de sujeito passando a apenas objeto de intervenção, através do oferecimento da escuta e da possibilidade da fala (Vieira, 2010).

Estratégia psicodinâmica: oferecimento da escuta e elaboração por meio da fala

Assim como a pluralidade da Psicologia se manifesta na psicologia da saúde, também se manifesta na psicologia hospitalar. Ainda que tenham o mesmo objetivo de cuidar do sofrimento psicológico do paciente internado, as compreensões e estratégias de intervenção são diferentes em cada abordagem psicológica usada.

A abordagem psicodinâmica almeja acionar um processo de elaboração simbólica do adoecimento (Mosimann & Lustosa, 2011). Nas palavras de Laplanche e Pontalis (2001), a elaboração seria a expressão usada por Freud para designar o trabalho realizado pelo aparelho psíquico com o fim de dominar as excitações que lhe chegam e cuja acumulação corre o risco de ser patogênica. Tal trabalho consiste em integrar as excitações no psiquismo e em estabelecer entre elas conexões associativas.

Segundo Balint (1975, citado por Amorim, 2004), o início da doença cria uma situação de vida peculiar, à qual reivindica do paciente capacidade de adaptação, uma vez que exige dos mecanismos fisiológicos seu potencial para restabelecer a homeostase e mobiliza defesas psicológicas no intuito de lidarem com o rompimento do equilíbrio psíquico que ocorre com a sua eclosão.

Retomando Freud (1912/1980), Simonetti (2004) entende que o psicólogo hospitalar busca conseguir o seu objetivo ao auxiliar os pacientes conduzindo-os à palavra, para que

falem de si, da doença, dos familiares ou do que quiserem, em uma entrevista psicológica que ao leigo pode parecer uma conversa normal, mas que na verdade é bem mais do que isso, já que é através da linguagem que se dará a elaboração.

O *setting* terapêutico na realidade hospitalar

Os espaços e condições hospitalares são muito diferentes do *setting* da atuação clínica em consultório. Dificilmente o espaço físico pode ser privativo do atendimento psicológico, o qual ocorre quase sempre à beira do leito (Vieira, 2010), podendo ser adiado e interrompido a qualquer momento por médicos, enfermeiros e técnicos no cumprimento das suas funções. Nos casos de grandes enfermarias, o atendimento ocorre inclusive com o paciente estando entre outros internos, organização espacial que prejudica severamente a questão do sigilo (Almeida & Malagris, 2011).

O atendimento é focal, breve e frequentemente emergencial. Busca conhecer o que a hospitalização significa para o doente e para sua família, assim como saber mais sobre a sua história de vida, os aspectos estritamente relacionados à doença, as dificuldades adaptativas à internação, os processos diagnósticos e o significado que os pacientes constroem a respeito de si e do mundo a partir do adoecimento. É oferecido ao paciente, que tem a opção soberana de receber ou não a intervenção psicológica. Sendo a sua demanda identificada junto a ele ou a equipe multidisciplinar. O atendimento nessas condições também é disponibilizado para os familiares dos internados (Almeida & Malagris, 2011; Vieira, 2010).

A partir da avaliação do paciente é feito um planejamento terapêutico, mesmo não se podendo prever qual será a duração do tratamento (Amorim, 2004), uma vez que em muitos casos o paciente poderá antes do esperado ter alta, ser transferido de unidade, ter uma piora no quadro que inviabilize o atendimento ou até mesmo morrer. Segundo esse mesmo autor (2004), os tipos de psicoterapias que mais se ajustam às necessidades dos pacientes internados são as intervenções de crise e as psicoterapias de apoio.

Também é analisada a necessidade de avaliação psiquiátrica, a qual ocorre nos casos em que é levantada a hipótese de quadros psiquiátricos anteriores à internação ou

consequentes desta, tais como os transtornos de ajustamento, ansiedade, depressão ou aqueles relacionados à adição (Santos, 2004).

Com relação à inserção do psicólogo na equipe do hospital existem dois tipos, o sistema de consultoria e o de ligação. Tais sistemas se diferenciam da seguinte forma, no sistema de consultoria o psicólogo avalia, indica ou realiza um tratamento para os pacientes que estão internados em enfermarias diversas. Sua presença é episódica, quando responde a uma solicitação específica dos profissionais das equipes desses locais. Sua atuação auxilia o diagnóstico, o tratamento e o plano de ação, fornecendo orientações ao paciente, aos familiares e aos membros da equipe (Amorim, 2004; Bruscato, 2004 citado por Almeida & Malagris, 2011). Já no sistema de ligação o psicólogo é membro integrante da equipe multiprofissional que cuida do paciente, tendo um contato contínuo com os serviços do Hospital Geral por ser um membro efetivo das equipes locais. Atende os seus pacientes, participa de reuniões clínicas e lida com as características das relações estabelecidas entre equipes, pacientes e famílias. De maneira que os seus atendimentos tem caráter informativo, profilático e terapêutico (Amorim, 2004; Bruscato, 2004 citado por Almeida & Malagris, 2011).

O trabalho multiprofissional e o modelo biopsicossocial

As equipes multiprofissionais são aquelas formadas por profissionais de várias formações diferentes, tais como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros. Contudo, nem todas as equipes multiprofissionais atuam da mesma forma, existindo as multidisciplinares e as interdisciplinares.

Segundo Bruscato et al., (2004), em uma equipe multidisciplinar de saúde, os profissionais avaliam os pacientes de forma independente e elaboram os seus planos de tratamento como serviços adicionais, ocorrendo uma associação sucessiva ou simultânea de recursos de várias disciplinas para uma determinada tarefa, sem um trabalho verdadeiramente coordenado de equipe. A solução de um problema busca apenas informações de duas ou mais áreas do conhecimento e as disciplinas que contribuem para tal solução não são modificadas ou enriquecidas. Já na equipe interdisciplinar, a avaliação e

o planejamento da terapêutica são feitos de maneira colaborativa, de forma interdependente, complementar e coordenada. Não se tratando de uma fusão dos diferentes campos do conhecimento, já que são consideradas as relações entre tais campos do saber. De maneira que todos os profissionais envolvidos ampliam seu referencial quando agem em colaboração com os demais, mas mantém a sua identidade profissional e o domínio de uma técnica específica.

As equipes interdisciplinares com psicólogos inseridos no sistema de ligação são coerentes ao modelo biopsicossocial, já que buscam intervir na situação clínica a partir da compreensão do paciente de maneira integral, buscando não apenas tratar as doenças, mas também a promoção de saúde. Cabe ao psicólogo membro de uma equipe com tal característica apontar a atenção dos profissionais para a individualidade de cada paciente e para os aspectos subjetivos do adoecer, colaborando assim para a humanização do atendimento que esse grupo fornece (Bruscato et al., 2004).

Formação do psicólogo hospitalar

Com relação à formação do psicólogo que atua especificamente em hospitais, Castro e Bornholdt (2004) entendem ser fundamental uma boa capacitação em três áreas básicas:

1. Clínica: o psicólogo deve ter a habilidade de realizar avaliações e intervenções psicológicas individuais e em grupo.
2. Pesquisa e comunicação: O profissional precisa conseguir coordenar pesquisas e comunicar informações de caráter psicológico a outros profissionais.
3. Programação: Ser capaz de constituir e gerenciar programas de saúde.

Segundo essas autoras, através dessa formação integrada seria possível melhorar a qualidade da atenção prestada, assegurar que as intervenções instituídas sejam as mais eficazes para cada caso, reduzir custos e ampliar os conhecimentos da área. Apesar disso, pesquisas sobre a atuação do psicólogo no contexto hospitalar mostram que o cenário descrito é bem distinto, já que ainda há um predomínio do modelo clínico, da falta de pesquisa e a ênfase no atendimento individual (Yamamoto & Cunha, 1998; Yamamoto,

Trindade, & Oliveira, 2002; Castro & Bornholdt, 2004; Marcon, Luna, & Lisboa, 2004; Sá, Lima, Santos, & Clemente, 2005 citados por Carvalho, 2013).

1.2.3 Psicologia hospitalar no Hospital Universitário da USP: a experiência dos laboratórios Chronos e SuCor.

Em Junho de 2000, o Laboratório CHRONOS/USP - Centro Humanístico de Recuperação em Oncologia e Saúde da USP, coordenado pela Professora Associada Dra. Elisa Maria Parayba Campos, foi convidado pelo então Superintendente do Hospital Universitário da USP, o Professor Dr. Paulo de Andrade Lotufo, a realizar atendimentos junto às clínicas do hospital e do Programa de Atendimento Domiciliar (PAD).

Com o reconhecimento da importância de tal trabalho foi constituído o Serviço de Psiquiatria e Psicologia Hospitalar do Hospital Universitário, o Pq/PH/HU, quando o laboratório CHRONOS passou a trabalhar conjuntamente com os psiquiatras do serviço nos modelos de interconsulta e consultas terapêuticas nas enfermarias, bem como participando das visitas realizadas pelo PAD.

A partir dessas atividades, o laboratório possibilitou a participação de alunos de graduação e pós-graduação, estagiários e psicólogos colaboradores no hospital, na realização de assistência, pesquisa e ensino.

No início dos anos 2010, o laboratório SuCor – Sujeito e Corpo, sob coordenação do Professor Dr. Avelino Luiz Rodrigues, começou a realizar um trabalho conjunto com o CHRONOS no Hospital Universitário, tanto nos atendimentos, quanto na realização de pesquisas e ensino.

Atualmente, os psicólogos colaboradores realizam atendimentos na Clínica Médica e Cirúrgica, além da Unidade de Terapia Intensiva - UTI e Semi-intensiva. Além de tais atividades, também é oferecida uma disciplina prática para os alunos de graduação, quando os alunos de pós-graduação e psicólogos colaboradores auxiliam os docentes responsáveis nos grupos de supervisão.

1.3 Estresse e *coping*

1.3.1 Estresse

Compreender-se ou perceber-se doente, ser visto como tal, não se sentir cuidado adequadamente, as limitações orgânicas do quadro clínico, os sintomas e as restrições impostas pela internação são alguns exemplos de fontes de sofrimento. Diante de tais situações o organismo reage buscando retomar a homeostase, quando tal demanda exige um esforço de adaptação ocorre o estado chamado por alguns autores de estresse.

Tal termo, originado da física, onde designa a tensão e o desgaste que os materiais sofrem, foi usado com relação à saúde de homens e animais inicialmente por Hans Selye (1936), definido como uma reação não específica do organismo a qualquer exigência de mudança. Contudo em 1956, o autor refinou tal conceituação e passou a usar dois termos, o eustresse e o distresse.

O eustresse é a situação que exige que o indivíduo utilize seus recursos e a qual faz competentemente, conseguindo se readaptar. Segundo Simon (1983) o conceito de adaptação refere-se ao conjunto de respostas de um ser vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo manutenção de sua organização, por menor que seja, compatível com a vida.

Já o distresse ocorre quando tal manejo não é feito eficientemente, devido à falta ou ao esgotamento de recursos, prejudicando a homeostase interna. Sendo assim, na verdade o que o senso comum e vários autores chamam de estresse é o que Selye conceituou como distresse. Tal reação é causada por alterações psicofisiológicas e acompanhada de mudanças previsíveis nos níveis bioquímicos, psicológicos e comportamentais (Malagris et al., 2009).

Os estressores são as situações, ou estímulos, que ameaçam a homeostase, sendo esta o estado de equilíbrio dinâmico em que se encontra o meio interno (Houssay, 1969). Em Psicologia e Psicanálise, frente à ameaça do equilíbrio psíquico e fisiológico, ou psicossomático, no nível mental, o organismo lança mão de mecanismos de defesa ou de *coping* exigindo alguma adaptação. Em humanos os estressores podem ser classificados em internos e externos (Borges, Luiz & Domingos, 2009), os primeiros são, por exemplo, como as pessoas lidam com os seus conflitos, enfrentam as dificuldades e se relacionam com elas;

já os externos são fatores ambientais, aqueles que acontecem fora do organismo da pessoa (Lipp, 2001 citado por Borges, Luiz & Domingos, 2009), tais como temperatura e poluição.

Ainda em 1956, Seyle descreve o modelo trifásico do estresse. As três fases seriam alerta, resistência e exaustão. Em estudos recentes foi identificada uma quarta fase, a de quase exaustão, a qual está entre as fases de resistência e de exaustão (Lipp, 2001; 2003 citado por Borges, Luiz & Domingos, 2009).

A primeira fase, a de alerta, é aquela em que ocorre o contato inicial do indivíduo com o estressor, quando o organismo se prepara para luta ou fuga. Se o estresse permanece ocorre a segunda fase, a resistência, quando o corpo tenta restabelecer a homeostase, ao utilizar os mecanismos de adaptação. Com a persistência do estressor as defesas do organismo gradativamente cedem, esse chega à fase de quase exaustão e fica mais vulnerável às doenças. Com a manutenção daquilo que causa o distresse chega-se a fase de exaustão e conseqüentemente a morte.

No entanto quando o indivíduo tem alguma outra enfermidade, como no caso dos pacientes internados, a sua recuperação pode ser prejudicada antes de chegava aos níveis mais graves de estresse, já que é sabido que tal reação do organismo pode influenciar, até mesmo retardar, a cura de algumas patologias, uma vez que afeta o funcionamento de diferentes sistemas, inclusive o imunológico, prejudicando as defesas naturais do corpo (Botega, 2006 citado por Macena & Lange, 2008). Em estudo recente, Macena e Lange (2008) estudaram a incidência dos níveis de estresse em pacientes hospitalizados. Com uma amostra de 40 pacientes internados em um hospital privado verificou-se que 82,5% deles apresentavam sinais e sintomas, em graus variados, da reação de estresse, com 62,5% na fase de resistência, 7,5% na fase de alerta, 7,5% na fase de quase exaustão e 5% na fase de exaustão. Esses dados não permitem generalização sobre o nível de estresse da população internada como um todo, mas chama a atenção para o fenômeno de estresse em pacientes internados e indaga aos profissionais e pesquisadores de saúde se isso ocorre em outros hospitais e quais as medidas procedentes e terapêuticas para cuidar dessas pessoas.

Como dito anteriormente, quando o organismo reage à mudança ocorre a reação psicossomática do estresse, ou seja, tanto nos aspectos físicos, quanto nos psicológicos, independente da vontade ou da consciência do sujeito. No entanto, quando a resposta é

intencional, direcionada para a redução do distresse, temos o que Lazarus e Folkman (1984) chamam de *coping*. Esta é a definição clássica do termo embora seja discutível a questão da intencionalidade nas correntes teóricas da psicologia.

1.3.2 *Coping*

Tal anglicismo, “*coping*”, se deve ao fato de que a língua portuguesa não contém uma única palavra que comunique a sua complexidade, dessa forma para facilitar a recuperação de dados por interessados no assunto optou-se por não traduzi-lo.

Para Lazarus e Folkman (1984 p. 141), o *coping* seriam “esforços comportamentais e cognitivos em constante mudança para lidar com demandas específicas internas e/ou externas que são avaliadas como penosas ou maiores que os recursos da pessoa”, ou seja, o processo de se empenhar intencionalmente em lidar com uma situação estressante utilizando pensamentos ou ações, independente da sua eficácia. Não busca controlar ou dominar, mas sim tolerar, minimizar e evitar os agentes estressores (Mellagi, 2009) em um processo de interação entre indivíduo e ambiente (Folkman & Lazarus, 1980). Lazarus e Folkman (1984) apontam as principais linhas de pesquisa de onde extraíram os conceitos de *coping*, a Psicologia Animal, a qual o define como aqueles comportamentos que tentam controlar os estímulos adversos do ambiente prevenindo o surgimento de perturbações psicofisiológicas; e a Psicologia Cognitivista a qual sustenta que o “*coping* é definido como pensamentos e ações realistas, que solucionam problemas reduzindo assim o estresse” (Lazarus, 1984, p. 118 citado por Diniz, 2009).

Grande parte da literatura sobre *coping* foca-se em pesquisas do campo da psicologia da saúde, principalmente nos estudos sobre condições de cronicidade e realização de procedimentos médicos (Pereira, 2002 citado por Faria & Fleury, 2005).

Estratégias de *coping* focadas no problema e na emoção

Em uma revisão teórica sobre o termo, Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) apontam como Folkman e Lazarus (1980) propuseram um modelo de estratégias de *coping* que o dividia em duas categorias funcionais, o *coping* focalizado no problema e o

focalizado na emoção.

Anos depois, os mesmos autores (1984) propuseram o modelo com três níveis de avaliação. Nesse modelo, um dado evento pode ser analisado e considerado como irrelevante, benigno ou fonte de distresse. Nessa última classificação, a situação pode ser considerada uma ameaça, um prejuízo ou um desafio. Tal processo é a avaliação primária. A próxima fase, a avaliação secundária, seria a aquela em que o indivíduo se inclina a buscar formas de manejar o evento, considerando o que pode ser feito sobre a situação, qual seria o custo emocional envolvido e quais seriam os resultados esperados de tal processo. Por fim, teríamos os comportamentos e atitudes resultantes dessa ponderação, que seriam as estratégias de *coping* focadas no problema ou na emoção (Mellagi, 2009). Essa seria a avaliação terciária. No caso das estratégias focadas no problema, as ações do sujeito são dirigidas para o estressor em si, ao buscar o manejo ou redução do estresse agindo na situação em que ele ocorre. Já no caso das estratégias focadas na emoção, as ações do sujeito são direcionadas no sentido de diminuir as consequências emocionais resultantes da experiência com a situação estressante através de estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais (Diniz, 2009). Tal processo de avaliação das estratégias de *coping* ocorre em cada episódio particular de estresse.

Com relação à faixa etária é sabido que os adolescentes e jovens adultos utilizam mais *coping* focado na emoção do que crianças, o que sugere que as alterações no desenvolvimento de *coping* acontecem até o final da adolescência (Compas et al., 1991 citado por Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998)

Estilos de *coping*

Também existem, segundo outros autores, os estilos de *coping*, os quais seriam relacionados a características de personalidade ou a resultados de *coping*. Cabe destacar aqui que tal distinção não é consensual, mas sua descrição é necessária para uma compreensão mais ampla do conceito (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

As pessoas desenvolveriam maneiras habituais de lidar com o estresse e estes hábitos ou estilos de *coping* poderiam influenciar suas respostas em novas situações estressoras. Sendo assim os estilos de *coping* não seriam preferências de aspectos de *coping* sobre

outros, mas tendências a responder de uma forma particular quando confrontadas com uma série específica de circunstâncias, sem que isso implique necessariamente na presença de traços subjacentes de personalidade que predisponha o sujeito a responder de determinada maneira (Carver, Scheier, 1994, citado por Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Tabela 1
Tipos de coping e táticas predominantes

Tipo	Tática
Monitorador	Atenção vigilante. Procura informações e visualiza a situação para controlá-la. Sensibilidade aos aspectos negativos desta.
Desatento	Desatenção. Proteção cognitiva de fontes de perigo, tendendo ao afastamento, distração e evitação, postergando uma ação.
Primário	Busca lidar com situações ou condições objetivas.
Secundário	Busca se adaptar às condições de estresse.
Ativo	Aproximação ao foco de estresse.
Passivo	Evitação do foco de estresse.
Atividade direta	Objetivam o estressor.
Atividade indireta	Evitam o estressor ou tratam das suas consequências.
Pró-social	Procura a ajuda de outros.
Antissocial	Ação agressiva contra outros.

Na literatura são identificados alguns tipos de *coping*, na tabela um, elaborada a partir de Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998), pode-se observar alguns desses e suas táticas habituais. Miller (1981) identificou dois tipos de *copings*, o monitorador e o desatento. No primeiro o sujeito mantém a atenção vigilante, procurando informações e

visualizando a situação estressante para controlá-la, estando sensibilizado para os aspectos negativos desta. No segundo caso, o desatento, a pessoa usa a desatenção como proteção cognitiva de fontes de perigo, com tendência a se afastar da ameaça, distrair-se e evitar informações, de maneira a postergar uma ação. Band e Weisz (1988) identificaram dois outros tipos de *coping*, o primário e o secundário. O primeiro busca lidar com situações ou condições objetivas de estresse, já o segundo tem como objetivo se adaptar as condições causadas por ele. Moss em parceria com Billings (1984) e Holahan (1985) identificou outro tipo de *coping*, focado na aproximação ou evitação do foco do estresse, o primeiro seria o tipo ativo, o segundo o tipo passivo. Altshuler e Ruble (1989), Berg (1989) e Compas et al., (1991) fizeram estudos com crianças e identificaram o *coping* de atividade direta, o qual objetiva o estressor, e o de atividade indireta, o qual busca evitar ou remediar as consequências deste. Esses mesmos autores também identificaram o *coping* pró-social e o antissocial, no primeiro caso a criança busca a ajuda de outros diante de uma situação estressante, já na segunda situação, o antissocial, ela age agressivamente contra outros.

Chama atenção o fato de que todas essas pesquisas citadas acima identificaram apenas tipos binários de *coping*, o que pode levar ao questionamento se a experiência humana, mesmo que se tratando apenas da reação voluntária ao estressor, pode ser constituída apenas de duas opções.

Recursos pessoais e sócio-ecológicos de *coping*

Ainda utilizando a revisão teórica de Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) temos que segundo Beresford (1994) existem recursos pessoais e sócio-ecológicos de *coping*. Fazem parte dos primeiros a saúde física, a moral, as crenças ideológicas, as experiências prévias de *coping*, a inteligência e outras características pessoais. Já os recursos sócio-ecológicos incluem o relacionamento conjugal, as características familiares, as redes sociais, os recursos funcionais ou práticos e as circunstâncias econômicas.

A disponibilidade desses recursos afeta a avaliação do estressor e determina a estratégia que o indivíduo irá usar, podendo inclusive atuar como fator de risco e de resistência ao ajustamento nos casos em que poucos recursos estão à disposição. Há aqui

uma vinculação dos recursos de *coping* com a noção de vulnerabilidade ao distresse, já que essa é mediada por eles. A qualidade e a disponibilidade dos recursos pessoais e sócio-ecológicos modula a resistência/vulnerabilidade do sujeito aos efeitos do estresse, o que em um círculo vicioso pode por sua vez afetar os recursos de *coping*, incrementando assim a vulnerabilidade (Beresford, 1994 citado por Antoniazzi et al., 1998). De maneira que o *coping* é influenciado pela cultura, já que ela pode interferir nas avaliações do estressor, na maneira que as pessoas se relacionam com o mundo, assim como nas estratégias de *coping* que são ensinadas e priorizadas em um contexto sociocultural, em detrimento de outras (Faria & Fleury, 2005).

No entanto, há um tipo de recurso que pode ser tanto pessoal e sócio-ecológico, já que é simultaneamente um tipo de crença e um formador de relacionamentos e redes sociais, esse recurso seria a religiosidade/espiritualidade.

1.4 Coping religioso/espiritual – CRE

1.4.1 Espiritualidade e saúde

É crescente o debate na comunidade científica brasileira e internacional sobre as relações entre espiritualidade e saúde. Existem centenas de estudos que demonstram como a religiosidade pode contribuir para a saúde física e mental dos seus praticantes (Koenig, 2007; Paiva, 2007) e como a religião e a espiritualidade são fatores de proteção a saúde (Panzini et al., 2007; Lucchett et al., 2010). As justificativas psicológicas para os resultados desses trabalhos são:

- A eficácia da religião em promover hábitos e comportamentos saudáveis em detrimento dos nocivos;
- a capacidade da religião influenciar os estilos de vida pessoais;
- a integração e apoio possibilitados pelos atos religiosos compartilhados socialmente;
- o reforço aos sentimentos de autoestima e de autoeficácia possibilitados pela religião;

- o enfrentamento das situações estressoras em um quadro de referencial religioso;
- e, provavelmente, às alterações das conexões psiconeuroimunológicas ou neuroendócrinas que afetam os sistemas fisiológicos dos praticantes (Cohen & Herbert, 1996; Ellison, 1998; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002 citados por Paiva, 2007).

Os primeiros elementos acima podem favorecer um incremento do senso de propósito¹ e significado para a vida que estão associados a maior resistência ao distresse relacionado às enfermidades (Lawler & Younger, 2002 citados por Panzini & Bandeira, 2007). Já a última justificativa diz respeito à psiconeuroimunologia, campo interdisciplinar que estuda as relações entre o psiquismo e os sistemas nervoso e imunológico, o qual aponta como as cognições e os afetos podem interferir nos estados fisiológicos influenciando a eficiência do sistema de defesa do corpo e afetando a saúde (Faria & Seidl, 2005). Já que a religião e a espiritualidade são constituintes da subjetividade dos indivíduos (Dalgalarrrondo, 2008; Panzini & Bandeira, 2007) e fazem parte do sistema de cognições das pessoas, tem capacidade de afetar a saúde por meio de tal interface psiconeuroimunológica, não podendo ser negligenciadas devido a crenças e opiniões pessoais dos pesquisadores, tal como aconteceu no passado (Koenig, 2007).

De forma que pessoas religiosas são mais saudáveis e usam menos serviços de saúde (Saad, Masiero & Battistella, 2001; Peres et al., 2007). Apesar de tais efeitos positivos, também são identificadas algumas consequências adversas da religiosidade na saúde das pessoas. Segundo Dalgalarrrondo et al., (2008), pessoas com quadros maníacos tendem a se envolver mais com conteúdos religiosos e a adesão a determinadas religiões, tais como igrejas evangélicas pentecostais e o espiritismo kardecista, estão associadas à pior saúde mental e pior qualidade de vida. Tal associação não é totalmente esclarecida, mas o autor levanta a hipótese que possa indicar um processo social de procura de novos agrupamentos religiosos por parte de pessoas em situação de sofrimento.

¹ A expressão “senso de propósito” significa propósito para a vida, uma razão para viver. Tal expressão é comum em textos religiosos.

Cabe aqui diferenciar os termos religiosidade e espiritualidade. O primeiro diz respeito à adesão a crenças e práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada. Já a espiritualidade é a relação estabelecida por uma pessoa com um ser ou força superior na qual ela acredita, sendo um fenômeno individual, identificado com aspectos como transcendência pessoal e fontes de sentido para a vida, representando uma ligação do Eu com o Universo e outras pessoas (Faria & Seidl, 2005; Fornazari & Ferreira, 2010). De maneira que a espiritualidade não depende de religião ou religiosidade (Fornazari & Ferreira, 2010).

Religião e a espiritualidade são fenômenos amplos, não cabendo a Psicologia tentar entendê-los nas suas qualidades propriamente religiosas (Paiva, 2007), mas sim no caráter secular do comportamento religioso em suas várias manifestações, sendo uma dessas o *coping* religioso/espiritual (Mellagi, 2009).

1.4.2 Leitura psicodinâmica do comportamento religioso

Segundo Paiva (2013) o comportamento religioso é aquele voltado para o objeto religioso. Como todo comportamento esse também é objeto de estudo da Psicologia, afinal nunca se demonstrou que a natureza de qualquer pensamento, sentimento, comportamento ou emoção de caráter religioso fosse diverso da índole de qualquer outra cognição, afeto ou conduta.

De maneira que a pluralidade da Psicologia também se manifesta no estudo psicológico da religião, dando origem a várias teorias explicativas. Essas hipóteses abrangem aspectos da realidade que observam e não a totalidade do fenômeno religioso, para uma ampla apresentação de teorias contemporâneas da Psicologia da Religião sugere-se Paiva (2013). Nessa obra o autor destaca no âmbito do consciente as teorias da psicologia narrativa, da atribuição de causalidade, das representações sociais, do apego (*attachment*), a cultural e a evolutiva. Já no âmbito do inconsciente há a teoria das relações objetais na versão winnicottiana.

Na apresentação dessa leitura psicodinâmica da religião, Paiva (2013) utiliza dois autores, Rizzuto (1979) e Aletti (2010). Ambos defendem a importância da ilusão como conceito fundamental do processo psicológico inconsciente da relação da pessoa com a

divindade, focando na questão da modalidade relacional da religião. Trabalhando não com o termo freudiano de ilusão, mas sim com o de Winnicott e a teoria das relações objetais (Aletti, 2004).

Rizzuto (1979) por meio da prática clínica acompanhou no desenvolvimento da criança o “surgimento do Deus vivo”, o qual seria o Deus que resulta da confluência das relações objetais primárias da criança, a qual geralmente é a mãe, e as indicações a respeito Dele que recebe do ambiente externo, ou seja, a cultura. De forma que o Deus vivo não é puramente uma criação da criança, uma vez que está dado, e também não é a realidade divina objetiva, já que é alcançado pelo símbolo. O Deus vivo, portanto, encontra-se no estado intermediário da ilusão, o campo do fenômeno transicional, capaz de fazer a ligação entre o mundo subjetivo e o objetivo (Aletti, 2004). Conforme a criança continua o seu desenvolvimento, tanto a sua capacidade imaginativa como os dados que o ambiente lhe oferece se modificam, mas o Deus vivo ainda será a construção subjetiva de um dado cultural. Em tal quadro arte, religião e até mesmo as construções científicas são ilusões funcionalmente equivalentes, na organização psíquica do indivíduo inserido na cultura, aos fenômenos transicionais da criança (Aletti, 2004).

Dependendo das relações objetivas fundamentais, se elas forem negativas, por exemplo, assim como do tipo de informação a respeito de Deus oferecida pela cultura, o Deus vivo pode ser do ponto de vista psicológico, um Deus morto ou a negação de Deus. De maneira que a representação é uma condição vazia da determinação religiosa ou não religiosa, que lhe é dada pela nomeação da cultura, permitindo que Aletti (2010 citado por Paiva, 2013) possa falar de representação pré-atéia, no caso da representação receber do ambiente cultural uma caracterização contrária a Deus.

Segundo Rizzuto (1979) o conceito de Deus se constrói em um momento posterior, sendo uma figuração. A autora separa representação de figuração. A primeira se origina de processos de memória, desde as mais primevas, viscerais, sensório-motoras e proprioceptivas até, posteriormente, as conceituais. Concebidas através de processos preponderantemente inconscientes e pré-conscientes. A figuração, por sua vez, é um processo posterior, produto dos processos secundários, conscientes.

1.4.3 - *Coping* religioso/espiritual – CRE

Quando a pessoa se volta à religião a fim de lidar com o estresse, escolhendo essa alternativa de maneira mais urgente e utilizando estratégias cognitivas e comportamentais originadas de tal orientação ou da sua espiritualidade ocorre o *coping* religioso/espiritual (Pargament, 2007 citado por Mellagi, 2009; Faria & Fleury, 2005).

O conceito de *coping* religioso/espiritual (CRE) está inserido nas áreas da Psicologia Cognitivo-comportamental, Psicologia da Religião e da Espiritualidade, Psicologia Positiva e Psicologia da Saúde, no escopo de estudos sobre Religião e Saúde e nas pesquisas sobre Medicina e Espiritualidade, sendo descrito a partir dos estudos cognitivistas do estresse e do *coping* (Panzini & Bandeira, 2007). Os seus objetivos conciliam com os da Religião em suas multidimensionalidades, principalmente nos cinco objetivos-chave dessa última (Pargament, 1997; Pargament et al., 2000 citado por Panzini & Bandeira, 2007), a saber:

1. Busca de significado,
2. Controle,
3. Conforto espiritual,
4. Intimidade com Deus e com outros membros da sociedade,
5. Transformação da vida.

Além desses também teria como objetivos a busca de bem-estar físico, psicológico e emocional (Tarakwshwar & Pargament, 2001 citado por Panzini & Bandeira, 2007) e crescimento e conhecimento espiritual (Panzini, 2004 citado por Panzini & Bandeira, 2007). Sendo verificado especialmente em situações de crise e sofrimento envolvendo perdas motivadas por doenças, envelhecimento, incapacidade, morte, perdas de entes queridos e guerras (Panzini, 2005). Situações que exigem mais do que os limites humanos são capazes de suportar, quando os recursos imediatos pessoais e sociais já estão esgotados (Pargament, Ano & Wachholtz, 2005).

Mesmo considerada uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus revezes e sofrimentos, a religião nem sempre faz parte do *coping* inclusive em indivíduos que praticam religião (Mellagi, 2009), no entanto tais pessoas estão mais

propensas a utilizar esse tipo de enfrentamento (Faria & Fleury, 2005) e ter mais ajuda com tal recurso (Pargament et al., 2005).

O *coping* religioso/espiritual (CRE) não pode ser reduzido a formas não religiosas de *coping*, já que contribui com elemento único à predição de ajustamento psicológico a eventos estressores que não podem ser justificados por outros preditores estabelecidos, como reestruturação cognitiva, suporte social ou controle percebido (Tix & Frazier, 1998 citado por Panzini & Bandeira, 2007), diferentemente do *coping* secular, uma vez que foi verificado que “o enfrentamento² secular levou a uma esquivas que apenas desviou a atenção de pensamentos penosos, ao passo que o enfrentamento religioso conferiu sentido, estabilidade e conforto” (Pargament et al., 1990 citado por Paiva, 2007, p. 102).

1.4.4 - CRE Positivo e CRE Negativo

Ainda assim nem sempre a religião/espiritualidade e o seu tipo de *coping* são fontes de alívio ou conforto, já que há situações em que podem ser mais fontes de distresse, existindo assim o *coping* religioso/espiritual positivo e o negativo classificados de tal maneira devido às consequências que ocasionam para quem os utilizam (Pargament et al., 1998 citado por Panzini & Bandeira, 2005). O que pede mais conhecimento de tal fenômeno a fim de se evitar que os seus aspectos adaptativos sejam supervalorizados (Cardoso & Sanches, 2011).

No campo da psicologia da saúde, Dull e Skokan (1995 citado por Faria & Fleury, 2005) afirmam que a influência da religião tanto pode favorecer a adoção de comportamentos saudáveis, como redução do uso de drogas, quanto a não adesão a práticas preventivas devido a um otimismo irrealista relativo à proteção divina.

O CRE positivo é definido por abarcar estratégias que oferecem efeito benéfico ao praticante (Panzini & Bandeira, 2007), tais como:

- Buscar o amor/proteção de Deus ou maior ligação com forças transcendentais.
- Buscar ajuda ou conforto na literatura religiosa.

² Os autores citados nesse trabalho usam tanto o termo enfrentamento, quanto o termo *coping* para se referir ao mesmo fenômeno. Apesar da escolha por usar o termo em inglês explicada anteriormente, as citações mantiveram o termo usado por cada autor.

- Buscar e proporcionar perdão.
- Orar pelo bem-estar de outros.
- Resolver problemas em colaboração com Deus.
- Redefinir o estressor como benéfico e etc.

Já o CRE negativo é o que abrange estratégias que proporcionam consequências prejudiciais à pessoa (Panzini & Bandeira, 2007), tais como:

- Questionar a existência, amor ou atos de Deus;
- Delegar a Deus a resolução dos problemas;
- Sentir insatisfação ou descontentamento em relação a Deus;
- Sentir insatisfação ou descontentamento em relação à frequentadores ou membros de instituição religiosa;
- Redefinir o estressor como castigo divino ou de forças do mal e etc.

As estratégias de CRE positivo seriam consideravelmente mais usadas do que as do negativo para diferentes amostras em diferentes situações estressoras (Pargament et al., 1998 citado por Panzini & Bandeira, 2005).

1.4.5 - Tipos de CRE e saúde

Desde tempos imemoriais a humanidade se volta para os conteúdos espirituais em busca da manutenção ou restabelecimento da saúde (Luchetti, Luchetti & Avezum Jr, 2011). Segundo Hennezel e Leloup (2000 citado por Fornazari & Ferreira, 2010) isso se deve ao fato da doença levar o paciente a encarar os seus valores e dúvidas existenciais e a proximidade da morte, quando a religião e a espiritualidade poderiam facilitar a tarefa de significação de tal experiência para o paciente, ajudando-o a compreender a sua situação clínica, o sofrimento, a morte e a existência nesse momento difícil.

Nas pesquisas sobre *coping* religioso/espiritual tal demanda tem sido estudada em vários trabalhos, assim como as consequências do uso de tal recurso. Corroborando tanto os dados obtidos com os trabalhos sobre Religião, quanto os sobre *coping*.

Se os enfrentamentos ativos estão mais associados à melhor resposta em tratamentos e menor comprometimento da funcionalidade e qualidade de vida (Fortes, Tófoli & Baptista, 2010), e a Religião pode proporcionar um aumento do senso de propósito e significado da vida, sendo fator de proteção à saúde (Panzini & Bandeira, 2007), ambos os efeitos são verificados nos casos de CRE positivo, já que esse tipo de estratégia apresenta correlação positiva com melhor saúde mental, crescimento espiritual e cooperatividade (Koenig et al., 1998 citado por Panzini & Bandeira, 2005). Também tem sido relacionado com melhor saúde em vários estudos (Pargament et al., 2005), uma vez que se põe como fator que contribui para adesão ao tratamento, enfrentamento da problemática, adaptação ao distresse, redução da ansiedade, busca de sentido para a situação (Fornazari & Ferreira, 2010), avaliação positiva da qualidade de vida e redução de sintomas sugestivos de problemas emocionais (Faria & Fleury, 2005), sendo reconhecido inclusive em UTI como fonte de conforto e confiança à família e aos pacientes como por exemplo em Oliveira (2011) .

O CRE do tipo negativo, no entanto, foi relacionado a vários problemas de saúde tais como depressão, ansiedade, insensibilidade e estresse pós-traumático (Faria & Fleury, 2005). Estando relacionado em estudos estatísticos longitudinais com maior probabilidade de risco de morte (Pargament et al., 2005; Dalgarrondo, 2008) e com pacientes menos comprometidos com o tratamento, como em Jenkis (1995 citado por Faria & Fleury, 2005), quando foi verificado que muitos pacientes em estágio avançado de AIDS estavam aguardando passivamente a cura em nome da confiança que Deus a iria providenciar.

Perda de satisfação com a vida (Mellagi, 2009) e diminuição da sua qualidade (Panzini et al., 2007), também é marca do CRE Negativo, de forma semelhante ao que é evidenciado em trabalhos que destacam como enfrentamentos passivos ou evitativos apresentam piores evoluções e prognósticos mais restritos (Fortes et al., 2010); assim como a religião que em algumas situações e condições de vida também pode ser negativa para a saúde das pessoas ao fazer surgir sentimentos de culpa, vergonha, submissão e medo.

Por essas razões que os autores da área sugerem que minimizar o CRE negativo seja tão ou mais importante do que promover o CRE positivo (Mellagi, 2009).

1.4.6 *Coping* religioso/espiritual e qualidade de vida: o índice Razão CREN/CREP $\leq 0,5$.

Panzini (2004) no trabalho de tradução, adaptação e validação da *RCOPE Scale*, também buscou relacionar o CRE com saúde e qualidade de vida. A *RCOPE Scale*, conforme revisão de literatura de Panzini no citado trabalho, é a escala mais usada para se mensurar *coping* religioso/espiritual em pesquisas com diferentes amostras e *settings*. No trabalho citado a autora procurou fazer tal relação utilizando questionários com questões demográficas, socioeconômicas, religiosas e de saúde; a Escala de Atitude Religiosa e a *WHOQOL-bref*. A Escala de Atitude Religiosa (Fraga & cols., 2002 citada por Panzini, 2004) é uma escala que mede atitudes religiosas, avaliadas em três domínios: Conhecimento, Afeto e Comportamento Religioso. Já *WHOQOL-bref* é uma escala breve de qualidade de vida de propriedade da Organização Mundial de Saúde.

Após análise estatística, a autora propõe teoricamente a partir de seus dados empíricos que *coping* religioso/espiritual e qualidade de vida são construtos correlacionados, de forma que para ter um efeito benéfico geral na qualidade de vida o indivíduo precisaria ter duas vezes mais *coping* religioso/espiritual positivo (CREP) do que negativo (CREN), ou seja, uma vez mensuradas as quantidades de CREP e CREN de alguém e fazendo-se a divisão CREN/CREP, resultados iguais ou inferiores ao número 0,5 indicam ganhos para a qualidade de vida do sujeito, já resultados maiores que o número um apontam que o uso do *coping* religioso/espiritual negativo é predominante.

1.4.7 - Métodos de comportamento religioso/espiritual

Tão importante quanto saber quanto a religião está relacionada com *coping*, também é relevante saber como ocorre tal envolvimento, mais precisamente com quem (por exemplo: sacerdotes, crentes ou Deus), como (exemplos: oração, leitura da bíblia, rito), quando (exemplos: estressores agudos, estressores crônicos), onde (exemplos: com a congregação, privadamente) e porquê (exemplos: busca de sentido, conseguir controle). Em coerência com a teoria de Lazarus e Folkman, Pargament (1997 citado por Faria & Fleury, 2005) argumenta que as pessoas tem um sistema de orientação que avalia

o estressor, assim como os recursos disponíveis para enfrentá-lo. Tal sistema de orientação envolve crenças, sentimentos, práticas e relações originadas dos domínios sociais, religiosos e de personalidade.

Em 2000, Pargament, Koenin e Perez (citado por Pargament et al., 2005) na tentativa de identificar as várias possibilidades de *coping* religioso chegaram através de entrevistas e revisão de literatura aos métodos de *coping* religioso³. Como apresentado na tabela dois, totalizam 21 condutas que podem ser divididas em cinco grandes grupos.

Tabela 2
Métodos de coping religioso

<i>Métodos de coping religioso em busca de sentido</i>	
<i>Reavaliação religiosa benevolente</i>	Redefine o estressor através da religião como potencialmente benéfico
<i>Reavaliação como punição divina</i>	Redefine o estressor como uma punição de Deus pelos pecados individuais
<i>Reavaliação demoníaca</i>	Redefine o estressor como um ato do demônio
<i>Reavaliação do poder de Deus</i>	Redefine o poder de Deus para influenciar a situação estressante
<i>Métodos de coping religioso para ganhar pericia e controle</i>	
<i>Coping religioso colaborativo</i>	Busca de controle através de uma parceria com Deus na solução dos problemas
<i>Adiamento religioso passivo</i>	Espera passiva por Deus para controlar a situação
<i>Renúncia religiosa ativa</i>	Desistência ativa do controle pela ação de Deus
<i>Súplica por interseção direta</i>	Busca de controle indiretamente através de súplica a Deus por milagre ou intervenção divina
<i>Coping religioso autodiretivo</i>	Busca de controle através da iniciativa individual em vez de ajuda de Deus

³No trabalho citado, assim como em outros em idioma inglês, os autores usam o termo *religious coping* para se referir ao que autores nacionais chamam de coping religioso/espiritual, devido a isso nessa citação optou-se por traduzir o termo.

Métodos de coping religioso para conseguir conforto e proximidade a Deus

<i>Busca de conforto espiritual</i>	Busca de conforto e reafirmação através do amor e cuidado de Deus
<i>Foco religioso</i>	Comprometimento em atividades religiosas para mudar o foco do estressor
<i>Purificação religiosa</i>	Busca por limpeza espiritual através de ações religiosas
<i>Conexão espiritual</i>	Busca de um senso de conexão com forças que transcendem o eu
<i>Descontentamento espiritual</i>	Expressão de confusão e insatisfação com a relação de Deus com o indivíduo que está na situação estressora
<i>Marca de fronteiras religiosas</i>	Demarcação clara entre o comportamento religioso aceitável e o inaceitável e permanência dentro das fronteiras religiosas

Métodos de coping religioso de conseguir intimidade com outros e proximidade a Deus

<i>Busca de suporte do clero ou membros</i>	Procura de intimidade e reassuramento através da vida e cuidado de membros da congregação e clero
<i>Ajuda religiosa</i>	Tentativa de prover suporte e conforto religioso a outros
<i>Descontentamento interpessoal religioso</i>	Expressão de confusão e insatisfação com a relação do clero e dos membros com o indivíduo na situação de estresse

Métodos de coping religioso para alcançar transformação de vida

<i>Busca de direção religiosa</i>	Procura pela religião para obter ajuda na busca de uma nova direção para a vida
<i>Conversão religiosa</i>	Procura pela religião para uma radical mudança de vida
<i>Clemência religiosa</i>	Procura pela religião para ajuda na mudança da raiva, magoa e medo associados com uma ofensa a paz

Pargament et al., (2005) argumentam que mesmo com tal abrangente apresentação, os métodos de *coping* relacionados acima não captam muitos dos métodos religioso e/ou espirituais específicos de várias tradições religiosas, tanto das culturas ocidentais, quanto das não ocidentais, tais como carma, cura espiritual e peregrinação. Nitidamente, a religião pode expressar-se em uma variedade de modos no processo de *coping*.

Métodos de *coping* religioso para ganhar pericia e controle

Pargament (1988 citado por Mellagi, 2009), em um estudo realizado com membros de uma igreja luterana e outra presbiteriana, formulou três estilos de CRE baseados nas dimensões *locus* de controle e nível de atividade, ligados aos estilos de resolução de problemas (Panzini & Bandeira, 2007). Na classificação dos métodos listada acima todos eles estão inclusos no grupo de métodos para ganhar pericia e controle. São eles:

- O autodiretivo (*self-directing*), em que a responsabilidade na resolução do problema está no indivíduo, sendo Deus mais passivo. Baseia-se na proposição de que Deus dá as pessoas liberdade e recursos para gerirem as suas próprias vidas.
- O delegante (*deferring*), no qual o responsável é a própria divindade que deve agir pelo indivíduo, que espera a solução passivamente, já que delegou a responsabilidade a Deus.
- O colaborativo (*collaborative*). Quando a responsabilidade é compartilhada entre o indivíduo e Deus, sendo, portanto, os dois ativos e parceiros na resolução dos problemas.

Anos depois, Pargament (1997, citado por Panzini & Bandeira, 2007) identificou o quarto tipo desse grupo de métodos de CRE.

- O súplica (*pleading* ou *petitionary*). Quando o indivíduo tenta ativamente persuadir a vontade de Deus através de rogos ou petições por Sua divina intervenção.

Existiria mais um estilo proposto por Wong-McDonald e Gorsuch (2000, citado por Panzini & Bandeira, 2007).

- O renúncia (*surrender*). No qual o indivíduo escolhe ativamente renunciar a sua vontade em favor da vontade de Deus.

Normalmente os métodos autodireção, colaboração e renúncia são considerados como CRE positivo, já os delegação e súplica são tidos como CRE negativo. Contudo, como apontou Panzini (2004 citada por Panzini & Bandeira, 2007) o estilo súplica pede uma classificação positiva e negativa, já que na análise fatorial da escala CRE que validou em

nosso país alguns itens de súplica carregaram na dimensão positiva e outros na negativa. Sendo assim, o estilo súplica deve ser considerado de acordo com o teor e a forma do pedido, se a pessoa pede a Deus tentando modificar a vontade divina de acordo com sua vontade própria seria CRE negativo, mas se a pessoa suplica pelo apoio de Deus respeitando a Sua vontade em detrimento da individual seria CRE positivo.

É importante salientar que alguns autores, em sintonia com os pesquisadores de *coping* secular, afirmam que os métodos de CRE não devem ser associados a traços rígidos de personalidade, uma vez que o processo de *coping* religioso/espiritual também dependeria da situação estressora e do contexto. Tanto no *coping* secular, quanto no religioso/espiritual, uma pessoa poderá utilizar outras estratégias, conforme a situação exigir e seus recursos deixarem de responderem adequadamente à situação (Mellagi, 2009).

2 JUSTIFICATIVA

O interesse em pesquisar o *coping* religioso/espiritual em pacientes internados surgiu a partir da experiência do autor do presente trabalho em Psicologia Hospitalar obtida com o estágio e o serviço voluntário realizados em um hospital geral, quando pode observar em vários casos clínicos como os pacientes e seus familiares usam a crença religiosa como suporte para lidar com o sofrimento causado pela doença, internação ou morte.

Somaram-se a isso a sua participação em um Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, no qual o tema da espiritualidade foi recorrentemente discutido, e o conhecimento em Psicologia da Religião obtido com a participação em pesquisa realizada nessa área durante a sua graduação.

Outro importante elemento foi a sua participação no Laboratório Sujeito e Corpo - SuCor do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e da sua iniciação científica em Psicossomática, quando foi possível entender como a subjetividade, as emoções, as formas de lidar com as dificuldades e as relações sociais podem influenciar a saúde em sua totalidade (Santos-Silva, Rodrigues & Roitberg, 2010).

De maneira que surgiu o questionamento de como o referencial psicodinâmico e da psicossomática poderiam contribuir para a compreensão do *coping* religioso/espiritual, de forma a entender o quanto e como ele ocorre.

Tais conhecimentos poderiam possibilitar ao psicólogo e a equipe de saúde lidar melhor com as questões religiosas/espirituais dos pacientes surgidas no momento da internação ou cirurgia, afinal a religiosidade é parte relevante da vida das pessoas e das ciências humanas. Faria e Fleury (2005) ilustram o mérito de tal tema com pesquisas que registram como a grande maioria (95%) da população adulta dos EUA (Hoge, 1996) e do Brasil (99%) declaram acreditar em Deus (Klintowitz, 2001).

Pesquisar sobre o *coping* religioso/espiritual em pacientes internados também pode contribuir na diminuição das dúvidas e conflitos que os profissionais de saúde ainda têm sobre as dissonâncias entre suas crenças religiosas/espirituais e as dos seus atendidos, assim como qual seria a contribuição da ciência e da Psicologia Clínica, especialmente a Psicologia da Saúde nesse contexto. Não se tratando de uma defesa do uso da religiosidade ou espiritualidade, mas permitindo, em casos que o paciente já utilize o CRE positivo, a valorização e o incentivo para um melhor aproveitamento desse importante e disponível recurso na prevenção, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde (Faria & Fleury, 2005; Panzini & Bandeira, 2007) ou, nos casos de CRE negativo, a identificação de mais essa dificuldade no prognóstico.

Quanto a ampliação da compreensão teórica do fenômeno, esse trabalho pretende atender a algumas sugestões de Pargament et al., (2005):

- A maioria dos estudos sobre o tema foram feitos em amostras caucasianas e euro-americanas, sendo necessárias pesquisas em amostras de outras partes do mundo, como o Brasil.
- País onde é necessário investigar as relações entre religiosidade e saúde, principalmente por ter características religiosas muito particulares (Faria & Fleury, 2005), o que pode levar a resultados muito diferenciados.
- Importante também é a metodologia quali-quantitativa, entendida por Pargament et al., (2005) como capaz de realizar análises mais aprofundadas, as quais levariam para resultados reveladores.

- Os estudos sobre esse tema geralmente são feitas por psicólogos interessados na relação desse tipo de *coping* e saúde mental, sendo necessários estudos que consideram as implicações do CRE com outras dimensões do conhecimento humano (Pargament et al., 2005), tais como as disciplinas atuantes em hospital geral.

Além disso, a relevância da religião para pesquisadores e profissionais de saúde mental é atestado em duas edições importantes nessa última área, uma vez que tanto o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM – IV) quanto o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da APA trazem categorias não clínicas de problemas religiosos ou espirituais (Gobatto & Araujo, 2010; Faria & Fleury, 2005).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Verificar na amostra estudada a ocorrência do *coping* religioso/espiritual e como ele se apresenta.

3.2 Objetivos específicos

Avaliar na amostra estudada:

1. O tipo de *coping* religioso/espiritual mais frequente – CRE positivo ou negativo;
2. A frequência da razão CREN/CREP menor ou igual a 0,5.
3. Em quais situações clínicas os tipos de CRE, positivo ou negativo, estão mais presentes;
4. Identificar as possíveis correlações estatísticas entre as características sócio-demográficas da amostra e os tipos de CRE – positivo ou negativo;
5. A relação que o paciente estabelece com a doença, o tratamento, a internação ou cirurgia, o seu tipo de CRE e o seu método de CRE para ganhar pericia e controle (autodiretivo, delegante, colaborativo, súplica ou renúncia), caso ocorra.

4 MÉTODO

Para se alcançar os objetivos da pesquisa o trabalho teve duas fases realizadas simultaneamente, uma utilizando um método quantitativo e outra utilizando um qualitativo. A utilização dos dois métodos se deve a complementaridade existente entre esses dois modos de se fazer pesquisa (Guimarães, Martins & Guimarães, 2004), assim como aos objetivos pretendidos que buscam tanto a mensuração do fenômeno, abordada pelo método quantitativo, quanto à compreensão psicodinâmica de como ele ocorre, alcançada pelas técnicas qualitativas, de forma a poder contribuir para o enriquecimento da análise (Minayo & Sanches, 1993).

4.1 Amostra

Na primeira fase a amostra foi composta por 120 adultos, com idades entre 30 a 59 anos, internados em hospital escola, mas especificamente nas enfermarias da clínica cirúrgica e da clínica médica do Hospital Universitário da USP. Todos os participantes foram informados que poderiam ser solicitados para um novo contato.

Um estudo estatístico poderia ser feito para se calcular um tamanho da amostra de acordo com os objetivos da pesquisa, contudo a partir da consultoria da equipe de estatísticos do Instituto de Psicologia da USP conclui-se que seriam necessárias algumas centenas de pacientes. Uma vez que tal coleta demandaria mais tempo do que o período de um curso de mestrado optou-se por um número possível de ser realizado e já capaz de ser trabalhado em estatísticas inferenciais.

A literatura mostra como as estratégias de *coping* mudam com o desenvolvimento do indivíduo (Antoniuzzi et al., 1998), por isso foi escolhido focar a pesquisa apenas em pessoas da referida faixa etária.

Na segunda fase, a amostra foi composta por oito pacientes selecionados da amostragem da primeira fase.

4.2 Fases da pesquisa

4.2.1 1ª Fase - Quantitativa

A fim de se caracterizar a amostra foi feito um estudo quantitativo buscando saber a frequência dos tipos de *coping* religioso/espiritual positivo, negativo, total e do índice razão CREN/CREP, e assim relacionar tais dados com outras características dos participantes de forma a traçar perfis, correlações e associações possíveis através de análise estatística, tais informações e tal análise serão pormenorizados adiante nesse método.

Os pacientes foram selecionados aleatoriamente, da seguinte forma: A cada dia os leitos de um gênero das duas clínicas eram numerados de 1 a x, sendo x o número total de leitos de cada gênero em cada clínica, tais números foram sorteados no *software Microsoft Office Excel* através da função “=aleatorioentre (1;x)”, a cada semana os sorteios diários eram feitos com os leitos de apenas um gênero, na semana posterior o mesmo processo era feito com o outro sexo. Desta forma as únicas variáveis controladas do sorteio foram o gênero do participante e a quantidade de leitos de cada clínica. A cada dia eram sorteados 10 leitos de cada clínica, caso o paciente do leito sorteado não tivesse condições físicas ou psicológicas para participar do estudo, documentadas em prontuário, ou não fosse da idade dos sujeitos da amostra, ou ainda caso não quisesse contribuir, tal leito era excluído da pesquisa e se passava para o próximo leito sorteado do dia. Exemplificando: Em uma segunda-feira foram numerados e sorteados os 10 leitos femininos da clínica médica e os 10 da clínica cirúrgica, no dia posterior o mesmo processo foi feito e se repetiu assim até a sexta-feira. Na semana seguinte o mesmo procedimento foi feito com os leitos masculinos de tais clínicas. Continuando o exemplo, na citada segunda-feira os leitos 08 e 14 da clínica cirúrgica foram sorteados, mas os pacientes estavam em procedimento no centro cirúrgico, tais leitos foram excluídos e apenas dezoito pacientes participaram da pesquisa nesse dia.

Instrumentos

Para se conseguir tais dados foram usados dois instrumentos, um Formulário Geral e a Escala CRE - Breve. As respostas foram dadas ao pesquisador que preencheu os

instrumentos e também foram gravadas em áudio, mais especificamente em arquivos do tipo .mp3.

Formulário Geral

O Formulário Geral (apêndice I), formulado para a presente pesquisa, conteve as seguintes questões e possibilidades de resposta numeradas a seguir:

- Clínica em que o paciente se encontrava;
 1. Cirúrgica
 2. Médica
- Idade;
- Sexo;
- Escolaridade;
 1. Ensino fundamental incompleto
 2. Ensino fundamental completo
 3. Ensino médio completo
 4. Ensino superior completo
 5. Pós-graduação
- Local de nascimento por estados do Brasil;
- Estado civil;
 1. Solteiro
 2. Casado
 3. União estável
 4. Divorciado
 5. Separado
 6. Viúvo

- Religião;
 1. Católica
 2. Evangélicas
 3. Sem religião
 4. Espíritas
 5. Afro-brasileiras
 6. Judaísmo
 7. Outras

- Diagnósticos médicos organizados em sistemas do corpo humano;
 1. Respiratório
 2. Cardiovascular
 3. Digestivo ou digestório
 4. Urinário
 5. Genital
 6. Hemolinfopoiético
 7. Endócrino
 8. Nervoso
 9. Musculoesquelético
 10. Tegumentar
 11. Ainda não definido

- Tempo de internação em dias

- Gravidade percebida da doença
 1. Nada
 2. Pouco
 3. Bastante
 4. Muito

Escala CRE-Breve

Tal instrumento foi elaborado e validado no Brasil por Panzini e Bandeira (2005) a partir da escala *Brief-RCOPE* criada por Pargament (2000). Essa escala de tipo *Likert* de cinco pontos (1 - nem um pouco a 5 - muitíssimo) consiste em 49 itens. Estes estão agrupados em 11 fatores principais de *coping* religioso/espiritual (sete fatores positivos e quatro negativos). Tal escala mensura quanto *coping* religioso/espiritual a pessoa desempenha (CRE Total), quanto desse é do tipo positivo (CRE Positivo), quanto é do tipo negativo (CRE Negativo). Sua instrução habitualmente pede que a pessoa pense na situação de maior estresse que vivenciou recentemente e solicita que ela responda o quanto fez ou não o que está escrito em cada item para lidar com tal evento. Nessa pesquisa foi solicitado que os participantes refletissem sobre a situação que estavam vivendo, no caso internação, cirurgia e cuidados com a sua saúde. A escala encontra-se no anexo I.

4.2.2 - 2ª Fase - Qualitativa

Nessa fase foi feito um estudo qualitativo com o objetivo de conhecer mais profundamente os pacientes selecionados, de forma a poder compreender clinicamente os métodos de enfrentamento desempenhados. A partir da primeira fase foram identificadas as razões CREN/CREP dos pacientes participantes, possibilitando que nesta segunda fase a amostra fosse composta por dois grupos:

1. Grupo 1: Pacientes com o índice razão menor ou igual a 0,5.
2. Grupo 2: Pacientes com o índice razão CREN/CREP maior que 0,5.

Como citado anteriormente, pacientes com razão CREN/CREP menor ou igual a 0,5 tem ganhos para qualidade de vida com a utilização de tal recurso, por isso tal número foi usado como crivo para se separar esses dois grupos, se tratando portanto do grupo dos pacientes que tem ganhos para a qualidade de vida com o uso do CRE e o grupo que não tem tais ganhos.

Cada grupo foi composto por quatro pacientes, selecionados da seguinte forma: a cada dezena de pacientes que responderam os instrumentos da primeira fase, o primeiro paciente identificado de cada grupo foi convidado para a segunda fase a ser realizada no dia seguinte, caso o paciente não quisesse ou não tivesse condições clínicas, o próximo paciente que surgisse de tal grupo seria convidado a contribuir nessa nova etapa. Por exemplo, depois da entrevista de número 20 o primeiro paciente que teve a razão CREN/CREP menor ou igual a 0,5 foi convidado a participar da segunda fase como integrante do grupo 1 e o primeiro que teve a razão maior que 0,5 foi convidado a participar como membro do grupo 2.

Tais convites só voltaram a acontecer depois da entrevista de número 30 da primeira fase e assim sucessivamente a cada dezena até que o número de oito pessoas, sendo quatro de cada grupo, foi alcançado. Buscou-se com isso manter a aleatoriedade da escolha dos participantes da segunda fase, sem que houvesse uma concentração temporal na escolha de tais pacientes, de forma que eles foram selecionados conforme a primeira fase foi sendo executada.

Instrumento

O instrumento utilizado nesse momento da pesquisa foi uma entrevista semiestruturada (apêndice II), com o objetivo de obter uma compreensão da história de vida do sujeito, as suas formas de funcionamento mental, como vivencia as suas dificuldades e como as enfrenta. As entrevistas dessa fase também foram gravadas em áudio em arquivos.mp3.

Método da análise de conteúdos

Nessa fase foi feita a análise levando-se em consideração os objetivos do presente trabalho e o método da análise de conteúdos (Rodrigues, 1998; Turato, 2008). Tal método consiste das seguintes fases:

- Coletar os dados através das entrevistas.

- Lê-las buscando estabelecer um contato inicial com as informações obtidas, conhecendo o material, para que o conteúdo possa ganhar clareza.
- Identificar os principais temas em cada uma das entrevistas, analisando-as mais pormenorizadamente.
- Categoriza-las segundo critérios de relevância e repetição.
- Rer o conjunto, identificando as semelhanças e diferenças, avaliando as categorias e eventuais subcategorias.
- Fase de validação externa, discussão com o orientador da investigação.
- Finalmente integrar tais dados, articulando-os com a teoria, e interpretá-los.

No caso tal interpretação se deu a partir do referencial teórico psicodinâmico e da psicossomática.

4.3 Projeto Piloto

No mês de Setembro de 2012 foi realizado um projeto piloto deste método nas clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário da USP. Foram selecionados aleatoriamente vinte pacientes, dez de cada sexo, cinco homens e cinco mulheres de cada clínica, com idades entre 30 e 59 anos. A seleção dos pacientes ocorreu através de sorteio da seguinte forma: A cada semana os leitos das duas clínicas foram numerados de 1 a x, sendo x o número total de leitos de cada clínica, tais números foram então sorteados no *software Microsoft Office Excel* através da função “=aleatorioentre (1;x)”, sendo cinco leitos por dia em cada clínica. Esses pacientes foram convidados a responder ao Formulário Geral e a escala CRE apresentados anteriormente. Para a segunda fase, a qualitativa, foram convidados dois pacientes, o segundo que teve a razão CREN/CREP menor ou igual a 0,5 e o primeiro que teve a razão maior que 0,5. Com tais pacientes foi feita a entrevista semidirigida. O primeiro paciente que teve a razão CREN/CREP menor ou igual a 0,5 não pode participar da segunda fase do projeto piloto porque no dia seguinte à sua participação na primeira fase ele foi operado, ficando confuso e sonolento durante todo o dia, recebendo alta no dia posterior.

As principais dificuldades do projeto piloto foram o sorteio indicar muitos leitos de pessoas com idades fora do objetivo da pesquisa e direcionar poucas vezes para leitos femininos. Devido a esses contratempos a coleta do projeto piloto precisou de quatro semanas e dois dias para ser concluído. Por esses motivos, optou-se por controlar a cada semana o gênero dos leitos no sorteio da primeira fase da pesquisa e dobrar o número dos leitos sorteados a cada dia.

4.4 Formas de análises dos resultados

Os dados da primeira fase, a quantitativa, foram analisados através do programa estatístico SPSS for *windows* versão 16.0. Análises descritivas exploratórias foram feitas utilizando medidas de dispersão e tendência central, tabelas cruzadas de dupla entrada e gráficos descritivos. Para a análise das tabelas de associação, foi utilizado o teste de qui-quadrado. Nas situações em que tal teste não pôde ser aplicado, e, em se tratando de tabelas 2x2, foi utilizado o teste exato de Fisher. Foi adotado como nível de significância o valor 0,05 (alfa=5%), para intervalo de confiança de 95%. Com isso, níveis descritivos (p) igual ou inferiores a esse valor foram considerados significantes ($p < 0,05$). Para melhor compreensão dos dados algumas variáveis foram reagrupadas em seus níveis, maiores explicações quanto a isso serão apresentadas nos resultados da pesquisa.

Os dados da fase qualitativa foram analisados utilizando o método da análise de conteúdo explicado anteriormente.

4.5 Análise dos aspectos éticos

As questões éticas, deontológicas e legais foram trabalhadas de acordo com as leis e regulamentações vigentes. Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, atentou-se a resolução nº. 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (COMEP).

A participação dos pacientes se deu a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (apêndice III). Respeitou-se a dignidade e autonomia de cada participante, ao garantir-lhe a possibilidade de recusar ou desistir a qualquer momento da

pesquisa e ao preservar sua identidade, com o devido sigilo de informações que pudessem identificá-lo, evitando assim qualquer dano decorrente da pesquisa. O projeto foi submetido através da Plataforma Brasil à Comissão de Ética do IP-USP e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da USP, local onde foi realizada a pesquisa, tendo recebido parecer positivo de tais colegiados (Anexo II).

5 Resultados

5.1 Dados quantitativos

Os instrumentos de coleta de dados da 1ª fase foram aplicados em 120 pacientes do Hospital Universitário da USP, com idade entre 30 e 59 anos, com média de 46,86 anos e desvio padrão de 8,42. Os pacientes eram da clínica cirúrgica e da clínica média, sendo sessenta pacientes de cada clínica, 30 homens e 30 mulheres. A coleta foi feita em 12 semanas entre Junho e Agosto de 2013.

Dos pacientes sorteados, três se negaram a participar da pesquisa e seis não tinham condições físicas e psicológicas para tal. As dinâmicas das entrevistas foram muito variadas. Houve desde aquelas que aconteceram muito rapidamente, com o paciente entendendo e respondendo prontamente cada item questionado, até outras em que o paciente tinha dificuldade para entender o que era perguntado, e ainda outros internados que contextualizavam várias de suas respostas procurando contar mais a respeito de si.

5.1.1 - Caracterização da amostra

Tomando como referência as características mais frequentes dos pacientes, podemos caracterizar o sujeito da amostra como tendo de 50 a 59 anos (45% da amostra), natural do estado de São Paulo (46,7%), com ensino fundamental incompleto (49,2%), casado (47,5%), católico (48,3%), com problema no sistema digestivo (30,8%), internado entre 2 a 5 dias (29,2%), entendendo o seu problema de saúde como pouco grave (30%).

Tabela 3
Médias e desvios padrão dos tipos de Copings Religioso/Espiritual (CRE) da amostra

Tipos de CRE	Média	Desvio Padrão
CRE Positivo	3,08	0,64
CRE Negativo	2,02	0,74

Como mostrado na tabela três, a média do *coping* religioso/espiritual positivo (CREP) da amostra foi de 3,08 (com desvio padrão de 0,64), o negativo (CREN) teve média de 2,02 ($\sigma = 0,74$). Além dessas, a média do *coping* religioso/espiritual total (CRET) foi de 3,54 ($\sigma = 0,41$).

Quanto à faixa etária, 23,3% dos pacientes estavam na faixa entre 30 e 39 anos, a faixa de 40 a 49 anos ficou com 31,7%. O grupo maior, com 45% dos pacientes, tinha idade entre 50 e 59 anos.

Os paulistas foram 46,7%, seguidos pelos nascidos na Bahia (16,7%), no Paraná (10,8%), em Pernambuco (7,5%), em Minas Gerais (3,3%), na Paraíba (3,3%), no Piauí (2,5%), no Ceará (1,7%), no Pará (1,7%), em Santa Catarina (1,7%), nas Alagoas (0,8%), no Mato Grosso (0,8%), no Rio de Janeiro (0,8%), no Rio Grande do Norte (0,8%) e no Rio Grande do Sul (0,8%).

Quanto à escolaridade, 49,2% não concluiu o ensino fundamental. Os outros níveis de escolaridade (50,8%) foram constituídos da seguinte forma: 10,8% terminou apenas tal fase da formação, o ensino médio foi concluído por 30% dos pacientes, o ensino superior por 9,2% da amostra. Apenas um paciente era pós-graduado, representando 0,8%.

Os casados foram 47,5%. Os outros 52,5% dos pacientes com outros estados civis são compostos por solteiros (38,3%), divorciados (4,2%), separados (4,2%), de união estável (3,3%) e viúvos (2,5%).

O grupo religioso mais declarado pelos pacientes foi o da igreja Católica (48,3%) seguido pelas Evangélicas (28,3%), acompanhadas pelo grupo dos Sem religião (14,2%) e finalmente pelos Espíritas (9,2%). Nenhuma outra religião foi citada pelos pacientes participantes da pesquisa.

Devido à alta variedade de casos clínicos e com intuito de possibilitar a análise estatística, os pacientes foram organizados em grupos de acordo com o sistema do corpo humano diagnosticado com a situação clínica. A maior porcentagem da amostra, 30,8%, tinha problemas no aparelho digestivo. O aparelho respiratório foi afetado em 13,3% dos pacientes. Em 10,8% o afetado foi o aparelho urinário. Os pacientes com problemas no sistema musculoesquelético representaram 10% dos pacientes da amostra, assim como aqueles com dificuldades no aparelho cardiovascular. Os pacientes com problemas no aparelho tegumentar foram 7,5%, o grupo hemolinfopoético foi 6,7% da amostra. Aqueles

com problemas neurológicos foram 4,2%, os com problemas no sistema endócrino foram 3,3%; por fim, apenas um paciente foi diagnosticado com problema no sistema genital, representando 0,8% dos participantes. Os ainda sem diagnóstico definido foram 5% dos pacientes da amostra.

Quanto ao período de internação nessa amostra 26,7% estava internada há até um dia, os que estavam internados de 2 a 5 dias foram 29,2%. Os pacientes internados de 6 a 10 dias foram 19,2%; aqueles internados de 11 a 15 dias foram 12,5%; os que estavam internados de 16 a 20 dias eram 5,8% e finalmente os que estavam internados a mais de 20 dias foram 6,7%.

Em relação à gravidade percebida da doença, 30% respondeu que considerava o seu quadro pouco grave. Aqueles que consideravam o seu quadro muito grave foram 28,3% da amostra, seguidos por aqueles que o consideravam nada grave (21,7%). Os que consideravam o seu quadro como bastante grave foram 20% da amostra.

Tabela 4

Parâmetros de interpretação das médias de Coping Religioso/Espiritual

Parâmetro	Faixa das médias
Nenhuma ou Irrisória	1,00 a 1,50
Baixa	1,51 a 2,50
Média	2,51 a 3,50
Alta	3,51 a 4,50
Altíssima	4,51 a 5,00

Para se analisar os valores das médias dos *copings* religioso-espirituais é necessário utilizar o parâmetro informado pelas autoras da versão nacional da escala abreviada (Panzini & Bandeira, 2005). Como demonstrado na tabela quatro, médias que são de 1,00 a 1,50 devem ser consideradas Nenhuma ou Irrisória, aquelas que ficam entre 1,51 a 2,50 devem ser consideradas Baixas, as que forem de 2,51 a 3,50 são consideradas Médias, as médias que são de 3,51 a 4,50 são consideradas Altas e por fim, aquelas que vão de 4,51 a 5 são consideradas Altíssimas.

Figura 1

Mínimo, média e máximo dos tipos de coping religioso espiritual e da razão CREN/CREP

Como demonstrado na figura um, o *coping* religioso/espiritual positivo (CREP) ficou entre 1,38 e 4,76 com média de 3,08, ou seja, um valor médio e desvio padrão de 0,64. O *coping* religioso/espiritual negativo (CREN) oscilou entre 1 e 4,46 com média de 2,02, um valor baixo, e desvio padrão de 0,75. Além desses, o *coping* religioso/espiritual total (CRET) da amostra variou entre 2,55 e 4,8 com média de 3,54, um valor alto, e desvio padrão de 0,41. Como também consta na figura, a razão CREN/CREP variou entre 0,31 e 1,30, tendo média de 0,66 e desvio de 0,22.

Segundo a literatura apresentada anteriormente é possível organizar os pacientes em três grupos de acordo com o ganho para a qualidade de vida com o uso do CRE mensurado pelo valor da razão CREN/CREP, tais grupos estão apresentados na figura dois. Os dois primeiros grupos da legenda são os dos pacientes com CRE predominantemente positivo, os quais totalizam 88,3% da amostra.

Figura 2
Porcentagens das faixas de valor da razão CREN/CREP

- Aqueles que tiveram razão menor ou igual a 0,5, foram 28,3% da amostra.
- A grande maioria, 60% dos pacientes, tinha razão entre 0,51 e 1.
- Os pacientes com a razão acima de um tinham o *coping* religioso/espiritual predominantemente negativo e representaram 11,7% da amostra.

5.1. 2 Valores da razão CREN/CREP por variável.

Para essa etapa foi utilizado o procedimento de estatística descritiva bivariada relacionando os níveis da razão CREN/CREP mencionados acima com as variáveis demográficas.

Tabela 5
Valores dos níveis da razão CREN/CREP pelas variáveis demográficas com seus níveis

Níveis da razão CREN/CREP								
		Até 0,5		De 0,5 a 1		Acima de 1		Total
Variáveis	Freq	%	Freq	%	Freq	%		
Clinica								
Cirúrgica	19	31,7	36	60	5	8,3	60	
Médica	15	25	36	60	9	15	60	

Sexo							
Masculino	18	30	35	58,3	7	11,7	60
Feminino	16	26,7	37	61,7	7	11,7	60
Faixa etária							
30 a 39	7	25	19	67,9	2	7,1	28
40 a 49	9	23,7	23	60,5	6	15,8	38
50 a 59	18	33,3	30	55,6	6	11,1	54
Naturalidade							
Alagoas	1	100	0	0	0	0	1
Bahia	3	15	14	70	3	15	20
Ceará	0	0	2	100	0	0	2
Minas Gerais	0	0	4	100	0	0	4
Mato Grosso	0	0	4	100	0	0	1
Pará	0	0	2	100	0	0	2
Paraíba	0	0	2	100	0	0	4
Pernambuco	3	33,3	3	33,3	3	33,3	9
Piauí	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3
Paraná	3	23,1	10	76,9	0	0	13
Rio de Janeiro	1	100	0	0	0	0	1
Rio Grande do Norte	1	100	0	0	0	0	1
Rio Grande do Sul	0	0	1	100	0	0	1
Santa Catarina	1	50	1	50	0	0	2
São Paulo	20	35,7	30	53,6	6	10,7	56
Grau de instrução							
Ensino fundamental incompleto	7	11,9	42	71,2	10	16,9	59
Ensino fundamental completo	2	15,4	10	76,9	1	7,7	13
Ensino médio completo	18	50	16	44,4	2	5,6	36
Ensino superior completo	6	54,4	4	36,4	1	9,1	11
Pós-graduação	1	100	0	0	0	0	1
Estado Civil							
Solteiro	12	26,1	26	56,5	8	17,4	46
Casado	16	28,1	39	68,4	2	3,5	57
União Estável	2	50	1	25	1	25	4
Divorciado	3	60	2	40	0	0	5
Separado	1	20	3	60	1	20	5
Viuvo	1	33,3	2	66,7	0	0	3

Religião							
Católicas	17	29,3	34	58,6	7	12,1	58
Evangélicas	10	29,4	20	58,8	4	11,8	34
Sem religião	1	5,9	13	76,5	3	17,6	17
Espíritas	6	54,5	5	45,5	0	0	11

Sistema do corpo humano afetado							
Respiratório	5	31,3	7	43,8	4	25	16
Cardiovascular	1	8,3	9	75	2	16,7	12
Digestivo	9	24,3	26	70,3	2	5,4	37
Urinário	3	23,1	8	61,5	2	15,4	13
Genital	0	0	1	100	0	0	1
Hemolinfopoético	2	25	5	62,5	1	12,5	8
Endócrino	2	50	2	50	0	0	4
Nervoso	1	20	4	80	0	0	5
Tegumentar	5	55,6	4	44,4	0	0	9
Ainda definido	2	66,7	1	33,3	0	0	3

Tempo de internação							
Até 1 dia	9	28,1	19	59,4	4	12,5	32
2 a 5 dias	9	25,7	26	74,3	0	0	35
6 a 10 dias	5	21,7	12	52,2	6	26,1	23
11 a 15 dias	7	46,7	8	53,3	0	0	15
16 a 20 dias	1	14,3	2	28,6	4	57,1	7
mais de 20 dias	3	37,5	5	62,5	0	0	0

Nota: As porcentagens dos níveis da razão CREN/CREP de cada nível das variáveis demográficas se somam em 100% na horizontal.

Observam-se na tabela quatro que as frequências do intervalo de 0,51 a 1 da razão CREN/CREP são maiores do que as dos outros intervalos da razão em grande parte dos níveis das variáveis demográficas. O intervalo até 0,5 seria o segundo nível mais frequente da variável razão CREN/CREP. Existem exceções, as quais estão em destaque.

Foram feitos testes qui-quadrado entre as variáveis demográficas e os níveis da razão CREN/CREP. A opção pelos testes não paramétricos se deu devido à concentração de algumas variáveis, ou seja, elas não seguiam uma distribuição normal. Para melhor compreensão dos dados algumas dessas foram reagrupadas. Na tabela cinco constam as associações significativas identificadas, com as variáveis Grau de instrução e Estado civil. Tais variáveis foram reagrupadas, a Grau de instrução ficou com os níveis Ensino fundamental incompleto e Outros níveis de escolaridade, já os níveis da variável Estado Civil foram Casados e Outros estados civis.

Tabela 6

Índices das associações significativas entre os níveis de intervalos da razão CREN/CREP e as variáveis reagrupadas grau de instrução e estado civil

Variáveis	Níveis da razão			χ^2	GL
Grau de Instrução	0 - 0,5	0,51 - 1	Acima de 1		
Ensino fundamental incompleto	11,9	71,2	16,9	11,091*	2
Outros níveis de escolaridade	44,3	49,2	6,6		

Estado civil					
Casados	28,1	68,4	3,5	7,479**	2
Outros estados civis	28,6	52,4	19		

Nota. Níveis da razão = frequência de cada nível dos intervalos da razão CREN/CREP em porcentagem; χ^2 = índice do teste qui-quadrado; GL = graus de liberdade;

* $p < 0,001$; ** $p = 0,24$.

Como demonstrado na tabela seis, através do teste qui-quadrado foi possível identificar uma associação significativa ($\chi^2 = 11,091$, $gl = 2$, $p < 0,001$) entre a escolaridade e os níveis da razão CREN/CREP. Assim como entre estado civil e os níveis da razão CREN/CREP ($\chi^2 = 7,479$, $gl = 2$, $p = 0,024$).

5.2 – Dados qualitativos

5.2.1 – Entrevistas

Foram realizadas oito entrevistas qualitativas com pacientes selecionados aleatoriamente para formar dois grupos, aqueles com razão CREN/CREP até 0,5 e aqueles com a razão acima desse número. Cada grupo com quatro pacientes, de acordo com o método explicado anteriormente.

Segue uma breve apresentação de cada um deles separados pelos grupos, os nomes foram alterados para preservar a identidade dos pacientes.

As entrevistas na íntegra podem ser vistas nas transcrições do apêndice IV da versão original da presente dissertação, localizada na biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da USP.

5.2.1.1 Grupo 1 - Pacientes com razão CREN/CREP $\leq 0,5$.

Entrevista 2 - Silvio

Dados demográficos:

Clinica cirúrgica, masculino, 58 anos, natural do estado do Rio Grande do Norte, ensino fundamental incompleto, casado, católico, diagnóstico de aderência intestinal, internado há 11 dias, percebia o seu quadro como Pouco Grave.

Dados quantitativos:

CREP: 2,88, CREN: 1,46 , CRET: 3,7 , razão CREN/CREP: 0,5.

Dados da entrevista:

Silvio foi internado com o objetivo de operar o intestino devido a bridas, aproveitando também para operar uma hérnia umbilical. O paciente passou por duas cirurgias em menos de quinze dias. A primeira foi eletiva, marcada a cerca de três meses, com o objetivo de solucionar o problema que o incomodava há cerca de 20 anos, período em que tinha episódios de bridas (obstruções) intestinais de três a cinco vezes por ano. Dias depois dessa cirurgia enquanto ainda estava internado, houve uma intercorrência que o levou a nova intervenção cirúrgica.

Sempre que o problema das bridas o incomodava ele procurava atendimento médico, recebendo tratamento sintomático. Foi tratado assim por todos esses anos, até que recebeu indicação de cirurgia com o intuito de resolver esta situação (sic). Silvio relata que o médico-cirurgião que fez tal encaminhamento foi atencioso, ao explicar-lhe tudo o que poderia acontecer na recuperação. De maneira que o paciente tem forte admiração por tal profissional, pela equipe do HU e pelo Hospital Universitário, chegando a se emocionar ao

falar do médico. Ao ser questionado sobre porque se emociona o paciente explica que sabe de como as pessoas são maltratadas em outros serviços de saúde e de que ali estava sendo muito bem tratado.

Justifica também a sua emotividade devido ao grande período de reclusão causado pela internação, sendo que antes era uma pessoa muito ativa. Além disso, considera que tinha se preparado para uma internação mais curta.

Declara receber suporte familiar e dos amigos que o ajudam a passar por esse momento difícil, uma vez que a esposa, o filho e os amigos sempre o visitam. Sempre foram muito unidos (sic), mas nesse período da internação se aproximaram ainda mais.

A internação e a cirurgia servem para ele com uma lição de vida, que o fazem repensar vários aspectos do seu modo de viver, especialmente a alimentação, uma vez que sempre gostou muito de comidas gordurosas e continuava ingerindo-as mesmo sendo avisado pelos médicos que teria que mudar tal dieta.

Silvio está esperançoso com a sua recuperação, aguarda parar de ter as crises, que consistiam em dores constante, diarreias e até vômitos. Tem fé que Deus o irá ajudar, mesmo o médico tendo avisado que ele tem facilidade para formar bridas. O paciente pede que Deus tire todos os seus males e que o ajude a se recuperar da maneira mais rápida que ele, Silvio, puder.

Era frequentador da igreja católica, não assiduamente, mas sempre que possível. Apesar de falar tanto em Deus, quando questionado sobre o que lhe dava força para passar por tais dificuldades, responde que é pensar na vida, na família e como ainda tem muita coisa pela frente. Ainda assim, ele agradece os rogos de todos os tipos que pedem pela sua recuperação e agradece a Deus por estar vivo. Silvio entende que sempre teve essa relação com a divindade católica, já que sempre pede a Deus que o ajude a resolver os seus problemas.

Entrevista 4 – Silmara

Dados demográficos:

Mulher, internada na clínica médica, 56 anos, natural de São Paulo, ensino superior completo, solteira, espírita, com problema no sistema respiratório, internada há nove dias, entende a sua situação como bastante grave.

Dados quantitativos:

CREP: 3,41; CREN: 1,33; CRET: 4,03. Razão CREN/CREP: 0,39.

Dados da entrevista:

Paciente informa que passou mal trabalhando, ao ser socorrida no HU foi encaminhada a UTI onde passou dois dias. Quando chegou a tal unidade ficou muito assustada devido à ideia que tinha do local ligada à morte, mas a experiência mudou a sua compreensão, no momento da entrevista entendia a UTI como um lugar de melhores cuidados.

Teve o diagnóstico de pneumonia na Assistência Médico Ambulatorial - AMA antes de passar mal, chegando ao HU descobriu que estava com trombose. No momento da entrevista já estava recuperada da pneumonia, mas ainda se recuperava da trombose. Sabe que o tratamento demorará por volta de seis meses e está buscando meios de lidar com isso.

Silmara diz procurar estar informada sobre o seu quadro, perguntando para os médicos informações sobre o que está lhe acontecendo. Está preocupada com a nova informação que poderá ir para casa precisando do balão de oxigênio, no entanto procura se mostrar calma com tal novidade, além de adaptável, já que demonstra planos de ter uma rotina sem muitas limitações uma vez que já está se instruindo sobre balões de oxigênio portáteis, mesmo ainda tendo esperança de não precisar de tal recurso.

Diz que a internação mudou muito a sua vida e da sua família, mas todos aceitaram a doença (sic), Silmara fala como saiu de casa para trabalhar e não voltou até o momento da entrevista. Quanto aos familiares, entende que não mudaram com ela. No início da internação a limitação física do hospital a assustava, mas com a rotina hospitalar e as relações positivas com as colegas e a equipe tal medo diminuiu.

Mostra-se empática com as outras pessoas internadas, especialmente aquelas que tinham problemas maiores que o seu. Informa estar triste e chocada, pois foi informada há pouco que uma colega de quarto tem um prognóstico que acarretará perda severa de

autonomia. Diante da situação da colega, Silmara compreende que não tem razão para se entristecer com as suas possíveis limitações.

Silmara entende que internações longas fazem as pessoas sofrerem, o que afetaria as emoções e prejudicaria a recuperação da saúde, nas suas palavras: a depressão debilita.

Relaciona a sua empatia à sua religião, já que é espírita praticante, diretora de uma Organização Não Governamental - ONG. Segundo ela aprendeu com tal doutrina a necessidade da busca de conhecimento sobre a sua espiritualidade e a importância das orações. As quais lhe acalmam. Tanto a busca por conhecimento e por serenidade, quanto às preces a ajudam no momento da internação. Sendo que tal comportamento religioso não mudou com a internação.

Entende que antes de passar mal e ser internada a vida estava muito agitada, com várias atividades satisfatórias, de maneira que a internação é um momento de afastamento do trabalho, que a está ajudando a se recolher e cuidar de si. Ainda assim faz algumas anotações de decisões que toma para a ONG e conversa com os novos responsáveis quando a visitavam.

Quer conseguir o balão de oxigênio para poder ter alguma atividade, já que diz que não conseguirá ficar totalmente sem nada para fazer.

Os seus irmãos são próximos, mas se aproximaram ainda mais depois da internação.

Demonstra confiança no tratamento recebido, elogiando a equipe, a atenção recebida e afirmando que passará a se tratar sempre no HU, uma vez que ficou positivamente impressionada com a forma como foi tratada.

Entrevista 6 – Augusto

Dados demográficos: Homem, clínica cirúrgica, 59 anos, paulista, ensino superior completo, em união estável, católico, com fratura na perna, internado há cinco dias, considera o quadro como nada grave.

Dados quantitativos:

CREP: 2,91 , CREN: 1,00 , CRET: 3,95 Razão CREN/CREP: 0,34

Dados da entrevista:

O paciente está internado devido a uma fratura da perna, mas especificamente na ponta da tíbia, ocorrida em uma queda de moto. Procura se mostrar como alguém tranquilo e compreensivo com o tempo de internação necessário para poder fazer a sua cirurgia, uma vez que compreende que o hospital precisa cuidar de vários outros pacientes, muitos desses com urgência de cirurgia maior do que a sua. (sic)

Afirma que não é o único responsável pela queda da moto, já que o acidente aconteceu porque um carro reduziu a velocidade na sua frente em um momento que em estava distraído, mas também não se isenta da responsabilidade.

Os dois filhos também são advogados, sendo que o mais velho trabalha com ele. Logo no início da entrevista diz que o acidente e a internação lhe estão sendo úteis, pois através destes está sendo possível fazer algo que queria há muito, mas que não conseguia realizar, fazer com que o filho mais velho, Roberto, tivesse maior comprometimento com o trabalho no escritório do pai.

Augusto explica que o filho de 31 anos trabalha há um tempo com ele, mas é pouco pró-ativo e comprometido, deixando para o pai grande parte das tarefas. O paciente entende que o Roberto deixava de fazê-lo por ter o pai para fazer, sendo que no seu entender tal postura é normal em uma relação de pai e filho. Os filhos não tem pró-atividade em se comprometer, deixando as responsabilidades para os pais que teriam a iniciativa. Contudo, depois do seu acidente o filho está sendo obrigado a assumir o escritório e está fazendo-o bem.

Isso alegra o paciente, pois entende que o filho está se afirmando (sic). O que lhe dá mais tranquilidade sobre o futuro, já que somente assim poderá se aposentar sem se preocupar com a subsistência de Roberto. Aparentemente tinha dúvidas da capacidade dele, sentia falta de ver isso, o que está acontecendo agora, de forma a realmente se convencer que o rebento tem condições de trabalhar e cuidar de si.

Conta que há tempos Roberto propôs morar em Curitiba, cidade onde o irmão mais novo já morava. Foi e depois de alguns meses trabalhando como advogado sugeriu ao pai que montassem um escritório de advocacia nessa outra cidade. Augusto concordou com a ideia, já que utilizando o recurso da *internet* poderia cuidar de casos de São Paulo e dessa

outra cidade. O escritório foi montado, custando despesas, mas depois de dois meses foi invadido e roubado. Depois desse incidente Augusto orientou o filho a voltar a São Paulo, já que os custos dos dois escritórios estavam muito grandes.

Roberto obedeceu ao pai e voltou para trabalhar no escritório dele, mas não se mostrava muito comprometido com o trabalho, já que chegava tarde e ia embora cedo, além disso, confessou ao pai que estava dependente de drogas.

Tal notícia foi surpreendente para Augusto, já que nunca usou algo assim. O filho que ele conhecia brigava e xingava (sic), mas algo de tal maneira foi inesperado. Roberto contou ao pai que estava viciado e precisava de ajuda, pois queria se livrar da droga. O paciente entendeu que a situação não era tão negativa, já que o filho estava em um ponto do vício em que já queria ajuda. O paciente entende que normalmente o dependente pensa que não precisa de ajuda e pensando assim vai continuando preso à droga. Para Augusto, Roberto já tinha superado essa fase, o que é positivo.

O paciente procurou ajuda para o filho em uma clínica do interior, já que lá tinha um médico especialista com reconhecido tratamento de sucesso para casos de drogadição. Pai e filho foram, fizeram a consulta e voltaram com o medicamento. Segundo o paciente o tratamento foi feliz (sic) e mudou o comportamento de Roberto, principalmente com relação à dedicação ao trabalho. Nesse ponto, Augusto fala como o filho lhe é barato, já que tem poucos gastos com ele, quando pedia alguns reais para comprar cigarros e beber cerveja, ficando a incógnita de como Roberto conseguia dinheiro para as drogas. Há cerca de um mês, o filho teve uma recaída, também confessada ao pai. Dessa vez eles procuraram um tratamento em um grupo de psiquiatria e psicologia em um serviço público na zona oeste de São Paulo. Logo depois disso, houve o acidente de Augusto.

Além de estar mais comprometido com o trabalho, Roberto também iniciou um namoro. Augusto entende que atualmente o filho está empolgado com o trabalho e com a namorada. Devido a tal contexto, nesse momento o paciente diz estar tudo uma maravilha (sic). Sendo que a sua internação ajudou na modificação de Roberto.

Augusto disse não ter percebido nenhuma outra mudança na família, sendo que essa se constitui apenas dele e dos dois filhos. Explica isso com o fato de ser meio carção para esse tipo de coisa (sic), querendo dizer que entende que ninguém tem a responsabilidade de mudar a sua rotina por causa do acidente dele, já que foi o responsável. Caso a internação

fosse causada por motivo de doença a situação seria diferente, já que dependendo da gravidade do caso a visita poderia ser a oportunidade de ver um ente querido vivo pela última vez.

A perna operada ainda incomoda e passará por outra intervenção cirúrgica. Augusto está fisicamente desconfortável devido a dificuldades de mobilidade e posição na cama. Lembra que quando chegou ao hospital o médico colocou os ossos no lugar e os pinos para estabilizar a fratura. O paciente não lembra o nome desse médico e percebeu o quanto é exceção nisso, já que os outros internados sabem os nomes dos médicos que os tratam e se questiona se devia saber. Por um lado entende não ser uma necessidade, por outro fica se questionando se não é uma questão de deferência profissional. No momento da entrevista já tinha descoberto qual era o médico que estava cuidando do seu caso, mas inicialmente teve informações do seu quadro por meio de um enfermeiro e de uma residente de enfermagem para quem perguntou sobre o que estava acontecendo consigo.

Perguntado sobre como se sentiu quando teve informações do seu caso, Augusto fala que foi legal porque não sentiu prepotência no médico, já que ele conversou sem arrogância, a qual era esperada. O paciente diz que estava errado quanto a isso.

Ainda tem dúvida sobre o pós-operatório, mas sabe que será orientado em breve. Entende isso porque viu outros pacientes receberem tais orientações.

Ter sofrido esse acidente o chateia, já que é cuidadoso. Lembra como caiu da moto para não bater em um carro que freou logo depois de entrar na sua frente, e de como o dono do carro parou, mas foi dispensado por Augusto que o mandou ir fazer o que tinha que fazer (sic). Por entender que como não houve colisão o dono do carro contaria a história de maneira diferente que ele e de como ficaria uma palavra contra a outra, uma questão de testemunho como classificou em seus conhecimentos jurídicos, algo que não tem consequências na justiça, por isso dispensou o motorista do carro.

Augusto entende que não tinha porque pedir ajuda do motorista do carro, mas a aceitaria caso ele se propusesse a ajudar, ou seja, o paciente aceitaria a ajuda se o outro tivesse a iniciativa de fazê-lo. Pedir não é uma opção, já que cada um tem que saber quais são as suas responsabilidades sem que ninguém tenha que mandar ou orientar. Quando alguém se omite, ele não pede. Augusto é assim, já que sabe das suas obrigações e ninguém precisa pedir para ele as cumprir.

O paciente entende que tal postura é rara, já que poucas pessoas fazem dessa maneira, e relaciona isso com uma mudança de postura moral da sociedade acontecida nas ultimas gerações. Antigamente as pessoas seriam mais honestas e tal mudança social seria causada pelo governo, já que seria exemplo de desonestidade e impunidade, de maneira que influenciaria pessoas honestas a cometerem deslizes éticos e ilegais, uma vez que pequenos delitos são toleráveis (sic). Isso lhe explica como alguém pode ter consciência que causou um problema e ainda assim só pode pensar em como se livrar dessa responsabilidade.

Voltando a falar da futura cirurgia, Augusto diz que tem medo da dor da injeção da anestesia raquidiana, mesmo tendo se submetido a este procedimento na primeira cirurgia. Contudo ainda a teme, devido principalmente a fama que a injeção tem de ser bem dolorida. O paciente reconhece que teme a dor, mas como essa seria a única que sentiria na cirurgia, esse seria o seu único temor. Afirma que o sucesso da operação não é uma preocupação já que sofrer por antecipação só lhe causaria sofrimento.

Nesse momento, Augusto volta a falar sobre o acidente dizendo que no momento da queda pensou como estava prestes a se acidentar novamente, já que teve outras duas quedas de moto que resultaram em hospitalização. Esses outros acidentes foram entendidos como culpa sua, causados por imprudência, ao contrário dessa última vez.

Questionado se busca algum outro tipo de ajuda, responde que tem amigos e que eles ligam da igreja católica onde participa cantando. Augusto entende que não precisa ficar pedindo coisas a Deus, já que Ele sempre está com as pessoas. Basta ter fé e fazer a sua parte, a divindade faria a parte Dela mesmo sem a pessoa pedir.

O paciente entende que quando uma pessoa está com a vida tranquila é porque Deus está com ela. E que nunca precisou chamar a Deus já que sempre esteve com Ele. Até chega a pedir pelos amigos, pelos filhos e por orientação para ser um bom profissional. Mas mesmo não pedindo sente a ajuda de Deus na sua vida e dá como exemplo as mudanças de Roberto, que saiu das drogas e está cuidando do escritório. Pediu muito por ele, já que o considerava o mais enfermo. Para si, no entanto, Augusto não pede, já que não vê necessidade, uma vez que Deus já está olhando. Essa seria a sua maneira de lidar com Deus.

Antes do acidente a sua vida estava boa, já que trabalhava, participava da comunidade e cantava na missa. Às vezes ia a um bar ver algum colega cantar. Sobre a vida

no pós-operatório entende que iria continuar do mesmo jeito só que menos intensa devido à falta de mobilidade. Estima que tal dificuldade dure cerca de dois meses, mas reconhece que tal prazo é uma especulação sua. Além disso, teria a fisioterapia.

Por causa dos seus cuidados terá que criar uma rotina que sempre tentou evitar. Ir a ambientes hospitalares. Augusto entende que tal postura é típica de homens, mas mesmo assim ele acredita ser necessário cuidar da próstata, algo que reconhece que não está fazendo adequadamente. Lembra que tem um problema de sangue no esperma, que chegou a fazer exames que constatarem isso, mas como o médico não demonstrou muita preocupação, ele também não se importou muito. O paciente pensa como agora seria uma boa hora de rever isso, já que terá que fazer fisioterapia, poderia também marcar um médico. Ou seja, ele não quer se preocupar com a saúde, mas já que a saúde o está incomodando ele aproveitará e cuidará de tudo o que está perturbando.

Augusto recebe visitas de outros membros da família com frequência. Mas eles não falam sobre a sua condição física. O paciente entende que seria uma tentativa de poupa-lo das críticas, uma vez que entende que está nessa condição por escolha sua, já que insiste em andar de moto, mesmo depois dos acidentes. Sobre os cuidados com a saúde eles também não falam e ele entende que isso se deve ao fato de serem todos homens, tantos os filhos quanto os irmãos. Essa seria uma fonte de preocupação, o apoio que precisaria no pós-operatório, já que entende que os bons cuidados que tem no hospital não acontecerão em casa.

Augusto se sente bem cuidado tanto por médicos, quanto por enfermeiros e nutricionistas. As informações sobre o seu caso são dadas pelos médicos, os enfermeiros preferem se omitir por questão de hierarquia, o que Augusto entende ser uma atitude inteligente.

O bom tratamento do HU seria praticamente um serviço de hotelaria. Uma exceção já que nos hospitais públicos a regra seria não se importar com os pacientes. Augusto conta uma situação em que um leito próximo ao seu foi preparado para receber um paciente que não veio e de como o leito foi limpo assim mesmo, não precisando que a equipe de limpeza fosse orientada para tal. Esse nível de competência o impressionou, principalmente porque a equipe fez o trabalho sem necessitar de orientação e nem de fiscalização.

O HU é visto de duas maneiras. A respeito de si, Augusto acha o hospital excelente, pois foi prontamente atendido e operado. Contudo, um colega de quarto sofreu muito no pronto-socorro devido à colagem de paredes do intestino e ficou dois dias sofrendo muita dor; outro colega teve uma cirurgia cancelada pela segunda vez. Já a demora em solucionar o seu caso é algo que ele compreende, já que concorda que não é uma emergência.

Entrevista 8 – João

Dados quantitativos:

Homem, internado na clínica médica, 58 anos, natural de São Paulo, ensino superior completo, casado, espírita, sem diagnóstico definido, internado há oito dias, entende o seu caso como pouco grave.

Dados quantitativos:

CREP: 3,35; CREN: 1,33; CRET: 4. Razão CREN/CREP: 0,39.

Dados da entrevista:

No momento da entrevista João ainda estava com diagnóstico aberto, mas com suspeita de linfoma. A equipe estava chegando nesse diagnóstico depois de meses de investigação ambulatorial, mas ainda realizavam vários exames.

O paciente está triste com a sua situação, mas entende que o seu caso tem tratamento a partir do momento que definirem o diagnóstico. Dá como exemplo de boa recuperação os tratamentos de duas pessoas conhecidas, o Reinaldo Gianecchini e a Dilma Rousseff, uma vez que saber da recuperação dessas personalidades conhecidas o incentiva.

Considera-se bem esclarecido sobre o seu quadro e acredita que a sua recuperação será boa. É biomédico e se informou sobre a possível doença que tem, com os possíveis prognósticos.

O paciente entende que está passando pela doença porque tem condições de passar, para que saísse de sua zona de conforto e tentasse evoluir um pouco mais (sic). Tal leitura tem forte influência da sua religião, o espiritismo. Salienta que não é fanático religioso, mas

estudou algumas coisas a respeito. Acredita que a religião não deixa ninguém sozinho, pois sempre tem alguém acompanhando e incentivando, como um anjo da guarda. João entende que essa crença o ajuda porque dá força para continuar a viver. Exemplificou contando que no dia anterior a entrevista ficou 22 horas em jejum e conseguiu passar por isso, o que fez entender que tem condições de lidar com o que está passando.

O paciente pede a Deus que ajude o médico a resolver a situação, uma vez que Ele já sabe qual era o problema de saúde de João, por isso o pedido era para que os médicos descobrissem. Para si pede constantemente ajuda e proteção.

A internação não foi planejada, João foi passar em uma consulta e a médica resolveu já interna-lo, mas não foi totalmente surpresa uma vez que o paciente estava desconfiado que algo assim pudesse acontecer, pois estava se sentindo muito mal.

Mesmo demonstrando sinais claros de cansaço na postura e na fala, entende que tem mais saúde ficando no hospital. Pois no HU se sente mais bem cuidado do que em casa e é o melhor caminho para restabelecer a sua saúde. Ainda assim, os dias são cansativos, já que não consegue dormir bem a noite.

Entende que a internação é uma fase da sua vida e que irá passar. Tem esperança que depois da alta irá trabalhar menos. O paciente tem uma empresa que vende um kit de biomedicina desenvolvido por ele e trabalhava nessa empresa com a filha. No momento da internação os filhos estavam administrando-a de maneira que o surpreendeu. Afirma que depois da internação os jovens darão continuidade nos negócios, para surpresa de João que achava que só ele era capaz disso. Tal compreensão mudou com a internação.

O ritmo de trabalho prévio à doença estava intenso, sendo que a internação o ajudou a buscar a diminuir tal cadência, algo que ele pretende aprender e manter depois da internação, passando a apenas supervisionar os negócios da empresa. No seu entender tal redução seria um processo típico do envelhecimento que seria favorecido com a doença, sem ela João dificilmente reduziria o ritmo de trabalho, continuaria vigorosamente até ter um mal súbito.

O adoecimento e a internação também se revelaram como promotores da união da família, uma vez que os filhos e os irmãos estão mais próximos desde que ele adoeceu.

Quanto ao atendimento recebido, ele elogia o HU e a equipe do local.

No final da entrevista diz que a indefinição do seu quadro lhe dá ansiedade, a qual ele lida rezando e conseguindo paz de espírito, a qual seria no seu entender redução de ansiedade e confiança que dará tudo certo.

5.2.1.2 Grupo 2 - Pacientes com razão CREN/CREP > 0,5

Entrevista 1 – Cláudio

Dados demográficos:

Homem, clínica médica, 55 anos, natural do estado de São Paulo, ensino fundamental incompleto, casado, sem religião, diagnóstico de hepatite alcoólica, internado há quatro dias, percebia o seu quadro como Muito Grave.

Dados quantitativos: CREP: 3,2 , CREN: 2,08, CRET: 3,56, razão CREN/CREP: 0,64.

Dados da entrevista:

Claudio foi convidado a participar da primeira fase da pesquisa e concordou prontamente em ajudar, mesmo falando com certa dificuldade.

No dia da entrevista qualitativa também aceitou participar prontamente, mas tratou o pesquisador de maneira diferente desde o início da conversa. Essa começou com sua explicação de como não via motivos para estar internado e tal movimento de procurar convencer o pesquisador que estava saudável se manteve durante todo o colóquio, aparentemente o paciente fantasiava que o pesquisador poderia influenciar na decisão da equipe de mantê-lo no hospital ou lhe dar alta. Tanto que ao perceber que esse não era o objetivo do pesquisador, o paciente lhe direcionou certa agressividade no discurso, disfarçada com sarcasmo. É possível que ele repetisse esse mesmo comportamento com o resto da equipe da clínica médica.

Claudio entende que está internado por um problema de cirrose hepática, que ainda não tem diagnóstico definido, já que no seu entender uma médica tinha afirmado tal diagnóstico e outro médico o tinha rejeitado. Tal indecisão, a qual ele entende também ser

uma dúvida sua, está causando-lhe ansiedade, tanto que tem clareza que uma decisão definitiva, seja ela qual fosse, já o acalmaria. Cabe pontuar que no prontuário já consta tal diagnóstico, mas o paciente relata que ainda não sabe ao certo o que está acontecendo consigo, pois os médicos não falam com ele a esse respeito. Tal situação o faz querer abandonar o hospital, uma vez que entende que estava como que preso sem dever (sic), contudo sendo paciente alcoolista, muito provavelmente a síndrome de abstinência já está presente, o que pode ser o grande motivador da sensação de estar em uma prisão.

O paciente demonstra desconfiança na capacidade da equipe de cuidar dele, tanto devido à maneira como o tratam, quanto nos procedimentos de diagnóstico realizados, entendidos como inócuos, além disso, afirma repetidas vezes que não estava sentindo nenhum sintoma. Visualmente o paciente está fragilizado fisicamente, os seus olhos estão bem amarelados nas escleróticas e fala com aparente dificuldade, dando várias pausas nas frases mais longas. Tal debilidade física foi demonstrada quando um pouco antes do início da entrevista a sua esposa pediu auxílio da equipe de enfermagem para levá-lo ao banheiro, uma vez que ele não estava conseguindo fazê-lo por si só, fato presenciado pelo pesquisador no momento em que estava chegando ao quarto onde o paciente estava alojado.

Quando questionado por qual motivo estava internado, Claudio responde que estava inchado antes de procurar o pronto-socorro e ao ser atendido já ficou internado.

Sobre como foi saber que seria internado, Claudio afirma que está pronto para se comprometer com um tratamento que o ajude, se esse for definido. O que não aconteceu no seu entender. Está ali para achar alguma coisa (sic) e que mesmo sem saber o que irá lhe acontecer, irá enfrentar, já que esse é o seu objetivo. Tal enfrentamento não está acontecendo ainda porque ele não sente nenhum problema físico e nem tem diagnóstico definido, ou seja, continua negando a necessidade de ficar no hospital cuidando de sua saúde.

A internação está servindo para ele refletir sobre a sua vida, os seus relacionamentos com os amigos e a família, inclusive sobre aspectos da sua espiritualidade. Cabe lembrar que Claudio se apresenta com alguém sem religião.

Para ajudar a passar o tempo no hospital, ele conversa com os familiares, com a equipe e lê revistas. Afirma que a fé está o ajudando a passar por tal dificuldade, o que surpreende o pesquisador, já que é a segunda vez que está falando de aspectos

religiosos/espirituais mesmo sendo um pessoa sem religião. Ao falar sobre tal conteúdo, lembra que o pesquisador lhe entrevistou sobre o negócio do espiritualmente (sic) no dia anterior, mas não fala especificamente sobre como a fé o ajuda. Diz que a fé leva a pessoa para frente (sic) e que o espiritismo tem muita coisa boa e muita coisa ruim, sendo um caminho para a pessoa. Mesmo demonstrando tal interesse nega ser espírita, uma vez que entende que para ser seguidor dessa religião tem que estuda-la e como ele não estudou não pode se dizer adepto, mas demonstra certos conhecimentos de tal doutrina religiosa, tais como as orientações sobre alimentação e a influência de espíritos nas vidas das pessoas.

Antes da internação Claudio vivia uma vida de excessos no seu entender, uma vida que ele chama de bela porcaria (sic) já que gastava muito com bebida, com cigarros e com viagens. Mas acredita que depois da internação terá uma vida diferente, irá cuidar melhor do seu patrimônio e investir em um novo empreendimento com a esposa. A percepção que o seu modo de vida estava lhe causando mal não é algo novo, uma vez que já sabia disso, mas aparentemente somente depois da internação é que ele encarou a questão com a importância necessária a ponto de decidir mudar tal estilo de vida.

A internação também está mudando as relações familiares, servindo para aproximar mais Claudio dos seus parentes, especialmente dos irmãos. Aparentemente houve um movimento de aproximação, mesmo com o paciente afirmando que eles já eram próximos. No momento da internação procuram reafirmar o suporte familiar a ele, apoio que Claudio alega sempre ter dado aos irmãos quando necessário.

Afirma ainda ter uma relação positiva com a equipe, apesar das citadas reclamações. Os alunos de medicina são acessíveis, por isso melhores do que os médicos experientes de hospitais privados consagrados. Os membros da equipe de enfermagem também são queridos, mesmo não conversando com ele sobre o seu problema de saúde. O hospital é tido como tendo boa referência (sic).

Entrevista 3 – Francisca

Dados demográficos:

Mulher, clínica cirúrgica, 53 anos, pernambucana, ensino fundamental incompleto, solteira, evangélica, problema no sistema digestivo, internada há 16 dias, considera o seu quadro como muito grave.

Dados quantitativos:

CREP: 3,08 CREN: 3,26 CRET: 2,91 Razão CREP/CREN: 1,05

Dados da entrevista:

A entrevista começou com a paciente falando que estava internada devido a muitas dores que tinha. Conta que ficou doente por muito tempo até que procurou ajuda médica e foi internada para fazer uma operação. Inicialmente seria uma cirurgia de pedra na vesícula, mas depois dessa intervenção continuou se sentindo mal.

Relata que estava sofrendo tanto que nem conseguia trabalhar de auxiliar de limpeza em horário noturno.

Depois dessa cirurgia foi diagnosticado o câncer no reto. Francisca informa ter outro problema de saúde além desse, mas não consegue lembrar o nome. Mesmo sem se aprofundar em questões emocionais, comportamento que o pesquisador considerou normal dela, uma vez que a conhecia de atendimentos realizados no seu serviço assistencial no HU, continuou contando a sua história.

Ao ser internada ficou preocupada, já que nunca tinha passado por tal experiência. Também ficou aflita com o fato do médico não lhe contar o seu diagnóstico, falando apenas para os seus filhos.

Afirma que tem fé de ficar boa, mesmo se sofrer muito. Frequentava a igreja Assembleia de Deus, mas estava afastada devido ao trabalho, apesar de tempos atrás comparecê-la em suas folgas, contudo já tinha umas três semanas que não ia nem nesses dias.

Relata que a internação possibilitou mudanças na relação com a família, uma vez que os filhos percebidos como afastados e pouco cuidadores se reaproximaram, sendo mais atenciosos e carinhosos, algo que a agrada. Afirma que a religião lhe ajuda no momento da internação, uma vez que ora e recebe muitas orações, mesmo de pessoas de outras religiões cristãs.

No dia da entrevista teve uma melhora no quadro, já que deixou de usar sonda para se alimentar, e entende que isso foi devido a sua fé. Conta como era mais religiosa quando mais nova e vivia outro ritmo de vida no interior do estado de São Paulo. Pretende voltar a ter uma rotina mais tranquila e cuidar melhor de si depois da internação e isso inclui a sua relação com a religião.

Também tem diagnóstico de úlcera, mas diz que não sabe o que é isso. Apesar disso, tem esperança de encerrar a internação em aproximadamente dois dias. Essa que começou com ela entendendo que ficaria cerca de 24 horas internada e já se prolongava por 16 dias e duas intervenções cirúrgicas. Francisca diz ficar pensativa com isso (sic) já que vê as outras pacientes do quarto se internando, operando e tendo alta logo em seguida, ao contrário de si. Nesses momentos de ansiedade pensa como tem que esperar a vontade divina, pois Ele sabe o momento certo, usando os médicos para a realização das suas decisões. Seria importante manter a fé, pois sem ela é impossível agradar a Deus.

Francisca tem esperança de ficar sem as dores que tanto a incomodaram nos últimos tempos, tão intensas que a faziam desmaiar ou ficar parada na rua, esperando melhorar.

Conta como há menos de uma semana o pastor da igreja pediu que rezassem por ela e de como estava sentindo essa melhora no quadro desde então. Francisca relata ainda que a sua fé está presente quando confia em Jesus Cristo e deseja que fosse feita a vontade Dele e não a dela.

Descreve que quando morava no interior era mais religiosa, mas isso foi gradativamente mudando em São Paulo. Até que a filha falou que quem não ia à igreja não era crente, nesse ponto ela esfriou de vez (sic). Tal opinião incomodou a paciente e ela justifica que ninguém sabe o que se passa no seu coração, só Deus.

No entanto, a paciente entende que a internação serviu para que ficasse mais orientada, que se humilhasse, descesse aos pés de Deus e se voltasse para Jesus Cristo. Francisca entende que teve que passar por isso.

Antes da internação sofria muito e não tinha fé de ser curada. Entende que só se dedicava ao material, mas depois de muito sofrimento e das recomendações de várias pessoas resolveu enfrentar a vida e se cuidar (sic).

Sobre a equipe informa que está sendo bem tratada, recebendo as informações e atenção necessárias.

Demonstra surpresa no interesse do psicólogo na sua história, provavelmente por não saber bem ainda como é o trabalho de um psicólogo hospitalar.

Entrevista 5 – Renato

Dados demográficos:

Homem, clínica médica, 40 anos, paulista, ensino fundamental incompleto, casado, sem religião, problema no sistema cardiovascular, internado há dois dias, considera o seu quadro como muito grave.

Dados quantitativos:

CREP: 1,67 CREN: 1,06 CRET: 3,3 Razão CREP/CREN: 0,63

Dados da entrevista:

Paciente conta que teve um ataque cardíaco no trabalho, logo após subir totalmente pela escada 16 andares e descer oito. Foi levado ao HU por colega de trabalho, sendo bem atendido, apesar da demora no primeiro atendimento no Pronto Socorro.

Ficou surpreso com o diagnóstico, devido a sua idade e porque entende que tinha saúde para dar e vender, já que nunca ficava doente (sic). Ainda não digeriu o problema (sic) e está esperando o médico falar o que ele precisa fazer para se comprometer com o tratamento.

Lida com a ansiedade do seu quadro clínico tentando não pensar nas suas inseguranças, entendendo que dessa maneira se acalma. Tal estratégia lhe é recorrente, mas se considera uma pessoa calma, apesar de estourar (sic) quando alguém insiste com

algo que ele não concorda. De forma que durante a internação pensa na família e no trabalho para tentar se acalmar.

A mãe morreu de infarto, na mesma época que a sua filha mais velha nasceu. Renato explica que não chegou a pensar na genitora exatamente quando isso lhe aconteceu, já que sempre pensa nela.

Nos próximos dias vai fazer um cateterismo para colocar uma molinha na veia do coração (sic), o que o preocupa por não conhecer tal procedimento, contudo explica que já fez a mesma intervenção sem a aplicação da molinha dias antes. Renato entende o seu caso como grave, já que tem a perda de cinquenta por cento de uma veia e oitenta por cento em outra. Os médicos tentarão restaurar primeiro a de cinquenta por cento e depois a outra. O primeiro cateterismo já o assustou, além disso o paciente diz que sentiu um pouco de dor no procedimento.

Vê a internação e a recuperação como uma chance de mudar o seu estilo de vida, ficar mais com a família, já que tem uma longa jornada laboral, 14 horas contando o trabalho e o deslocamento, e fica grande parte do seu tempo de lazer no bar.

Para passar o tempo recebe visitas da família e depois que eles se vão, assiste televisão e dorme, ficando mais nesse estado do que vigil. A expectativa de tais parentes lhe dá força para parecer forte, no seu entender tal ação realmente o fortalece e a reação deles o fazia se sentir acolhido.

No dia anterior, quando respondeu a escala CRE, tinha esperança de não estar mais internado no dia da entrevista, como isso não se realizou conta como tal frustração o entristeceu, desanimou.

Diz-se sem religião, mas acredita em Deus. Ainda assim visita a catedral de Aparecida do Norte uma vez por ano, junto com a mulher e as filhas evangélicas, e faz alguns ritos católicos como as orações tradicionais dessa religião. Entende que pede ajuda a Deus, mas também cuida da saúde, em uma relação de cumplicidade. Foi católico por vários anos, se afastando dessa religião devido à decepção que teve com um líder religioso que no seu entender não vivia o que pregava. No momento da internação pede a Deus proteção durante a cirurgia, mas considera que tem que fazer a sua parte, como alimentar-se adequadamente para conseguir tomar a medicação devida.

Entende que estava vivendo uma situação de estresse intenso e crônico no trabalho pouco antes de sofrer o infarto, quando a situação ficou mais tranquila o ataque aconteceu. Consegue relacionar a sua vida estressante e o infarto, tanto que dias antes de passar mal já tinha pedido aos chefes para diminuir o ritmo, sendo que seria atendido, mas o ataque veio antes.

Está satisfeito com o atendimento do HU, apesar da demora no PS, e tem esperança de conseguir alta em breve.

Entrevista 7 – Helena

Dados demográficos:

Mulher, clínica médica, 40 anos, baiana, ensino fundamental incompleto, casada, católica, problema no sistema cardiovascular, internada há seis dias, considera o seu quadro como muito grave.

Dados quantitativos:

CREP: 2,7 CREN: 2,86 CRET: 2,91 Razão CREP/CREN: 1,05

Dados da entrevista:

Helena inicia a entrevista falando que está sentindo menos dor do que no dia anterior e conseguindo andar. Relata ao pesquisador que ficou seis dias sem conseguir andar.

A paciente explica ter insuficiência renal e lúpus, por causa da hemodiálise pegou uma bactéria no cateter, a qual chegou ao coração, por isso está internada. Consultou-se em unidades de saúde que não perceberam que ela tinha lúpus e depois de ser finalmente diagnosticada não devotou a devida importância, o que resultou na perda dos seus rins.

Antes da internação fazia um tratamento com anti-inflamatórios para o lúpus, no seu entender estava dependente dessa medicação, já que a médica tentava reduzi-la, mas Helena não obedecia por temer sentir dor se a dose fosse menor.

Em casa, suspeitava que estivesse morrendo, pois sentia muita dor constantemente. Quando passou mal foi socorrida pelo SAMU e levada para o HU/USP. Nesse hospital se sente cuidada e protegida, algo que não acontece na sua casa e nem em outra unidade de saúde, por isso estima que teria morrido se tivesse sido levada para outro hospital. Relata que o tratamento está evoluindo bem e tem previsão de alta em cerca de uma semana.

Helena diz não ter medo do que lhe espera, já que confia em Deus e nos médicos. A partir da explicação da equipe do HU pretende se comprometer com o seu tratamento, já que agora possui todas as informações necessárias sobre como se cuidar, o que no seu entender não acontecia antes.

Em casa não se cuidava, achava que as recomendações médicas eram exagero, mesmo tendo episódios em que se sentia mal. Helena relata com ressentimento que em sua opinião os familiares também não levavam os sintomas a sério e ficavam muito tempo sem a ver. Por sua vez, ela não pedia ajuda a eles por orgulho, já que não queria que as pessoas sentissem pena dela.

Emociona-se quando fala que há um histórico de pessoas dependentes de cuidados por problemas de saúde na família, ela demonstra ter medo de ficar em tal estado também. Aparentemente o período em que ficou sem poder se mover na cama foi o mais assustador, quando pedia a Deus para curá-la ou acabar com a sua vida. Como não morreu e os seus movimentos foram aos poucos retornando, a sua recuperação é vista como uma nova chance de vida dada por Deus para que ela possa cuidar de si e das pessoas da sua família, sendo essa a sua principal motivação para restabelecer a sua saúde. Entende que a sua boa evolução se deve a ajuda divina e ao seu esforço, já que quando paralisada se esforçava para se movimentar.

Helena entende que a internação a está ajudando a ser uma pessoa melhor, já que antes era rancorosa e egoísta. Na sua recuperação pede que Deus a ajude dando-lhe saúde e agradece pelo que já recebeu. Tais pedidos a acalmam e ela sente esse efeito no corpo, com a redução dos sintomas físicos de ansiedade.

Ao continuar falando sobre a sua religiosidade, Helena se emociona bastante, falando que ainda tem coisas para fazer nessa vida, como ajudar a cuidar do neto recém-nascido, o qual ela nem viu ainda, apesar dele também estar internado no HU. Diz não frequentar

igrejas, já que passa mal quando está em multidões, por isso prefere fazer as suas orações no seu canto mesmo no hospital ou em casa (sic).

Ao pesquisador ficou a hipótese que ela se sente em dívida com essa nova chance, talvez por ter afirmado a divindade que preferia morrer a ficar dependente, tal hipótese se deve aos silêncios e choros da paciente quando tal sentimento foi investigado, além disso, quando o pesquisador lhe disse que tinha compreendido a sua dificuldade de falar e os seus silêncios dessa maneira a paciente confirmou.

Ao final do atendimento, Helena pediu desculpas pelo desabafo, se dizendo carente.

5.2.2 Classificação dos *copings* religioso/espirituais da amostra qualitativa

Tomando as pontuações dos pacientes participantes da fase qualitativa, e considerando os critérios de avaliação da tabela quatro, observa-se na tabela sete a seguir um predomínio de pontuações médias de coping religioso/espiritual positivo e irrisórias de *coping* religioso/espiritual negativo no grupo de pacientes com razão menor ou igual a 0,5.

Tabela 7
Classificação dos copings religioso/espirituais da amostra qualitativa

Pacientes	CRE Positivo	Classificação	CRE Negativo	Classificação	CRE Total	Classificação
Grupo 1						
Silvio	2,88	Média	1,46	Irrisória	3,70	Média
Silmara	3,41	Média	1,33	Irrisória	4,03	Alta
Augusto	2,91	Média	1,00	Irrisória	3,95	Alta
João	3,35	Média	1,33	Irrisória	4,00	Alta
Grupo 2						
Claudio	3,2	Média	2,08	Baixa	3,53	Alta
Francisca	3,08	Média	3,26	Média	2,91	Média
Renato	1,67	Baixa	1,06	Irrisória	3,30	Média
Helena	2,7	Média	2,86	Média	2,91	Média

Diferente do que ocorre no grupo dois, aqueles com pacientes com a razão maior que 0,5, onde outras classificações do CRE Negativo foram encontradas, tais como baixa e média.

5.2.3 - Categorias da análise de conteúdo

Seguindo o método da análise de conteúdo, tendo como critérios a repetição e relevância dos temas, chegou-se as seguintes categorias e subcategorias:

1. *Coping* religioso/espiritual
 - 1.1 CRE positivo e CRE negativo
 - 1.2 Métodos de *coping* religioso
2. *Coping* secular
3. Internação como momento de reavaliar a vida
4. Boa avaliação do Hospital Universitário da USP
5. Rotina estressante antes da internação
6. Padrão nas relações objetais

Sendo que especificamente no segundo grupo, aquele com pacientes com a razão CREN/CREP maior ou igual a 0,5, surgiram categorias que merecem atenção, são elas:

7. Recusa da doença
8. Falta de compreensão do quadro clínico com expectativa irreal de alta

Seguindo o método clínico qualitativo de Turato (2008) essas categorias serão pormenorizadas e discutidas na sessão seguinte.

6 Discussão

A metodologia quanti-qualitativa permite que a discussão do presente trabalho seja feita percorrendo sobre esses dois tipos de dados e permitindo a compreensão do fenômeno considerando o seu contexto, já que investiga o sujeito em situação (Carvalho, 2013) buscando compreender os motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores dos pacientes.

A discussão será feita tomando as categorias da análise de conteúdos como estrutura, no entanto antes disso é preciso fazer algumas considerações sobre a amostragem da pesquisa.

6.1 – Sobre a amostra

A amostra tem características próximas ao que o IBGE informou sobre a população da cidade de São Paulo no último censo (IBGE, 2014). Uma vez controladas a faixa etária e as quantidades de participantes das variáveis clínica e sexo, temos que as proporções nas variáveis Escolaridade, Naturalidade, Estado civil e Religião seguem padrões da população paulistana.

De maneira que a escolaridade foi predominantemente baixa, com a maioria das pessoas adultas tendo ensino fundamental incompleto, seguidas por aquelas que concluíram o ensino médio.

A grande maioria dos pacientes era do estado de São Paulo, mas houve indícios de migração, principalmente dos estados do nordeste, segunda região mais representada na amostra.

Quanto à religião houve o predomínio de católicos, seguidos por evangélicos, os sem religião e os espíritas. Chama a atenção a não participação de adeptos de religiões afro-brasileiras na amostra, uma vez que é marca da cultura brasileira a existência de tais cultos. Contudo, confirmou outras características da população nacional no que se refere à adesão

religiosa, já que mostrou o predomínio dos católicos e o alto número de espíritas; e uma menos discutida, o relevante número de pessoas sem religião.

Segundo os últimos censos, a supremacia dos católicos estaria ameaçada já que tal confissão está crescendo menos do que a população e do que outras classificações por religião, tais como as igrejas evangélicas, os espíritas e o grupo dos sem religião, mas ainda se mantém como predominante (Pierucci, 2004). Hess (1991) afirma que o Brasil é o país com o maior número de espíritas, na amostra quantitativa eles estão representados em proporção semelhante ao da população brasileira, sendo o quarto maior grupo, já na amostragem qualitativa a presença de tal culto representa metade do grupo das pessoas com ganhos para a qualidade de vida com o uso do CRE, ao contrário dos evangélicos e sem religião os quais não foram selecionados. É razoável supor uma relação com a alta escolaridade dos espíritas da amostra, considerações a respeito da relação entre ganhos para a qualidade de vida utilizando o CRE e grau de instrução se darão a seguir.

Muitos dos sem religião da amostra se diziam teístas, sendo que alguns ainda seguiam ritos religiosos devido à formação familiar, como exemplifica o seguinte trecho da entrevista de Renato, um dos quais afirmam não ter religião:

Pesquisador: Mas mesmo sem ir à igreja católica você ainda mantém a fé?

Renato: Mantenho.

Pesquisador: Você acha que é uma fé católica?

Renato: Acho que é uma fé geral.

Pesquisador: Geral? É, por exemplo, você falou que faz sua oração... Esses ritos que você faz... são parte da católica ou não?

Renato: Ééé... Pai Nosso, Ave Maria... É da ala católica, né?

Pesquisador: Entendi. Foi a formação que você teve?

Renato: É. Foi a formação que eu tive.

Quanto às situações clínicas, foram identificadas em todos os sistemas do corpo humano, sendo os principais grupos afetados o digestivo, o respiratório, o urinário e o musculoesquelético. O que põe em questão a qualidade de vida dessas pessoas e os cuidados com a saúde, tais como seus hábitos dietéticos, a poluição a que estão submetidos e os riscos de acidentes físicos com fraturas.

Mais da metade da amostra estava internada a menos de uma semana, sendo que os grupos de pessoas internadas há mais tempo do que isso vão sendo menos numerosos

conforme o tempo de internação aumenta, o que demonstra como o padrão de tal população é ficar pouco tempo hospitalizada.

6.2 - Coping religioso/espiritual: aspectos quantitativos e qualitativos.

A primeira categoria da análise de conteúdos foi a *Coping* Religioso/Espiritual. A partir das frequências dos tipos de *coping* religioso/espiritual pode-se afirmar que a religiosidade/espiritualidade da amostra é alta e tal como na literatura levantada a maioria dos pacientes internados nas clínicas cirúrgica e médica do Hospital Universitário da USP – HU utilizam mais o CRE positivo do que o negativo, com porcentagens respectivas de 88,3% e 11,7%. No entanto, tal uso do CREP não se reflete nos ganhos para a qualidade de vida dessa grande maioria de pacientes, uma vez que apenas 28,3% da amostra tem a razão CREN/CREP abaixo ou igual a 0,5, ou seja, apenas esse percentual dos pacientes têm ganhos para a qualidade de vida utilizando o *coping* religioso/espiritual. Uma porcentagem muito inferior ao total de pessoas que usam predominantemente o CREP, mas ainda maior do que o dobro das pessoas que utilizam predominantemente o CRE negativo. Esse padrão se repete quando se observam esses três grupos nos níveis das variáveis demográficas, confirmando a concentração de pessoas no grupo intermediário, aquele que usa o CRE Positivo, mas sem ganhos para a qualidade de vida. Algumas exceções foram identificadas em algumas variáveis, dessas destacam-se a Grau de Instrução e a Estado civil, considerações a esse respeito serão feitas adiante.

6.2.1 CRE Positivo e CRE Negativo

A alta religiosidade/espiritualidade da amostra e o uso predominante do CRE Positivo não surpreendem, já que no Brasil de 98 a 99% das pessoas afirmam acreditar em Deus (Dalgalarondo, 2008), de maneira que é possível afirmar que mais do que comum, se mostrar praticante do CRE positivo é o socialmente esperado. Na amostra qualitativa ele se mostrou em diversos momentos:

Então, é dessa forma que a minha fé me ajuda. Me acalmando, serenando, me trazendo tranquilidade, a paciência... E aprender... A compreender as minhas limitações. (Silmara)

Pesquisador: E aí, como é que você faz com essa ansiedade?

João: Respiro fundo. Rezo. Rezar pra poder achar a resposta. Porque já faz quatro meses que eu estou nesse passo e cansa a gente. Perde peso. Você não come... Tem um monte de percalço. [...]

Pesquisador: Aí você falou que você respira fundo e reza.

João: É.

Pesquisador: E te ajuda?

João: Ajuda.

Pesquisador: Ajuda como? Com a ansiedade?

João: Dá mais paz, né?

Pesquisador: Entendi.

João: A paz de espírito, né?

Pesquisador: A paz de espírito. Essa paz de espírito é redução de ansiedade?

João: Como?

Pesquisador: É redução de ansiedade essa paz de espírito?

João: É redução de ansiedade e confiança de que o negócio vai resolver.

Sendo usado como fonte de conforto para sintomas de ansiedade, uma vez que estimula tranquilidade nos pacientes e esperança de ajuda divina no restabelecimento da saúde. Tais usos serão discutidos em outras categorias adiante.

De maneira que se mostrar com uma religiosidade ou espiritualidade negativa é uma postura divergente e como todos os comportamentos discordantes da norma exigem um ego seguro para tal, algo que normalmente não é o caso de pacientes internados (Eksterman, 1994; 2010a). Foi possível observar esse fenômeno nos casos em que o paciente ao responder a escala apenas na presença do pesquisador demonstrava uma religiosidade muito negativa, com muita tristeza, raiva ou culpa nas respostas, mas mudou tal comportamento para uma postura convencional conciliadora com a divindade com a chegada de um acompanhante. Ou seja, a expressão de *coping* religioso/espiritual negativo é algo que precisa vencer a inibição do socialmente esperado. Se a pessoa se sente triste ou raivosa com Deus assumir tal negatividade é uma ação que precisa vencer tal limitação de motivação moral. Pode-se a partir da inibição da expressão do CRE negativo hipotetizar que o mesmo aconteça psicodinamicamente, o sujeito pode ter a negatividade com relação à

divindade reprimida. Repressão⁴ na acepção freudiana da palavra, como uma das funções dos mecanismos de defesa do ego diante de conteúdos desagradáveis ou inoportunos, tais como as exigências instintuais diante das normas sociais compreendidas, sendo uma operação de caráter consciente, que torna o reprimido pré-consciente (Laplanche & Pontalis, 2001; Turato, 2008).

Ainda assim, foi possível identificar esse tipo de expressão do *coping* religioso/espiritual negativo na fala dos pacientes, como Francisca, uma enferma que estava sofrendo muito em uma internação longa causada por um tumor retal:

Pesquisador: Então a internação fez a senhora ficar mais...

Francisca: Mais perto, mais orientada.

Pesquisador: Mais perto?

Francisca: Mais perto da orientação do internamento. Fez com que eu me humilhasse, descesse mais nos pés de Deus, fez com que eu voltasse a fé mais para Jesus Cristo, tudo isso. Eu entendo assim. Que eu tive que passar por esse processo, dessa eu tinha. Eu passei.

Em pelo menos um caso o CRE negativo seria um comportamento que mudaria após a internação:

Eu já falei pra Deus: O dia que for para ele me deixar travada em cima de uma cama... Pode me levar. Porque eu não quero ficar em cima de uma cama dependendo dos outros. [...] Já falei com Ele, sempre converso com Ele. Eu digo que se quiser me deixar em cima de uma cama, ou deixar sem andar... Me leva. Então Ele, se Ele me deu a chance de voltar, andar de novo, é porque Ele quer que eu fique mais tempo, né? (Helena)

Com a boa evolução do seu quadro, Helena muda de uma relação negativa com a divindade, onde pedia para morrer a ficar dependente, para uma posição onde se sente

⁴ O dicionário de Laplanche & Pontalis, em sua 1ª Edição, traz a Supressão como operação psíquica que tende a desaparecer da consciência um conteúdo desprazeroso ou inoportuno: ideia, afeto, etc. (...) em um sentido estrito, por seu caráter consciente o conteúdo suprimido se converte em pré-consciente e não inconsciente, desta forma é abolido ou inibido. Este sentido pode ser observado em Freud em “Três ensaios sobre a sexualidade e na Interpretação dos Sonhos. Na edição citada acima, a 4ª, tal termo não existe.

abençoada com a recuperação. Isso demonstra como é dinâmico o uso de tal recurso podendo se alterar no seu tipo de acordo com as vicissitudes da vida.

Foi possível identificar associações estatisticamente relevantes entre os níveis da razão CREN/CREP e as variáveis Grau de instrução e Estado civil.

Com a análise da frequência das faixas da razão nas variáveis demográficas, tabela seis, observa-se um padrão, o predomínio nos níveis das variáveis da frequência do grupo com a faixa intermediária da razão, seguido pelo com ganhos para a qualidade de vida e por fim o dos pacientes que usam predominantemente o CRE Negativo, mas existem exceções. Como no caso da variável Grau de Instrução, já que existe nos seus níveis uma grande variação na concentração das frequências, de maneira bem diversa ao padrão acima citado. É o que acontece com os pacientes com ensino fundamental incompleto, uma vez que entre tais enfermos são mais numerosos os que usam predominantemente o CRE Negativo do que os que têm ganhos para a qualidade de vida utilizando o CRE. Tal concentração se inverte e se intensifica nos grupos de maior escolaridade, já que entre os pacientes com ensino médio completo e graduados há uma concentração daqueles com ganhos para a qualidade de vida através do CRE, sendo poucos os que utilizam o CREN.

Já na variável Estado Civil, no nível Casados, o mais numeroso, com 57 pacientes, teve apenas dois que usam predominantemente o CRE Negativo.

Como a variável razão CREN/CREP é relacionada às variáveis Grau de Instrução e Estado Civil e considerando os outros dados quantitativos, assim como os qualitativos, é possível verificar na amostra que o CREN é mais usado por pessoas de baixa escolaridade, sendo menos frequente nos grupos de pacientes com mais anos de estudo formal, assim como nos casados. Tais dados sugerem que maior escolarização e não ser solteiro evitaria o uso de CRE negativo. Apesar das associações identificadas, para se conseguir uma validação estatística dessa leitura seriam necessários estudos em que os grupos de nível de escolaridade (ou estado civil) tivessem o mesmo número de pessoas. O que permitiria compreender que a variação dos *copings* em cada nível dessas variáveis ocorreria devido às diferenças entre eles. Na pesquisa atual houve um predomínio do ensino fundamental incompleto e de casados, prejudicando que tal conclusão seja defendida com a corroboração das ferramentas estatísticas.

Dentre as explicações possíveis para a proteção exercida pela alta escolaridade contra o CREN destacam-se duas. Uma poderia ser que uma pessoa escolarizada teria capacidade de criticar e não aceitar os aspectos negativos possíveis da religiosidade, tais como delegar a Deus a resolução dos seus problemas ou entender o adoecimento como provocado pela divindade ou outras forças sobrenaturais. Outra explicação plausível seria que os mais escolarizados teriam uma compreensão melhor sobre como responder a escala dentro do que é socialmente esperado, já que não é tão difícil perceber em qualquer escala *likert* qual resposta é mais socialmente ajustada. Sendo uma limitação de qualquer método, inclusive o atual, que utilize esse tipo de mensuração em apenas um encontro com o paciente, sem condições, portanto, se de criar uma relação com *rapport* mais adequado do que o possível de ser realizado em um ou dois encontros, por mais habilidoso que seja o pesquisador e por mais colaborativo que seja o paciente. Como definido por Campbell (1996, citado por Turato, 2008), *rapport* seria um sentimento consciente de consentimento, confiança, afinidade e responsividade mútua entre uma pessoa e outra. Algo menos provável de ser realizado em poucos encontros rápidos. Provavelmente métodos com maior números de entrevistas antes da aplicação da escala poderiam fazer com que o *rapport* fosse mais bem construído, possibilitando resultados que refletissem melhor o que realmente pensam os sujeitos da pesquisa.

Com relação ao estado civil, as pessoas na faixa de idade estudada habitualmente são casadas, sendo essa uma das orientações das religiões judaico-cristãs no que se refere ao comportamento afetivo/sexual, caso de todas as religiões presentes na amostra. É possível que pessoas que não satisfaçam tal exigência nessa fase da vida se sintam em dívida com a sua religião ou alguma outra sensação de desajuste social-religioso.

Tal sentimento de estar em débito com a religião é algo muito difícil de ser assumido, como assinalado acima, e é uma marca do *coping* religioso/espiritual negativo, como fica claro no seguinte trecho de entrevista:

Pesquisador: Mas é que quando você diz dar uma nova chance dá uma certa impressão de que tinha uma certa dívida. Aí agora Ele te deu uma chance pra você pagar.

(Alguns segundo de silêncio)

Helena: Mais ou menos isso.

Pesquisador: É isso mesmo?

Helena: É.
Pesquisador: Tá, bom.
(Alguns segundo de silêncio)
Helena: Eu não sei explicar direito, mas é.
Pesquisador: É por aí?
Helena: É por aí.
Pesquisador: Entendi. Mas você acha que estava em dívida?
(Alguns segundo de silêncio)
Helena: Acho que sim.
Pesquisador: É mesmo?
(Paciente chora)

O grupo das pessoas que têm benefícios para qualidade de vida com o uso do CRE da amostra qualitativa foi formado por quatro pessoas, sendo três de ensino superior completo e dois casados. Fica claro na tabela que compara as classificações das pontuações dos tipos de *coping* dos pacientes de tais grupos, tabela 12, como a marca desse grupo não é uma alta religiosidade, ou um alto CRE positivo, mas sim todos terem CRE negativos irrisórios. Ao contrário do grupo que não tem tais ganhos, onde o CREN de alguns pacientes foi maior, chegando ao nível de ser considerado médio em alguns casos. Esses dados fortalecem a compreensão que a alta escolaridade evitaria o aumento do CRE negativo, assim como ser casado, já que o único paciente que não tinha um nível alto de escolaridade nesse grupo era de tal estado civil.

O grupo dos Sem religião tem alta frequência de pessoas com uso predominante de CRE Negativo. Foi possível observar como há nesse grupo o fenômeno de pessoas que não seguem religião porque estavam decepcionados com uma ou mais dessas instituições, mas ainda tem valores típicos dos adeptos, como se pode ver adiante:

Renato: E se os administradores que estava fazendo isso, você vai frequentar uma igreja dessas aí como?
Pesquisador: Mas eles então num lugar de modelo?
Renato: Modelo. Aí parei. Não parei de acreditar em Deus. Só não frequento a igreja.
Pesquisador: Não pensou em outra?
Renato: Não, a única igreja que eu ainda vou é Aparecida do Norte que eu vou sempre uma vez ao ano.
Pesquisador: Na catedral?
Renato: Na catedral.
Pesquisador: Por quê?
Renato: Ah! Família, né?
Pesquisador: Como assim?

Renato: Estou seguindo a minha mãe, meu pai que sempre iam. Aí continuei do mesmo jeito.

Tal postura ambivalente e semiconscente, ou até mesmo inconsciente, quanto a essa ambiguidade no que se refere à relação com a religião mostra um conflito entre os valores aprendidos desde a infância, constituintes da personalidade, diante de novas compreensões sobre a religiosidade que advém de experiências negativas. Apesar do afastamento ou da falta de interesse declarado por religião, o rancor com os membros das instituições religiosas permanece e faz com que a pontuação do CREN mensurada pela escala aumente. O que tem fundamento já que tal mágoa consta na literatura como um dos exemplos de CRE negativo. Tal maneira de lidar com a sua religiosidade não deixa de ser um dos métodos de *coping* religioso identificados, explicação a esse respeito se dará na subcategoria seguinte.

Um dos objetivos do presente trabalho foi identificar em quais situações clínicas os tipos de CRE foram mais frequentes, contudo não foi possível alcançar tal objetivo devido ao grande número de situações clínicas presentes na amostra, mesmo organizando-as em sistemas do corpo humano afetados tal análise não foi possível no presente método. Para tanto se podem sugerir estudos tendo essa variável como a manipulada e outras isoladas, por exemplo. Algo como um estudo de situações clínicas específicas, com a amostra com a mesma idade, religião e grau de instrução e etc. De maneira que pudessem ser comparados os grupos de pacientes que só se diferenciavam nas variáveis situação clínica e valores de CRE.

6.2.2 Métodos de coping religioso espiritual

Todos os pacientes da amostra qualitativa demonstraram algum método de coping religioso/espiritual, com predomínio de dois tipos que buscavam:

1. Conforto e proximidade a Deus
2. Ganhar pericia e controle

Silmara, João e Helena explicaram como a religião servia para dar serenidade e conforto para aquilo que eles estavam vivendo, ou seja, utilizavam predominantemente o

método de busca de conforto espiritual. Os dois primeiros trechos de fala dos pacientes citados na página 97 desta discussão exemplificam isso.

Conforto é um dos objetivos do Coping Religioso/Espiritual, sendo um diferencial desse tipo de *coping* (Pargament et al., 1990 citado por Paiva, 2007, p. 102), assim como redução de ansiedade (Fornazari & Ferreira, 2010).

Diante da ameaça real, ou fantasiada, à manutenção da vida, o paciente fica vulnerável a sintomas de ansiedade que demandam ao seu aparelho psíquico, especialmente ao ego, soluções adaptativas para lidar com tal perigo. O que pode ser sentido como uma exigência maior do que ele consegue administrar, principalmente nos casos de pacientes com diagnóstico em aberto ou em casos de doenças graves. Relacionar-se com a divindade contando com o seu amor e cuidado, mesmo que não seja lhe pedindo saúde diretamente, pode acalmar devido à sensação de companhia e proximidade de Deus nesse momento difícil, de maneira a sentir a situação menos perigosa, o que exige menos de um ego já desgastado, seja pela doença ou pela internação, como pode ser visto nas palavras de João:

Te dá um incentivo, né? Que você não está sozinho. Você tem, mesmo na pior que seja a tua situação... Você nunca está sozinho. Sempre tem alguém que está te acompanhando, teu anjo da guarda. Não sei se você acredita nisso. Ele está te acompanhando e está te incentivando pra seguir em frente.

Eksterman (1994) entende que em pacientes internados a intervenção psicodinâmica em situações somáticas consiste, em grande medida, em promover defesas. O *coping* religioso em busca de conforto faz justamente isso, já que serve de consolo para aqueles que estão cansados, tristes ou até mesmo com vergonha de estarem doentes, ao confiarem que através da aproximação com Deus irão conseguir alento. Ação que os internados tomam geralmente com orações. Alguns chegam inclusive a sentir as consequências no próprio corpo, já que os sintomas somáticos de ansiedade percebidos de fato reduzem, como demonstra Helena:

Helena: Eu peço a Deus pra me dar calma, pra ter paciência, para não ficar tão ansiosa, sabe?

Pesquisador: E você sente diferença na ansiedade?

Helena: Sinto. Porque se eu ficar ansiosa aí já começo a ficar com dor de cabeça, já dá ânsia de vômito, já fico nervosa, sabe? Então eu prefiro ficar pedindo a Deus pra me dar paciência e calma pra mim suportar isso aqui até o final.

Como se ao falar com Deus a pessoa não estivesse só com o seu sofrimento. Conforme aponta Rizzuto (1979 citado por Paiva, 2013) o importante sob o ponto de vista psicodinâmico não é se há alguém para ouvir, mas sim a compreensão de que para a pessoa ela está sendo ouvida por Alguém onisciente, onipresente e onipotente que pode vir a ajuda-la, sendo comum o discurso que tal auxílio ocorrerá se for o melhor sob o ponto de vista da divindade. Convém apontar que há toda uma literatura sobre oração e ansiedade, onde vários autores apontam tal prática como um meio de controle de tal estado emocional (Harris, Schoneman & Carrera, 2005) e restabelecimento da homeostase psíquica, combatendo o distresse. Confirmando a inseparabilidade anatômica e funcional entre mente e corpo defendida pelo modelo biopsicossocial (Mello Filho, 1978 citado por Rodrigues et al., 2010), o qual entende o organismo humano como uma unidade psicobiológica em interação constante com o ambiente (Lipowski, 1984).

A busca de controle da situação ficou evidente nas falas de Silvio, Francisca, Renato, Augusto e Helena. Já o *coping* religioso/espiritual colaborativo, tido como um dos mais saudáveis, por ser um daqueles em que o paciente tem uma postura ativa, foi demonstrado por Silvio, Renato e Helena. Sempre expresso como um valor importante para o paciente, o de não estar totalmente passivo na situação, mas ser alguém que quer ficar saudável e se compromete com esse desejo a ponto de buscar alternativas adaptativas para conseguir esse objetivo, mesmo nesses momentos difíceis. Como pode ser visto a seguir:

Tem que ver agora como é que fica isso. Esperar para ver o que o médico irá falar para poder fazer o que estiver ao meu alcance. (Renato)

Silvio: Eu tenho fé, eu acredito.

Pesquisador: Acredita em que?

Silvio: Em Deus, toda a oração que eu faço é direcionada. Eu acho que a gente tem que se apegar com Deus.

Pesquisador: Se pegar com Deus esperando o que?

Silvio: Que ele ajude a resolver os meus problemas, que é o meu caso.

Pesquisador: Você voltou a andar por causa de Deus?

Helena: Por causa de Deus e a minha força, né?

Pesquisador: Sua força, como assim?

Helena: Ah, força assim eu pedi a Deus e eu queria levantar da cama de qualquer jeito. Por mais que eu não estava conseguindo eu... Eu retorcia, eu fazia qualquer coisa, sabe?

Pesquisador: Então teve um esforço seu?

Helena: Teve e se eu me entregar é pior, né?

Antes da internação Helena negava a doença tanto quanto possível, não conseguindo a negar totalmente porque fazia sessões quase diárias de hemodiálise, contudo depois da piora do quadro que levou a sua internação tal postura com relação à doença mudou, passando ao entendimento que queria morrer a ficar sem movimento e totalmente dependente. Quando o nível de gravidade chegou a tal ponto ela não conseguia orar devido a um estado de confusão mental que também a acometeu, mas pensava em Deus, em como não queria morrer e fazia o possível para se movimentar. Após a recuperação Helena entendeu que essa aconteceu devido a esse seu novo método de *coping* colaborativo.

Nesse método de *coping* religioso o paciente tem que assumir o seu desejo de resolver o seu problema, se comprometendo com a busca de solução. Compartilhando a responsabilidade com Deus, de maneira que a Ele cabem os aspectos do adoecimento que fogem a capacidade de intervenção do sujeito, a qual é compreendida como existente, embora limitada.

Diferente de Francisca que se põe como coadjuvante no seu processo de recuperação da saúde, apesar do seu desejo para tal.

Pesquisador: Como a fé da senhora está presente agora?

Francisca: Como a fé está presente agora?

Pesquisador: É.

Francisca: Confia só em Jesus. Que ele faça a vontade dele e não faça nenhuma minha.

Francisca expressa o método renúncia religiosa ativa, já que desiste ativamente do controle pela ação de Deus. Um tipo de enfrentamento evitativo, os quais são

reconhecidamente prejudiciais para os seus praticantes (Mello Filho, 2010), relacionado à depressão e decréscimo de satisfação com a vida (Mellagi, 2009), assim como ocorre com outros *copings* religiosos/espirituais negativos. Mesmo tal discurso sendo frequente em pessoas de determinadas religiões neopentecostais, a adesão e permanência em religiões que defendem esse tipo de leitura da realidade e da responsabilidade individual sobre o destino de cada um não deixam de ser dados de diagnóstico sobre as personalidades de tais pessoas, assim como as maneiras como elas lidam com as suas aspirações nesse contexto. Várias pesquisas foram feitas com tal população nos últimos anos com o intuito de investigar as consequências de tais relações da religião com a saúde mental (Dalgalarrrondo, 2008). Com certeza é tema digno de atenção.

Augusto por sua vez também difere com seu método de *coping* religioso dos pacientes estudados qualitativamente, já que tem a postura de não demandar a Deus ajuda no momento da sua internação, ou seja, um *coping*-religioso autodiretivo.

Pesquisador: Mas essa situação toda que você está passando. Estar no hospital você busca outro tipo de ajuda?

Augusto: Não... Não. Na verdade é o seguinte: Eu tenho meus amigos. Vira e mexe ligam pra mim lá da paróquia, né? Então eu acho que é o seguinte, Deus você não precisa ficar pedindo, ele está com você.

Pesquisador: Deus?

Augusto: Está com você! Você não precisa ficar pedindo. Basta você ter tua fé. Você faz tua parte. Ele faz a dele...

Pesquisador: Mesmo sem você pedir?

Augusto: Mesmo sem você pedir. [...]Eu acho que não há necessidade.

Augusto entende que nunca tinha realmente precisado de ajuda divina. Já que nunca esteve em situação de tamanha necessidade. Contudo, ao contrário do que se poderia supor é católico praticante, sendo cantor nas missas. Afirma rogar por parentes e amigos em dificuldades, mas para si não o faz. Tal postura diante de Deus tem relação direta com a forma com que lida com outras relações na sua vida, tal padrão de relacionamento será discutido adiante em uma categoria própria.

Claudio também destoa do grupo, não demonstrando um método de *coping* religioso como os outros pacientes estudados, chegou a demonstrar certo interesse pelo espiritismo, mas não se dizia espírita, e negava estar doente. A recusa será tratada em uma categoria

adiante, mas pode ser entendida como um tipo de *coping* secular, discutido no tópico seguinte.

Já o descontentamento de Renato com a Igreja Católica mostrado na página 102 também é marca de um método de *coping* religioso, mas não do grupo que busca controle como a maioria dos pacientes entrevistados qualitativamente, mas sim o daqueles que almejam intimidade com outros e proximidade a Deus, o método de descontentamento interpessoal religioso. Aquele que é a expressão de confusão e insatisfação com a relação do clero e dos membros com os indivíduos na situação de estresse.

6.3 *Coping* secular

Apesar de ser foco do presente estudo, o CRE não é o único tipo de *coping* identificado na amostra qualitativa, já que outras formas de lidar com os estressores foram constatados. Como os estressores eram a própria internação e os problemas de saúde que dificilmente podem ser evitados em uma situação de hospitalização, as estratégias identificadas eram focadas nas consequências de se estar doente e internado, seja pensando em questões importantes do cotidiano, como família e trabalho, ou procurando conversar com as pessoas da enfermaria buscando passar o tempo. Claudio conversa com a esposa, com os médicos e outros pacientes internados, além de ler. Eram as suas maneiras de lidar com o distresse de ficar internado, a seu ver sem estar enfermo e com forte motivação para deixar o local. Renato pensa no trabalho, prefere focar nisso a pensar na sua situação, já que tais pensamentos lhe causam ansiedade. Tais enfrentamentos são evitativos e tão prejudiciais quantos os *copings* religiosos negativos discutidos anteriormente.

Silmara já tem um movimento diferente deles, ao demonstrar que busca conhecer melhor o seu quadro clínico.

Eu estou procurando entender... Porque eu acho importantíssimo eu saber. Até porque agora é um tratamento de seis meses. (Silmara)

O seu *coping* é indiscutivelmente ativo, pois busca se aproximar do estressor, procurando informações para minimiza-lo. E é coerente com o seu método de *coping* religioso, já que em ambos os casos ela busca a compreensão da situação para lidá-la melhor. Uma busca de melhores condições para suportar a realidade através do domínio de

conhecimentos a seu respeito, uma postura fortemente influenciada pela formação educacional formal, cabe lembrar que a paciente tem ensino superior completo.

Silvio diz pensar muito na família, assim como Helena e Renato, colocando-as como importante razão para superar o momento difícil pelo qual estão passando:

Pesquisador: O que te dá força para passar por isso?

Silvio: O que me dá força, meu amigo?

Pesquisador: É.

Silvio: É pensar na vida, pensar na minha família, né? Eu acho que é isso. A gente tem muita coisa pela frente ainda... e é só isso que eu penso.

Pesquisador: Na vida?

Silvio: Sim. Em viver melhor, fora dessa doença, desse problema que eu estou passando hoje e que tem a minha família que precisa de mim, só isso...

Pesquisador: Então você pensava na sua família?

Helena: Pensava na minha família. Que eu tinha que ajudar eles ainda.

Pesquisador: Tem que ajudar eles ainda.

Helena: Tem muita coisa pra fazer aqui ainda.

Não apenas por terem que recuperar a saúde para voltar ao convívio familiar, mas também porque se sentem motivados a estarem mais fortes com a preocupação dos familiares.

Ah, a preocupação deles comigo, né? Aquela de um ficar ligando, pra saber como é que está. E eu ter que passar tudo isso pra eles. Tem que passar positivo pra eles. Eles vão ligar pra mim e eu vou ficar: Estou mal, estou mal, estou mal, estou mal... Tem que estar bem, né? Quando atender, falo mais com eles por telefone... Atender o telefone bem. De repente, a pessoa conhece, você está bem ou não pelo seu tom de voz, né? Procurar estar forte, né? (Renato)

De maneira semelhante ao CRE, já que a pessoa conta com o apoio externo para lidar com os seus medos diante da ameaça ambiental. A diferença é que nesse caso o suporte diante da angústia vem do interesse e da expectativa das pessoas com quem o paciente tem vínculos importantes. Alguns pesquisadores de *coping* religioso/espiritual afirmam que apenas tal tipo de enfrentamento dá sentido, estabilidade e conforto para os seus praticantes, enquanto o *coping* secular apenas levaria a esquiva de pensamentos penosos (Paiva, 2007), não foi o observado nessa amostra como demonstrado há pouco, já que o uso de pensamentos sobre a família também dá sentido para a experiência do paciente, não

sendo apenas uma reação evitativa, mas também motivadora para enfrentar o estressor, podendo ser, portanto, uma postura ativa tanto quanto os métodos positivos de CRE.

Como apontado por Oliveira (2011), quando um membro da família se interna, todo o conjunto de alguma forma reage, já que quando a dinâmica do grupo se altera, os papéis familiares tendem a mudança. O que pode gerar sofrimento, mas também a possibilidade de crescimento. Na amostra estudada todos os pacientes relataram mudanças familiares positivas, tais como maior aproximação ou afetividade nas relações. No entanto, em dois casos a mudança foi mais acentuada. Tanto Augusto, quanto João perceberam os filhos serem mais independentes após a internação, a ponto de o primeiro entender que a internação estava lhe sendo algo muito positivo:

Augusto: Essa é a prova que ele está trabalhando. E isso aí... Agora ele assumindo... E ele está com uma... Com uma... Ele arrumou uma namorada agora e a gente percebe que ele está muito empolgado com ela. E empolgado com o escritório. Então, bicho, pra mim você pode perguntar o que você quiser daqui. Está tudo uma maravilha. Pesquisador: Entendi que para você essa internação ajudou na modificação dele. Augusto: Exatamente.

De forma que tinham uma motivação a mais para procurar lidar bem com a internação, já que ela estava servindo também para o desenvolvimento dos filhos adultos, modificando papéis familiares incômodos, mudando a dinâmica familiar para melhor.

6.4 Internação como momento de reavaliar a vida

Seis dos oito pacientes entendiam que a internação era o momento de mudar o estilo de vida, de passar a adotar hábitos mais saudáveis, que proporcionassem melhor qualidade a ela:

Eu acho que isso daqui pra mim como se diz... Como se diz... Deixa eu ver como posso explicar... Como assim? Como se fosse uma nova chance pra eu dar uma melhorada na minha vida. (Renato)

É aquilo que eu falei anteriormente, repensar, mudar alguns hábitos de vida, de alimentação, essas coisas. Eu tenho que pensar dessa forma para viver melhor, como

sempre o médico me falou que eu tinha que mudar a minha alimentação e eu não mudei, agora eu vou ter que ficar mais atento a essa parte. (Silvio)

Helena: Que eu... Que eu achava que era besteira, que não era uma coisa tão grave. Então eu... Fazia acompanhamento, mas não aquele acompanhamento certinho, sabe?

Pesquisador: Eu não conheço. Como é que é o acompanhamento de lúpus?

Helena: Então eu passei... Então... Nem eu sabia... Nem eu entendia... Eu estou começando a entender as coisas aqui agora.

Pesquisador: E essa adaptação é um processo tranquilo?

João: Com essa doença está sendo.

Pesquisador: É mesmo? Você acha que ter esse processo sem a doença...

João: Ajudou bastante a doença.

Pesquisador: É mesmo? A doença te ajudou nesse processo de...

João: De reduzir teu ritmo.

Pesquisador: Se não fosse a doença você não conseguiria?

(Balança a cabeça negativamente)

Em uma leitura psicodinâmica, o cotidiano, com os seus desafios, responsabilidades, rotinas e revezes, leva as pessoas a desenvolverem defesas egóicas para lidar com os conflitos⁵ constantes entre os seus desejos e as suas restrições. Tais defesas muitas vezes não são as mais adaptativas, mas sim as possíveis para os sujeitos naquele momento (Bleger, 1977), contudo a hospitalização tira, às vezes bruscamente, a pessoa desse contexto na qual já está inserida e tão adaptada quanto possível. E através desse tempo fora, com ampla possibilidade de tempo para reflexão, e das orientações da equipe de saúde, o enfermo pode refletir sobre a sua vida e os seus hábitos. Muitas vezes entendendo que eles foram, mesmo que parcialmente, responsáveis pelo adoecimento. Outras vezes, tais hábitos podem ser mudados porque ao serem analisados pelo sujeito parecem não ser a única ou a melhor opção, como no caso de Renato quando fala que irá parar de beber nos finais de semana.

Porque o tempo que eu passava no bar bebendo agora eu não vou passar mais bebendo. Agora eu vou passar com a família, né? Então vamos supor: Se eu tinha dois finais de semana pra mim pra tomar cerveja no bar nesse final de semana eu vou poder ficar mais com a família. Não tenho necessidade de estar dentro de um bar se eu não bebo. Procurar dar uma mudada. (Renato)

⁵ Termo aqui usado como na psicanálise, a qual entende o conflito como constitutivo do ser humano em diversas perspectivas, tais como conflito entre desejo e defesa, entre os diferentes sistemas ou instâncias psíquicas, entre as pulsões ou no conflito edipiano (Laplanche & Pontalis, 2008).

Fica o questionamento se ao voltarem para as suas rotinas tais conclusões vão realmente provocar mudanças permanentes de conduta. O que foi possível de levantar no presente trabalho é que no momento da internação tal resolução era recorrente entre vários dos pacientes estudados, sendo que tais mudanças seriam positivas para o prognóstico dos seus quadros clínicos. A internação possibilitou tal reflexão e os pacientes concluíram o que precisava ser mudado, mas ao voltar para o seu cotidiano, o seu ambiente psicossocial com as suas antigas relações, ser uma pessoa diferente do que sempre foi exige uma mudança psicológica muito improvável de ser feita e sustentada sem acompanhamento de uma psicoterapia. Nesse sentido um acompanhamento psicológico que começasse na internação e continuasse ambulatorialmente poderia contribuir muito com a mudança dos hábitos nocivos à saúde das pessoas.

6.5 Boa avaliação da equipe e do Hospital Universitário da USP

A relação que os pacientes têm com a equipe do HU é muito positiva. Tanto os médicos, quanto os outros profissionais que formam as equipes das enfermarias estudadas não são apenas respeitados, mas admirados pelos pacientes devido ao cuidado humanizado que prestam, o que infelizmente destoa de outros serviços de saúde públicos e privados solicitados por eles anteriormente.

O pessoal da enfermagem é legal. Tenho maior amizade com eles. (Claudio)

Muito bom, não posso falar nada que desabone o tratamento recebido aqui, muito bom, o pessoal é muito atencioso, tem cuidado muito bem de mim, graças a Deus. Não falta nada, não falta remédio, medicamento direto aí, os médicos quando chega de manhã se precisar de alguma coisa eu estou aqui é só chamar, então nessa parte muito bom. (Silvio)

Somos bem atendidos, né? Nós somos bem atendidas, então. (Francisca)

Sim, não sei outro hospital. Eu nunca fiquei internada. Mas posso garantir que eu vejo que eles são atenciosos, as meninas respondem pra todo mundo direitinho... São atenciosas, brincam, conversam... Sabe? E procuram deixar o paciente cada vez mais confortável. Eu me sinto assim. Muito tranquila. (Silmara)

Helena: Os outros médicos que eu passei não me deu todas as informações. E aqui não, me informaram tudo.

Pesquisador: Ah, então tem isso. O jeito que os outros médicos te contavam antes... Certo?

Helena: Mas não me convenceu.

Pesquisador: Não te convenceu porque também não te passaram informação?

Helena: Porque não me passaram informação.

Pesquisador: Entendi. A equipe do H.U. conseguiu isso.

Helena: Conseguiu.

Desde Balint (1957, citado por Eksterman, 2010a) é sabido a importância da relação médico-paciente para a promoção de saúde, uma vez que a convivência pode ser tanto um recurso terapêutico, como iatrogênico. Por isso uma relação positiva como a criada nessas enfermarias do HU/USP é sob o ponto de vista psicodinâmico promotora de homeostase psíquica, de saúde e humanizadora. Segundo Mota, Martins & Vêras (2006) o movimento de humanização nos hospitais busca o processo de educação e treinamento dos profissionais de saúde, assim como intervenções estruturais que façam a experiência da hospitalização ser mais confortável para o paciente. Tais ações tem como benefício a redução do tempo de internação, aumento do bem-estar dos enfermos e funcionários, com diminuição das faltas de trabalho destes, tendo como consequência a redução de custos. O exemplo de Helena deixa claro que por não conseguirem comunicar a ela anteriormente os seus problemas de saúde de maneira que ela entendesse e aceitasse, a paciente se negligenciou e piorou o seu quadro clínico. Na sua compreensão, apenas a equipe do HU conseguiu a fazer compreender como é importante cuidar da sua saúde.

Realmente lamentável é a constatação através da fala dos pacientes de que isso ainda seja uma exceção, mesmo que a humanização no atendimento a saúde da população seja política de estado (Brasil, 2014).

6.6 Rotina estressante antes da internação

Assim como o modo de vida frequentemente não é questionado com a rotina diária, muitas vezes o nível de estresse que a pessoa está passando também não é indagado, muitas vezes entrando em fases de distresse sem que se tenha consciência disso. Tal fato aconteceu com alguns dos pacientes da amostra estudada.

Pesquisador: Como era o dia-a-dia da senhora antes?

Francisca: Corrida!

Pesquisador: Corrida como?

Francisca: Hoje eu só vivo para o trabalho.

Pesquisador: Só?

Francisca: Trabalho e as coisas da casa e pronto.

Pesquisador: Só isso? A vida da senhora era só trabalhar e as coisas de casa?

Francisca: Sim.

Renato: Estava puxado. Eu falei: Vou terminar essa obra que eu estou aqui, terminar ela, você me muda pra... Pro setor que eu estava ou pede pro patrão me mandar embora. Que eu não quero mais não.

Pesquisador: Então você já tinha percebido que estava pesado?

Renato: Ah, era estressante.[...]

Pesquisador: Você trabalha quantas horas por dia?

Renato: No serviço... No serviço das sete às cinco, das sete às quatro e meia... Nove horas por dia.

Pesquisador: Você trabalha perto de casa?

Renato: Não. Longe de casa.

Pesquisador: É mesmo? Quanto tempo demora pra chegar?

Renato: Pra chegar aqui de casa duas horas e vinte, duas horas e meia.

Pesquisador: Então você sai de casa cedo.

Renato: Pego a perua as cinco horas. Cinco horas não, é cinco pras cinco.

Pesquisador: Como é que era a sua rotina?

João: Muito puxada.

Pesquisador: Muito puxada? Como que era o teu dia a dia?

João: Fazia tudo, né? Tudo que uma empresa precisa fazer a gente fazia. Desde documentação até montagem das peças, vendas, contato com o cliente, produção, tudo!

Pesquisador: Quantas horas por dia você acha que trabalhava em média?

João: Umas dez, doze...

Segundo Freud (1931/1974) o trabalho pode ser uma fonte de satisfação se for livremente escolhida, mas os casos estudados mostram pacientes que aparentemente

investiram mais da sua energia do que o saudável, chegando a níveis de cansaço não percebido ou não respeitado. Manter a vida, enquanto se luta para ganhar-la, nem sempre é fácil (Limonge França & Rodrigues, 2005). Nada é falado nas entrevistas sobre os aspectos psíquicos desse trabalho, se é penoso ou entediante, por exemplo. O que impede o levantamento de hipóteses sobre Síndromes de *Burnout* ou da fadiga, já que os pacientes falaram apenas da alta dedicação e da quantidade grande de tempo envolvido. No entanto, Christophe Dejours (1987) pontua como a fadiga nem sempre é resultado apenas do excesso de carga de trabalho, mas também da inatividade, repressão da atividade espontânea. Uma vida de tamanha dedicação à atividade laboral como as relatadas acima impedem os pacientes de ter outras atividades voluntárias, o que incrementa a fadiga e o distresse. Segundo o modelo quadrifásico do estresse, conforme o estressor vai permanecendo, com o cansaço sendo potencializado pela falta de outras atividades, o corpo vai tentando se adaptar até que começa a fase de quase-exaustão, deixando o organismo mais vulnerável a doenças (Borges et al., 2009; Malagris et al., 2009).

Não é possível fazer uma relação causal biunívoca das situações clínicas desses pacientes e a sua intensa dedicação ao trabalho, mas tomando o modelo biopsicossocial, o qual considera a origem multicausal das doenças, é necessário considerar a influência de tal rotina no histórico de saúde desses pacientes e compreender que para promoção de saúde e bom prognóstico desses casos realmente seja necessário mudar tais rotinas laborais. Possibilidade mediada pela situação socioeconômica de cada um, já que João é dono de uma empresa e vai passar a administração dela para os filhos, Renato trabalha na construção civil e afirma que pode mudar de área, enquanto Francisca é uma faxineira de mais de cinquenta anos que conseguiu trabalho somente no horário noturno, podendo não ter condições de conseguir um trabalho menos estafante para a sua idade.

6.7 Padrões nas relações objetais

A visão psicodinâmica de Rizzuto (1979) acerca do comportamento religioso se baseia nas relações objetais. Segundo Laplanche & Pontalis (2001) tal expressão é muito usada na psicanálise contemporânea para designar o modo de relação do sujeito com o seu mundo, relacionamento que é resultado complexo e total de uma determinada organização da

personalidade, de certa apreensão fantástica dos objetos e de certos tipos privilegiados de defesa. O termo objeto tem o sentido usado em psicanálise, como aquilo com o que o sujeito se relaciona, inclusive pessoas. O termo relação também merece uma explicação, já que se trata de uma inter-relação, já que não é apenas a forma como o sujeito constitui os seus objetos, mas igualmente a maneira como estes modelam a sua atividade.

Renato teve uma fala que salienta esse tema:

Pesquisador: Você pede pra Ele te ajudar?

Renato: É a hora que todo mundo pensa em Deus.

Pesquisador: Que hora?

Renato: Quando está...

Pesquisador: É mesmo? Você entende que quando o povo está ruim pensa em Deus?

Renato: É que nem se eu procuro um hospital só quando está ruim. Se está vendendo saúde...

Renato compara a sua forma de cuidar da saúde com a maneira que as pessoas recorrem a Deus. Só virariam prioridades quando a pessoa está sofrendo devido a saúde debilitada. Uma leitura sua a respeito do comportamento de outrem que provavelmente também é a sua maneira de lidar com a divindade. O método de pesquisa utilizado não permite conhecer quais foram as influências genéticas que conduziram o paciente a essa maneira de se relacionar de tais formas semelhantes com esses objetos, a saber: a sua saúde e a espiritualidade. Uma hipótese possível é que os cuidados com a saúde trazem à consciência a finitude da vida e a morte. Na entrevista Renato lembrou que a mãe morreu de um ataque cardíaco em data próxima ao nascimento da filha, mesmo problema de saúde que o levou a internação; e a relação com a divindade prejudicada pelo rancor com a igreja católica e os erros dos seus gestores. Ambos os objetos importantes, mas fontes de sofrimento psíquico, causadores de ansiedade, os quais ele prefere evitar, sendo possível afirmar que a evitação é marca da sua personalidade e confirmando a ocorrência de *coping* (Lazarus & Folkman (1984), já que diante de tais grandes estressores, demandas maiores do que Renato consegue lidar, ele se defende utilizando tal recurso que lhe é possível, ao buscar não pensar nas situações ansiógenas, sendo essa a sua maneira de suportá-las.

A descrição acima é apenas uma hipótese, contudo o mesmo padrão de relacionamento com a saúde e a divindade também foi identificado em Francisca e Helena.

Sendo que a segunda não tinha fé de ser curada e não procurava cuidar da sua saúde, só aceitando cuidado quando estava muito debilitada.

Tais relações mostram padrões que se repetem em cada personalidade com características semelhantes entre os sujeitos, o que permitiu o levantamento da hipótese. Aqui cabe um apontamento, tal conclusão é possível através de umas das ferramentas da leitura psicodinâmica, a consideração também do não dito. Por exemplo, a relação difícil de Helena com Deus no passado é percebida pelo pesquisador muito mais pelo que não é falado, pelos silêncios e choros da paciente quando tal conteúdo é investigado.

Já Francisca fala abertamente que só tinha tempo para trabalhar, deixando os investimentos com os cuidados com a saúde e com a religião de lado, mesmo os considerando muito importantes e sofrendo com as consequências dessas negligências. Investimento sendo a energia psíquica ligada a uma representação ou a um objeto.

Nem na igreja, estava dizendo que tava, estava, eu tinha ido, estava se esquecendo de Deus, que para mim as coisas que só importa era trabalho, trabalho, trabalho e Deus nada. (Francisca)

Mesmo sem conhecê-la mais profundamente é possível afirmar que existem razões psicossociais para Francisca se relacionar dessa maneira com a sua religiosidade e com a sua saúde, mas a partir de um nível de piora do quadro surge o movimento em busca de mudança de tal padrão, mesmo que essa não seja fácil:

É, servicinho bom quer dizer servicinho bom eu só queria trabalhar, todo mês receber, todo mês tinha salário. A menina da colega do meu trabalho: “Te cuida, Francisca. Te cuida”. Lá em casa: Se cuide, se cuide, você está doente, está doente. Aí eu corajosa, enfrentei a vida mesmo, aí eu disse: vou me cuidar mesmo, dessa vez vai ser para valer. (Enfatiza esse final de frase) Eu me cuidei, né? (Francisca)

Ela enfrentou a vida, fica clara a dificuldade de se fazer isso. Se não fizesse iria morrer tentando trabalhar, mas a mudança só lhe foi possível com a piora do quadro e o atendimento recebido no HU/USP. Fica a incógnita se irá conseguir manter essa maneira diferente de se relacionar com a sua saúde depois da alta.

É importante salientar que esses três pacientes não tem ganhos para a qualidade de vida com o uso do *coping* religioso/espiritual, com as duas utilizando predominantemente o CRE negativo. Fica a questão se alguém com ganhos para a qualidade de vida com o uso do CRE poderia ter uma relação com a divindade desta forma displicente e se aqueles que se relacionam de uma maneira mais próxima com a divindade também o fazem com relação aos seus cuidados com a saúde. Sendo um fecundo tema para pesquisas futuras.

Há outro paciente que demonstrou ter um padrão de relação objetual com outros objetos semelhante ao que tem com a divindade, mas não como os pacientes acima citados.

Eu acho que é uma coisa que você traz de berço. Coisa que você sabe que tem que fazer. Ninguém precisa pedir para você. Porque se você está aí quietão... Está fazendo porra nenhuma... Eu não vou te pedir. (Augusto)

Augusto: ...eu acho que é o seguinte, Deus você não precisa ficar pedindo, ele está com você.

Pesquisador: Deus?

Augusto: Está com você! Você não precisa ficar pedindo. Basta você ter tua fé. Você faz tua parte. Ele faz a dele...

Pesquisador: Mesmo sem você pedir?

Augusto: Mesmo sem você pedir. [...]

Pesquisador: E por você, você chegou a pedir?

Augusto: Não.

Pesquisador: Não?

Augusto: Não. Eu acho que não há necessidade.

Augusto não demanda de quem tem as suas obrigações, nem mesmo de Deus. Da divindade ele entende que não há necessidade de demandar, das outras pessoas ele se nega. Quando há algum dever o indivíduo tem que cumpri-lo, por isso pedir não é uma opção. Cabe pontuar que o paciente é católico praticante, sendo cantor na igreja, talvez por isso entenda que Deus está com ele porque tem tal responsabilidade consigo em uma relação de troca. Assim como cabe a Augusto fazer a sua parte, caberia a Deus fazer a parte Dele e estar sempre com o paciente.

Novamente é preciso salientar como essas interpretações são hipotéticas, só podendo ser comprovadas através da continuidade do trabalho psicoterapêutico. Ainda assim, são exemplos de leituras psicodinâmicas possíveis que confirmam o referencial teórico adotado.

6.8 Recusa da doença

Entre os pacientes que não tinham ganhos para a qualidade de vida com o uso do CRE sobressaiu a categoria de recusa da doença ou da sua gravidade. Em algum momento do processo de adoecimento tais pacientes recusaram intensamente a gravidade do seu quadro. Sendo que alguns deles mesmo internados continuavam a recusar. Claudio o fazia veementemente:

Pesquisador: Como você acha que vai ser a evolução do seu quadro?

Claudio: Eu não sinto nada! [tom de voz aqui demonstra certa indignação]

Pesquisador: Você não sente nada?

Claudio: Nada... eu não sinto dor de cabeça, não sinto dor de barriga, não sinto nada.

Pesquisador: Mas você sentia quando você veio?

Claudio: É a mesma coisa que estivesse tomando o espaço dos outros.

Pesquisador: Você acha que está tomando o espaço dos outros?

Claudio: Exato, eu não sinto nada.

Simonetti (2004) entende que a negação é uma das posições possíveis do paciente com relação à doença. Tais posições seguiriam uma órbita, sendo a negação a primeira seguida por revolta, depressão e enfrentamento, em uma teoria muito próxima ao modelo de luto de Kübler-Ross (1992), mas divergentes por dois pontos, Simonetti não descreve um estágio de barganha e o estágio final não seria a aceitação, mas sim o enfrentamento. No entanto, em um contexto psicodinâmico, tendo a psicanálise como base, talvez o termo negação, no alemão *verneinung*, não seja o mais apropriado, já que se trata do processo pelo qual o sujeito nega algum desejo, sentimento ou pensamento que lhe pertence, até então inconsciente, quando ele é formulado (Laplanche & Pontalis, 2001). Tal movimento desses pacientes estaria mais próximo à recusa (*verleugnung*) da realidade, o qual seria a rejeição por parte do sujeito em reconhecer a realidade de uma percepção traumatizante (Laplanche & Pontalis, 2001).

Diferente de Claudio, Helena e Francisca relataram comportamentos de recusa em momentos anteriores a internação. A primeira entendia tal comportamento como teimosia:

Helena: Eu comecei a passar mal aí eu fui pra casa e eles... Minha tia também estava em casa e... Eu sou teimosa, sabe? Eles estavam querendo me levar pro médico... Eu só vou na última hora! Quando... Quando eu não aguento mais aí eu vou sabe?

Pesquisador: É mesmo?

Helena: É.

Pesquisador: Você sempre foi assim?

Helena: Fui. Sou muito teimosa.

Pesquisador: Teimosa? Você entende que é teimosia?

Helena: Teimosia. Meu marido estava viajando, né? O pai dele estava doente. Aí ele viajou... Ele e a minha prima... Que só eles dois que conseguiam me tirar, quando eu estava passando mal... Só eles dois conseguiam me tirar pra levar no médico, né? Porque... Tirar de casa pra me levar no médico. Por mim eu não ia não. Eu só ia... Tá, vou melhorar, vou melhorar. Se eu pudesse eu ia. Melhorar, melhorar e nada de melhorar.

Já Francisca procurou ajuda somente quando já não conseguia nem mesmo trabalhar:

Eu trabalhava e nem conseguia trabalhar no trabalho. [...] Sofri, o tempo todo só trabalhando, trabalhando, trabalhando. Só material e o espiritual... só por causa do material. Eu digo, trabalhar sem se cuidar, né?

Renato, por sua vez utilizava da negação durante a internação, mas de uma maneira diferente a de Claudio:

Pesquisador: Diante destas preocupações você tenta pensar em outra coisa?

Renato: Exato, tento pensar em outra coisa.

Pesquisador: E está funcionando?

Renato: Até agora tá! (...)

Pesquisador: Você pergunta dúvidas pra eles?

Renato: Não.

Pesquisador: Nem pra ninguém?

Renato: Pra ninguém. Deixo pra minha família perguntar.

Pesquisador: É mesmo? E eles te passam depois?

Renato: Não. Eu não quero saber.

Pesquisador: Mas é medo da resposta?

Renato: Hum?

Pesquisador: Medo da resposta?

Renato: Medo da resposta.

Renato mostra como o seu *coping* é evitativo, sendo que ele tem total consciência disso e defende ativamente tal maneira de lidar com as preocupações, tanto que demonstra certa apreensão quando o pesquisador começa a questionar tal método de lidar com o estressor, dizendo que até o momento da entrevista tal maneira o estava ajudando.

A rejeição é a tentativa do sujeito em não ter contato com o trauma, a situação estressante que vai para além da sua capacidade de reagir de maneira adequada (Laplanche & Pontalis, 2001). Contudo em situações clínicas orgânicas tal reação é prejudicial ao tratamento, já que dificulta o desenvolvimento de um *coping* adaptativo, como pode ser visto a seguir:

Eu estou enfrentando porque eu não sinto nada, isso é o que eu estou falando para você, eu não sinto nada. Se sentisse uma dor de cabeça ou sentisse uma falta de ar ou alguma outra coisa eu diria para você que estou sentindo alguma coisa, mas eu não estou sentindo nada (Claudio).

Como não aceitava que estava com um problema de saúde debilitante, Claudio não se comprometia com o tratamento, contudo segundo Simonetti (2004) o próximo passo no sentido da elaboração psíquica do adoecimento seria a revolta e no momento da entrevista o paciente dava sinais claros de irritação e agressividade mal contida, provavelmente entrando nesse segundo momento do processo de elaboração, aparentemente confirmando a teoria.

6.9 Falta de compreensão do quadro clínico com expectativa irreal de alta

Entre os quatro pacientes com a razão CREN/CREP maior do que 0,5 também se destacam os casos de falta de compreensão do quadro clínico com expectativa irreal de alta.

Francisca: Se eu tenho duvida?

Pesquisador: Você tem alguma duvida sobre o que eles falaram?

Francisca: Do que ele falou? Não, porque meu filho... teve dois já acusando que eu tinha uma úlcera.

Pesquisador: Úlcera?

Francisca: Úlcera. O que é isso? Eu não sei o que é isso. A úlcera estava muito, aí o médico viu eu e começou a dar medicamento para diminuir mais a ulcera, né? Eu acho que isso foi de sábado, de sexta-feira para cá. Esse acusou ulcera.(...)

Francisca: Eu tenho para mim que daqui para quarta-feira eu já fui para a minha casa.

Pesquisador: É mesmo, quarta-feira?

Francisca: Estou dizendo assim, né? Na minha fé, né? Até quarta-feira eu tenho alta.

Pesquisador: Mas quarta-feira é depois de amanhã.

Francisca: Então (risos).

Renato: Que nem ontem eu falei para você que hoje eu não estaria mais aqui.

Pesquisador: É verdade.

Renato: Ai hoje cedo eu já recebi uma notícia que não ia ter mais a alta.

Pesquisador: Como é que foi isso? Receber esta notícia diferente do que você estava esperando? Como é que foi receber esta notícia?

Renato: Triste.

Pesquisador: Ficou triste?

Renato: Desanimado.

Pesquisador: Desanimado?

Renato: Já dá aquela tristeza já, mas fazer o que. É melhor sair daqui bom do que sair... Sair daqui ruim e ter que voltar pra, pra qualquer outro motivo.

A falta de compreensão do quadro pode ter várias explicações possíveis, inclusive a falta escolaridade dos pacientes, a qual poderia justificar a dificuldade de compreensão das informações recebidas. Contudo é plausível a hipótese da capacidade cognitiva estar sendo prejudicada devido ao movimento de recusa causada pelas emoções envolvidas no processo de ter contato com a realidade da doença e da necessidade da internação.

Simonetti (2004) pondera como o atendimento psicológico é necessário nesses casos, já que pode diagnosticar essa falta de compreensão por parte do paciente e informar a equipe, verificando se de fato é um problema de falta de informação, um cenário improvável pelo que os pacientes falam dos atendimentos do HU, ou se é realmente uma questão psicológica, como provavelmente é nos casos apresentados acima.

Tal constatação pode ter relação com a negatividade do CRE nesses pacientes, uma vez que eles também demonstram isso no *coping* secular. Já que ao não conseguirem apreender as suas reais condições e possibilidades de tratamento nutrem esperanças irreais de recuperação rápida que irão leva-los ao desapontamento crescente conforme a internação for se prolongando. É possível que a falta de compreensão dos aspectos religiosos (como por exemplo, confiança que nunca irá adoecer seriamente ou crença que os membros da igreja são pessoas perfeitas), possam levar a relações com a divindade e a comunidade religiosa também marcadas por expectativas irreais e frustrações.

6.10 Recomendações aos profissionais de saúde

Além de todas as todas as proposições para estudos posteriores feitas nessa discussão, ainda faltam recomendações claras para profissionais de saúde sobre o *coping* religioso/espiritual.

Muito foi dito no presente trabalho sobre a importância da religiosidade/espiritualidade na vida das pessoas, isso não muda quando a pessoa está internada, de maneira que considerar esses aspectos no cuidado dos pacientes hospitalizados pode ser o diferencial entre uma internação acolhedora e uma que faça o paciente se sentir desrespeitado nas suas crenças, o que pode ter consequências iatrogênicas. Podem existir conflitos entre algumas práticas religiosas e os procedimentos de um hospital geral, mas raramente são situações que não possam ser administradas.

Quanto aos aspectos psicológicos da questão, principal contribuição desse trabalho, foi discutido como o objetivo da abordagem psicodinâmica no hospital é promover melhores defesas psíquicas em pacientes para que com o estado emocional mais estável o corpo possa se recuperar melhor. O *coping* religioso/espiritual positivo pode ser uma importante colaboração nesse sentido pelos motivos psicodinâmicos acima citados, sendo perfeitamente cooperante com um bom prognóstico.

Já nos casos em que é identificado um CRE Negativo existem algumas abordagens possíveis. O processo psicodiagnóstico poderia verificar se existem outras relações disfuncionais importantes para o paciente, as quais podem estar lhe causando sofrimento psíquico e prejudicando a recuperação da sua saúde nesse momento de fragilidade. Nessas circunstâncias a psicoterapia poderia ser útil ao possibilitar ao paciente avaliar as suas relações, com a possibilidade de desenvolver novas maneiras de lidar com os seus conflitos. Nos casos que houver uma representação negativa, central e específica em um conteúdo religioso, como por exemplo, uma compreensão exagerada ou errada de uma orientação religiosa, sugere-se a intervenção de um capelão ou voluntário religioso de mesmo culto com o objetivo de corrigir tal equívoco, já que não é função de profissionais de saúde orientar religiosamente os pacientes.

7 Conclusão

A partir dos seus conhecimentos em psicossomática, de pesquisas em psicologia da religião, da psicologia da saúde e da experiência como psicólogo hospitalar, o autor do presente trabalho chegou ao questionamento de qual seria a ocorrência do *coping* religioso/espiritual e como ele se apresentaria em pacientes internados no hospital universitário da USP. Por meio do trabalho empírico com a coleta de mais de uma centena de pacientes através do Formulário Geral e a Escala CRE - Breve, entrevistas qualitativas e análises apropriadas algumas respostas surgiram.

A amostra estudada foi bem representativa da população paulistana no que se referem as suas características. Estudando-a foi possível observar que a grande maioria dos pacientes usa o *coping* religioso/espiritual positivo, mas não a ponto de ter ganhos para a qualidade de vida. Aqueles que têm tais benefícios são um grupo menor, mas não tão diminuto quanto o conjunto de pessoas que usam predominantemente o CRE Negativo, um recurso sabidamente prejudicial.

Ainda que a equipe do hospital seja reconhecidamente acolhedora, dedicada e competente, inspiradora de segurança e esperança nos pacientes da amostra, o adoecimento e a internação no HU ainda são percebidos inevitavelmente como estressores, no sentido de distresse, podendo a religiosidade/espiritualidade colaborar com o *coping* nos casos em que a pessoa utilizava tal recurso de maneira positiva.

Foram feitas investigações estatísticas a fim de descobrir quais variáveis influenciam mais o CRE da amostra, sendo possível verificar relações apenas entre as faixas da razão CREN/CREP com as variáveis Grau de instrução e Estado civil. Procurando investigar melhor tais relações foi possível chegar à hipótese não validada estatisticamente que na amostra ter ensino fundamental incompleto e não ser casado pode favorecer o uso do *coping* religioso/espiritual negativo.

Também se buscou relacionar os tipos de CRE, positivo e negativo, com as situações clínicas, tentando entender quais teriam mais pacientes usando predominantemente cada um dos tipos, mas tal objetivo não foi alcançado.

Tanto essa limitação metodológica, quanto a anterior, sobre a relação das variáveis, foram discutidas, com sugestões de métodos para pesquisas futuras que possam responder tais questionamentos.

A fase qualitativa enriqueceu a compreensão do fenômeno, até mesmo corroborando o entendimento da hipótese explicativa sobre a influência da escolarização e do estado civil dos pacientes no seu CRE. Também possibilitou conhecer melhor alguns pacientes, assim como as suas formas de lidar com a religiosidade/espiritualidade autorizando a afirmação de que, assim como consta na literatura levantada, o CRE positivo pode dar conforto diante da situação de adoecimento e internação, assim como sensação de controle. De forma a reduzir sintomas de ansiedade decorrente da vivência de ameaça, necessidade real dos pacientes que com o uso desse recurso tem resultados sentidos também como reais, já que são percebidos no corpo.

A busca de controle seria a procura de alguma parcela de domínio sobre a situação de adoecimento e internação. Desses pacientes, a maioria utilizava o método do *coping* colaborativo, ao se comprometerem com a busca da sua saúde contando com o apoio dividido, contudo houve quem desconsiderasse o seu desejo de ter saúde, em nome da vontade dividida; e outro paciente que entendia que não precisava pedir nada a Deus.

Com alguns pacientes foi possível levantar a hipótese de orientação psicodinâmica de que se relacionavam com a divindade de forma semelhante a outras relações que tinham, repetindo padrões de relacionamento, prejudiciais em alguns casos. Tal abordagem teórica também permitiu a discussão sobre o sofrimento psíquico causado pelos sentimentos de inadequação suscitados pelo CRE negativo, uma vez que tal comportamento foge da norma social vigente. Sendo essas as principais colaborações do citado referencial teórico para a compreensão do fenômeno estudado qualitativamente.

O *coping* religioso/espiritual apesar de útil e comum não foi o único tipo de *coping* dos pacientes, existindo vários exemplos de *coping* secular, tais como pensar em outras coisas e entreter-se com leituras ou conversas. Um *coping* secular específico e recorrente foi o entendimento que a internação estava servindo para promover mudanças convenientes nas famílias, além disso o convívio doméstico também surgiu como motivação para o restabelecimento da saúde, sendo por isso algo positivo e criador de sentido, o que leva ao

questionamento da afirmação dos pesquisadores de CRE de que apenas tal *coping* poderia criá-lo.

A internação ainda seria o momento de reavaliar a vida e abandonar o modo de viver entendido como produtor do estado doentio por um mais saudável. Considerações foram feitas a respeito de tal benéfica resolução, mas foram apontadas as limitações socioeconômicas às possibilidades sobre tal mudanças no estilo de vida.

Entre os pacientes que não tinham ganhos para a qualidade de vida com o uso do CRE se destacam a ocorrência da recusa da doença e da sua gravidade, assim como a dificuldade de entender as implicações do seu quadro clínico. Duas características psicológicas qualitativamente relacionadas ao *coping* religioso/espiritual negativo que poderiam ser mais bem investigadas quantitativamente no futuro. Sendo essa mais uma sugestão de novos estudos entre tantas outras feitas na discussão dos dados.

Por fim, a partir do presente trabalho ainda foram feitas algumas recomendações a profissionais de saúde e psicólogos hospitalares no que se refere a como lidar com as expressões de *coping* religioso/espiritual dos pacientes internados.

De forma que alguns objetivos da pesquisa foram alcançados, algumas reflexões foram possíveis e várias outras questões surgiram. Tais novos questionamentos também eram esperados já que o presente trabalho se trata de um estudo exploratório quanti-qualitativo que aspira contribuir com a compreensão do fenômeno por aqueles que têm interesse em entender as relações entre *coping* religioso/espiritual e saúde, não como alguma panaceia, mas sim como um recurso possível, habitualmente usado, que pode ter tanto benefícios, quanto prejuízos de acordo com quem o utiliza.

REFERÊNCIAS⁶

- Almeida, R. A. & Malagris, L. E. N. (2011). *Rev. SBPH* vol.14 no.2, Rio de Janeiro.
- Amorim, S. F. (2004). Intervenção psicológica no hospital geral. In: Bruscato, W. L.; Benedetti, C.; Lopes, S. R. A. (Orgs.). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Alves, R. F., Ernesto, M. V. Silva, R. P., Souza, F. M., Lima, A. G. B. & Eulálio, M. C. (2011). Psicologia da saúde: abrangência e diversidade teórica. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 19 (1-2), 1-10.
- Aletti, M. (2004). A figura da ilusão na literatura psicanalítica da religião. *Psicologia USP*, 15 (3), 163-190.
- Antoniazzi, A. S.; Dell’aglio, D. D. & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de *coping*: Uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, Natal, 3, 2.
- Bleger, J. (1977) *Psicologia de la conducta*, Buenos Aires: Paidos.
- Borges, C. S.; Luiz, A. M. A. G.; Micelli, N. A. & Domingos, N. A. M. D. (2009). Intervenção cognitivo-comportamental em estresse e dor crônica. *Arquivos em Ciências da Saúde*, 16(4), 181-6
- Brasil (2014). Política nacional de humanização. *Humaniza SUS*. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/humanizasus> (Acesso em 09/05/2014).
- Campos, E. M. P. & Rodrigues, A. L. (2005). Mecanismo de formação dos sintomas em psicossomática. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 13 (8), 271-471.
- Cardoso, C. R. D. & Peres, R. S. (2011). Estilos de enfrentamento religioso em mulheres acometidas por câncer de mama. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 11(3), 1058-1061.
- Carvalho, D. B (2013). Psicologia da Saúde Crítica no Contexto Hospitalar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33 (2), 350-365.
- Castro, E. K. & Bornholdt, E (2004). Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. *Psicologia Ciência e profissão*, 24 (3), 48-57.
- Chiattonne, H. B. C.(2000). A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: Angerami-Camon, V. A. (Org.), *Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica* (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira Psicologia.

⁶ De acordo com estilo APA – American Psychological Association

- Conselho Federal de Psicologia (2014). *Psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar*. Recuperado em 20/05/2014, de <http://www.crpso.org.br/portal/orientacao/titulo.aspx>
- Dalgalarondo, P. (2008). *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed
- Dalgalarondo, Paulo. Soeiro, R. E.; Colombo, E.S.; Ferreira, M. H. F.; Guimarães, P. S. A. & Botega, N. J.(2008). Religião e transtornos mentais em pacientes internados em um hospital geral universitário. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 793-799.
- Dejours, C. (1987). *A loucura do trabalho*. São Paulo: Oboré Editorial.
- Diniz, S. S. (2009). *A influência dos traços de personalidade na escolha de estratégias de coping em adolescentes*. Dissertação de Mestrado – Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Dostoiévsky, F. (2008). *Crime e Castigo*. São Paulo. Editora 34.
- Engel, G. (1967). The Concept of Psychosomatic Disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 3-9.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 196 (4286), 129-36.
- Eksterman, A. (1994). Abordagem psicodinâmica dos sintomas somáticos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28(1), 9-24.
- Eksterman, A. (2010a). O diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: Mello Filho e colaboradores. *Psicossomática Hoje* (pp. 93-105). Porto Alegre: Artmed.
- Eksterman, A. (2010b). Medicina psicossomática no Brasil. In: Mello Filho e colaboradores. *Psicossomática Hoje* (pp. 39-45). Porto Alegre: Artmed.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(3), 381-389.
- Fava G, A. & Sonino, N. (2005). The clinical domains of psychosomatic medicine. *J, Clin Psychiatry*, 66, 849-58.
- Fava G, A. & Sonino, N. (2009). Psychosomatic Medicine. *International Journal of Clinical Practice*, 78, 333-341.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* V. 21. p. 219-239.
- Fornazari, S. A. & Ferreira, R. E. R. (2010) Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 26(2), 265-272

- Fortes, S. L. C. L.; Tófoli, L. F. F. & Baptista, C. M. A. (2010). Somatização Hoje. In: Mello Filho, J.; Burd, M. et al., *Psicossomática hoje* (pp.153-158). Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1931/1974). *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago. XXI. 174.
- Gorayeb, R. (2010). Psicologia da Saúde no Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 115-122.
- Gobatto, C. A. & Araujo, T. C. C. F. A (2010). *Coping* religioso-espiritual: reflexões e perspectivas para a atuação do psicólogo em oncologia. *Rev. SBPH*, 13, 1.
- Guimarães, L. A. M.; Martins, D. A. & Guimarães, P. M. (2004) Os métodos qualitativos e quantitativo: similaridades e complementaridades. In: Grubits, S; Noriega, J. A. V. *Método qualitativo, epistemologia, complementaridade e campos de aplicação* (9-92). São Paulo: Vetor, 2004.
- Hess, D (1991). *Spirits and Scientists: Ideology, Spiritism, and Brazilian Culture*, Pennsylvania: State Univ Press.
- Houssay, B. (1969) *Fisiologia Humana*, 4ª Ed., Buenos Aires : El Ateneo Editorial
- IBGE (2014) *Censo Demográfico 2010*. Recuperado em 14/05/2014 de <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
- Koenig, H. G. (2007) Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 1, 5-7.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Laplanche & Pontalis (2001). *Vocabulário da Psicanálise*. 4ª Ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Limongi França, A C. & Rodrigues A L. (2005). *Stress e Trabalho – Uma Abordagem Psicossomática* - Editora Atlas: São Paulo.
- Lipowski, Z. J. (1984). What Does the word “psychosomatic” really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosom Medicine* 46 (2), 153-71.
- Lucchetti, G. et al., (2010). Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? *Rev. Bras. Clin. Méd*, 8(2), 154-158.
- Lucchetti, G.; Lucchetti, A. L. G.; Avezum Jr, A. (2011) Religiosidade, Espiritualidade e Doenças Cardiovasculares. *Rev Bras Cardiol*. 24(1), 55-57.
- Macena, C. S. & Lange, E. S. N. (2008) A incidência de estresse em pacientes hospitalizados *Psicologia Hospitalar*, 2008, 6 (2), 20-39.

- Mackinnon, R. A., Michels, R. & Buckley, P. J. (2008). *A entrevista psiquiátrica na prática clínica*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Malagris, L. M. N., Brunini, T. M. C., Moss, M. B., Silva, P. J. A., Esposito, B. R. & Ribeiro, A. C. M. (2009). Evidências Biológicas do Treino de Controle do Stress em Pacientes com Hipertensão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 60-68.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Mellagi, A. G. (2009). *O enfrentamento religioso em pacientes portadores de HIV/AIDS: um estudo psicossocial entre homens católicos e evangélicos*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Mello Filho e colaboradores (2010). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed
- Minayo, M. C. S. & Sanches, O (1993). Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262.
- Mosimann, L. T. N. Q. & Maria Alice Lustosa, M. A. L, (2011). A Psicologia hospitalar e o hospital. *Rev. SBPH*, 14 (1), Rio de Janeiro.
- Mota, R.A.; Martins, C.G.M. & Vêras, R.M. (2006). Papel dos profissionais de saúde na Política de Humanização Hospitalar. *Psicol. Estud.*, 11(2), 323-30.
- Oliveira, W. L. (2001). *Investigação psicológica de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Organização Mundial da Saúde (1946/2014). *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946*. Recuperado em 20/05/2014 em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>.
- Paiva, G. J. (2007) Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estud. psicol. (Campinas)* 24, 1. Campinas.
- Paiva, G. J. (2013) Teorias Contemporâneas da Psicologia da Religião. In: João Décio Passos e Frank Usarski. (Org.). *Compêndio de Ciência da Religião* (347-366) 1. São Paulo: Paulinas/Paulus.
- Panzini, R. G. (2004). *Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE): Tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado Não-Publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2007). *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 34 p. 126-135. São Paulo.
- Panzini, R. G. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol. estud.*, Maringá, 10, 3.
- Panzini, R. G. & Bandeira, D. R. (2005). Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicol. estud.*, Maringá, 10, 3.
- Pargament, K.I., Ano & Wachholtz (2005). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *J Sci Study Relig*, 37(4), 710-724.
- Peres, M. F. P. et al., (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Rev. psiquiatr. clín.*, São Paulo, 34 s.1. 82-87.
- Pierucci, Antônio Flávio. (2004). "Bye bye, Brasil": o declínio das religiões tradicionais no Censo 2000. *Estudos Avançados*, 18(52), 17-28.
- Remor, E. A. (1999) Psicologia da Saúde: Apresentação, Origens e Perspectivas. *Psico*, 30 (1), 205-217
- Rizzuto, A.M. (1979). *The birth of the living God. A psychoanalytic study*. Chicago; London: The University of Chicago Press. Trad. it. *La nascita del Dio vivente. Studio psicoanalitico*. Roma: Borla, 1994.
- Rodrigues, A. L. (1998) *O "stress" no exercício profissional da medicina – uma abordagem psicossocial*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.
- Rodrigues, A. L., Campos, E. M. P. & Pardini, F. (2010) Mecanismo de Formação dos Sintomas IN: Spinelli, M. R. (org.) *Introdução à Psicossomática* (pp. 271-471), São Paulo, Atheneu.
- Rodrigues, A. L. & Limongi França (2010) Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In Mello Filho e colaboradores (2010). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Saad, M., Masiero & D., Battistella, L. R (2001) Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8(3), 107-112.
- Santos, D. A. (2004) A atuação do psicólogo junto a pacientes cirúrgicos com câncer de cabeça e pescoço (2004) In: Bruscato, W. L.; Benedetti, C.; Lopes, S. R. A. (Orgs.). *A prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Santos, F. M. S. S & Jacó-Vilela, A. M. (2009). O psicólogo no hospital geral: estilos e coletivos de pensamento. *Paideia*, 19 (43), 189-197.

- Sebastianil, R. W., Pelicioni, M. C. & Chiattine, E. B. (2002) La Psicología de la Salud Latinoamericana Hacia la Promoción de la Salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 153-172.
- Selye, H (1936) A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*. 138. Macmillan Magazines Ltd.
- Selye, H (1956) *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Santos-Silva, C. S.; Rodrigues, A. L. & Rotberg, S. E. B. (2010) O psicodiagnóstico de paciente com queixa dermatológica (dermatite atópica) In: Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática, 17. Gramado. *Anais do XVII Congresso Brasileiro de Medicina Psicossomática*. Porto Alegre: ABMP/RS.
- Simon, R. (1983) *Psicologia Clínica Preventiva – Novos Fundamentos*. S. Paulo: E.P.U. – Editora Pedagógica e Universitária.
- Simonetti, A (2004) *Manual de Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Teixeira, L.C. (2006) Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. In: *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line* (pp. 347-366), VI, 1, 21-42.
- Turato, E. G. (2008) *Tratado da metodologia da pesquisa clinica-qualitativa*. Petrópolis, Vozes.
- Vieira, M. C. (2010) Atuação da Psicologia hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência. *Rev Bras Clin Med*. 8(6). 513-9.
- Yanamoto, O. H. & Cunha, I. M. O. (1998) O Psicólogo em Hospitais de Natal: uma Caracterização Preliminar. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11, 2, 345-362.

Apêndices

Apêndice I	Formulário geral	132
Apêndice II	Entrevista semiestruturada	133
Apêndice III	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias	137

Apêndice I

FORMULÁRIO GERAL

1. Dados da Entrevista

Número da Entrevista:

Clinica:

Data:

Início: __: __h

Término: __: __h

Duração:

2. Dados pessoais do entrevistado

a) Sexo:

b) Data de Nascimento: __/__/__

c) Naturalidade:

d) Grau de Instrução:

e) Estado Civil/Situação Conjugal:

f) Religião:

3. Dados clínicos do Paciente obtidos em Prontuário

a) Diagnóstico/Hipótese Diagnóstica:

b) Tempo de Internação no Hospital:

4. Gravidade percebida da doença.

Quanto você entende que a sua doença é grave?

☐ Nada

☐ Pouco

☐ Bastante

☐ Muito

Apêndice II

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

- A) Relação do paciente com sua doença e que informações ele tem dela.
- B) Relação do paciente com a internação e/ou cirurgia.
- C) Significado da cirurgia na vida do paciente.
- D) Avaliar a relação do paciente com a equipe e hospital.

1. Investigação mais específica do item A.

- 1) Como está se sentindo, hoje?
- 2) Qual foi o motivo (o problema de saúde) da sua internação? ou Porque você está aqui?
- 3) Quem foi que lhe deu o diagnóstico? ou Quem foi que lhe informou que tipo de problema de saúde você tem?
- 4) O que foi dito pelo médico e/ou pelo pessoal da equipe de saúde sobre o motivo (o problema de saúde) de estar aqui?
- 5) O que você sabe sobre este motivo (o problema de saúde)?
- 6) Como você se sentiu ao saber que tinha esta doença?
- 7) O que esta doença representou para você? O que significa para você esta doença?
- 8) Quais foram às informações que recebeu?
- 9) Como você se sente frente estas informações?
- 10) Elas foram esclarecedoras ou você têm dúvidas sobre o seu problema de saúde que motivou a sua internação?

11) Como você se sentiu após receber as informações sobre esta sua doença?(quando o paciente responder que não sabe sobre seu diagnóstico, condições atuais de saúde; quem é o médico responsável; indagar : você não perguntou?

12) Pesquisar também o que o paciente imagina sobre seu diagnóstico; situação atual; prognóstico. Como acha que será sua evolução?

2. Investigação mais específica do item B (Relação do paciente com a internação e/ou cirurgia).

1) O que foi para você receber a notícia de que deveria se internar? ou Como foi que você se sentiu ao saber que deveria se internar?

2) A internação programada ou aconteceu de forma abrupta?

3) Que consequências e ou interferências teve na sua vida a internação?

4) Como está sendo para você estar aqui (ou nesta internação)?

5) Você sabe se você deverá ir para cirurgia?

6) Há quanto tempo sabe?

7) Como você soube?

8) Por quem?

10) Como está se sentindo frente a possibilidade de fazer a cirurgia? (se for o caso).

11) O que significa esta cirurgia neste momento de sua vida? Que repercussões você acha que ela provocará? (se for o caso).

12) Buscou outras formas de ajuda?

13) O que te dá força para passar por isso?

14) Você tem alguma crença?

15) Como que esta crença está presente nesse momento?

16) Como estava presente antes da internação/cirurgia?

3. Investigação mais específica do item C (Significado da doença/ cirurgia na vida do paciente).

- 1) Como estava a sua vida antes do diagnóstico? e/ou antes da internação? e/ou da cirurgia?
- 2) Como era a sua rotina de vida antes do diagnóstico, da internação e da cirurgia?
- 3) Como você imagina que vai ser a sua vida quando sair do hospital?
- 4) Você percebeu alguma mudança, em relação a você por parte de sua família"? ou " Alguém na sua família mudou em relação à você"?
- 5) Como você está percebendo a participação de sua família nesta internação?
- 6) Em relação à cirurgia? Eles lhe comunicam o que acham?

4. Investigação mais específica do item D (Avaliar a relação do paciente com a equipe e hospital).

- 1) Aqui no hospital você sabe quem é o médico que está cuidando de você? O que você acha dele?
- 2) Você acha que ele lhe dá atenção adequada e suficiente?
- 3) Ele lhe dá informações sobre a sua doença?
- 4) O que você acha desta atitude dele?
- 5) E o pessoal da enfermagem, como você se sente com eles?
- 6) Eles te dão informações sobre o seu estado?
- 7) Só se você pergunta ou não?

8) O que você acha disso?

9) Tem outros profissionais cuidando de você ou só os enfermeiros e médicos?

10) O que você acha do Hospital?

Que outras informações você gostaria de dar?

Apêndice III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DE PESQUISA DE MESTRADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP

TÍTULO: O *coping* religioso-espiritual em pacientes de hospital escola: da prática clínica à compreensão bio-psico-social

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), desta pesquisa no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A pesquisa tem por objetivo descrever os modos como a pessoa hospitalizada utiliza ou não da religiosidade para enfrentar a situação de sua doença. A pesquisa buscará compreender melhor como a religiosidade pode melhorar ou não o bem-estar dos pacientes internados. Não iremos aplicar nenhum medicamento ou tratamento, apenas um formulário com perguntas referentes a dados sócio-demográficos e a sua experiência com a doença e a internação, e outro formulário que contém uma escala de enfrentamento religioso que será utilizada em uma análise estatística. Em alguns casos, poderemos retornar em outro momento para uma entrevista quando buscaremos conhecer melhor como você se relaciona com a sua doença, com a internação, com a equipe de saúde e o hospital. Nos dois momentos os áudios das entrevistas serão gravados. Todas as informações que você fornecer ao entrevistador, assim como os dados que possam identificá-lo, serão mantidos em sigilo pelo pesquisador, de forma que no Relatório da Pesquisa será usado um código para garantir sua privacidade para que você não seja identificado(a). As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum desses. Você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que isso prejudique seu tratamento no HU. Para isso, basta comunicar ao pesquisador a retirada de seu consentimento de participação. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Você pode não receber nenhum benefício pessoal por participar desta pesquisa, além de discutir a sua religiosidade nesse momento de internação, porém sua contribuição permitirá entender melhor como o paciente utiliza de recursos religiosos para promoção da sua saúde ou para o seu prejuízo.

A pesquisa tem previsão de ser realizada no período de Outubro de 2012 a Dezembro de 2013.

Você poderá ter acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados a esta pesquisa, inclusive esclarecer eventuais dúvidas. Para tanto, você poderá entrar em contato com o pesquisador Clayton dos Santos Silva no telefone (11) 99734-5184 ou (11) 3932-6712. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HU (CEP-HU) – Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ser convenientemente esclarecido pelo pesquisador Clayton dos Santos Silva e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa, assinando as duas vias do presente termo, a que ficará no poder do pesquisador e a que ficará sob o meu poder.

Nome do participante

Número do documento de identidade

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Data de Nascimento / /

Endereço
Telefone: _____

Assinatura do paciente

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo.

Clayton dos Santos Silva. Mestrando em Psicologia Clínica pelo IP-USP.

São Paulo, Data / /

Via do pesquisador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAR DE PESQUISA DE MESTRADO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA USP

TÍTULO: O *coping* religioso-espiritual em pacientes de hospital escola: da prática clínica à compreensão bio-psico-social

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), desta pesquisa no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A pesquisa tem por objetivo descrever os modos como a pessoa hospitalizada utiliza ou não da religiosidade para enfrentar a situação de sua doença. A pesquisa buscará compreender melhor como a religiosidade pode melhorar ou não o bem-estar dos pacientes internados. Não iremos aplicar nenhum medicamento ou tratamento, apenas um formulário com perguntas referentes a dados sócio-demográficos e a sua experiência com a doença e a internação, e outro formulário que contém uma escala de enfrentamento religioso que será utilizada em uma análise estatística. Em alguns casos, poderemos retornar em outro momento para uma entrevista quando buscaremos conhecer melhor como você se relaciona com a sua doença, com a internação, com a equipe de saúde e o hospital. Nos dois momentos os áudios das entrevistas serão gravados. Todas as informações que você fornecer ao entrevistador, assim como os dados que possam identificá-lo, serão mantidos em sigilo pelo pesquisador, de forma que no Relatório da Pesquisa será usado um código para garantir sua privacidade para que você não seja identificado(a). As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum desses. Você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que isso prejudique seu tratamento no HU. Para isso, basta comunicar ao pesquisador a retirada de seu consentimento de participação. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Você pode não receber nenhum benefício pessoal por participar desta pesquisa, além de discutir a sua religiosidade nesse momento de internação, porém sua contribuição permitirá entender melhor como o paciente utiliza de recursos religiosos para promoção da sua saúde ou para o seu prejuízo.

A pesquisa tem previsão de ser realizada no período de Outubro de 2012 a Dezembro de 2013.

Você poderá ter acesso a qualquer tempo às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados a esta pesquisa, inclusive esclarecer eventuais dúvidas. Para tanto, você poderá entrar em contato com o pesquisador Clayton dos Santos Silva no telefone (11) 99734-5184 ou (11) 3932-6712. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HU (CEP-HU) – Endereço: Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária – CEP: 05508-000 – São Paulo – SP - Telefone: 3091-9457 – Fax: 3091-9452 - E-mail: cep@hu.usp.br

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ser convenientemente esclarecido pelo pesquisador Clayton dos Santos Silva e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa, assinando as duas vias do presente termo, a que ficará no poder do pesquisador e a que ficará sob o meu poder.

Nome do participante

Número do documento de identidade

Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino

Data de Nascimento / /

Endereço
Telefone: _____

Assinatura do paciente

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo.

Clayton dos Santos Silva. Mestrando em Psicologia Clínica pelo IP-USP.

São Paulo, Data / /

Via do participante

Anexos

Anexo I	Escala CRE Breve	142
Anexo II	Parecer consubstanciado do CEP	146

Anexo I

ESCALA CRE-BREVE

(Panzini & Bandeira, 2005)

Estamos interessados em saber se e o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com as suas dificuldades. Considere o momento em que você está passando atualmente, no seu problema de saúde que o levou a ser internado. Estas dificuldades podem envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que acha importante.

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação de estar internado.**

Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você **não** tentou, **nem um pouco**, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou **um pouco**, circule o (2)

Se você tentou **mais ou menos**, circule o (3)

Se você tentou **bastante**, circule o (4)

Se você tentou **muitíssimo**, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada

Marque só uma alternativa em cada questão.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente

relacionada com sua crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de

purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Fiz o melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da

guarda, mentor, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

18. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

20. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

26. Fui a um templo religioso

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás, etc)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

29. Procurei por um total re-despertar espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

30. Confiei que Deus estava comigo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

32. Pensei que Deus não existia

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

33. Questionei se até Deus tem limites

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

35. Pedi perdão pelos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

36. Participei de sessões de cura espiritual

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

37. Questionei se Deus realmente se importava

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

41. Sabia que não poderia dar conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, reiki, etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem a ajuda de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

46. Procurei auxílio nos livros sagrados

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo: o caminho de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADO POR PARTICIPAR!

Anexo II

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O coping religioso-espiritual em pacientes de hospital escola: da prática clínica à compreensão bio-psico-social.

Pesquisador: Clayton dos Santos Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08153312.0.0000.5561

Instituição Proponente: INSTITUTO DE PSICOLOGIA ((USP))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Nova versão TCLE

Detalhe:

Justificativa: Seguindo a recomendação do parecer de numero 154.182 anexo a nova versão do

Data do Envio: 05/12/2012

Situação da Notificação: Aguardando revisão do parecer do colegiado

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 240.057

Data da Relatoria: 18/02/2013

Apresentação da Notificação:

Projeto aprovado pela instituição co-participante onde a coleta de dados será realizada (Hospital Universitário da USP). O estudo pretende mensurar a ocorrência do "coping" religioso/espiritual nos pacientes de um hospital universitário, sua correlação sócio demográfica, eventuais aspectos negativos e positivos do mesmo.

Objetivo da Notificação:

Atenção às recomendações de adequação do TCLE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos tendendo a zero, e criação de novos conhecimentos sobre as estratégias de enfrentamento e adaptação a circunstâncias estressantes ou desfavoráveis.

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

De grande interesse e relevância teórico prática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE amplo mas de fácil compreensão. Demais termos estão adequadamente apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 08 de Abril de 2013

Assinador por:
FRAULEIN VIDIGAL DE PAULA
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br