



Aletheia

ISSN: 1413-0394

mscarlotto@ulbra.br

Universidade Luterana do Brasil
Brasil

Fisch Boizonave, Luciane; Martins de Barros, Tânia
Ansiedade e depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados
Aletheia, núm. 17-18, enero-diciembre, 2003, pp. 135-143
Universidade Luterana do Brasil
Canoas, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115013455013>

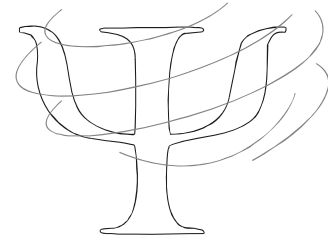
- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Luciane Fisch Boizonave
Tânia Martins de Barros

Ansiedade e depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados

Anxiety and Depression: Psychological Reactions In General Hospital Patients

RESUMO

Trata-se de um estudo das reações psicológicas de ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados em Hospital Geral. Esta pesquisa visou comparar a prevalência destas sintomatologias em dois grupos de pacientes. O primeiro grupo com vivência de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o segundo sem vivência de UTI. Para tanto, fez-se uso da Escala IDATE (Spielberger e cols, 1970) na versão brasileira de Biaggio (1979) e, de uma entrevista estruturada especialmente para esta pesquisa segundo os critérios de Episódio Depressivo Maior (DSM IV,1994). O tratamento estatístico verificou não haver diferenças significativas entre os dois grupos.

Palavras-chave: Hospital Geral, Unidade de Tratamento Intensivo, Ansiedade.

ABSTRACT

It is a study on the rising of psychological reactions of anxiety and depression in hospitalized patients in General Hospital. This research sought to compare the prevalence of these symptoms among two groups of patient. The first group with experience of Intensive Therapy Unit and the second without it. For that, subjects answered the IDATE Scale (Spielberger and cols, 1970) in the Brazilian version of Biaggio (1979) and an interview especially structured for this research according to the criteria for Episode Depressive (DSM-IV TR,1996). The statistical

Luciane Fisch Boizonave é psicóloga, formada pela Universidade Luterana do Brasil./Canoas RS.

Tânia Martins de Barros é professora, orientadora deste trabalho, mestre em Psicologia Clínica. Doutoranda em Psicologia/PUCRS.

Endereço para correspondência: taniamdb@terra.com.br

treatment verified there were not significant differences among the two groups.

Key words: General Hospital, Intensive Treatment Unit, Anxiety.

INTRODUÇÃO

Ao ser hospitalizada, a pessoa encontra um ambiente impessoal, ameaçador e na maioria das vezes, invasivo, tendo seu ritmo de vida interrompido sob um clima de medos e expectativas. Decorrente dessa experiência ameaçadora, acaba por apresentar reações emocionais adversas e, frente a um manejo muitas vezes inadequado desses sintomas, pode evoluir para a não adesão ao tratamento médico indicado. Crescendo assim, cada vez mais, a necessidade de que os profissionais de saúde atentem para a compreensão dos processos sociais e psicológicos do seu paciente, reconhecendo os fatores psíquicos que interferem nos quadros clínicos.

Dentre as reações psicológicas observadas durante a hospitalização, duas mais se destacam, a ansiedade e a depressão, sintomatologias detectadas com frequência pela pesquisadora durante prática clínica em um Hospital Geral, evidenciada também pelo crescente número de encaminhamentos médicos.

Esta realidade incitou ao questionamento frente aos motivos destas constatações, assim buscou-se verificar quais são as variáveis que interferem no curso das reações emocionais durante o processo de hospitalização da pessoa e, se há diferenças no despertar destas, durante a internação em unidades hospitalares distintas.

A partir disto, esta pesquisa toma como foco, pacientes com recente vivência em UTI, fato esse, decorrente da constatação de um número crescente de internações nesta unidade, o que na maioria dos casos, geram desordens de origem emocional, por se tratar de um ambiente estigmatizado, que carrega consigo uma bagagem de superstições e fantasias, por todo o referencial que concerne à morte.

Então, buscou-se através deste estudo,

traçar comparações entre reações psicológicas de ansiedade e depressão no que diz respeito aos dois grupos de pacientes hospitalizados em unidade de enfermaria geral, que se diferenciam pela vivência anterior em UTI, mas que igualmente experimentam um momento de crise: a internação e o adoecimento. Assim verificar relevâncias entre as duas unidades hospitalares e os sentimentos dos que lá se encontram, na tentativa de contribuir para a construção de um tratamento mais humanizado e integrado, no que diz respeito a pessoa do paciente e sua família.

Para o estudo, foi utilizado o método quantitativo, tendo como instrumentos, a Escala IDATE, criada por Spielberger e cols (1970), já conhecida e validada para nossa realidade por Biaggio (1979) e, no levantamento das reações de depressão, utilizou-se como norteador uma entrevista semidirigida desenvolvida especialmente para esta pesquisa, segundo os Critérios Diagnósticos de Episódio Depressivo Maior (DSM IV, 1994).

Os resultados desta pesquisa, apontam para a inexistência de diferenças estatísticas significativas entre os grupos estudados, sendo a média descritiva maior para o grupo de pacientes sem vivência de UTI.

MATERIAL E MÉTODO

Amostra

A amostra, de tipo intencional, foi de quarenta pacientes hospitalizados em Hospital Geral particular, localizado na cidade de Porto Alegre/RS, que se encontravam num período máximo de vinte e quatro horas internados em Enfermaria Geral, subdivididos em dois grupos. O G1, foi composto por vinte pacientes com recente vivência em uma UTI e vinte pacientes (G2), hospitalizados, sem vivência de UTI. As idades foram superiores a 18 anos, inde-

pendente de raça, sexo e diagnóstico médico, sem outros comprometimentos, que impedisse a participação na pesquisa, desde a assinatura do Termo de Consentimento, até a responsividade dos instrumentos.

Instrumentos

As reações de ansiedade foram levantadas através da aplicação da escala IDATE de Spielberger e cols (1970) conforme as normas estabelecidas. O instrumento indica tanto o estado momentâneo de apreensão, ansiedade-estado (A-E), como a tendência individual de cada pessoa ao reagir a tensões, ansiedade-traço (A-T). Cada subescala apresenta vinte frases que devem ser classificadas por intensidade através de uma escala Likert de quatro pontos.

A avaliação das reações de depressão foi desenvolvida especialmente para o presente estudo, segundo os Critérios Diagnósticos de Episódio Depressivo Maior (DSM IV, 1994). O questionário, composto de nove questões, interrogou sobre a presença e intensidade de sintomas de depressão: humor deprimido; interesse ou prazer diminuídos; distúrbio do apetite/alimentação; insônia ou hipersonia; agitação ou lentificação psicomotora; fadiga ou perda de energia; sentimento de desvalia ou culpa; diminuição da capacidade de pensar e concentrar-se; pensamento recorrente de morte (DSM IV,c= 1994). Foi utilizada também uma ficha de identificação de dados biopsicossociais para o cadastramento de variáveis que caracterizavam o grupo estudado.

PROCEDIMENTOS

Coleta de dados

A aplicação dos instrumentos ocorreu

de forma individual, junto ao leito do paciente, pela própria pesquisadora. Os cuidados éticos apropriados ao tipo de população foram obedecidos, conforme a resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que diz respeito à pesquisa com Seres Humanos (Hutz & Spink, 1996).

Análise dos dados

O IDATE apresentou índice de consistência interna, alpha de Cronbach, satisfatórios (Ansiedade-Estado: 0,92 e Ansiedade-Traço: 0,84). O tratamento estatístico (Mann-Whitney; Spearman & Kruskal-Wallis) verificou as diferenças entre as reações de ansiedade e depressão nos dois grupos estudados, sendo também considerada a relação com as seguintes variáveis biopsicossociais: idade (18 a 80 anos), sexo, número de internações anteriores (0 ou mais) e, o motivo da hospitalização (patologia orgânica, acidente ou traumatismo, sintomas físicos sem diagnóstico médico e paciente cirúrgico).

RESULTADOS

Tabela 1 – Distribuição da amostra por grupo e por sexo

Sexo	Grupo		
	Pós – UTI	Sem vivência de UTI	Total
Feminino	13	13	26
	65,0%	65,0%	65,0%
Masculino	7	7	14
	35,0%	35,0%	35,0%
Total	20	20	40
	100,0%	100,0%	100,0%

Observa-se que na maior média encontram-se mulheres, em ambos os grupos.

Tabela 2- Distribuição da amostra por grupo e por motivo de hospitalização

Motivo	Grupo		Total
	Pós – UTI	Sem vivência de UTI	
Patologia orgânica c/ diagnóstico médico	12 66,7%	12 60,0%	24 63,2%
Acidente ou traumatismo	3 16,7%	1 5,0%	4 10,5%
Sintomas físicos sem diagnóstico médico.	3 16,7%	4 20,0%	7 18,4%
Paciente cirúrgico		3 15,0%	3 7,9%
Total	18 100,0%	20 100,0%	38 100,0%

Observa-se que, referente ao motivo de hospitalização, a maior porcentagem é de pacientes com patologia orgânica já diagnosticada.

Tabela 3 – Teste de Mann-Whitney para comparação por Faixa etária

Escala	Faixa etária	n	M	Dp	Z	p
Escore de Depressão	Até 47 anos	22	2,91	2,18	2,68	0,007
	48 anos ou mais	18	4,72	1,84		
Ansiedade-Estado	Até 47 anos	22	41,73	10,83	1,03	0,312
	48 anos ou mais	18	46,06	11,49		
Ansiedade-Traço	Até 47 anos	22	39,41	9,52	2,57	0,009
	48 anos ou mais	18	47,72	9,58		

No grupo com 48 anos ou mais os escores de Depressão e Ansiedade-Traço foram mais elevados. Na Ansiedade-Estado a média também é mais elevada nesse grupo, entretanto a diferença não foi significativa.

Tabela 4 – Teste de Mann-Whitney para comparação por sexo

Escala	Sexo	n	Média	Desvio-padrão	Z	Valor de p
Escore de Depressão	Feminino	26	3,69	2,22	0,13	0,900
	Masculino	14	3,79	2,26		
Ansiedade-Estado	Feminino	26	43,15	10,18	0,37	0,726
	Masculino	14	44,64	13,25		
Ansiedade-Traço	Feminino	26	43,00	11,44	0,13	0,900
	Masculino	14	43,43	8,20		

As médias apresentam-se maiores para o sexo masculino.

Tabela 5 - Teste de Mann-Whitney para comparação por número de internações

Escala	1ª Internação	n	Média	Desvio-padrão	Z	Valor de p
Escore de Depressão	Sim	21	3,76	2,41	0,03	0,979
	Não	19	3,68	2,03		
Ansiedade-Estado	Sim	21	45,33	12,89	0,90	0,376
	Não	19	41,84	8,98		
Ansiedade-Traço	Sim	21	41,67	11,99	1,15	0,258
	Não	19	44,79	8,08		

Não há significância estatística.

Como o teste de Mann-Whitney só permite a comparação entre dois grupos, foi utilizado outro método para comparação entre os motivos de hospitalização. A interpretação segue a mesma linha: valores de p inferiores a 0,05, indicam diferenças significativas.

Tabela 6 - Teste de Kruskal-Wallis para comparação por Motivo de Internação

	Motivo	n	M	Dp	p
Escore de Depressão	Patologia orgânica com diagnóstico médico	24	3,96	2,24	0,468
	Acidente ou traumatismo	4	2,25	1,89	
	Sintomas físicos sem diagnóstico médico	7	4,00	2,58	
	Paciente cirúrgico	3	4,33	1,53	
Ansiedade-Estado	Patologia orgânica com diagnóstico médico	24	46,67	10,73	0,250
	Acidente ou traumatismo	4	38,00	1,83	
	Sintomas físicos sem diagnóstico médico	7	39,86	14,19	
	Paciente cirúrgico	3	45,67	3,21	
Ansiedade-Traço	Patologia orgânica com diagnóstico médico	24	45,83	11,00	0,222
	Acidente ou traumatismo	4	39,00	10,23	
	Sintomas físicos sem diagnóstico médico	7	38,14	5,98	
	Paciente cirúrgico	3	42,33	13,50	

Na descrição do instrumento, a média para escores de depressão relacionada ao motivo de hospitalização, é maior para os pacientes cirúrgicos, a média para Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço é maior para o grupo de pacientes com diagnóstico de patologia orgânica.

Tabela 7 - Teste de Mann-Whitney para comparação entre grupos

	Grupo	n	M	Dp	Z	p
Escore de Depressão	Pós - UTI	20	3,45	2,11	0,72	0,478
	Sem vivência de UTI	20	4,00	2,32		
Ansiedade-Estado	Pós - UTI	20	42,25	12,06	1,06	0,301
	Sem vivência de UTI	20	45,10	10,38		
Ansiedade-Traço	Pós - UTI	20	41,30	9,64	1,06	0,301
	Sem vivência de UTI	20	45,00	10,88		

Os resultados de depressão e ansiedade foram comparados por grupo, com base no teste de Mann-Whitney. Como todos os valores de p foram superiores a 0,05 (nível de significância adotado), podemos dizer que os grupos não diferem significativamente. Observa-se que as médias descritivas para a Depressão assim como para a Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado apresentam-se maiores para o grupo de pacientes sem vivência de UTI. A correlação de Spearman entre Ansiedade-Estado e Depressão foi bastante alta nos dois grupos. No grupo do Pós-UTI a correlação foi de 0,573 ($p \leq 0,01$), enquanto no grupo de

pacientes sem vivência de UTI, foi ainda mais alta: 0,624 ($p \leq 0,01$). O valor máximo do coeficiente de correlação de Spearman é +1, sendo que valores próximos desse limite, indicam forte associação direta.

DISCUSSÃO

O estudo aqui apresentado foi realizado a partir de uma amostra de 40 pacientes que se encontravam até 24hs hospitalizados em Enfermaria Geral, divididos em dois grupos, sendo G1 (50%) composto de pacientes com recente vivência de UTI e

G2 (50%), sem essa vivência. Quanto à faixa etária, 55% do total está entre 18 e 47 anos e 45% entre 48 e 80 anos. Correlacionando este dado com as reações de ansiedade e depressão, é possível encontrar uma média descritiva maior no grupo de pacientes com 48 anos ou mais (Tabela 4).

Novaes, Romano e Lage (1996) no artigo intitulado “Internação em UTI: variáveis que interferem na resposta emocional”, onde utilizam a escala IDATE como instrumento, apresentam resultados semelhantes, apontando escores mais elevados em pacientes idosos, relacionando este dado ao fato de que pacientes com idade mais avançada, se encontram mais próximos da morte, sendo o adoecimento e a hospitalização adversidades colaboradoras no despertar das reações de ansiedade e depressão, entendidas como uma ameaça à integridade física e um desprendimento de laços com a vida.

No que se refere ao sexo, o presente estudo mostra um percentual maior de pacientes do sexo feminino (65%) (Tabela 1), em contra partida, a média descritiva desta variável, associada às reações de ansiedade e depressão, apresenta-se maior para o sexo masculino (Tabela 5), tanto no escore de depressão como de ansiedade, mesmo não diferindo significativamente. Este resultado é contrário ao que sugere a literatura (Rosa, 1998; Machado & cols, 1988), onde se constata uma maior incidência de sintomas ansiosos e depressivos em mulheres. Isso nos leva a considerar, que os participantes do sexo masculino tendem a enfrentar o momento de hospitalização de forma diferenciada das participantes femininas, onde, sentimentos onipotentes apresentam-se abalados, devido a imposições do ambiente hospitalar, como dependência e falta de privacidade.

Na relação entre reações de ansiedade, depressão e números de internações, não se verificou significância estatística. A média descritiva no que concerne a esta variável, é maior para o grupo de pacien-

tes que se internou pela primeira vez (Tabela 6), tanto na correlação com a Depressão como com a Ansiedade-Estado. Isto decorre do fato de o ambiente hospitalar se apresentar deveras assustador num primeiro contato, levando em conta que esta pesquisa se deu num período limite de 24hs de hospitalização. Este é um dado significativo, visto que pesquisa na área (Novaes, Romano & Lage, 1996) considera que a internação hospitalar submete o paciente a grandes pressões psicológicas nos primeiros dias, e que sua capacidade adaptativa é observada no decorrer de internações mais prolongadas. As idéias de Campos (1995) contribuem considerando que quanto mais familiarizado com o ambiente hospitalar e com as pessoas que fazem parte da equipe de cuidados, maior será a adaptação do paciente e menor serão as intercorrências emocionais que sofrem.

A presente pesquisa demonstra que não há nos grupos estudados, relação entre motivo de internação, ansiedade e depressão. No escore de depressão, a média descritiva foi maior para pacientes internados por cirurgia (Tabela 7) representados por 79% do total de pacientes (Tabela 2). Uma intervenção cirúrgica é um procedimento bastante invasivo, direto no corpo do indivíduo, sendo esta intervenção geradora de muitas fantasias, medos e dúvidas. Assim, é natural que o paciente possa vir a manifestar reações psicológicas negativas, como ansiedade e depressão (Brasil, 2002).

A ansiedade pode ser a representação permeada pela dúvida, há um sentimento de ameaça e perigo em toda intervenção cirúrgica. Sintomas depressivos como insônia, perda ou aumento de apetite, dificuldades de concentração, sentimentos de tristeza e desesperança podem coexistir, resultado este, de múltiplos estressores biológicos e psicológicos que estão sendo vivenciados: o encontro com uma situação de extrema dependência, dores, perda de controle sobre a própria

vida além da vivência do sofrimento alheio (Sinisgalli, 1997).

A média para Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço, é maior para o grupo hospitalizado por patologia orgânica já diagnosticada (Tabela 7), que representa um percentual de 63,2% do total de pacientes analisados (Tabela 2). No estudo de Brasil (2002), esse entendimento é relatado no que diz respeito à pacientes com diagnóstico clínico já definidos, que no geral, estão hospitalizados para a realização de tratamentos específicos para o controle da doença, e apresentam repercussões psicológicas associadas ao próprio tratamento. A ansiedade para Geada (1996) também pode ser oriunda da falta de esclarecimentos sobre a própria doença, impossibilitando que o paciente se aproprie da enfermidade e a enfrente.

O entendimento da doença não suprime a dor, nem física nem emocional, mas faz com que o doente seja mais ativo e se comprometa com o tratamento. Outro dado significativo quanto a este aspecto é o fato de que pacientes que estão hospitalizados para o tratamento de uma determinada patologia estão mais suscetíveis ao processo de despersonalização, pois, enquanto hospitalizado, o que tende a ser observado no paciente é a doença ou o sintoma que desencadeou sua vinda ao hospital, pois isto é o foco de estudo das instituições hospitalares, é um inimigo que deve ser estudado, localizado e combatido. Para isso, são utilizados medicamentos, tecnologia específica, exames, consultorias, avaliações em diversas áreas médicas. Assim, a pessoa passa a significar um diagnóstico. Decorrente disto, os cuidados atentam apenas para o órgão prejudicado, esquecendo o significado do adoecer para o paciente. Este manejo acaba fazendo uma divisão corpo e mente, esquecendo a história de vida do sujeito, sua singularidade e sua maneira de viver as experiências (Santos & Sebastiani, 1996; Fernandes, 2002).

Finalmente, em relação à definição do

problema que neste estudo foi apresentado, no que se refere à incidência de reações de ansiedade e depressão entre pacientes hospitalizados, considerando a vivência ou não em UTI, entendemos, a partir do presente estudo não haver diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos estudados. A média descritiva em relação a ansiedade e a depressão foi maior para os pacientes internados em enfermaria geral sem vivência de UTI (Tabela 8).

A UTI é vista como um ambiente assustador e incitador de medos e fantasias. É uma unidade estigmatizada pela sociedade por lidar com o que ninguém quer enfrentar, a morte. A internação nesta unidade é, sem dúvida, uma experiência difícil, considerando que seus pacientes são afetados potencialmente em suas necessidades básicas. A alta desta unidade, muitas vezes é o óbito, e isto é um dado real. Desta forma, o resultado nesta pesquisa aponta que, para os pacientes estudados internados no Hospital, pós-UTI, a saída desta Unidade para um leito de Enfermaria Geral, é tida como salvação a todas estas particularidades (Boemer & cols, 1998; Novaes & Karam, 1998).

Entende-se com esta constatação, que para o paciente que sai da UTI, o estar vivo e distante daquela Unidade é sentido como imunidade, representando um aspecto positivo, uma sobrevivência, bloqueando o sentido negativo de estar doente e permanecer hospitalizado. Esta manifestação psicológica, observada nos pacientes é compreensível, visto que a permanência do paciente no ambiente de UTI gera intenso medo da morte, e este gerar está associado a um dado concreto, uma convivência real, não descartando os quadros clínicos frágeis e, por outro lado imaginário por ser a UTI um ambiente carregado de crenças negativas, uma idéia generalizada de sofrimento e morte eminente, contribuindo para a idéia de que não há mais espaço para a vida (Oliveira, 2002).

Mesmo não se encontrando significância estatística, infere-se que a diferença entre as médias do grupo de pacientes com recente vivência em UTI e as do grupo de pacientes sem vivência de UTI, pode ser entendida pela razão de os pacientes que correspondem ao G2, que recém estão chegando ao Hospital (24hs), ainda se encontram bastante assustados, amedrontados com a situação. Levando tal fato em consideração, voltamos nosso enfoque para o que relatou Jeammet e cols (2000), que consideram a situação de doença e hospitalização, um encontro com as próprias limitações, evidenciando a fraqueza do sujeito, que é sentida como um ataque corporal, ataque à integridade e um impedimento ao exercício normal de sua vida.

Romano (1999), ao se referir às unidades de enfermagem geral, diz que elas são consideradas como a essência do atendimento hospitalar, mas na sua grande maioria, são ambientes desumanizados e pouco individualizados, onde os pacientes ocupam involuntariamente seus papéis, tendo que compartilhar intimidades e emoções com pessoas que nem ao menos conhece, além de estarem afastados de tarefas sociais e pessoas significativas.

Quando correlacionada Ansiedade-Estado e Depressão (Figura 1), os resultados apontam para uma forte associação direta indicando que os pacientes que apresentaram uma incidência maior de ansiedade, também foram aqueles que apresentaram maiores reações psicológicas de depressão.

Todas estas evidências aqui discutidas, inclusive a ausência de diferença estatística entre os dois grupos estudados, nos fazem considerar que cada pessoa irá reagir de modo particular ao momento de adoecimento e hospitalização, valendo-se mais da subjetividade do que de sentimentos padronizados. Tal fato, nos faz concluir

ser o indivíduo enfermo único, tanto na sua constituição física como psíquica (Pereira, 1995).

O estudo sugere que as reações psicológicas de ansiedade e depressão em pacientes hospitalizados, variam de acordo com a estrutura de cada personalidade e como cada indivíduo se apropria de sua doença. Assim, infere-se que a capacidade de elaborar o adoecer depende do nível de ajustamento emocional, do momento atual de vida, de vivências anteriores, da presença de parentes e amigos que apoiem emocionalmente e do motivo de hospitalização em si – se os sintomas são incapacitantes, se há dor ou desconforto, o tratamento requerido e o prognóstico.

Entende-se através desta constatação, que as intervenções psicológicas realizadas em contextos médicos é de suma importância na melhora da saúde global do paciente. Essa intervenção, entre outras, busca através da escuta e olhar acurado, possibilidades maiores de enfrentamento e adaptação por parte do indivíduo (Oliveira, 2002).

Assim, há de considerar o paciente dentro de um modelo integrador, um modelo biopsicossocial, que atente igualmente para aspectos físicos, psíquicos e sociais, o que não é tarefa fácil, embora a atualidade nos remeta a conceitos revolucionários na esfera médica, como humanização na relação profissional-paciente. O certo é que a área das relações humanas fica a margem em situações de urgência, e a mudança demanda atitudes individuais contra todo um sistema técnico dominante (Pereira, 1995).

As unidades hospitalares, sem dúvida, incitam o sujeito ao despertar de reações negativas, como ansiedade e depressão e isso é evidência e continuará a ser, se a barreira desumanizada assim as perpetuar e se os indivíduos em suas condições de enfrentamento as permitir.

CONCLUSÃO

No presente estudo, no que se refere ao problema de pesquisa, não houve diferença estatística significativa, que também não apontou significância entre as variáveis biopsicossociais e suas correlações. Conclui-se que os sujeitos internados, avaliados para esta pesquisa, diferem quanto às manifestações psicológicas, que são ativadas no processo de hospitalização, valendo-se do modo particular de cada um ao reagir frente às situações estressoras.

Entende-se, em vista disto, que cada sujeito deve ser considerado como único e independente, constituído pela soma das partes e não pela divisão delas. Na hospitalização o que tende a ser focalizado é o corpo, por razões óbvias, próprias das necessidades, contribuindo para a não visualização da pessoa integral. Assim, destituído da sua identidade, o sujeito tende a desconcentrar esforços na adaptação ao ambiente hospitalar, sendo isto uma contribuição no despertar de reações adversas, como ansiedade e depressão.

Com isso, se evidencia a necessidade de humanização dos contextos hospitalares não como mudanças isoladas no ambiente, mas como integradas ao sujeito-profissional que neste está instituído.

Sugere-se a partir dos achados desta pesquisa que, há a necessidade de um novo tipo de classificação psicológica, orientada para situações específicas de um hospital geral, que esteja permeada por questões próprias de um ambiente hospitalar e de suas intercorrências.

REFERÊNCIAS

- Biaggio, A., Spielberger C.D. & Natalício, F. (1979). *Manual do IDATE*. Rio de Janeiro: CEPA.
- Boemer MR & cols.(1998). A idéia de morte em unidade de terapia intensiva. Em: R.M.S. Cassorla (coord). *Da Morte: Estudos Brasileiros*. (2 ed). São Paulo: Editora Papirus.
- Brasil, M.A.A. (2002). Depressão em clínica médica. *Residência Médica* 1 (2). Em: Campos, T.C.P. (1995). *Psicologia Hospitalar: A atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU.
- Fernandes, A. (2002). Dor crônica: Convivência possível. *Viver Psicologia*, 4 (111), 36-37.
- Geadá, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV):191-201.
- Hutz, C.S. & Spink, M.J. (1996). Orientações éticas para psicólogos envolvidos em pesquisas com seres humanos. Disponível em: http://www.psicologia.urgvs.etica_2.htm. 09/03/2002.
- Jeammet, P., Reynaud, M. & Consoli, S. (2000). *Psicologia Médica*. (2 ed). Rio de Janeiro: Medin.
- Machado, S.C.E.P & cols. (1988). Depressão em Hospital Geral: Dados Preliminares. *Rev. Psi* 10, 57-62
- American Psychiatric Associations (1996). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM IV- TR* (4ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Novaes, M.A.F.P. & Karam, C.H. (1998). Clínica e Pesquisa: Alicerces do psicólogo em CTI. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*; 1 (1), 6-9.
- Novaes, M.A.F.P., Romano, B.V. & Lage, S.G. (1996). Internação em UTI – Variáveis que interferem na Resposta Emocional. Instituto do Coração do Hospital de Clínicas – FMUSP. São Paulo, SP. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 5, 67-72.
- Oliveira, E.C.N. (2002). O Psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 22 (2): 30-41.
- Pereira, M.G. (1995). O Psicólogo no contexto de saúde: Modelos de colaboração. *Análise Psicológica*, 2-3 (XIV), 357-361.
- Romano, B.W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Pioneira.