

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PNEUMOPATA CRÔNICO:
UMA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Priscila Ferreira Friggi

Santa Maria, RS, Brasil

2012

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PNEUMOPATA CRÔNICO: UMA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Priscila Ferreira Friggi

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável –
apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência
Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria
(UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema
Público de Saúde, Ênfase Crônico- Degenerativo**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marisa Pereira Gonçalves

Santa Maria, RS, Brasil

2012

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo
publicável –

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PNEUMOPATA
CRÔNICO: UMA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA**

Elaborado por

Priscila Ferreira Friggi

como requisito parcial para obtenção do grau de
**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE CRÔNICO-
DEGENERATIVO**

Comissão Examinadora:

Maria Saleti Lock Vogt, Dra. (UFSM) **Dorian Mônica Arpini, Dra. (UFSM)** **Juscelaine Arend Birrer, Mestranda. (UFSM-HUSM)**

Santa Maria, 19 de julho de 2012.

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PNEUMOPATA CRÔNICO: UMA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA

Priscila Ferreira Friggi¹, Marisa Pereira Gonçalves², Alberto Manuel Quintana³

RESUMO: Esse estudo verificou se o acompanhamento psicológico associado às demais atuações profissionais possibilitaria diminuição de ansiedade e depressão em pneumopatas crônicos. A amostra contou com 4 usuários de saúde, de ambos os sexos, com média de idade de 54,75 anos, assistidos no Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM. Pesquisa exploratória qualitativa, que utilizou Análise de Discurso e, quantitativa, descrita por distribuição de frequência. Os instrumentos foram as Escalas de Dispneia, Beck (Ansiedade) e Hamilton (Depressão). O acompanhamento psicológico ocorreu uma vez por semana, durante 2 meses, com sessões de Psicoterapia Breve. Posteriormente, 50% da amostra passou do grau de ansiedade moderado ao leve e, a outra metade, dos graus leve e grave ao mínimo. Quanto à depressão, 75% passou do grau leve à normalidade e 25% do grave ao leve. Observou-se, então, que a intervenção psicológica favoreceu o surgimento de recursos internos para lidar com adversidades presentes nas pneumopatias.

DESCRITORES: atenção integral, pneumopatias, psicologia, ansiedade, depressão.

INTEGRALITY OF CARE IN CHRONIC LUNG DISEASE PATIENT: A PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE

ABSTRACT: The objective of this research was to verify if the psychological accompaniment and other professional performances would allow the decreased levels of anxiety and depression observed in the subject participants. The population comprised 26 subjects of both sexes, and the samples were constituted by 4 subjects

¹ Psicóloga Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar do Sistema Público de Saúde - Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM.

² Orientadora, Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia e Reabilitação da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

³ Co-orientador, Professor Doutor do Departamento de Psicologia da UFSM.

participants, chronic lung disease patients and assisted in the Physiotherapy Ambulatory of the Santa Maria's University Hospital-HUSM. Characterised by a descriptive exploratory research with a qualitative and quantitative approach, using the technique of discourse analysis and by frequency distribution. For the sorting of the study were used the scale of Dyspnea, the Beck Anxiety Inventory and The Hamilton Rating Scale for Depression. The monitoring occurred weekly for two months, with sessions of Brief Psychotherapy. Subsequently, 50% of the sample passed the level of moderate to mild anxiety, and the other half of mild (25%) and severe (25%) reached a minimum. As for depression, 75% went from mild to normal and 25% of mild to severe. It is been observed that psychological intervention favored the emergence of internal resources to deal with adversities in the lung disease.

DESCRIPTORS: integral attention, lung diseases, psychology, anxiety, depression.

INTRODUÇÃO

O vertiginoso aumento das condições crônicas, vistas sob uma perspectiva global, constitui-se uma problemática com contornos continentais. Conforme dados da Organização Mundial da Saúde¹, estas doenças representam 60% de todo ônus decorrente de doenças no mundo, sendo que estimativas apontam que, em 2020, 80% das doenças nos países em desenvolvimento se originarão de problemas crônicos.

Cabe ressaltar que as doenças crônicas de ordem respiratória (pneumopatias)² são enfermidades que vem aumentando em prevalência, particularmente entre as crianças e os idosos e afetam tanto as vias aéreas superiores como as inferiores. As que acometem as vias inferiores podem ter diversas origens e entre as mais comuns destacam-se as Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC), Bronquiectasia, Fibrose Cística, Asma e Tuberculose.² Nesse contexto, observam-se intercorrências na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, o que gera incapacidade e grande impacto econômico e social. As limitações físicas, emocionais e intelectuais que surgem com a doença, têm conseqüências na vida do paciente e de toda sua família.³

Na esfera das doenças pulmonares crônicas, a qualidade de vida não é uma mera consequência da gravidade dessa doença, mas sim, resultado de muitos fatores inter-relacionados.⁴ Assim, os usuários se utilizam de diferentes estratégias a fim de se ajustar durante as distintas fases da doença, que apresenta muitas limitações para muitos sujeitos.

Diante disso, compreendendo a importância de viabilizar novas modalidades de práticas de assistência em saúde, surgiu o propósito de atuar de forma multidisciplinar e interdisciplinar no atendimento ao usuário de saúde pneumopata crônico. Essa proposta rompe com a fragmentação do sistema de saúde público, através de ações mais humanizadas e baseadas na integralidade do cuidado e da atenção.

Conforme a justificativa pautada no Projeto de Pesquisa “O Impacto da Intervenção Interdisciplinar nos Usuários de Saúde com Pneumopatias Crônicas do Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM”, vinculado ao Projeto “Guarda-Chuva” intitulado “Atenção Integral ao Pneumopata Crônico”⁴ existe a necessidade de se disponibilizar acompanhamento multiprofissional aos usuários referidos objetivando melhora na qualidade de vida destes, diante de suas limitações e queixas inerentes às pneumopatias apresentadas e sua gama de particularidades.

Dessa forma, o cuidado no contexto hospitalar, de natureza multidisciplinar, é resultado da conjugação de diversos profissionais⁵ e a atenção integral configura-se como uma abordagem completa e holística de cada sujeito com necessidades de saúde que precise de cuidados hospitalares em algum momento de sua vida.⁶ Caracteriza-se como uma combinação de tecnologias e humanização, baseando-se nas necessidades singulares de cada usuário.⁶

Essa abordagem revela sua importância diante do fato de que pacientes pneumopatas crônicos são mais suscetíveis a isolamento social e ao abandono de atividades antes desenvolvidas. Isso se deve às diferentes limitações e restrições presentes nessas doenças, que podem gerar baixa qualidade de vida tanto ao usuário quanto aos seus familiares.⁷

Partindo disso, percebe-se a relevância de contemplar esses sujeitos de uma maneira global, isto é, compreender as implicações psicológicas geradas por suas

⁴ Projeto registrado no Sistema de Informação para Ensino (SIE) sob o número 029857.

limitações físicas e conseqüente queda de produtividade e auto-estima e a estreita relação que aqui se configura. Ressalta-se, assim, a vulnerabilidade orgânica destes usuários com pneumopatias crônicas, principalmente os que apresentam o sintoma de dispnéia, que diante de fatores estressores podem apresentar exacerbações graves da doença, implicando diretamente no aumento dos níveis de ansiedade e depressão, não raros nessa realidade. Essa importante relação entre o ambiente externo e as crises remissivas nestes usuários, vem ao encontro das premissas da abordagem psicossomática, que apresenta uma visão baseada na integralidade e totalidade do homem, onde mente e corpo estão em constante interação com um contexto social.⁸

O presente estudo trabalhou com a hipótese de que o atendimento psicológico individual, aliado ao programa de acompanhamento multiprofissional, poderia reduzir os efeitos das limitações dos usuários de saúde com pneumopatias crônicas, visando uma melhora na qualidade de vida desses. Essa lógica de cuidado integral contou com a atuação de profissionais das áreas da Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Serviço Social e Psicologia. Assim, essa pesquisa objetivou verificar se o acompanhamento psicológico aliado à intervenção multiprofissional possibilitaria a diminuição dos níveis de ansiedade e depressão observados nos sujeitos participantes.

MÉTODO

O presente estudo advém do Projeto de Pesquisa “O Impacto da Intervenção Interdisciplinar nos Usuários de Saúde com Pneumopatias Crônicas do Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) sob o C.A.A.E 0304.0.243.000-11. Esse trabalho constitui-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem quali-quantitativa. É do tipo exploratório, pois visa oferecer maior familiaridade com o problema de pesquisa ou com a construção de hipóteses.⁹ O mesmo autor afirma ser do tipo descritivo já que descreve as características de um fenômeno ou população, estabelecendo relações entre as variáveis.

Contempla a abordagem qualitativa porque abrange um campo transdisciplinar, envolvendo as ciências humanas e sociais, buscando o sentido de um fenômeno num determinado local com a finalidade de interpretar os significados

que as pessoas dão a eles.¹⁰ Em outras palavras, atende aos princípios da pesquisa qualitativa porque visa extrair a percepção dos usuários de saúde a cerca da doença, da forma que convivem e agem diante da pneumopatia crônica, mais especificamente diante do sintoma de dispnéia. Também contempla a abordagem quantitativa, visto que é apropriada para medir tanto opiniões, atitudes e preferências, como comportamentos.¹¹

Os dados qualitativos foram analisados conforme a técnica de Análise de Discurso¹², utilizando-se fragmentos de falas dos sujeitos participantes, anotados durante as sessões de acompanhamento psicológico cuja autorização se deu por meio da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Através dessa técnica se procura interpretar o real sentido do discurso do sujeito, por meio de uma observação minuciosa do pesquisador e o sujeito é considerado na sua história, seu contexto, diante daquilo que diz e do que não diz.¹² A mesma autora ainda refere que essa abordagem ultrapassa o sentido das falas para que se possa construir uma análise mais coerente. Já os dados quantitativos foram expressos na forma de distribuição de frequência.

A população desse estudo contemplou 26 sujeitos de ambos os sexos, com diagnóstico de pneumopatia crônica e assistidos no HUSM por uma equipe multiprofissional.

Foram incluídos os usuários de saúde que aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária, com diagnóstico médico de pneumopatia crônica, em atendimento fisioterapêutico no ambulatório de fisioterapia do HUSM, na faixa etária de 18 a 65 anos, residentes no município de Santa Maria, com grau leve de dispnéia¹³ e apresentando níveis de ansiedade¹⁴ e depressão.¹⁵ Constituíram os critérios de exclusão, os usuários de saúde que não aceitaram participar da pesquisa e que apresentaram disfunção cognitiva grave, disfunção osteo-muscular com dependência de cuidados, disfunção cardiovascular grave e histórico de câncer de cabeça e pescoço e critérios de normalidade para ansiedade e depressão.

Para a triagem e avaliação inicial do estudo foram utilizadas a Escala de Dispnéia (MRC)¹³, a Escala de Ansiedade de Beck¹⁴ e Escala de Depressão de Hamilton.¹⁵ A escala MRC (*Medical Research Council*)¹³ é um instrumento tradicionalmente utilizado na literatura internacional principalmente por ser de fácil aplicabilidade e compreensão e foi validado no Brasil por Kovelis et al. (2008).¹³ É composta por cinco itens, sendo que o indivíduo escolhe o item que corresponde ao

quanto a dispnéia limita suas atividades cotidianas. A Escala de Ansiedade de Beck foi construída para medir sintomas de ansiedade e foi validado no Brasil por Cunha.¹⁴ O mesmo constitui-se de 21 ítems com afirmações que são avaliadas numa escala de 4 pontos, em ordem crescente de sintoma de ansiedade. Já a Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton¹⁵ é amplamente utilizada para avaliar e quantificar o elenco sintomatológico apresentado por pacientes portadores de transtornos de humor. Também serve para diagnosticar quadros depressivos e possui três versões: 17, 21 e 24 itens, sendo que neste estudo utilizou-se a primeira (17 itens).

Para a coleta de dados sócio-demográficos dos sujeitos aptos, foi utilizada como instrumento uma ficha onde constavam nome, idade, diagnósticos pneumológicos e tempo de acompanhamento no Ambulatório de Fisioterapia do HUSM. Além disso, foram inclusos os resultados dos testes prévios para verificar os níveis de ansiedade e depressão.

A intervenção da equipe multiprofissional deu-se através do desenvolvimento de ações de diferentes núcleos profissionais interligadas e articuladas com vistas a assistir os usuários de maneira integral. Assim, a Fonoaudióloga realizou terapias relacionadas à voz e à deglutição; a Fisioterapeuta atentou-se em técnicas de desobstrução brônquica e reabilitação pulmonar; a Farmacêutica se responsabilizou pela atenção às necessidades e queixas dos usuários em relação ao uso dos medicamentos indicados para cada patologia; o Nutricionista trabalhou com a reeducação alimentar dos sujeitos e a Assistente Social contribuiu com encaminhamentos previdenciários e orientações sociais de toda ordem.

Já a intervenção psicológica ocorreu no período de novembro e dezembro do ano de 2011, uma vez por semana, nos dias e horários pré-estabelecidos com os usuários, com duração de 50 minutos, em sala reservada no Ambulatório de Fisioterapia do HUSM, mediante prévia autorização da chefia desse. O acompanhamento psicológico se deu concomitante à atuação dos demais profissionais da equipe, através da Psicoterapia Breve, que contempla um tratamento de duração inferior a uma psicoterapia clássica, apresentando objetivos definidos e centrados em um foco.¹⁶ Destacam-se como características fundamentais dessa abordagem, a realidade do limite de tempo da relação terapêutica, da relação com o analista e o contexto de crise no qual o sujeito está inserido. Essa técnica envolve a criação de um vínculo transitório entre o terapeuta e

seu paciente, baseado na relação dialógica e na empatia. O objetivo primordial é atingir o equilíbrio existente antes de chegar à crise.¹⁶⁻¹⁷

Ao término do período de acompanhamento, os usuários assistidos foram submetidos a uma reavaliação, por meio das Escalas Beck¹⁴ e Hamilton¹⁵ objetivando verificar se ocorreram mudanças nos graus de ansiedade e depressão observados na avaliação inicial. Ocorreram, também, sessões devolutivas aos participantes, com o intuito de esclarecer questões referentes aos resultados das testagens utilizadas inicialmente e após a intervenção.

Cabe ressaltar que esse trabalho foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos, atendendo à resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo baseou-se na implementação de um programa de atenção integral e multiprofissional direcionado aos usuários de saúde com pneumopatias crônicas, alicerçado nos preceitos da integralidade do cuidado e da interdisciplinaridade das ações, enfatizando os resultados de um processo de acompanhamento psicológico relacionados aos níveis de ansiedade e depressão observados nos sujeitos envolvidos na pesquisa.

A amostra inicial do estudo contou com 7 sujeitos, os quais contemplaram os critérios de inclusão e exclusão, sendo que a amostra final foi contabilizada com apenas 4. Os demais (3 sujeitos) não compareceram em todas as sessões agendadas durante o período da pesquisa e, portanto, foram excluídos da mesma.

Dos 4 sujeitos assistidos participantes desse estudo, 2 eram do sexo masculino (sujeitos 1 e 2) e 2 do sexo feminino (sujeitos 3 e 4). A média de idade compreendeu $54,75 \pm 13,56$ anos. Destes, 3 eram portadores de Bronquiectasia (um deles também apresentava Asma Brônquica) e 1 tinha diagnóstico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). O período de acompanhamento dos mesmos no Ambulatório de Fisioterapia do HUSM variou de 08 meses a 16 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo.

Caracterização dos Sujeitos	Sujeito 1	Sujeito 2	Sujeito 3	Sujeito 4
Idade	69 anos	56 anos	57 anos	37 anos
Diagnóstico Pneumológico	Bronquiectasia	DPOC*	Bronquiectasia	Bronquiectasia Asma Brônquica
Período no Ambulatório Fisioterapia-HUSM	10 anos	8 meses	2 anos	16 anos

*Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que, por meio de intervenções específicas articuladas e na co-responsabilização das mesmas, as sintomatologias de ansiedade e depressão apresentaram importante melhora nos usuários participantes, conforme se pode visualizar na Tabela 2:

Tabela 2. Resultados dos Testes Psicológicos.

Testes Psicológicos	Sujeito 1		Sujeito 2		Sujeito 3		Sujeito 4	
	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós	Pré	Pós
EAB*	18	05	10	08	16	08	33	08
EDH*	13	06	10	06	12	05	20	09

EAB*= Escala de Ansiedade de Beck. Valores de referência: 00-07 Grau Mínimo; 08-15 Grau Leve; 16-25 Grau Moderado; 26-63 Grave. EDH*= Escala de Depressão de Hamilton. Valores de referência: 00-07 Normal; 08-13 Leve; 14-18 Moderada; 19-22 Grave; acima de 23 Gravíssima.

Os dados acima revelam que, sob avaliação da Escala de Ansiedade de Beck¹⁴, 50% da amostra apresentou ansiedade em grau moderado (16-25) na avaliação inicial, 25% grau leve (08-15) e, os demais 25%, grave (26-63). Posteriormente ao acompanhamento psicológico, 50% passou ao grau leve de ansiedade (08-15) e a outra metade da amostra atingiu o grau mínimo (00-07). De

acordo com os resultados observados na aplicação da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton¹⁵, percebeu-se que 75% dos sujeitos apresentou sintomatologia depressiva de intensidade leve (08-13) e 25% grave (19-22) na primeira avaliação. Após o período de intervenção, observou-se que 75% da amostra atingiu grau de normalidade para depressão (00-07) e 25% grau leve (08-13).

Diante dessas observações, verifica-se que tanto os níveis de ansiedade quanto de depressão diminuíram em todos os sujeitos assistidos. Destaca-se o sujeito 4, que apresentava resultados referentes à ansiedade e depressão graves (EAB: 26-63 e EDH: 19-22) na avaliação inicial e, evoluiu, ao término do acompanhamento, ao grau leve (EAB: 08-15 e EDH: 08-13) em ambos os testes.

Esses resultados evidenciaram a relevância do acompanhamento psicológico realizado, não de maneira isolada, mas concomitante a uma atenção global direcionada aos usuários participantes dessa pesquisa através das demais atuações profissionais específicas. Sabe-se que, através do cuidado integral, a pessoa é compreendida na sua totalidade, considerando-se os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, apresentando, mesmo na dimensão individual, um caráter completo.¹⁸

Isso vem ao encontro do que foi observado durante a realização dessa pesquisa, pois os usuários com doenças pulmonares crônicas requerem atenção não apenas aos sintomas físicos inerentes às patologias que apresentam, mas também é imprescindível que se atente para todas as esferas de suas vidas e na maneira que reagem e lidam diante das limitações e restrições enfrentadas em seu cotidiano. A doença crônica traz consigo diferentes incumbências, que, geralmente, interferem no modo de viver das pessoas e dos que convivem com ela.¹⁹

Diante dessa realidade, trabalhou-se através de um constante compartilhamento de saberes entre os profissionais que atuaram nesse estudo, ou seja, pela lógica da interdisciplinaridade. Esta é caracterizada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas, onde todas as disciplinas precisam sair enriquecidas.²⁰ Isso explica as diferentes atuações específicas que aconteceram concomitantemente nessa pesquisa, fomentadas por diálogos, discussões e escolhas de melhores abordagens de trabalho em prol da assistência ao usuário pneumopata crônico. Esta lógica não é apenas uma

justaposição ou ajuntamento de saberes, mas sim, estabelece entre si uma interação muito mais forte.²¹

Essa idéia corrobora com o que foi observado durante as sessões de acompanhamento psicológico individual, nas quais os sujeitos verbalizaram as limitações com as quais convivem e o quanto estas contribuem para a baixa qualidade de vida e, muitas vezes, afetam as relações familiares e externas. Dentre essas queixas, destacou-se a dispnéia como fator importante no processo de diminuição e até mesmo extinção de algumas atividades antes desenvolvidas pelos usuários, seja em ações laborais ou de lazer.

Evidencia-se o exposto na fala *“eu fico nervosa pensando que vai me dar falta de ar, quando eu tenho as crises né, aí eu fico bem ansiosa”* (Sujeito 3). Nesses casos, o próprio temor da dispnéia implica diretamente no aumento do sintoma da ansiedade, isto é, em função desse temor, as pessoas evitam esforços físicos, aumentam seu descondicionamento e criam um círculo vicioso.²²

Já quanto às atividades desenvolvidas anteriormente à doença, nota-se *“antes eu fazia tudo dentro de casa, mas desde quando começaram os sintomas eu faço pouco, parando pra descansar toda hora”* (Sujeito 3). Ressalta-se que esta queixa de *“cansaço e falta de ar”* foi trazida por todos os sujeitos da amostra, que, apesar de apresentarem idades e funções distintas, compartilharam importantes semelhanças em seus discursos. Nesse aspecto, tem-se que, ao descrever os sintomas, muitas vezes, o paciente as associa com determinadas circunstâncias e relata o quanto suas atividades e relações foram afetadas diante do aparecimento das queixas²³, tal como expõe o relato acima.

Diante dessa situação de limitações, os sujeitos se tornam amplamente dependentes da ajuda de seus familiares ou pessoas mais próximas, o que aumenta o sentimento de incapacidade e diminui, consideravelmente, a auto-estima.²² Há uma necessidade de reestruturação das atividades da vida, perante as quais este deve abster-se de algumas atividades diárias ou ao menos adequar-se na prática de outras.²⁴ Isto foi demonstrado no fragmento *“e até deixei de fazer salgados pra vender, o que eu fiz durante anos e adorava”* (sujeito 3). A doença, em muitos casos, se revela como um fracasso, até mesmo diante da família, atingindo os compromissos de proteção e segurança presentes neste meio.²³ Por essa razão a importância de haver entendimento, por parte do núcleo familiar, para os processos de readaptação física e emocional pelas quais o usuário com doença pulmonar

crônica vai enfrentar. Assim, torna-se imprescindível que ambos visualizem e compreendam as novas condições de saúde que se apresentam, para que, dessa forma, possam conviver e lidar com o contexto de vida trazido pela doença.²⁵

Além disso, verificou-se também, que a doença pulmonar crônica influenciou tanto no interesse quanto no desempenho sexual, causando conflitos conjugais, conforme o relato *“meu marido teve que se acostumar e ele entendia que tinha dias que eu não conseguia manter relação, porque tinha falta de ar, isso é chato, eu imagino que pra ele não é fácil essa situação, apesar dele me dizer que entende”* (sujeito 4). Essa fala, de um usuário do sexo feminino, denota a existência não apenas de uma limitação física em decorrência da pneumopatia crônica, mas a situação de constrangimento instalada diante do não exercício pleno de sua sexualidade. Essa realidade gera baixa auto-estima e traz a sensação de não ser alguém capaz de seduzir ou de ser desejado e, é no contato com o outro que o corpo exerce a genitalidade e precisa ser tanto desejado quanto desejante diante dele.²⁶

Diante disso, pode-se também perceber o retorno ao ciclo vicioso dos sintomas, quando essa sensação de não ser desejado é fortemente vivenciada, o que, em algumas sessões posteriores é revelado na fala,

meu marido não tem mais interesse e se nega a falar sobre isso, eu nem pergunto mais pra não ficar nervosa e, quando a gente fica assim, eu percebo que a falta de ar e o aperto no peito ficam ainda mais fortes. (Sujeito 4)

Nota-se o processo que se instaura, onde o cônjuge não verbaliza os motivos pelos quais não tem interesse sexual e o sujeito da pesquisa não questiona, como se houvesse um “acordo” entre ambos, sob o qual ninguém fala o que está acontecendo, criando uma situação que agrava a dispnéia da paciente.

Ressalta-se, o quanto essas desestabilizações, decorrentes da evolução das doenças e da forma como estas são vivenciadas, trazem como consequência o aumento da sintomatologia concernente à ansiedade e depressão. Nesse sentido, sabe-se que a depressão, prejudica não só a funcionalidade social, mas também

emocional do sujeito, que tende a isolar-se e a nutrir sentimentos de derrota e frustração.²⁷

Essas observações vêm ao encontro do fragmento *“essa doença me deixou muito magro e tem gente que mexe comigo por causa da minha magreza. Eu sei que fica difícil conseguir alguém assim, com esses problemas que eu tenho”* (Sujeito 2). Percebe-se, dessa forma, que nas doenças pulmonares, são experimentados sentimentos e comportamentos diversos, resultantes de todas as alterações na capacidade física, na auto-estima e na imagem corporal, principalmente nas relações com as outras pessoas e nas atividades do dia-a-dia.²⁸ A fala citada exemplifica esta diminuição drástica da auto-estima, aliada ao empobrecimento da imagem corporal, como alguém que se reconhece frágil física e emocionalmente. Cabe a ressalva de que a imagem corporal de um portador de doença sofre alterações constantes, seja em decorrência de procedimentos ou de limitações físicas.²³ como nesse caso. A mesma autora também refere que o processo de aceitação de um novo corpo pode gerar revolta e angústia, principalmente numa sociedade onde não são tolerados desvios de um corpo ideal e perfeito estética e funcionalmente. Uma doença sinaliza diferenças e ser aceito é ser igual.

Diante dessas queixas trazidas pelos sujeitos participantes e suas implicações na vida diária e nas relações interpessoais, percebeu-se a relevância desse espaço de escuta que foi disponibilizado. Espaço este, inserido em um ambiente hospitalar, no qual, por questões culturais e instituídas, é superestimada a queixa orgânica e há pouco lugar para a subjetividade. Destaca-se que, nesses momentos, surgiram verbalizações e diálogos tanto sobre as dificuldades do cotidiano de um pneumopata crônico quanto sobre as tentativas de lidar com estas e as maneiras encontradas por cada usuário. O foco principal não foi a patologia, embora seja de grande importância falar sobre essa, mas abarcou questões de todas as esferas da vida dos participantes e suas implicações.

Ao término do acompanhamento, as falas eram menos arraigadas às impossibilidades e muitas questões foram trabalhadas. Dentro do foco e do tempo previsto de atendimentos e, aliado às demais atuações profissionais, foi possível atingir uma diminuição dos níveis de ansiedade e depressão verificados na testagem inicial. Um exemplo disso pode ser observado na fala *“me sinto bem menos ansiosa em relação às coisas que me incomodavam antes, porque aqui eu falei, desabafei, coloquei pra fora”* (Sujeito 4). Esse acompanhamento caracterizou-se, para esses

sujeitos, como conversas com alguém que não critica nem adverte, mas ouve e mostra que compreende sem julgamentos e focaliza seu interesse totalmente no paciente.²³ Outra fala semelhante, também aconteceu no último atendimento,

conversar sobre as minhas limitações e dificuldades me fez bem, posso dizer o quanto me aliviei nesse tempo aqui, sobre assuntos que não costumo conversar com amigos, porque são coisas íntimas né. Esses sintomas, a falta de ar, a necessidade de fazer as coisas mais devagar, eu não costumo comentar isso com as pessoas de fora. (Sujeito 1).

Nesse período, foi observada e reafirmada a importância de se ofertar ao usuário de saúde um lugar onde possa ser escutado, visto e onde pudesse ouvir a si mesmo. Assim, percebe-se que, em meio a uma proposta interdisciplinar, a intervenção psicológica veio para favorecer o surgimento de recursos internos para lidar com as situações adversas e é percebida a construção que cada um faz de seu quadro clínico e como isso interfere na visão que tem de si mesmo neste momento da vida. Isso acarreta uma exigência de reposicionamento do paciente sobre o seu ser, diante da doença instalada e suas limitações.²³

Ressalta-se que esse espaço, proporcionado não apenas pela Psicologia, como também pelas demais profissões envolvidas nesse estudo, marcam o início desse programa multiprofissional que até então não havia sido implantado no referido ambulatório. A entrada de outros núcleos profissionais, além da Fisioterapia, possibilitou a percepção da relevância de se lançar ao usuário um olhar holístico, desfocado dos sintomas físicos, apenas.

Desse modo, os sujeitos participantes passaram a ser assistidos integralmente e as contribuições nucleares aliadas às práticas interdisciplinares foram propulsoras não apenas da melhora dos sintomas concernentes à ansiedade e depressão, como também da aceitação das limitações impostas pela situação clínica trazida pela pneumopatia, influenciando diretamente na qualidade de vida dos usuários. Nota-se, assim, que a prática integral organiza e articula processos de

trabalho e tecnologias distintos, que vão além da doença e possibilitam que atuações parcelares resultem numa intervenção abrangente e completa.²⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo verificou que o acompanhamento psicológico, inserido em um programa de atenção integral aos usuários de saúde com pneumopatias crônicas, proporcionou uma diminuição da sintomatologia de ansiedade e depressão apresentada pelos participantes. O processo de conhecimento dos próprios sintomas e sensações e, a oportunidade de verbalizá-los e nomeá-los, trouxeram maior entendimento e compreensão diante das readaptações inerentes à doença crônica. Readaptações essas, que, acredita-se, podem ter influenciado na melhora da qualidade de vida dos sujeitos, possibilitando não apenas uma diminuição nos níveis de ansiedade e depressão, mas também a aceitação de que as limitações e restrições existentes podem ser menos angustiantes quando reconhecidas e não superestimadas diante de tudo que ainda se pode realizar. Observou-se, da mesma forma, que a dispnéia, sintoma inerente às pneumopatias dos usuários assistidos, pode estar relacionada ao aumento da sintomatologia de ansiedade e de depressão, isto é, potencializar o surgimento dessas últimas em função da vulnerabilidade e debilitação que a doença crônica causa.

Ressalta-se que esses resultados não foram alcançados por meio de atuações nucleares isoladas, mas sim, sob o prisma do sujeito holístico, no qual todas as esferas são valorizadas e não há um corpo fragmentado, dividido por especialidades. O que se buscou foi uma atuação conjunta e integral, onde diferentes saberes compartilharam um único objetivo: agir em prol do usuário.

Como fator limitante tem-se o número reduzido de sujeitos participantes, o que não permitiu uma generalização dos resultados para a população que apresenta doenças pulmonares crônicas. Além disso, houve a não adesão de alguns sujeitos inclusos nos critérios do estudo, que, após a avaliação inicial, não compareceram às sessões de psicoterapia, demonstrando resistência à proposta de acompanhamento.

Dessa forma, nota-se a relevância de expandir esse estudo, pois seus achados, embora referentes a uma amostra reduzida, instigaram a desenvolver outras pesquisas no âmbito das políticas públicas de saúde, contemplando aspectos aqui não citados e que surgiram durante análise e discussão dos resultados, como a

importância da inserção multiprofissional na assistência a usuários acometidos por doenças crônicas de toda ordem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Ministério da Previdência Social. Benefícios emitidos, segundo os grupos de espécie. Bol Estat Previd Soc [periódico na Internet]. Região Sul – Vol. 03 N 01. 2010
2. Fitipaldi, RB. Fisioterapia Respiratória no Paciente Obstrutivo Crônico. São Paulo: Manole, 2009.
3. OMS Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.
4. Ramos-Cerqueira AT, Crepaldi AL. Qualidade de Vida em Doenças Pulmonares Crônicas: aspectos conceituais e metodológicos. *Jornal de Pneumologia*, 26(4), jul-ago 2000.
5. Merhy EE Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.
6. Merhy EE, Cecílio LCO. Integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. Campinas, 2003.
7. Godoy DV, Godoy RFG, Vaccari JB, Teixeira P, Palombini B. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, vol. 31, nº6, nov/dez 2005. São Paulo.
8. Silva J, Muller MC. Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele. *Rev. Estudos de Psicologia de Campinas*, vol. 24, nº 2, P. 247-256, abr-jun 2007. São Paulo.
9. Thums J. Acesso a realidade: técnicas de pesquisas e construção do conhecimento. Porto Alegre: Sulina: Ulbra, 2000.
10. Chizzotti A. Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais. São Paulo: Cortez. 2003.
11. Mendes JC. Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de tecnologia e Gestão de Felgueiras, Casa do Curral - 4610 Felgueira. A abordagem qualitativa e quantitativa no estudo de caso. 2002.
12. Orlandi EP. Análise de Discurso. Princípios e Procedimentos. 7ª ed. São Paulo, 2007.

13. Kovelis D, Segretti NO, Probst Vanessa S, Lareau SC, Brunetto AF, Pitta F Validação do Modified Pulmonary Functional Status and Dyspnea Questionnaire e da escala do Medical Research Council para o uso em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica no Brasil. J. bras. pneumol. [serial on the Internet]. 2008 Dec [cited 2012 Jan 23]; 34(12):1008-1018.
14. Cunha JA. Estudos dos pontos de corte do BDI e BAI na versão em Português. 8º Congresso Nacional em Avaliação Psicológica. Pôster 78, Porto Alegre, 1999.
15. AMBAN. Ambulatório de Estudo da Ansiedade. Tradução da Escala de Ansiedade de Hamilton. São Paulo, 1985.
16. Santos EF. Psicoterapia Breve: abordagem sistematizada de situações de crise. 2ªed. São Paulo: Agora, 1997.
17. Hegenberg M. Psicoterapia Breve. Clínica Psicanalítica. 2ª ed. Casa do Psicólogo, São Paulo, 2005.
18. Oliveira D. O idoso e o sistema de cuidados à saúde na doença renal. Monografia de conclusão de curso. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2002.
19. Mattos A. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública, 20 (05):1411-1416, 2004.
20. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
21. Mendes JMR, Lewgoy AMB, Silveira EC. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. Rev Ciência & Saúde,1(1), p. 24-32, 2008.
22. Godoy DV, Godoy RF. Redução nos níveis de ansiedade e depressão de pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) participantes de um programa de reabilitação pulmonar. J. bras. pneumol. [serial on the Internet] 2002;28(3):120-124. Acesso em 20 ago 2011.
23. Romano BW. Manual de Psicologia Clínica para Hospitais. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2008.
24. Souza-Rabbo MP, Campos L, Barbosa SR, Rodrigues FSS, Testa RF, Dias MMA et. al. O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. Revista Ciência em Movimento. São Paulo. Ano XII, nº23, 2010/1.
25. BRASIL (MS) Declaração de Jacarta - Quarta Conferencia Internacional de Promoção da Saúde. In Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
26. Bento M, Gaspar SAA. Adolescente cardiopata: questões ligadas à feminilidade. IN Mulher e Coração. Ribeiro ALA. Papyrus, 19-29, 2003.

27. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. Rev. Bras. Reumatologia, São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2005 Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>

28. Martins LM, Franca APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 4, n. 3, Dec. 1996. Available from <<http://www.scielo.br>.

29. Paim, JS. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.