



## Artigo Original

### FATORES ESTRESSORES E ESTRATÉGIAS DE COPING DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EM TRATAMENTO DE FERIDAS

*STRESSING FACTORS AND COPING STRATEGIES OF HOSPITALIZED PATIENTS FOR TREATMENT OF WOUNDS*

*FACTORES ESTRESSORES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN TRATAMIENTO DE HERIDAS*

Arieli Rodrigues Nóbrega Videres<sup>1</sup>, Tatiana Cristina Vasconcelos<sup>2</sup>, Dayse Cristina Lima Oliveira<sup>3</sup>, Emília Fernandes Pimenta<sup>4</sup>, Tarciana Costa Sampaio<sup>5</sup>, Clélia Albino Simpson<sup>6</sup>

Estudo explicativo, com abordagem quantitativa, que objetivou analisar as estratégias de coping adotadas por 40 pacientes hospitalizados nos Hospitais Regionais sediados nos municípios de Sousa e Cajazeiras (PB), submetidos a tratamento de feridas. Os dados coletados através de um roteiro de entrevista semi-estruturado foram analisados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16. Verificou-se que 59,4% dos pacientes apresentaram diminuição da autoestima, apontando a dor (55,1%), o sono e repouso prejudicado (18,4%) e a impossibilidade de trabalhar (12,2%), como principais fatores estressores advindos da hospitalização. Para lidar com tal situação e minimizar seu sofrimento psico-socio-espiritual, utilizaram principalmente estratégias de coping centradas na religiosidade (média de 3,6), seguidas de centrado no problema (3,5%); no apoio social (3,1%); e na emoção (1,8%). Percebe-se que as crenças religiosas funcionaram como mediadoras cognitivas para interpretação dos eventos de maneira positiva.

**Descritores:** Adaptação; Enfermagem; Ferimentos e Lesões; Hospitalização.

This is an explanatory study with a quantitative approach, which aimed to analyze the coping strategies adopted by 40 patients hospitalized in regional hospitals located in the cities of Sousa and Cajazeiras (PB), while undergoing treatment for wounds. The data collected through a script of semi-structured interview were analyzed using the *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) version 16. One verified that 59.4% of the patients showed a decrease in their self-esteem, pointing the pain (55,1%), the impaired sleep and rest (18.4%) and inability to work (12.2%) as the main stressing factors that come during hospitalization. To deal with this situation and minimize their psycho-socio-spiritual suffering, one used mainly coping strategies focused on religiosity (average of 3.6), followed by strategies focused on the problem (3.5%); on social support (3.1%); and on emotion (1.8%). One noticed that religious beliefs acted as cognitive mediators for the interpretation of events in a positive way.

**Descriptors:** Adaptation; Nursing; Wounds and Injuries; Hospitalization.

Estudio explicativo, con enfoque cuantitativo, cuyo objetivo fue analizar estrategias de afrontamiento adoptadas por 40 pacientes hospitalizados en Hospitales Regionales en las ciudades de Sousa y Cajazeiras (PB), Brasil, sometidos a tratamiento para heridas. Los datos recogidos a través de guión de entrevistas semiestructuradas fueron analizados mediante *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 16. Se encontró que 59,4% de los pacientes mostró disminución de la autoestima, señalando el dolor (55,1%), alteración del sueño y resto (18,4%) e incapacidad para trabajar (12,2%) como principales factores estresores que viene con la hospitalización. Para hacer frente a esta situación y minimizar el sufrimiento psico-socio-espirituales, utilizan como principal estrategias de afrontamiento la religiosidad (media 3,6). Se observa que las creencias religiosas actúan como mediadores de la interpretación cognitiva de los acontecimientos de manera positiva.

**Descritores:** Adaptación; Enfermería; Heridas y Lesiones; Hospitalización.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRN/RN. Professora Assistente I da UFCG/PB, campus Cajazeiras-PB, Brasil. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa Sobre Assistência a Saúde Humana (GEPASH). E-mail: arieli.nobrega@hotmail.com

<sup>2</sup>Psicóloga. Doutora em Educação pela UERJ/RJ. Mestre em Psicologia pela UFPB/PB. Docente da UEPB, campus VII, Patos-PB, Brasil. E-mail: vasconcelostc@yahoo.com.br

<sup>3</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho pela FIP/PB. Atua na Estratégia Saúde da Família de Santa Luzia, PB, Brasil. Docente do Centro de Formação Profissional e Serviços (CEFPS/RN). Brasil. E-mail: daysinhacris@hotmail.com

<sup>4</sup>Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão em Organizações Aprendentes pela UFPB/PB. Trabalha na Secretaria de Saúde de João Pessoa - PB, Brasil. E-mail: emiliafpimenta@gmail.com

<sup>5</sup>Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade da Santa Casa de São Paulo (SP). Mestre em Enfermagem pela UFRN. Docente da FIP/PB, Brasil. E-mail: tarcianasampaio@yahoo.com.br

<sup>6</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP/SP. Docente Adjunto III da UFRN. Brasil. E-mail: clemiasimpson@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

O cuidado a pacientes acometidos por feridas tem se tornado cada vez mais um tema de debate nas práticas hospitalares, pois, no senso comum, muitos pensam que o tratamento de feridas é algo simples e que não necessita intervenções especializadas, podendo qualquer pessoa atuar neste sentido, o que não se constitui uma verdade.

Lidar com pessoas acometidas por feridas, agudas ou crônicas, sugere ao profissional de saúde adotar em sua prática, além de conhecimentos técnicos, recursos psicológicos, espirituais, físicos e ambientais na perspectiva de uma abordagem holística do tratamento. O enfermeiro por sua vez, sempre se destacou nos cuidados físicos dos pacientes, entretanto, só recentemente as necessidades emocionais passaram a ser enfocadas na relação profissional-paciente.

As implicações de uma hospitalização para um paciente, principalmente os acometidos por feridas, seja de curto ou longo prazo, têm sido relatadas como negativas, visto que esse tende a abandonar seus hábitos e costumes para adaptar-se a novos horários e rotinas, confiar em pessoas consideradas desconhecidas e submeter-se a procedimentos invasivos<sup>(1)</sup>. Tudo isso influencia seu bem-estar, desencadeando assim, o sofrimento físico e espiritual, bem como o aparecimento de reações emocionais imprescindíveis para a sobrevivência humana, tais como o medo, o pesar e o desamparo.

Além de enfrentar mudanças consideráveis no seu bem-estar, tais pacientes ainda são forçados a experimentar a sensação da dor, que é um dos fatores desencadeantes para o desenvolvimento do estresse psicológico durante o período de hospitalização. Estudos sobre os efeitos do estresse no processo saúde-doença vêm sendo desenvolvidos desde que Hans Selye realizou pesquisas relacionadas à chamada Síndrome de Adaptação Geral (SAG), em que a resposta de estresse

foi caracterizada por reações fisiológicas do organismo, diante de demandas externas que prejudicavam a sua homeostase<sup>(2)</sup>.

O estresse pode ser entendido como uma resposta não específica do corpo a qualquer exigência feita a ele. Atualmente, muitos autores reconhecem o estresse humano como um conjunto de reações físicas, psicológicas e sociais de adaptação do indivíduo diante de um estímulo (situação) que lhe provoque excitação ou sensação forte, tanto positiva quanto negativa<sup>(2)</sup>.

Uma das diversas linhas que procura compreender como as pessoas enfrentam o estresse é a escala cognitiva, na qual se baseia a teoria do enfrentamento (*coping*), uma estratégia que o indivíduo utiliza não necessariamente consciente, para obter o maior número de informações sobre os acontecimentos e as condições internas (psíquicas) para proceder de forma a diminuir as respostas de estresse e manter o equilíbrio orgânico<sup>(3)</sup>.

Os estudos sobre *coping* tornaram-se mais sistematizados, quando Lazarus e Folkman (1984) definiram-no como o conjunto de estratégias para lidar com algo que é percebido pelo indivíduo como uma ameaça iminente, como uma sobrecarga às suas capacidades cognitivas e comportamentais do momento. O *coping* inclui estratégias adotadas pelo indivíduo para adaptar-se a uma situação estressora; inclui processos cognitivos, respostas comportamentais e emocionais que visam administrar a crise, reduzir ou tolerar as demandas criadas pela situação<sup>(4)</sup>.

Na perspectiva cognitivista, o processo de *coping* envolve quatro conceitos principais: (a) interação que ocorre entre indivíduo e ambiente; (b) sua função é administrar a situação estressora, e não controlar a mesma; (c) pressupõe a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; e (d) constitui-se

uma mobilização de esforços, através dos quais os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar as demandas internas e externas que surgem da sua interação com o ambiente<sup>(5-6)</sup>.

Considerando função como propósito a que a estratégia serve, o processo de *coping* apresenta duas funções, quais sejam *coping* centrado no problema e *coping* centrado na emoção. No primeiro caso, a pessoa procura se engajar no manejo ou modificação do problema ou situação causadora de estresse, visando controlar ou lidar com a ameaça; são, em geral, estratégias ativas de aproximação em relação ao estressor, como solução de problemas e planejamento. No segundo caso, há uma regulação da resposta emocional causada pelo estressor com o qual a pessoa se defronta, podendo representar atitudes de afastamento ou paliativas em relação à fonte de estresse, como negação ou esquivas<sup>(7)</sup>.

Há outras estratégias de *coping* centradas na religiosidade e na busca de suporte social. Na primeira, algumas pessoas ao se depararem com sofrimento e desafio mediante uma situação estressora são impulsionadas para além de suas capacidades a experimentarem um processo dinâmico de *coping*, nas quais, crenças e práticas religiosas são inseridas. Por outro lado, *coping* focalizado na busca de suporte social, representa itens com conteúdo que têm como significado a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação como estratégias de enfrentamento da situação causadora do estresse<sup>(8)</sup>.

Sabendo da importância em reconhecer as necessidades biológicas, emocionais, sociais e espirituais de pacientes hospitalizados em tratamento de feridas, surgiram os questionamentos que nortearam o presente estudo: Quais os problemas enfrentados por pacientes em tratamento de feridas durante o período de hospitalização? Quais estratégias foram utilizadas para

solucionar os problemas identificados? O que sentiram ao se depararem com tais problemas?

A hospitalização é uma experiência desagradável, que determina processos de perda, independente do tempo de internação, exigindo adaptações às mudanças do seu dia a dia, seja por curto ou longo prazo. O paciente pode recolher-se em um ambiente frio, impessoal e ameaçador; e não é uma opção, mas uma necessidade, muitas vezes em emergência, sob um clima de expectativa e até de medo<sup>(9)</sup>.

Com isso, justifica-se a importância desse estudo pela necessidade de conhecimento cada vez mais amplo da questão que envolve os aspectos psicológicos de pacientes hospitalizados que vivenciam a problemática das feridas. Espera-se que elucidando o referido questionamento se favoreça reflexões para os enfermeiros e demais profissionais de saúde que atuam com clientes portadores de feridas no sentido de oferecerem uma assistência individualizada e de qualidade no atendimento de suas necessidades físicas e emocionais. Cabe ressaltar também a necessidade de novas pesquisas nesta área visto a escassez de estudos publicados atualmente.

Tendo em vista a problemática elucidada, o presente estudo buscou identificar os fatores estressores e analisar as estratégias de *coping* adotadas por pacientes hospitalizados para tratamento de feridas.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza quantitativa, desenvolvido nos setores de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica do Hospital Regional Deputado Manoel Gonçalves de Abrantes, sediado no município de Sousa e do Hospital Regional de Cajazeiras, sediado no município de Cajazeiras, ambos localizados no Alto Sertão Paraibano. Esta escolha recaiu em função de serem instituições de médio porte e

referência para as demais microrregiões cobertas por estes municípios.

A população do estudo compreendeu todos os indivíduos hospitalizados em tratamento de feridas ou mesmo com feridas secundárias a internação no período de maio a junho de 2009. Através de uma amostragem não-probabilística acidental, a amostra foi composta por 40 desses pacientes, divididos de forma equânime entre as instituições hospitalares. Como critérios de inclusão foram selecionados pacientes independentes do sexo, da escolaridade, da etiologia e evolução da ferida; pacientes maiores de 18 anos sem idade limite máxima que concordaram participar do estudo e que estiveram hospitalizados há mais de 24 horas, considerando-se ser as primeiras 24 horas, o momento de adaptação do paciente as rotinas/normas hospitalares.

Como instrumento de coleta dos dados foi utilizado um questionário semi-estruturado composto por 1) Questões sócio-demográficas; 2) Questões subjetivas e objetivas voltadas a identificação de estressores durante a hospitalização e do comportamento social e psicológico dos pacientes frente os problemas levantados; 3) Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), instrumento construído (1985)<sup>(11)</sup> validado (2001)<sup>(10)</sup>, adaptado para o português (1997)<sup>(12)</sup>.

A EMEP contém 45 itens e possui quatro subescalas que expressam cognições (ações intrapsíquicas) e comportamentos (ações diretas) para lidar com eventos estressantes: (a) enfrentamento focalizado no problema, correspondentes as estratégias voltadas para o manejo e reavaliação do problema; (b) enfrentamento focalizado na emoção, estratégias que envolvem esquiva, negação, pensamento irrealista, atribuição de culpa, afastamento do problema e funções paliativas frente ao estressor; (c) enfrentamento baseado na busca de práticas religiosas e pensamento fantasioso; e (d) enfrentamento baseado na busca por

suporte social. As respostas são dadas em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 = Eu nunca faço isso; 2 = Eu faço isso um pouco; 3 = Eu faço isso às vezes; 4 = Eu faço isso muito; 5 = Eu faço isso sempre). Os escores variam de 1 a 5; os mais elevados indicam maior utilização de determinada estratégia de enfrentamento<sup>(10-12)</sup>.

A coleta de dados foi realizada nos meses de maio e junho de 2009, e os participantes, após serem esclarecidos dos objetivos e do caráter confidencial da pesquisa, preencheram de forma individual os questionários, com a presença dos pesquisadores para eventuais esclarecimentos que se tornassem necessários diante das questões, surgindo casos em que foi necessária a leitura das questões e marcação das respostas, já que a operacionalização da leitura se apresentou comprometida.

Após o término da coleta, os dados sócio-demográficos foram analisados de forma descritiva, sendo computados os percentuais. Os dados subjetivos voltados à problemática do estudo foram categorizados e contabilizadas as percentagens. Na EMEP, os resultados foram obtidos através do somatório dos valores assinalados na escala Likert, categorizados segundo as subescalas apontadas na literatura (2001)<sup>(10)</sup>. A maior média dos escores entre as quatro subescalas indicou qual a principal estratégia de enfrentamento utilizada pelo participante.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria situada no município de Cajazeiras (PB), sob protocolo de nº 01390109, atendendo as exigências da Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Os resultados permitiram verificar que os participantes eram adultos (45%), com idades variando entre a faixa etária de 22 a 41 anos, do sexo masculino

(62,5%), casados (57,5%), católicos (80%), tendo cursado o ensino fundamental como maior grau de escolaridade (60%), com renda familiar de até um salário mínimo (85%) e período de hospitalização há aproximadamente uma semana (87,5%).

Quanto à classificação das feridas, verificou-se que 80% dos pacientes hospitalizados apresentaram lesões de evolução aguda, de etiologias diversas, como cirúrgica (52,5%), traumática (28,5%), patológica caracterizada como úlceras (9,5%) e iatrogênica (9,5%), sendo os membros inferiores (35,5%), o abdome (33,3%) e os membros superiores (11,6%) as regiões mais afetadas.

Foram relatados problemas advindos da hospitalização (92,5%) tais como dor (55,1%), sentida principalmente durante os movimentos (44,2%), durante todo o tempo (20,9%) e ou a realização do curativo (13,9%); sono e repouso prejudicados (18,4%); impossibilidade de trabalhar (12,2%); medo (6,3%); dependência (4%) e dificuldades para realizar atividades básicas da vida diária (4%). Quando interrogados sobre seus sentimentos demonstraram diminuição da autoestima (59,4%), medo (8,1%) e dor diante de tais problemas (2,7%).

Na tabela 1, foram demonstradas as estratégias de *coping*, bem como suas respectivas pontuações, mais utilizadas pelos participantes ao se depararem com os problemas advindos do período de hospitalização.

**Tabela 1** – Pontuações médias dos participantes nas estratégias de *coping*. Sousa e Cajazeiras, PB, Brasil, 2009

Fatores/Itens	Médias
Fator 1 – Centrado na Religião	3,6
Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou	4,3
Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	4,1
Eu me apego à minha fé para superar esta situação	4,0
Eu rezo/ oro	3,9
Pratico mais a religião desde que tenho esse problema	3,3
Espero que um milagre aconteça	3,2
Tento esquecer o problema todo	2,6
Fator 2 – Centrado no Problema	3,5
Eu insisto e luto pelo que eu quero	4,4
Eu levo em conta o lado positivo das coisas	4,2
Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	4,1
Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	4,1
Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	4,0
Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela	3,9
Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	3,6
Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação	3,6
Eu fico lembrando que as coisas poderiam ser piores	3,5
Encontro diferentes soluções para o meu problema	3,4
Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	3,3
Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia	3,3
Estou mudando, me tornando uma pessoa mais experiente	3,3
Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	3,2
Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	3,1
Fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	3,0
Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	2,9

De acordo com a tabela 1, as estratégias de *coping* mais utilizadas por pacientes hospitalizados submetidos a tratamento de feridas correspondem às estratégias

*Centradas na Religiosidade*, no qual apresentaram média geral de 3,6 pontos.

As demais estratégias utilizadas pelos participantes foram apresentadas na tabela 2.

**Tabela 2** – Pontuações médias dos participantes nas estratégias de *coping*. Sousa e Cajazeiras, PB, Brasil, 2009

Fatores/Itens	Médias
Fator 3 – Centrado no Apoio Social	3,1
Converso com alguém para obter informações sobre a situação	3,6
Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	3,3
Converso com alguém sobre como estou me sentindo	3,1
Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	2,9
Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	2,4
Fator 4 – Centrado na Emoção	1,8
Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto	3,4
Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	2,7
Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	2,3
Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	2,1
Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	2,1
Eu me culpo	1,9
Procuro me afastar das pessoas em geral	1,6
Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1,6
Descubro quem mais é ou foi responsável	1,5
Procuro um culpado para a situação	1,5
Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1,4
Eu culpo os outros	1,4
Penso em coisas fantásticas ou irrealis (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1,4
Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1,3
Desconto em outras pessoas	1,2

## DISCUSSÃO

Todas as variáveis pertinentes ao perfil dos participantes são relevantes no contexto de *coping*, porque estão influenciando dinamicamente as estratégias que os indivíduos devem adotar para reduzir seu sofrimento, no sentido de que não só a situação estressora interfere nas estratégias adotadas, mas também os recursos disponíveis e a responsabilidade perante o acontecimento.

Mudanças significativas de estratégias de *coping* podem ocorrer na medida em que o indivíduo se desenvolve, uma vez que crianças, adolescentes, adultos e idosos diferenciam-se em suas maneiras de administrar seus problemas. As habilidades necessárias para usar *coping* emergem em diferentes períodos de desenvolvimento, sendo que adolescentes e jovens utilizam mais *coping* focalizado na emoção<sup>(13)</sup>. Diversos autores mencionam que crianças mais velhas tendem a buscar soluções de problemas mais do que evitam

pensar sobre eles<sup>(14)</sup>. A idade ainda é importante no tratamento de feridas por influenciar diretamente a velocidade de cicatrização.

Verificou-se que a maior parte dos participantes é do sexo masculino e se enquadrava na faixa etária economicamente ativa e produtiva, o que é algo preocupante, pois a ferida pode afetar diretamente a capacidade funcional, bem como a qualidade de vida desses sujeitos.

As feridas quando não tratadas adequadamente são responsáveis por lesões maiores e/ou perda de função da região acometida, caracterizando-se como um grande problema de saúde que envolve vários fatores relacionados ao paciente e ao seu meio externo, uma vez que sua gênese se associa diretamente ao aumento do tempo de hospitalização, do risco de complicações e dos custos<sup>(15)</sup>.

Cada sexo deve ser analisado de forma distinta sob uma perspectiva ecológica em resposta às expectativas geradas sobre seus comportamentos, uma vez que as diferenças entre os sexos influenciam os processos de *coping*<sup>(16)</sup>. Um estudo sobre *coping* entre crianças e adolescentes demonstrou que meninos e meninas utilizam formas distintas de *coping* para administrar as mesmas situações de estresse. Os primeiros geralmente utilizam mais estratégias focadas no problema; em contrapartida, as meninas utilizam mais estratégias focadas na emoção<sup>(17)</sup>.

Considerando-se os problemas advindos da hospitalização, percebeu-se que a dor foi enfatizada como o problema de maior incidência enfrentado durante esse período. A dor pode ser entendida como o resultado de um processo bioquímico no qual seu contexto não pode ser contado apenas através deste processo sem incluir toda a subjetividade que a acompanha. O grau e a duração da dor que o paciente suporta na trajetória de seu tratamento dependem de fatores diversos que englobam aspectos culturais, emocionais, vivências anteriores e características pessoais<sup>(18)</sup>.

Após a avaliação efetiva da dor, estratégias de tratamento devem ser identificadas para promoção do alívio satisfatório da mesma. Uma das estratégias consiste na opção farmacológica, envolvendo o uso de analgésicos, opioides e anestésicos. Outras opções podem ser fisiológicas, incluindo métodos de estimulação transcutânea, mudanças posturais, ou uso de pontos de acupuntura. Medidas alternativas como a educação, relaxamento, imaginação guiada ou outras escolhas do paciente podem ser válidas como estratégias eficazes. O plano terapêutico pode consistir em abordagens clínicas tradicionais, bem como em abordagens não tradicionais, culturais ou religiosas, que podem ser identificadas tanto pelo indivíduo, como pelo médico ou pelo enfermeiro<sup>(18)</sup>.

Tendo como objeto de trabalho o cuidado dispensado ao doente e não à doença, o enfermeiro não deve subestimar a dor do paciente em função da reação apresentada, mas sim procurar avaliar e intervir nessa situação. Ele deve estar preparado para lidar com a dor do outro e com o fato de que os cuidados de enfermagem ao serem executados podem potencializar a dor do paciente.

Outros problemas enfrentados dizem respeito ao sono e repouso prejudicados e a impossibilidade de trabalhar. Sabe-se que as implicações de uma ferida sobre o trabalho são claras, pois tais pacientes experimentam grandes limitações físicas que os direcionam para outra forma de administração de questões como o modo de dormir, a alimentação e seus pensamentos em relação à saúde.

Ainda merecem destaque os demais problemas listados em ordem de maior incidência, como o medo, a dependência de ajuda e a dificuldade de realizar atividades básicas de vida diárias, haja visto que com os membros inferiores afetados advém o medo do desconhecido, dos problemas já vivenciados como a restrição nas atividades consideradas rotineiras.

Em relação aos sentimentos expressos frente aos problemas elucidados, verificou-se significativa diminuição da autoestima dos pacientes, sugerindo ao enfermeiro, a presença e o envolvimento no cuidado a tais indivíduos, percebendo-os no sentido mais amplo e complexo do termo holismo, como um ser possuidor de necessidades, valores, medos, anseios, incertezas, capaz de sentir, pensar e agir, e que necessita de um pouco mais de carinho, afeto, compreensão, amor e atenção.

Sentimentos de indiferença à situação, medo e dor são fatores relevantes na mudança do bem-estar físico e espiritual dos pacientes hospitalizados. As queixas de dor podem ser um modo de chamar atenção e os mesmos podem ser atendidos pela presença e pelo

toque de um profissional, familiar ou amigo que esteja ao seu lado, escutando-o e confortando-o.

Nesse contexto, destaca-se o papel da família, considerada peça chave no processo de cura do paciente hospitalizado, por traduzir-se como principal fonte de informações e vínculo afetivo com o mesmo, ajudando-o a enfrentar a insegurança e o provável sentimento de solidão que permeiam este período. Esta relação terapêutica pode ser maximizada quando há um interesse, por parte dos profissionais de saúde, de valorizar a relação afetiva entre familiar e o paciente<sup>(16)</sup>.

É preciso ressaltar, cada vez mais, a importância fundamental da equipe de enfermagem ter uma ótica mais ampla, compreendendo a sua ação para além do paciente, abrangendo, também, o familiar, em seu planejamento e processo de cuidar, para que ele tenha participação mais efetiva nesse processo e que passe a ser um momento de interação pessoal entre equipe e familiares, possibilitando informações que orientem o estabelecimento de ações centradas no seu entendimento como sujeito do processo<sup>(19)</sup>.

Nesse âmbito de sofrimento, o enfermeiro deve adotar estratégias capazes de reduzir a quantidade de estresse experimentada pelo paciente e familiar durante a hospitalização. Uma das estratégias consiste no apoio social, uma ferramenta que melhora o estado de saúde e o bem-estar dos indivíduos, além de atuar como fator de proteção em situações diversas.

Destarte, observou-se que a estratégia mais utilizada pelos pacientes para enfrentar os agentes estressores advindos da hospitalização foi a centrada na Religiosidade. A religião pode ser útil para enfrentar a situação por proporcionar um sistema de crenças e uma linha de pensamento sobre o evento estressante que capacita as pessoas a encontrarem conhecimentos e propostas para lidar e compreender eventos inevitáveis. Ainda, pontuam que pessoas ligadas à fé religiosa reportam grande satisfação com a vida, felicidade

pessoal e menos consequências negativas em eventos traumáticos da vida em comparação a pessoas não envolvidas em religião formal, promovendo bem-estar psicológico<sup>(8)</sup>.

Um estudo desenvolvido com indivíduos submetidos à pré e pós-reabilitação de lesão medular, demonstrou que as estratégias utilizadas com maior frequência por aqueles em ordem de maior relevância foram, as focalizadas na religiosidade, pensamento fantasioso/positivo, no problema e busca de suporte social<sup>(16)</sup>. Ao avaliar a prevalência do enfrentamento religioso em indivíduos com diferentes condições de saúde, autores mencionaram que em pacientes hospitalizados a prevalência variou de 73,4% a 86%, enquanto que nos pacientes em tratamento ambulatorial, tal prevalência foi de aproximadamente 60% de utilização do enfrentamento religioso<sup>(8)</sup>.

Analisando os resultados da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, um estudo desenvolvido com pacientes soropositivos verificou que as estratégias mais utilizadas foram as baseadas em práticas religiosas e pensamentos fantasiosos (média 4,09), seguida por enfrentamento focalizadas no problema (média 3,71), busca de suporte social (média 2,93), e estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção (média 2,36)<sup>(20)</sup>.

Tais justificativas são compatíveis aos resultados encontrados neste estudo, onde 80% dos participantes eram praticantes da doutrina católica. O fato de uma pessoa frequentar entidades religiosas sugere uma organização em grupo, no qual a mesma terá um suporte individual em cadeia com quem divide suas crenças. No tangente à autoestima, a religiosidade dispõe de padrões comparativos entre a autoavaliação e o autoconceito que valorizam a autopercepção das pessoas. Com isso, justifica-se a diminuição da autoestima em boa parte dos participantes devido a forma como eles percebem a situação, seja otimista ou



pessimista, mesmo estando centrados efetivamente na religião.

No mais, entende-se que as crenças religiosas funcionam como mediadores cognitivos para interpretação dos eventos de maneira positiva, o que pode favorecer a adaptação e o ajustamento das pessoas à condição de saúde. Por outro lado, deve-se ter cuidado com tais interpretações visto que, para muitas pessoas, principalmente aquelas portadoras de doenças crônicas que necessitam de auto-cuidado intenso, a atribuição de causalidade externa pode dificultar as medidas de auto-cuidado, pois a prática tem demonstrado que ao se atribuir a Deus a responsabilidade de estar doente, deixa-se de assumir sua responsabilidade pessoal<sup>(8)</sup>.

A segunda estratégia adotada pelos participantes refere-se à *coping* centrado no Problema com média de 3,5. Seus itens que obtiveram maior pontuação representam condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo no sentido de solucioná-lo e também envolvem esforços ativos eminentemente cognitivos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de modo positivo. Tais achados significam que os participantes se esforçaram de alguma forma para administrar ou alterar os problemas, ou para melhorar seu relacionamento com o meio, uma vez que os mesmos insistem e lutam pelo que querem.

Um estudo realizado com 21 pacientes no período pós-operatório de cirurgias oncológicas mutiladoras, observou que ao enfrentarem o câncer e a cirurgia, esses elaboraram formas de enfrentamento tanto baseadas na emoção como no problema. As estratégias de enfrentamento mais utilizadas foram a reflexão sobre o problema de saúde e o suporte religioso, nos quais os mesmos referiram rezar e fazer promessas como maneiras de expressar sua fé em Deus e santidades da Igreja Católica populares no Brasil, para ajustarem-se

melhor à situação de doença. Esse tipo de recurso de enfrentamento pode prover o fortalecimento da fé e com isso propiciar pensamentos mais otimistas, diminuindo, portanto, a tensão interna decorrente do estressor<sup>(5)</sup>.

As estratégias de enfrentamento focalizadas no problema são relativas também a pensamentos positivos, representam condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo, no sentido de solucionar o problema, lidar ou manejar a situação estressora. Este tipo de atitude refere-se à capacidade que o indivíduo possui de enfrentar a situação real na qual está vivendo, refere-se aos pensamentos e atos conscientes, cujos objetivos são resolver problemas e diminuir o estresse<sup>(20)</sup>.

A terceira estratégia adotada pelos participantes diz respeito ao *coping* focalizadas na busca de Apoio Social (média de 3,1). Tal estratégia tem um papel relevante na promoção da saúde física e mental dos indivíduos. Pessoas que não têm este tipo de suporte tendem a ter mais dificuldade para lidar com o estresse.

O suporte social ajuda a aumentar a competência adaptativa, por meio do manejo das emoções, de orientação afetiva e cognitiva e de retro-informação. O suporte social diz respeito aos aspectos funcionais das relações sociais, ligados à adaptação de seus membros. O suporte social que as redes sociais oferecem reduz o isolamento e aumentam a satisfação com a vida das pessoas<sup>(20)</sup>.

O apoio da família é um dos principais recursos externos do paciente para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Enquanto o paciente trava uma luta contra a doença, tentando lidar melhor com o estresse, a família tem um importante papel em apoiar ou não as mudanças que ocorrem com ele, evitando os fatores desnecessários de estresse ou ajudando-o a lidar com ele<sup>(3)</sup>.

A última estratégia adotada está focalizada na Emoção (média de 1,8), correspondentes às estratégias cognitivas e comportamentais que podem cumprir função paliativa no enfrentamento e/ou resultar em afastamento do estressor. Isso demonstra que os pacientes tentaram substituir ou regular o impacto emocional do estresse, utilizando a emoção como forma de manter a esperança e otimismo, uma vez que eles perceberam que não seriam competentes para enfrentar a situação, cabendo-lhes suportar a tensão por meio de regulações afetivas diversas.

Estudo desenvolvido com cuidadores de pessoas idosas portadoras de doenças crônicas atendidas em um Centro de Saúde Escola de uma cidade do interior de São Paulo demonstrou que para a realização do cuidar, tais indivíduos utilizaram as estratégias de *coping* centradas na emoção como forma de amenizar a situação estressora, sem, contudo, envolver-se na resolutividade da mesma<sup>(21)</sup>.

Tais achados vêm corroborar com os resultados do presente estudo, uma vez que a estratégia de *coping* focada na emoção corresponde a uma defesa do indivíduo ao evitar confrontar-se com a ameaça, não modificando a situação. Quando o enfrentamento está voltado para a emoção, o indivíduo utiliza estratégias emocionais ou cognitivas que mudam a maneira de ver a situação estressante, afastando-se do problema e procurando evitá-lo. Desta forma, a fim de evitar a situação estressora, o indivíduo pode agir de diversas maneiras, como, por exemplo, com autopiedade ou negando a existência desta situação estressora<sup>(22)</sup>.

O enfrentamento centrado na emoção é, por vezes, uma "reavaliação cognitiva", pois o indivíduo realiza uma série de manobras com o objetivo de modificar o significado da situação, não importando se isso é feito de forma realista ou com distorção da realidade. Esse tipo de mecanismo de enfrentamento não modifica a situação propriamente dita, mas serve

para o indivíduo negociar com as emoções e, assim, manter uma autoestima positiva, esperança e bem-estar<sup>(3)</sup>.

Entre algumas das funções dos profissionais de saúde no processo de cuidado, identificar as estratégias de enfrentamento e sua consequente implicação na evolução clínica do indivíduo são de fundamental importância para o planejamento da assistência de enfermagem<sup>(3)</sup>.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a condição de hospitalização causa desconforto, mudanças no estilo de vida e no bem-estar psicológico dos pacientes, principalmente quando há um comprometimento da autoimagem e conseqüentemente negação de seu estado de saúde. Um indivíduo portador de ferida deve ser visto em um contexto mais amplo, como um ser que necessita de cuidados físicos, emocionais e espirituais. Sua ferida deve ser tratada como parte de um todo. Entretanto, para o suprimento satisfatório de tais necessidades, o profissional assistencial deverá considerar o novo ambiente em que o indivíduo será inserido, atendê-lo humanamente oferecendo apoio e informações a respeito de seu estado de saúde, e ainda conquistar sua confiança a fim de descobrir suas queixas e concomitantemente necessidades.

Nesse estudo, a escolha do *coping* centrado na religiosidade sugere que a fé em Deus foi associada ao resgate da força, da esperança e da confiança de que seu problema poderia ser resolvido. O fato dos participantes não ter dado mais ênfase às estratégias focalizadas no suporte social, não descarta de as terem utilizadas, visto que muitos, em seus relatos, disseram procurar ajuda profissional. Neste sentido, cabe aos profissionais de saúde rever o modo como os pacientes estão utilizando suas estratégias de enfrentamento, sem pretender considerar uma ou outra estratégia mais

efetiva. É importante lembrar que todas as tentativas de ajudar o indivíduo portador de feridas durante seu tratamento auxilia regular psicologicamente uma situação de estresse.

Como limitações observadas neste estudo, o tamanho reduzido da amostra pode ter dificultado a exploração mais fidedigna da realidade. As dificuldades quando se fala em estressores, *coping* e feridas são constatadas através dos poucos estudos publicados sobre o assunto, tornando difícil a discussão com fontes bibliográficas, limitando a discussão do estudo.

Destarte, torna-se mister dizer que o referido estudo alcançou os objetivos propostos, trazendo consigo, mais do que respostas, aberturas para reflexões voltadas aos profissionais de enfermagem para elaboração de um plano de intervenção ativo para auxiliar os pacientes portadores de feridas a enfrentarem o estresse durante seu tratamento e compreenderem melhor a ameaça. Assim, é preciso assumir o compromisso perante o cuidado no sentido integral do termo, pois cuidar implica em possibilitar formas de maximizar a cura, além de promover a educação para que os pacientes se recuperem e apreendam formas de melhor lidar com os momentos de instabilidade da homeostasia física e psíquica.

## REFERÊNCIAS

1. Kohlsdorf M, Costa Júnior AL. Estratégia de enfrentamento de pais de crianças em tratamento de câncer. *Estud Psicol.* 2008; 25(3):417-29.
2. Sanzovo CÉ, Coelho MEC. Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estud Psicol.* 2007; 24(2):227-38.
3. Santos AF, Santos LA, Melo DO, Alves Junior A. Estresse e estratégias de enfrentamento em pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. *Interação Psicol.* 2006; 10(1):63-73.
4. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer, 1984.
5. Costa P, Leite RCBO. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgia mutiladora. *Rev Bras Cancerol.* 2009; 55(4):355-64.
6. Wathier JL, Wilhelm F, Giacomoni CH, Dell'Aglio DD. Eventos de vida e estratégias de coping de idosos socialmente ativos. *Estud Interdiscip Envelhec.* 2007; 12(1):35-52.
7. Vivan AS, Argimon IIL. Estratégias de enfrentamento, dificuldades funcionais e fatores associados em idosos institucionalizados. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(2):436-44.
8. Faria JB, Seidl EMF. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol Refl Crít.* 2005; 18(3):381-9.
9. Schneider CM, Medeiros LG. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unoesc Cienc.* 2011; 2(2):140-54.
10. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2001; 17(3):225-34.
11. Vitaliano PP, Russo J, Carr JE, Maiuro RD, Becker J. The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behav Res.* 1985; 20:3-26.
12. Gimenes MGG, Queiroz B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes MGG, Fávero MH, organizadores. *A mulher e o câncer.* Campinas: Editorial Psy; 1997. p. 232-46.
13. Diniz SS, Zanini DS. Relação entre fatores de personalidade e estratégias de coping em adolescentes. *Psico-USF.* 2010; 15(1):71-80.
14. Boo GM, Wicherts JM. Assessing cognitive and behavioral coping strategies in children. *Cogn Ther Res [periódico na Internet].* 2009 [citado 2012 jul 08]; 33:

[cerca de 20 p]. Disponível em:  
<http://wicherts.socsci.uva.nl/deboowicherts2009.pdf>.

15. Moreira RAN, Queiroz TA, Araújo MFM, Araújo TM, Caetano JÁ. Conduitas de enfermeiros no tratamento de feridas numa Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Rene*. 2009; 10(2):45-51.

16. Câmara SG, Carlotto MS. Coping e gênero em adolescentes. *Psicol Estud*. 2007; 12(1):87-93.

17. Eschenbeck H, Kohlmann CW, Lohaus, A. Gender differences in coping strategies in children and adolescents. *J Indiv Differ*. 2007; 28(1):18-26.

18. Kazanoswski MK, Laccetti MS. *Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

19. Valadares GV, Paiva RS de. Estudos sobre o cuidado à família do cliente hospitalizado: contribuições para enfermagem. *Rev Rene*. 2010; 11(3):180-8.

20. Resende MC, Silva RM, Marques TP, Abreu MV. Coping e satisfação com a vida em adultos com AIDS. *Psico* [periódico na Internet]. 2008 [citado 2012 jun 11]; 39(2): [cerca de 8 p]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistasico/article/viewFile/1437/3047>.

21. Simonetti JP, Ferreira JC. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doenças crônicas. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):19-25.

22. Calderero ARL, Miasso AI, Corradi-Webster CM. Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto Atendimento. *Rev Eletr Enf* [periódico na Internet]. 2008 [citado 2012 jun 21]; 10(1): [cerca de 07 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05.htm>.

Recebido: 28/06/2012  
Aceito: 09/05/2013