



Repercussões psicológicas da hospitalização para tratamento neurocirúrgico em adultos e idosos

Tatiane Mota Pedrosa*; Isabel Regiane Cardoso do Nascimento*; Livia Lopes Custodio**; Alexia Jade Machado Sousa***.

* Faculdade Ari de Sá, Fortaleza, CE, Brasil.

** Hospital Geral de Fortaleza- HGF, CE, Brasil.

*** Escola de Saúde Pública do Ceará- ESP, CE, Brasil.

*Autor para correspondência e-mail: isabel.cardoso@aridesa.com.br

Palavras-chave
Tumores cerebrais
Adultos
Idosos
Hospitalização
Neuropsicologia

Keywords
Brain tumors
Adults Elderly
Hospitalization
Neuropsychology

Resumo: Tumores do sistema nervoso central são caracterizados a partir de mutações das células normais dos tecidos, segundo o Instituto do Câncer (2022), estima-se pelo menos 11 mil novos casos, sendo estes 88% de predomínio cerebral, o diagnóstico é clínico e radiológico. Compreendemos que pacientes com diagnóstico de tumor cerebral podem apresentar alterações cognitivas e emocionais, além da necessidade de hospitalização para tratamento neurocirúrgico, sendo necessária a abordagem multiprofissional para a reabilitação do paciente. Diante disso, o objetivo principal do estudo foi investigar as repercussões da hospitalização para tratamento neurocirúrgico. Buscou-se compreender as vivências psicológicas e emocionais dos pacientes, identificando os principais sentimentos, dificuldades de compreensão do diagnóstico, experiências de hospitalização e recursos de enfrentamento utilizados no adocimento. A coleta de dados foi realizada por meio de 15 entrevistas semiestruturadas, com pacientes adultos e idosos, em condição pré ou pós-operatória de neurocirurgia em um hospital público de Fortaleza-Ceará. A partir dos dados apreendidos, foi realizada análise de conteúdo, categorizando-se as seguintes temáticas: 1) Aspectos emocionais em torno do adocimento; 2) Dificuldade de compreensão do diagnóstico. 3) Experiência da hospitalização e potencializadores de sofrimento; 4) Recursos de enfrentamento. Com base nisso, a pesquisa permitiu compreender que os pacientes, quando internados para realizar procedimento neurocirúrgico, experienciam sentimentos e emoções que evidenciam, principalmente, o medo, a angústia e a ansiedade. Diante disso, a família foi considerada uma importante fonte de suporte para o paciente hospitalizado, oferecendo acolhimento e cuidados ao sujeito fragilizado. Além disso, a espiritualidade se mostrou também como importante recurso de enfrentamento.

Psychological repercussions of hospitalization for neurosurgical treatment in adults and the elderly

Abstract: Tumors of the central nervous system are characterized by mutations in normal tissue cells. According to the Cancer Institute (2022), it is estimated that there will be at least 11 thousand new cases, with 88% of these predominantly brain cases. The diagnosis is clinical and radiological, with this, we understand that patients diagnosed with a brain tumor may present cognitive and emotional changes, in addition to the need for hospital admission for neurosurgical treatment, therefore, a multidisciplinary approach is necessary for the subject's rehabilitation. Therefore, the main objective of the study was to investigate the emotional aspects of patients hospitalized for long periods for neurosurgical treatment. The research sought to understand the psychological experiences of these individuals, identifying the main feelings, difficulties in understanding the diagnosis, hospitalization experiences and coping resources. Data collection was carried out through 15 semi-structured interviews, with adult and elderly patients, in pre- or post-operative neurosurgery conditions in a public hospital in Fortaleza-Ceará. Based on the data collected, content analysis was carried out, categorizing the following themes: 1) Emotional aspects surrounding the illness; 2) Difficulty understanding the diagnosis. 3) Experience of hospitalization and potential for suffering; 4) Coping resources. Based on this, the research allowed us to understand that patients, when admitted to undergo a neurosurgical procedure, experience feelings and emotions that mainly highlight fear, anguish and anxiety. Given this, the family was considered an important source of support for the hospitalized patient, offering welcome and care to the fragile subject. Furthermore, spirituality also proved to be an important coping resource.

Recebido em: 03/05/2023

Aprovação final em: 07/08/2023



Introdução

Durante o século XX, o mundo passou por profundas alterações em seus perfis epidemiológico e demográfico. Anualmente estima-se que ocorra 41 milhões de mortes pelo mundo, sendo consideradas pelos menos 71% a doenças crônicas não transmissíveis, para Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 12 milhões da população afetada estão localizadas em países de baixo e médio desenvolvimento (WHO, 2011; Silva *et al.*, 2021).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2022), tumores do sistema nervoso central são caracterizados a partir de mutações das células normais dos tecidos, sendo elas na região cerebral ou medular. Este público é representado por 1,4 a 1,8% de todos os tumores malignos no mundo, com estimativa de 11.490 novos casos anuais, conseqüentemente pelo 88% de predomínio cerebral.

Com isto, indivíduos acometidos por doenças neurológicas e neurocirúrgicas podem apresentar déficits motores, dificuldades respiratórias, piora cognitiva ou acometimento severo relacionados com a gradativa perda de memória, eventualmente afetando as lembranças, sobretudo, o que se viveu ao longo de toda a vida (RODRIGUES, 2017). Essas doenças acabam prejudicando diretamente a qualidade de vida dos indivíduos, assim como, elevando os gastos financeiros para a saúde pública.

Doenças neuro-oncológicas têm um grande impacto na vida profissional, social e familiar dos pacientes, podendo levar a uma incapacidade total para exercer qualquer tipo de atividade cotidiana. No tratamento e reabilitação desses pacientes, é imprescindível a abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Destacam-se, além das intervenções médicas, tanto clínicas, quanto cirúrgicas, a atuação do serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, enfermagem, psicologia, dentre outros profissionais permanentes e de referência nessa linha de cuidado em doenças crônicas que necessitam de longos períodos de hospitalização (LOPES-JÚNIOR; LIMA, 2019).

Por se tratar de uma doença de alta complexidade e ameaçadora à vida, após diagnóstico clínico e de imagem, os pacientes são submetidos a internações prolongadas, cujos tratamentos muitas vezes são invasivos e dolorosos (BERNAT; PEREIRA; SWINERD, 2014). Simonetti (2016) afirma que a hospitalização é considerada um fator ansiogênico que pode apresentar sensações de irrealidade, apatia, amnésia, impressão de que está separado do corpo, perda do controle, ataques de pânico, depressão, distúrbios do sono, estresse, fadiga e outros.

Desse modo, entende-se que o sofrimento psíquico e as repercussões psicológicas em pacientes, acompanhantes e familiares é potencializado pelo processo de hospitalização, que envolve características específicas do indivíduo sobre si mesmo. (SIMONETTI, 2016) define repercussões psicológicas como manifestações da subjetividade humana, "tais como sentimentos, desejos, a fala, os pensamentos e comportamentos, as fantasias e lembranças, as crenças, os sonhos, os conflitos, o estilo de vida e o estilo de adoecer".

As repercussões emocionais geralmente são expressas através do comportamento como raiva, tristeza, ansiedade, medo, estranhamento, entre outros. Trata-se de reações afetivas agudas e momentâneas, "[...] é um estado afetivo intenso, de curta duração, originado geralmente como a reação do indivíduo a certas excitações internas ou externas, conscientes ou inconscientes" (DALGALARRONDO, 2008, p. 156).

As pesquisas na área da saúde nos permitem compreender os significados psicossociais, as experiências de vida dos envolvidos nos processos saúde-doença, as relações interpessoais em ambientes de saúde, conhecer as características dos serviços clínicos, ambientes físicos e profissionais, entre outros (FARIA-SCHUTZER *et al.*, 2021).

Winograd, Sollero-de-Campos e Drummond (2008) referem que tais pesquisas permitem elaborar intervenções para melhorar o funcionamento cognitivo e emocional do indivíduo, podendo assim auxiliar no processo do tratamento indicado ao paciente, buscando reeducar, reabilitar, reintegrar e readaptar, minimizando as perdas quando possível.

Nesse contexto, buscamos elucidar quais repercussões do processo de hospitalização para tratamento neurocirúrgico, bem como investigar os aspectos emocionais dos pacientes após receberem o diagnóstico da doença e seus principais recursos de enfrentamento.



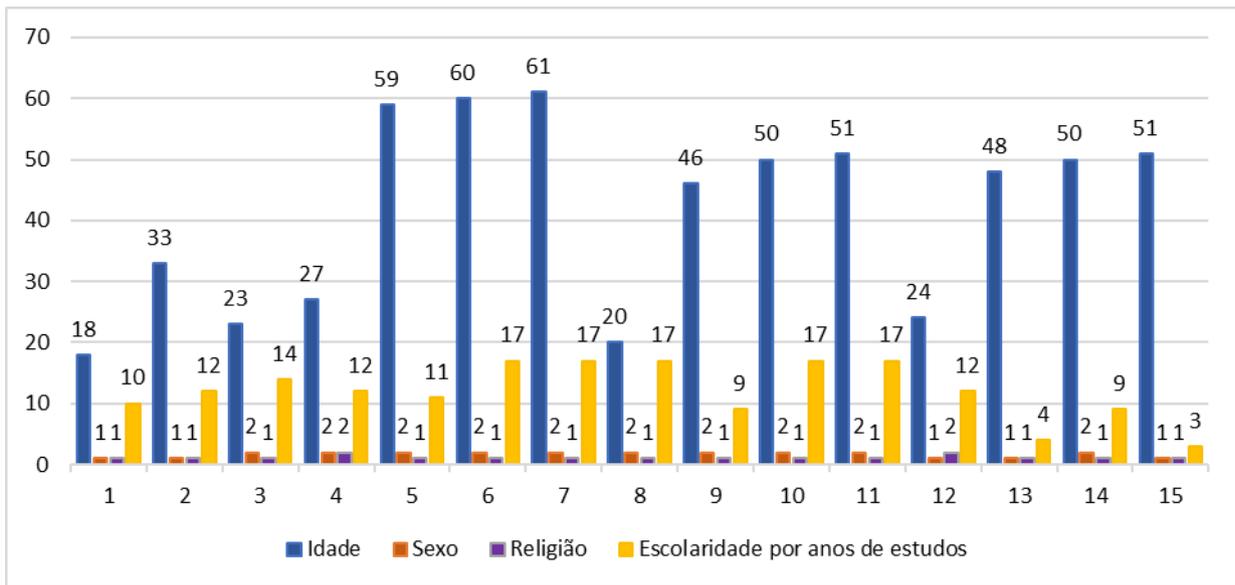
Metodologia

Para alcançar o objetivo do estudo, optou-se por combinar as abordagens qualitativa e quantitativa, métodos que se complementam na produção científica. O estudo qualitativo se refere à análise de dados que se caracteriza por ser um processo indutivo, com foco de estudo a experiência vivenciada pelo indivíduo, dos longos e complexos processos de interação social (GIL, 2017).

O estudo quantitativo utiliza raciocínio de causa e efeito para desenvolvimento de conhecimento, empregando estratégias de investigação como experimentos, levantamentos e coleta de dados, instrumentos predeterminados que geram dados estatísticos (CRESWELL, 2010). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa e aprovada sob parecer de N° 5.022.172, seguidas as determinações da resolução N° 466/2012, atendendo todas as orientações do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A coleta de dados aconteceu no período de outubro a novembro de 2021 na enfermaria neurocirúrgica de um hospital geral terciário, referência na rede de atenção à saúde do Estado do Ceará. Foram incluídos na pesquisa pacientes de ambos os sexos, com faixa etária entre 18 e 75 anos, que estivessem hospitalizado em tratamento pré ou pós cirúrgicos por doenças neoplásicas do Sistema Nervoso Central e apresentassem as funções psíquicas e cognitivas básicas preservadas, apresentando condições de comunicação verbal (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Dados sociodemográficos.



Legenda: Sexo: 1 Masculino – 2 Feminino | Religião: 1 Católico – 2 Evangélico

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

De acordo com o Gráfico 1, a pesquisa contou com 15 participantes, possuindo cinco homens e dez mulheres, com idades entre 18 e 65 anos, sendo maior parte do sexo feminino com estado civil dominante solteiro e de religião católica, 1/3 com ensino superior completo ou incompleto, seguido de nível de escolaridade médio e fundamental, sendo toda amostra com diagnóstico de tumor cerebral.

Para a coleta de dados, foi aplicado o Miniexame do Estado Mental (MEEM), um instrumento de rastreio cognitivo que avalia a orientação têmporo-espacial, atenção, memória, linguagem e praxias (Prado et al., 2018) como recurso avaliativo clássico e excludente de pacientes com graves declínios cognitivos.

Foram excluídos deste estudo pacientes com quadro de desorientação e qualquer outro déficit cognitivo severo secundário ao diagnóstico, cujo ponto no rastreio cognitivo fosse inferior a 20 pontos. Em seguida, a partir da constatação das funções psíquicas e cognitivas básicas preservadas, foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais com duração média de 30 minutos,



agendadas conforme a disponibilidade dos participantes e realizadas à beira do leito.

O questionário foi construído a fim replicar os objetivos deste estudo, sendo composto por cinco perguntas abertas abordando os sentimentos ao descobrir a doença e quantas abordagens cirúrgicas foram realizadas; o entendimento do paciente sobre a sua doença e o seu tratamento; quais sentimentos existentes em relação ao tratamento e as expectativas para o período de reabilitação pós-cirúrgico; como estava sendo o processo de internação hospitalar e os sentimentos e emoções presentes nesse período. Conforme autorização dos participantes, todos os áudios foram gravados e transcritos na íntegra.

Em seguida foi realizada análise de conteúdo categorial temática de Bardin (2016), que se constituiu em três etapas: 1) Pré-análise, onde foi realizada a organização dos dados e definidos os procedimentos; 2) Exploração do material, em que foram analisadas as unidades presentes em cada entrevista bem como comparações de conteúdos similares e conteúdos diferentes nelas presentes; 3) Tratamento dos resultados, que apreendeu-se as classificações e/ou categorizações do material com inferências, interpretações e discussões pertinentes que foram identificadas no decurso da pesquisa.

As construções de proposições foram discutidas a seguir a partir do arcabouço teórico e metodológico da Psicologia da Saúde e Hospitalar. O recorte das falas dos participantes foi ilustrado e organizado ao longo das discussões por identificação do entrevistado (Participante), seguida dos números em ordem crescente, de acordo com a sequência das entrevistas (Exemplo: Participante 1, Participante 2).

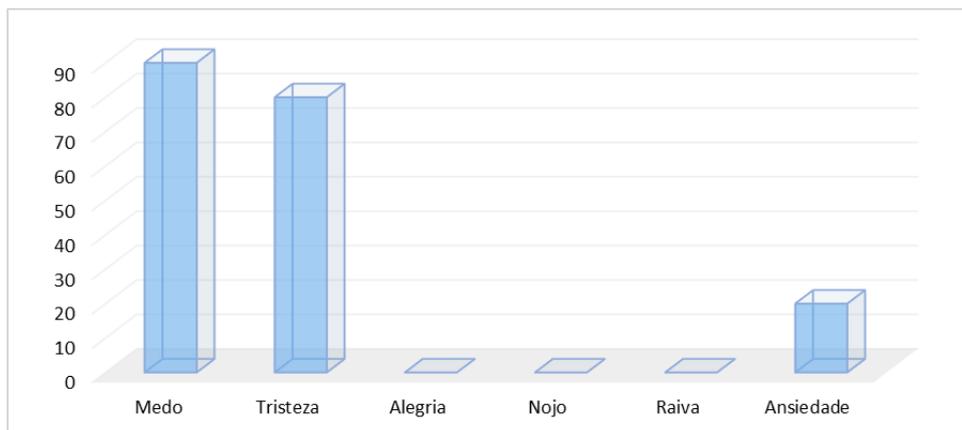
Resultados e discussões

Os dados foram analisados e foram estruturadas as seguintes categorias temáticas: 1) Aspectos emocionais em torno do adoecimento 2) Dificuldade de compreensão do diagnóstico 3) Experiência da hospitalização e potencializadores de sofrimento 4) Recursos de enfrentamento. Também buscamos de forma objetiva apresentar os principais achados das entrevistas por meio de gráficos em cada tópico da discussão.

Aspectos emocionais em torno do adoecimento

Com relação aos aspectos emocionais, o medo emergiu com maior frequência, por influência do diagnóstico clínico, seguido da necessidade de internação para tratamento, potencializando o medo da morte. Além disso, os pacientes também referiram preocupação, pensamentos obsessivos, angústia e medo do procedimento cirúrgico a ser realizado (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Aspectos emocionais.



Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

De acordo com Sousa *et al.* (2015), independente do diagnóstico que apresentem e do tempo de internação, emoções como tristeza, aceitação e ansiedade são corriqueiras em pacientes hospitali-



zados, conforme relatado em uma das entrevistas no trecho a seguir:

[...] O sentimento que tem sido mais presente nesse momento é o medo. Medo de morrer, ao mesmo tempo me sinto muito angustiada por tudo isso estar acontecendo comigo. Mas eu me apego muito a Deus pedindo a minha saúde de volta [...] (Participante 9).

Percebe-se na fala do paciente entrevistado, o medo frente à ameaça de morte. Para Ceccarelli (2010), o sofrimento psíquico é causado pelo excesso de angústia. Logo, cada pessoa diante à internação, pode reagir de forma única, de acordo com sua percepção da situação e de como é capaz de elaborar aquilo em seu psiquismo.

Me senti apavorada, com medo de morrer, angustiada, desesperada. Quando comecei a perder os movimentos do lado esquerdo fiquei mais triste ainda, pois não sabia o que podia acontecer, e que teria que passar por um processo muito difícil" (Participante 7).

O adoecimento é um aspecto que faz parte da vida humana, presente no inevitável e que se manifesta no corpo biológico do sujeito. "Me senti sem chão, achava que tudo tinha acabado, e ao mesmo tempo me perguntava 'porque comigo?', "eu só quero trabalhar", "não faço mal a ninguém" (Participante 9). A doença sempre se manifesta de forma negativa na vida do sujeito. Cada ser humano possui a sua singularidade de enfrentamento diante da relação de doença e cura.

O adoecimento é experienciado de forma singular, este processo acontece de forma relacionada à história de vida do sujeito. A doença provoca o encontro com o real e, o estar doente, pode apresentar consigo muitas perdas, como a perda da autonomia, saúde emocional, trabalho, vida social e convivência familiar.

"Não tive uma vida boa, sofri muito ao longo da vida, depois passei por um término de casamento, trabalhei por muito tempo. E todo sofrimento veio se acumulando ao longo do tempo, depois do meu divórcio vim sentindo crises de dores, e não tive nada de melhoras" (Participante 7).

Aqui, a doença não é apenas relacionada a uma enfermidade exposta, mas também ao encontro da perda, atravessada pela enfermidade. Além do medo, identificou-se também a presença da ansiedade, sendo essa relacionada a um diagnóstico ainda sem definição ou ainda relacionada à saudade dos familiares, à sua rotina que foi modificada no hospital.

O medo da progressão da doença e a ansiedade relacionada foram relatados anteriormente como frequentes e de alta relevância clínica para pacientes neurocirúrgicos. A ansiedade foi identificada pelo como o primeiro fator associado ao adoecimento, seguida pela preocupação com a cirurgia.

Dificuldade de compreensão do diagnóstico

Muitos pacientes não possuem uma compreensão do seu diagnóstico, isso pode corroborar com forte impacto diante da comunicação sobre o possível e verdadeiro diagnóstico. A percepção de um indivíduo direciona a sua forma de enfrentamento diante de uma situação estressante. Ao se depararem com a necessidade de tratamento, os pacientes apresentam estratégias baseadas neste diagnóstico.

A comunicação do diagnóstico é em si paradoxal. Trata-se de uma má notícia que deve ser simultânea a uma boa notícia: a doença é incurável, mas pode ser tratada com o procedimento cirúrgico. Existe uma diferença entre o paciente saber da doença e a vivenciar o processo do tratamento. "Não estou sabendo de nada. Mas pelo que os médicos falaram que eu pude entender, eu tenho um nódulo na cabeça". (Participante 8.)

A partir do momento em que o paciente sofre o impacto da comunicação de seu diagnóstico, cada indivíduo faz uso de seus recursos egóicos para enfrentar tal situação. Os recursos egóicos são aqueles que permitem ao ego, instância psíquica, de acordo com o modelo psicanalítico, adaptar-se a novas situações. Sendo assim, cada indivíduo possui diferentes condições egóicas, o que permite



uma grande variabilidade de reações perante uma mesma situação (OLIVEIRA, 2009).

A notícia da confirmação do diagnóstico de uma doença incide em um momento particular da vida do participante, representando uma ruptura, uma ferida narcísica diante do ideal de potência, saúde e autonomia (MACEDO NETO; GRANADO; SALLES, 2020).

O diagnóstico é visto como uma sentença de morte e, desta forma, aspectos emocionais e psicológicos relacionados à depressão e a ansiedade podem ocorrer durante este processo de descoberta e tratamento da doença, afetando de maneira negativa a qualidade de vida destes pacientes (SEEMANN *et al.*, 2018). "Me sinto nervoso. Tenho medo de ficar com sequelas, de ficar dependente das pessoas, de não poder mais voltar a viver a minha vida, medo de não poder cuidar mais da minha mãe" (Participante 2).

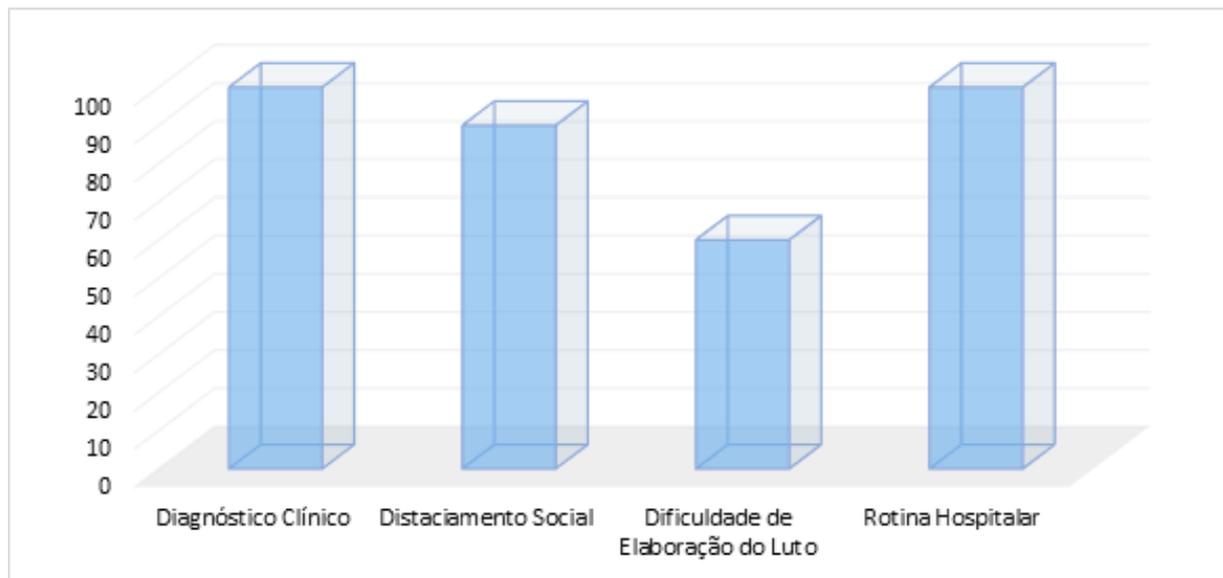
Ao receber o diagnóstico de uma doença que traz tanto sofrimento, cria-se uma situação desestruturante para o paciente e para todos que o cercam, às vezes, desencadeando o luto antecipatório, ou seja, a possibilidade da elaboração de uma perda antes que esta aconteça de maneira concreta. Conforme ilustrado na fala a seguir: "Me senti mal, quando a gente descobre pensa logo no pior, que vai morrer, no momento é muito difícil! A gente fica sem saber o que fazer, mas depois vai aceitando [...]" (Participante 14).

São experienciadas perdas simbólicas, tais como mudanças de papéis no ambiente familiar e social, alterações da rotina e nos hábitos vividos pelo sujeito, até então. Pode ocorrer o declínio da funcionalidade corporal e cognitiva, e, ainda, a mudança da identidade do paciente que precisa ser adaptada à realidade desta nova etapa de sua vida (ROCHA *et al.*, 2023).

Experiência da hospitalização e potencializadores de sofrimento

O paciente, quando é inserido em um contexto hospitalar, passa por alterações na sua rotina, na sua alimentação e no convívio diário. Entende-se que o contexto hospitalar é atravessado por uma dinâmica que pode trazer grande exaustão. Ao ser hospitalizado, o paciente traz consigo a sua subjetividade, o que antes ele organizava e determinava, agora é substituído por uma rotina hospitalar, e mesmo sabendo a importância de ser cuidado, a perda das referências de atividades realizadas no seu dia a dia é rompida, gerando um processo de despersonalização, por não ter domínio de si próprio (Instituto de Neurologia de Goiânia, 2018) (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Potencializadores do sofrimento.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

Um estudo realizado por Macena e Lange (2008) verificou a incidência de estresse em 40 pacientes



hospitalizados, verificou-se que 82,5 % dos pacientes estavam estressados, não havendo diferença significativa entre homens e mulheres. A internação exige um esforço de adaptação de cada indivíduo e impõe uma série de exigências e limitações ao paciente, transformando profundamente sua rotina.

O paciente enfrenta dificuldade em se reconhecer nesta nova etapa, com seu corpo marcado por sensações de dor e, apreensivo com sua condição, temendo pela própria vida ou por possíveis sequelas. Suas funções sociais e o afeto familiar são retirados, sendo ele colocado em uma enfermaria para experimentar uma nova fase de vida, onde suas vontades estão sob o controle da equipe de saúde.

Percebe-se ainda, que um dos aspectos mais difíceis nesta hospitalização é a distância da casa e dos familiares, do prazer em se sentir confortável em seu ambiente afetivo, de acordo com as falas ilustradas a seguir:

“É muito cansativo, você ficar em cima de uma cama direto, não poder se movimentar direto, na maior parte do tempo você fica dependente das pessoas” (Participante 12). “É difícil, pois estou longe de casa, longe da minha família, na maior parte do tempo fico triste e com saudades dos meus familiares e da minha casa, do meu conforto” (Participante 5).

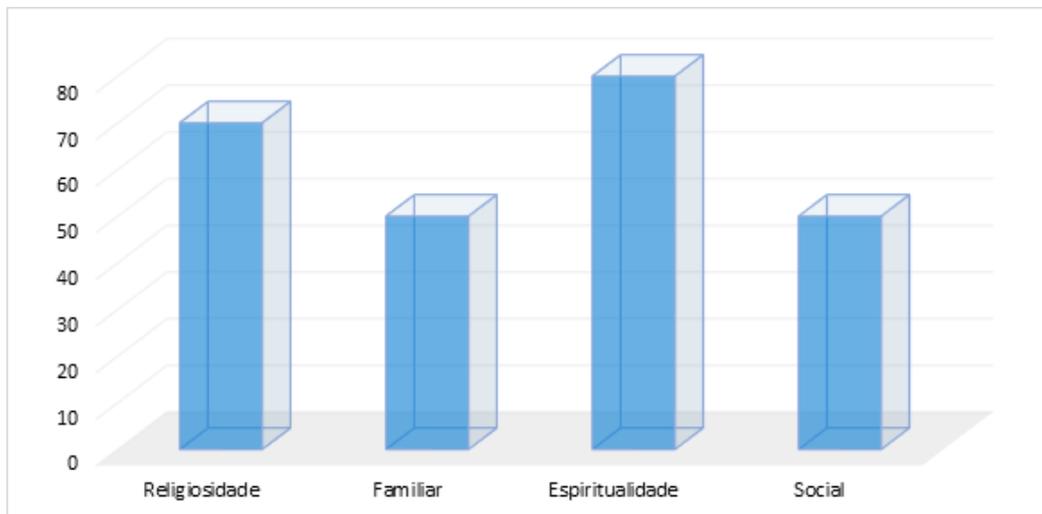
A ansiedade da família pode surgir devido à incerteza sobre o prognóstico, à falta de privacidade e individualidade, ao ambiente desconhecido e muitas vezes intimidante, à separação física e/ou distância de casa, sem a presença de amigos ou outros familiares, entre outros fatores. Essa separação resulta na mudança de papéis dentro da família, na quebra de rotinas e nos sentimentos de isolamento e perda de controle (ROMANO, 1999).

Recursos de enfrentamento

Um outro achado importante se deu a partir da identificação dos recursos de enfrentamento utilizados pelos pacientes. Tanto o doente, quanto a família, passam a utilizar o enfrentamento ou *coping*, um conjunto de métodos cognitivos e comportamentais, que são usados pelas pessoas com o intuito de enfrentar circunstâncias relacionadas ao estresse (CAIRES, 2016).

A maior parte dos pacientes demonstraram responsabilidade de modo ativo frente à doença. De acordo com um dos pacientes entrevistados, o autocuidado foi uma atitude que começou tardiamente, pois a sua saúde nunca esteve em primeiro lugar: “Nunca procurei um atendimento médico, pois achava que era estresse, nunca tive tempo para a minha saúde” (Participante 4) (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Recursos de enfrentamento.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).



Para Figueiredo (2005), este comportamento de resistência para cuidar de si, segue um modelo de masculinidade idealizada que adota noções de invulnerabilidade e comportamento de risco, estabelecendo-se como um valor da cultura masculina, que fortalece a ideia de não falar dos problemas relacionados à saúde, evitando demonstrar fraquezas que podem fragilizar o homem perante os outros.

Para Santos e Sebastiani (2001), o enfrentamento faz alusão aos esforços para lapidar o relacionamento interpessoal e o ambiente à sua volta, ou comandar ou modificar os problemas. São métodos que exigem adaptação, uma vez que são voltados para o real, que se destinam ao manuseio ou a transformação da circunstância que ocasiona o estresse, com o intuito de controlar ou lidar com a ameaça, dispêndio ou desafio e de encarar ou controlar a causa estressora.

Da mesma forma que os pacientes hospitalizados, os familiares sofrem uma desordem em seus hábitos diários e se deparam com o sofrimento que ocasiona uma reorganização na família, especialmente no ambiente domiciliar, onde precisam continuar com os deveres anteriores e acrescentar tarefas e demandas financeiras provindas da hospitalização. O fato de estar doente e hospitalizado induz há uma gama de sentimentos, pensamentos e ações que sucedem o problema para vivenciar circunstâncias como: períodos de nervosismo, choro contínuo, ausência de apetite e diversas mudanças no comportamento.

A família é a fonte primária do desenvolvimento social do indivíduo, sendo de suma importância para o enfrentamento de conflitos. O convívio familiar contribui para fortalecimento e domínio emocional acerca da hospitalização. As crises geradoras de raiva, ansiedade, depressão e culpa, poderiam ser minimizadas frente a solidariedade, amor, esperança e conforto oferecidos pela família, conforme evidenciado na fala a seguir: "A minha família me dá suporte, me apego a Deus, sempre rezando" (Participante 8).

Diante desta transcrição, podemos observar a participação da família como grande recurso de enfrentamento, como um auxílio de suporte ao contexto vivenciado. Quando o paciente, diante das condições adversas de saúde, passa a utilizar os aspectos religiosos como modo de enfrentamento, ele está usando o *coping* religioso, que pode ser compreendido como a utilização de crenças religiosas para entender e encarar as fontes estressoras provindas da vida (Caires, 2016).

A religiosidade e a espiritualidade são meios de consolo e esperança, e quando há prognósticos que ameaçam à saúde da família, a espiritualidade tem auxiliado positivamente na anuência da condição incurável, podendo ser compreendidos de forma estratégica por sua espiritualidade positiva (NEWBERG, 2014).

Para Paula, Nascimento e Rocha (2009), esse tipo de recurso de enfrentamento proporciona interação social e auxílio entre os familiares e os membros da comunidade, podendo atuar propiciando pensamentos mais otimistas, diminuindo a tensão causada pelo diagnóstico e pela hospitalização. Podemos perceber que a espiritualidade/religiosidade se mostram como importantes estratégias de enfrentamento, estando o ato de rezar e de fazer promessas como um recurso recorrente entre os pacientes.

Considerações finais

O estudo abordou as repercussões psicológicas da hospitalização para tratamento neurocirúrgico em adultos e idosos, destacando a importância de compreender os aspectos emocionais envolvidos nesse processo. Os tumores do sistema nervoso central, principalmente os cerebrais, afetam significativamente a saúde mental dos pacientes, exigindo uma abordagem multiprofissional para uma reabilitação efetiva.

A investigação focou nos impactos emocionais da hospitalização prolongada, visando identificar as categorias de sofrimento psicológico e os recursos de enfrentamento utilizados pelos pacientes. Os resultados revelaram que os pacientes frequentemente experimentam sentimentos de medo, angústia e ansiedade, especialmente relacionados ao diagnóstico e à necessidade de cirurgia.

A hospitalização prolongada foi identificada como um fator ansiogênico, aumentando o sofrimento psicológico devido à perda de autonomia e à separação dos familiares. A espiritualidade e o suporte



familiar emergiram como recursos importantes de enfrentamento, auxiliando os pacientes a lidarem com o estresse e a incerteza do tratamento. A análise de conteúdo das entrevistas destacou a complexidade das reações emocionais e a necessidade de um suporte contínuo durante todo o processo de hospitalização.

A hipótese inicial de que a hospitalização para tratamento neurocirúrgico gera significativos impactos emocionais nos pacientes foi confirmada pelos achados. A pesquisa demonstrou que o contexto hospitalar, aliado à gravidade do diagnóstico, contribui para o aumento do sofrimento psíquico. Entre as limitações do presente estudo está o ambiente em que os participantes foram submetidos às entrevistas, mesmo aceitando participar da pesquisa e assinando o termo de consentimento, destacamos o fato de que muitos participantes ficaram intimidados em conceder as entrevistas por estarem em uma enfermaria, ambiente compartilhado com outros pacientes.

Para futuras pesquisas, recomenda-se explorar estratégias de intervenção psicológica que possam ser implementadas durante a hospitalização, visando minimizar os efeitos negativos e promover uma melhor qualidade de vida. Além disso, é importante investigar a eficácia de programas de suporte familiar e espiritualidade como formas de apoio emocional aos pacientes.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BERNAT, A.B.R.; PEREIRA, D.R.; SWINERD, M. M. (Orgs.). **Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?** Rio de Janeiro: INCA, 2014.

CAIRES, E. **Saúde, Religião e espiritualidade de pacientes internados na clínica médica do hospital Renato Azeredo em Nanuque - MG**. 2016. Dissertação de mestrado. Faculdade Unida de Vitória, Vitória, 2016.

CECCARELLI, P.R. Apatologização da normalidade. **Estudos de Psicanálise**, n.33, p.125-136, 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000100013. Acesso em: 20 maio 2024.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FARIA-SCHÜTZER, D. B. D.; SURITA, F. G.; ALVES, V.L.P.; BASTOS, R. A.; CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Sete passos para o tratamento de dados qualitativos em pesquisa em saúde: a Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, p.265-274, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/M4vLDmdw8KWmdw46G7CgfBv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 abr. 2024.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, p.105-109, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2017.

LOPES-JÚNIOR, L.C.; LIMA, R.A.G. Cuidado ao câncer e a prática interdisciplinar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00193218>.

INSTITUTO DE NEUROLOGIA DE GOIÂNIA. **Psicologia hospitalar**. Publicado em 17 set. 2018. Dispo-



nível em: <https://www.neurologico.com.br/psicologia-hospitalar/>. Acesso em: 15 dez. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Estimativa de 2023: incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/sistema-nervoso-central>. Acesso em: 14 mar. 2024.

MACEDO NETO, A.J.; GRANADO, L.C.; SALLES, R.J. A compreensão das atitudes diante do diagnóstico de câncer de próstata no processo psicodiagnóstico interventivo. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 23, n. 1, p. 66-80, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100007. Acesso em: 02 fev. 2024.

MACENA, C.S.; LANGE, E.S.N. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. **Psicol. hosp.**, v.6, n.2, p.20-39, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 jan. 2024.

NEWBERG, A. B. The neuroscientific study of spiritual practices. **Frontiers in psychology**, v. 5, p. 66540, 2014. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00215>.

OLIVEIRA, L.T.P. **A comunicação de uma má notícia**: o diagnóstico de câncer de mama na perspectiva de pacientes e familiares. Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

PAULA, É.S.; NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S. M.M. Religião e espiritualidade: experiência de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crônica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, p. 100-106, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000100015>.

SILVA NAZARIO, M. P.; TOMAZ SILVA, V. H.; DUARTE OLIVEIRA MARTINHO, A. C.; SAGIN PINTO BERGAMIM, J. S Déficit cognitivo em idosos hospitalizados segundo Mini Exame do Estado Mental (MEEM): revisão narrativa. **Journal of Health Sciences**, v.20, n.2, p.131-134, 2018. DOI: <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n2p131-134>.

VANDERLEY DA ROCHA, D.; MACIEL LIOTTI, D.; DIAS MARCIAL, L. D. S.; FELIX NOVAES, L.; JORGE SALLES, R. O luto antecipatório em cuidadoras de idosos com Alzheimer avançado. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v.11, n. 1, p. 6778-6778, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v11i1.6778>.

RODRIGUES, M.A.A. **Avaliação multidimensional do idoso e estudo das consequências das doenças neurodegenerativas nos idosos do concelho de Vinhais**. Dissertação de mestrado. Escola Superior de Saúde de Bragança, Bragança, 2017.

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

SANTOS, C.T.; SEBASTIANI, R.W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doenças crônicas. *In: Angerami-Camon, Valdemar Augusto et al. (Orgs.). E a Psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira, 2001. 147-176.

SILVA, A. G. D.; TEIXEIRA, R. A.; PRATES, E. J. S.; MALTA, D. C. Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, p.1193-1206, 2021.



SIMONETTI, A. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

SEEMANN, T.; POZZOBOM, F.; VIEIRA, M.D.C.S.; BOING, L., MACHADO, Z.; GUIMARÃES, A.C.D.A. Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.21, p.70-78, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170114>

SOUSA, M.E.D.; SCHERER, A.D.A.; RAMOS, F.L.; BAIÃO, V.B. O paciente hospitalizado à luz da teoria cognitivo-comportamental. **Psicologia Hospitalar**, v.13, n.1, p.19-41, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092015000100003. Acesso em: 06 jun. 2024.

WINOGRAD, M.; SOLLERO-DE-CAMPOS, F.; DRUMMOND, C. O atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. **Revista Subjetividades**, v.8, n.1, p.139-170, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5275/527570198010.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on non-communicable diseases**. 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.