



Pró-Reitoria de Graduação

Curso de Psicologia

Trabalho de Conclusão de Curso

**A VIVÊNCIA EMOCIONAL DE PACIENTES CARDIOPATAS INTERNADOS EM UMA UTI
CARDÍACA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Autora: Michelle Silva Lima

Orientadora: Prof^ª. Msc. Cibelle Antunes Fernandes

Brasília - DF

2011

MICHELLE SILVA LIMA

**A VIVÊNCIA EMOCIONAL DE PACIENTES CARDIOPATAS INTERNADOS EM
UMA UTI CARDÍACA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

Monografia apresentada ao curso de graduação
em Psicologia da Universidade Católica de
Brasília, como requisito parcial para obtenção
do Título de Psicóloga

Orientadora: Prof^ª. Msc. Cibelle Antunes
Fernandes

Brasília
2011



Monografia de autoria de Michelle Silva Lima, intitulada “A VIVÊNCIA EMOCIONAL DE PACIENTES CARDIOPATAS INTERNADOS EM UMA UTI CARDÍACA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO”, apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Título de Psicóloga, em Psicologia da Universidade Católica de Brasília, em 24 de novembro de 2011, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

Prof^a. Msc. Cibelle Antunes Fernandes
Curso de Psicologia – UCB

Prof^a. Msc. Silvia Renata Magalhães Lordello Borba Santos
Curso de Psicologia – UCB

Brasília
2011

RESUMO

O adoecer de uma pessoa cardiopata, com a necessidade de internação em UTI, com todas as suas peculiaridades, ambiente complexo e fechado, com alta tecnologia voltado para pacientes críticos, com rotinas, geralmente, rígidas e inflexíveis instigou-nos a conhecer a percepção dos pacientes em relação a sua vivência emocional quando desenvolvem uma doença cardíaca e necessitam internação em uma UTI. Para tanto, o objetivo do estudo foi analisar e discutir a vivência emocional de pacientes cardiopatas internados em uma UTI cardíaca. Trata-se de um estudo de método misto. A amostra foi por conveniência, constituída por 7 pacientes adultos com idades entre 26 e 78 anos, de ambos os sexos. Os instrumentos utilizados foram: checklist para coleta de informações dos pacientes em seus prontuários; Escalas Beck de Ansiedade e de Depressão (BAI e BDI), para avaliar níveis de ansiedade e depressão; Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (EEUTI), para avaliar fontes de estresse presentes na UTI para esses pacientes e um roteiro de entrevista semi-estruturada para o paciente. A entrevista foi submetida à Análise Compreensiva Fenomenológica e as Escalas corrigidas e tabuladas de acordo com seus respectivos manuais. Os resultados mostram que os pacientes vivenciam sua cardiopatia como uma ameaça direta a sua vida, muito embora ao passar por todo o processo de internação e tratamento necessário compreendam a experiência como uma nova chance de vida, um recomeço. A UTI é um ambiente que causa medo, mas que também transmite segurança, na medida em que se estabelece um bom relacionamento com os profissionais do local. Há ainda o reconhecimento de que o modo de ser e se comportar contribui para o desenvolvimento de uma doença cardíaca. Quanto à ansiedade e depressão os níveis encontrados foram menores que o esperado, o que pode ser relacionado ao ambiente acolhedor que foi considerada a UTI. Quanto as fontes de estresse, ter dor, ter tubos no nariz e/ou boca, estar preso por tubos, ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia, escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos e ter sede, foram os fatores de maior prevalência encontrados. Também questionamos a utilidade dessas escalas para o contexto de UTI. Ressalta-se que o atendimento psicológico neste contexto é de fundamental importância, pois resguarda o equilíbrio emocional tanto da equipe médica quanto dos pacientes e de seus familiares, ajudando o paciente a passar da melhor maneira possível pelo processo de adoecimento, hospitalização e internação em uma Unidade de Terapia Intensiva.

Palavras-chaves: Vivência emocional. Paciente cardiopata. UTI cardíaca.

ABSTRACT

The illness of a person with heart disease, the need for ICU admission, with all its peculiarities, complex environment, enclosed high-tech oriented critically ill patients, with routines, usually rigid and inflexible prompted us to investigate the perception of patients about their emotional experience when they develop heart disease and need hospitalization in an ICU. Therefore, the objective of the study was to analyze and discuss the emotional experience of cardiac patients admitted to a cardiac ICU. It is a mixed method study. The sample was a convenience, consisting of seven adult patients aged between 26 and 78 years, of both sexes. The instruments used were: a checklist for collecting patient information in their records, Beck Scale for Depression and Anxiety (BAI and BDI) to assess levels of anxiety and depression; Scale Stressors in the Intensive Care Unit (EEUTI) to assess sources of stress present in the ICU for these patients and a roadmap of semi-structured interview for the patient. The interview was submitted to the Comprehensive Phenomenological Analysis and the Scales corrected and tabulated according to their respective manuals. The results show that patients experience their heart disease as a direct threat to his life, although passing through the entire process of admission and treatment needed to understand the experience as a new chance at life, a fresh start. The ICU is an environment that causes fear, but it also conveys security, insofar as it establishes a good relationship with local professionals. There is also the recognition that the way of being and behaving contributes to the development of heart disease. The anxiety and depression levels found were lower than expected, which may be related to the welcoming atmosphere that was considered the ICU. The sources of stress, having pain, having tubes in the nose and/or mouth, being arrested for pipes, seeing family and friends for just a few minutes a day listening to the noise and alarms of the equipment and thirst, were factors with the highest prevalence found. It also questioned the usefulness of these scales to the ICU setting. It is emphasized that the psychological care in this context is of fundamental importance, because both keeps the emotional balance of the medical staff and patients and their families, helping the patient to pass the best possible way through the process of illness, hospitalization and admission to a Intensive Care Unit.

Keywords: Emotional experience. Cardiac patient. Cardiac ICU

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
2.1. UTI – Ambiente.....	8
2.2. UTI Cardíaca.....	8
2.3. Psicologia e cardiologia.....	9
2.4. Paciente cardiopata.....	10
2.4.1. Fatores psicossociais.....	11
2.4.2. Padrão de comportamento e personalidade dos tipos A e D.....	13
2.5. Ansiedade.....	15
2.6. Depressão.....	15
2.7. Estresse.....	15
3. OBJETIVOS.....	16
3.1. Geral.....	16
3.2. Específico.....	16
4. MÉTODO.....	16
4.1. Local de realização da pesquisa.....	17
4.2. Amostra.....	17
4.3. Instrumentos.....	18
4.4. Procedimentos.....	19
4.4.1. Para coleta de dados.....	19
4.4.2. Para análise de dados.....	20
5. RESULTADOS.....	21
5.1. Caracterização dos participantes do estudo.....	21
5.2. Análise compreensiva fenomenológica da entrevista.....	22
5.3. Caracterização dos fatores psicossociais e tipo de personalidade presente.....	26
5.4. Análise quantitativa das escalas.....	27
5.4.1. Inventário de Ansiedade Beck.....	27
5.4.2. Inventário de Depressão Beck.....	27
5.4.3. Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva.....	28
6. DISCUSSÃO.....	28
7. CONCLUSÃO.....	31
8. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	33

APÊNDICE	36
1. Check-list.....	37
2. Roteiro de entrevista semi-estruturada.....	40
3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	42
4. Declaração de tornar públicos os resultados.....	44
ANEXO	45
Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva.....	46

1. INTRODUÇÃO

Considerando que o processo do adoecer traz mudanças significativas na vida de um indivíduo, escolhe-se estudar as vivências emocionais de pacientes cardiopatas internados em uma UTI cardíaca. Isso porque a experiência de internação em uma UTI é repleta de significados, haja vista ser lugar onde se está entre a vida e a morte, e a perturbação à saúde ser sentida e sofrida de maneira pessoal, variando de acordo com as vivências próprias anteriores, de enfermidades na família ou nos grupos em que o paciente convive ou conviveu. Além disso, a cardiopatia costuma ser uma patologia cujo diagnóstico pode ser sentido pelo paciente como um ataque a sua pessoa e ameaça à finitude, causando um grande impacto em sua vida.

O objetivo da pesquisa é analisar e discutir as vivências emocionais de pacientes com diagnóstico de cardiopatia internados em uma UTI de um hospital da rede pública de saúde do Distrito Federal – Hospital de Base (HBDF), por meio de suas produções de fala e expressão, valorizando a subjetividade para discutir os resultados.

Utilizamos como instrumentos a entrevista semi-estruturada, a fim de determinar quais são os fatores psicossociais presentes em cada paciente e tipo de personalidade predominante. Também fizemos uso de escalas padronizadas (Inventários de Depressão e Ansiedade de Beck; e Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva), objetivando quantificar níveis de depressão e ansiedade, além de prevalência de estressores que pudessem estar presentes durante a sua internação.

Como metodologia, foi utilizado o método misto com abordagem qualitativa e quantitativa e amostra por conveniência, sendo o grupo amostral sete participantes, quatro do sexo feminino e três do sexo masculino.

Entende-se que o processo de adoecimento e internação traz consigo uma sensação de ruptura, de incompletude. E a psicologia tem como função ajudar o paciente a atravessar da melhor maneira possível esse momento, buscando aliviar o seu sofrimento psíquico e entendendo este como constituinte e representante do seu próprio ser. Esse tipo de estudo se reveste de importância, na medida em que representar a vivência dos pacientes cardiopatas internados em unidade de terapia intensiva, por meio da produção científica, pode significar incrementar a atuação e intervenção do psicólogo junto a essas pessoas. Além disso, a compreensão desta vivência para o restante da equipe pode representar novas propostas de humanização.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este trabalho visa analisar e discutir a vivência emocional de pacientes cardiopatas internados em uma UTI cardíaca, uma vez que, a maneira como o paciente vivencia esta experiência pode se relacionar de forma direta com sua representação de doença. A relevância deste estudo favorece uma maior compreensão deste fenômeno, além de possibilitar fazer relações entre fatores psicossociais e tipos de personalidade presentes no indivíduo cardiopata e que aumentam a repetição de eventos cardíacos, bem como avaliar níveis de ansiedade, de depressão e a prevalência de estresse presentes durante a sua internação na unidade.

2.1. UTI – Ambiente

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser caracterizada como um ambiente complexo, que possibilita suporte à vida, decorrente do uso cada vez mais freqüente da tecnologia, visando atender melhor o paciente. O processo de implementação de UTIs em nível nacional se deu de forma lenta e gradual. Em um período relativamente curto surgiram as UTIs ou Centros de Tratamento Intensivo (CTIs), locais de grande especialização e que abrigam equipamentos de alta tecnologia, além de profissionais especializados e capacitados a realizar procedimentos que, em muitos momentos, representam a diferença entre a vida e a morte (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO, 2005).

Segundo Bennet & Bion (1999, apud VEIGA, 2008), a UTI destina-se a atender pacientes com amplas condições clínicas, mas com comprometimento de um ou mais órgãos, em especial dos sistemas respiratório e cardiovascular, que requer monitorização contínua de suas funções vitais e necessitam de suporte ventilatório, drogas vasoativas e/ou terapia renal substitutiva.

A UTI é ainda definida como unidade hospitalar destinada ao atendimento de pacientes graves ou de risco, que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica (PORTARIA Nº 3.432, 1998, MINISTÉRIO DA SAÚDE).

2.2. UTI Cardíaca

Com o avanço da Medicina, os centros de terapia intensiva foram se aprimorando no atendimento a determinadas patologias, a exemplo das UTIs cardíacas. Na UTI cardíaca o paciente recebe monitorização contínua de seus parâmetros vitais e é assistido diuturnamente pela equipe de saúde. Todo controle objetiva diagnósticos e tratamentos rápidos, minimizando riscos de mortalidade.

Entre as características que compõem uma UTI cardíaca incluem: luminosidade artificial constante, ruídos dos monitores, telefones, conversas entre a equipe, gemidos de pacientes e limitação sensorial (GUIMARÃES; SENRA, 2010).

As unidades são classificadas em tipos, I, II e III, sendo a do tipo III denominada de alta complexidade, onde podem ser atendidos grupos etários específicos, a saber: neonatal, pediátrico, adulto e especializada, que são voltadas para pacientes atendidos por determinada especialidade ou pertencentes a grupos específicos de doenças (PORTARIA Nº 3.432, 1998, MINISTÉRIO DA SAÚDE). UTI cardíaca é classificada como UTI do tipo III, especializada. Como o critério de admissão de pacientes cardiopatas em uma UTI é baseado geralmente em condições médicas graves, é comum a priorização da agilidade da equipe nos procedimentos médicos em caso de urgência.

No que diz respeito à humanização, a Portaria nº 3.432, de 1998, recomenda que o ambiente seja aclimatizado, com iluminação natural, divisórias entre leitos, relógios visíveis para todos os leitos, além de garantia de visitas diárias dos familiares e garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares, por meio de boletins.

Ainda segundo Guimarães e Senra (2010, p. 114), “geralmente, os pacientes são destituídos de suas vestimentas, próteses dentárias, óculos e outros aparatos pessoais que compõem sua existência”. Com relação as suas características, há também restrição ao acesso de pessoas estranhas à equipe, o que força o paciente ao isolamento do convívio com pessoas de seu meio social.

2.3. Psicologia e cardiologia

A relação mente e coração existe desde a antiguidade, quando estados emocionais foram vinculados a manifestações do sistema cardiovascular (SOCESP, 2011). Este conhecimento aumentou sua evolução quando as doenças cardiovasculares passaram a ser as principais causas de morte no mundo.

A ligação entre a Psicologia e a Cardiologia se estreita ainda mais quando se refere a fatores de risco, em sua maioria, comportamentais, para a instalação da doença cardíaca e

estados psíquicos complicadores da evolução do mal cardíaco, em sua maioria relacionados a comportamentos vinculados à aderência ao tratamento, modificação de hábito e qualidade de vida, além de fatores relacionados, principalmente, as características de personalidade, ambientais, ou culturais (SOCESP, 2011).

Pode-se afirmar que, para algumas cardiopatias, o aspecto psicológico não está relacionado à instalação do mal, enquanto, para outras, o psicológico é fator de risco para o surgimento do mal, como arritmia, coronariopatia e hipertensão. De qualquer forma, a partir do diagnóstico, independente da ação terapêutica, seja clínica ou cirúrgica, os quadros psicológicos serão simultâneos à cardiopatia, com repercussões na evolução da doença e na reabilitação biopsicossocial do paciente, refletindo nas suas relações sociais (SOCESP, 2011).

Considerando a concepção psicossomática das doenças, compreende-se o adoecer como um processo que tem em sua origem ou repercussões na presença de fatores emocionais. O estudo do paciente cardíaco tem mobilizado a atenção de vários profissionais da área da saúde e em especial do psicólogo inserido no contexto hospitalar.

Deve-se perceber que possíveis relações emocionais podem estar associadas à doença cardíaca, além de reconhecer na história clínica, o paciente, a sua doença e as circunstâncias que os permeiam.

2.4. Paciente cardiopata

As doenças cardiovasculares encontram-se associadas ao estilo de vida imposto pelo mundo moderno e aos fatores de risco. O adoecimento implica readaptações e ressignificação de papéis para o paciente (SOARES; KROM, 2003).

A cardiopatia é uma das doenças mais sérias da atualidade, leva o paciente a um desgaste emocional, pois ele se vê envolto em constante ameaça de morte, além de limitação física. Segundo Soares e Krom (2003), as ameaças que envolvem o paciente abalam sua onipotência, sendo esta a sua principal característica de personalidade.

O paciente cardiopata traz consigo uma rede de significados que permeia a sua doença. Ainda hoje o coração é designado como centro das emoções e sentimentos, depositário das lembranças boas ou ruins, moradia para amores e decepções, o coração é metaforizado nos discursos dos que amam e sofrem, vivem ou morrem. Para Soares e Krom (2003) há, portanto, uma mistificação sobre o órgão, tornando-o sede das emoções e, principalmente, fonte da vida. E nesta gama de significados, as cardiopatias recebem projetivamente as designações daquilo que se encontra no imaginário humano, passando a não ser mais somente

uma doença de conceito fisiológico, mas também emocional e social (GUIMARÃES; SENRA, 2010).

Ainda como elemento estressor fundamental para o paciente cardiopata e motivo básico de internação em UTI cardíaca, está a cirurgia cardíaca. A cirurgia cardíaca provoca no paciente algumas reações como medo, a ansiedade e a incerteza quanto aos riscos do procedimento. Esta reação ao desconhecido gera grande preocupação, e muitas vezes o paciente cria fantasias em relação a cirurgia (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Romano (1994), cada paciente traz suas próprias fantasias para a experiência cirúrgica. É preciso ficar claro que isto pode, de alguma maneira, afetar o modo e até suscitar questões que propiciarão ou não outras reações psicológicas. É importante reconhecer, quaisquer que sejam essas fantasias, a importância que tem para o paciente, além da proporção e da influência que podem ter para a recuperação pós-cirúrgica.

Em muitas oportunidades, os pacientes imaginam que após a cirurgia eles estarão definitivamente curados, o que de fato é verdade para muitos. Entretanto, em outras situações, a doença foi apenas parcialmente tratada, exigindo dos pacientes cuidados permanentes para prevenir ou retardar a progressão da doença de base que provocou as lesões que exigiram a intervenção(OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010).

Além disso, a aceitação de uma cirurgia cardíaca implica em entregar-se por algumas horas a uma equipe cirúrgica que trabalhará em seu coração. Dependendo do nível cultural do paciente, enfrentar este mito pode realmente ser um grande esforço. O paciente vivencia a cirurgia sempre como uma urgência à qual ele responde reunindo todos os seus esforços para controlar o sentimento de ataque iminente.

Desta forma, todo esse processo da cirurgia cardíaca acarreta enormes transtornos psicoemocionais para o paciente. Isto porque o paciente, quando é internado, muda bruscamente seus hábitos cotidianos, interrompe seu trabalho e sente a limitação para a continuidade de seus projetos, além de descobrir que não é infalível.

A participação da psicologia neste processo é necessária, possibilitando o controle da mente juntamente com a equipe médica. Sendo assim, cuidar de um paciente cardiopata requer do profissional de saúde, além de conhecimentos específicos de cada patologia cardíaca, inserir-se na subjetividade de quem as vivencia. É necessário, mais ainda, conhecer os aspectos emocionais e o estilo de vida do paciente.

2.4.1. Fatores psicossociais

Estudos têm mostrado que fatores psicossociais acarretam impactos emocionais, comportamentais e biológicos, que contribuem de forma significativa para a origem da doença coronariana (vide Tabela 1). Além disso, os fatores psicossociais podem causar impacto na condição do paciente em aderir ao tratamento, colaborar para a ocorrência de novos eventos, descompensação e reinternação de pacientes com insuficiência cardíaca. É de grande importância reconhecer essas características psicossociais, como também a dinâmica da personalidade do paciente, que possam implicar em um mau prognóstico da evolução, a fim de promover intervenção e terapêuticas adequadas. Pode-se planejar uma assistência psicológica ao paciente cardiopata, que tanto pode favorecer o enfrentamento funcional do impacto psicológico promovido pelo adoecer durante a internação, quanto para a continuidade dos cuidados pós-alta (MACHADO; SILVA, 2008).

O modelo biopsicossocial (mente-corpo) sugere que para as doenças cardiovasculares se desenvolverem, a pessoa deve primeiro ter predisposição fisiológica, isto é, história familiar de doenças cardiovasculares, pela própria história de saúde (STRAUB, 2005). Entretanto, se a doença irá se desenvolver ou não depende de vários fatores psicossociais na vida da pessoa, incluindo o nível de estresse encontrado nos ambientes de trabalho e doméstico, a disponibilidade de apoio social e se o indivíduo é hostil ou sente raiva.

Straub (2005) considera que uma personalidade raivosa e hostil é prognóstico de risco maior de doenças cardiovasculares. Acredita também que o estresse, a hostilidade e a raiva agem lentamente durante anos até prejudicarem o coração. Além disso, sustenta que adultos hostis tem vidas mais estressantes e níveis baixos de apoio social, o que, com o passar do tempo, exerce efeito tóxico sobre a saúde cardiovascular. Segundo Straub (2005), esta é considerada a hipótese de vulnerabilidade psicossocial, pela qual se verifica que conflitos familiares, desemprego, isolamento social e estresse ligado ao trabalho estão relacionados com risco maior de doenças cardiovasculares.

O ambiente de trabalho pode ser uma importante fonte de estresse. Empregos associados a muita exigência de produtividade, carga excessiva de horas extras e demandas conflitivas, acompanhados de pouco controle pessoal, tendem a ser estressantes. Indivíduos submetidos a ambientes de trabalho com tais características, tendem a relatar estresse e apresentar taxas mais altas de doenças coronarianas (STRAUB, 2005).

Além disso, enfrentar eventos estressantes é especialmente difícil quando o indivíduo se sente rejeitado. O estresse que acompanha o isolamento social é fator de risco independente

para a doença coronariana (STRAUB, 2005). Ainda segundo o autor, ter uma rede social confiável proporciona proteção contra a morte por doença coronária.

Assim, a hostilidade, a raiva, o estresse e o isolamento social podem afetar diretamente a saúde. Porém, também podem ter efeito indireto sobre a saúde. Pessoas com pouco apoio podem não se cuidar tanto quanto aquelas que tem alguém para lembrá-las de fazer exercícios, comer moderadamente ou tomar os remédios prescritos. A hostilidade e a raiva também estão relacionadas com o consumo excessivo de álcool, com maior consumo de gordura e calorias, com colesterol LDL elevado, com pouca atividade física, com aumento da massa corporal, com hipertensão, com problemas para dormir e com falta de adesão a regimes médicos (STRAUB, 2005).

Tabela 1 – Principais Fatores Psicossociais

Fatores emocionais	Estressores crônicos
Sintomas depressivos	Suporte social deficiente
Sintomas de ansiedade	Status socioeconômico baixo
Hostilidade/raiva	Estresse laboral
Isolamento social	Estresse conjugal

Fonte: MACHADO, T. A.; SILVA, A. L. M. Intervenção psicológica no paciente cardiopata. In: KNOBEL, E. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008. pp. 14.

2.4.2. Padrões de comportamento e personalidade dos tipos A e D

Existem também características de personalidade e comportamento que são associadas aos pacientes cardiopatas, sendo atribuídos dois padrões de personalidade e comportamento, tipo A e tipo D (Vide Tabela 2). Estes padrões estão relacionados ao modo como as pessoas se relacionam com o mundo e a sua associação com a instalação, o desenvolvimento e a piora do prognóstico das cardiopatias (MACHADO; SILVA, 2008).

Pacientes cardiopatas apresentam um comportamento característico que é denominado de tipo A e que é caracterizado emocionalmente por um elevado espírito de competição e uma enorme obsessão em relação ao tempo que passa. São empenhados em realizar o maior número possível de coisas num mínimo de tempo, possuem tendência para manifestar uma hostilidade e agressividade acentuadas, a sua maneira de falar e gesticular são habitualmente explosivas e agressivas (ROMANO, 1994). A personalidade do tipo A envolve ainda forte senso de urgência e hostilidade (STRAUB, 2005).

A personalidade do tipo D envolve inibição social, baixa assertividade, hostilidade velada e expressão emocional contida. As pessoas que apresentam essa personalidade são mais relaxadas e não se sentem pressionadas com relação ao tempo, tendendo a serem mais resistentes à doença coronariana, comparados as pessoas com personalidade do tipo A que são propensas a problemas coronarianos

Um componente psíquico que é comum aos dois padrões estabelecidos é a presença da hostilidade, o que diferencia é a maneira de manifestar-se, enquanto no tipo A aparece de forma explosiva, no tipo D a sua manifestação é velada.

Pesquisas apontam a associação entre hostilidade e a maior incidência de eventos cardíacos. Segundo Straub (2005), o comportamento tipo A é fator de risco independente para doenças cardiovasculares. A hostilidade é caracterizada como perspectiva negativa crônica que abrange sentimentos (raiva), pensamentos (ceticismo e desconfiança dos outros) e reações explícitas (agressão). Também está relacionada com outros comportamentos que promovem as doenças cardiovasculares, incluindo obesidade, hipertensão, consumo de álcool e tabaco, eventos negativos da vida e pouco apoio social (STRAUB, 2005).

Tabela 2 – Padrões de Comportamento e Personalidade dos Tipos A e D

Tipo A	Tipo D
Impaciência	Inibição social
Autoritarismo	Baixa assertividade
Baixa tolerância à frustração	Hostilidade velada
Expressão inadequada do afeto	Expressão emocional contida

Fonte: MACHADO, T. A.; SILVA, A. L. M. Intervenção psicológica no paciente cardiopata. In: KNOBEL, E. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008. pp. 15.

Outros fatores de risco também devem ser considerados, como a representação da doença, a proposta de tratamento, prognóstico futuro e a capacidade do paciente para lidar com as possíveis frustrações do tratamento (ISMAEL; OLIVEIRA, 2008).

A doença cardíaca é uma doença relacionada ao estilo de vida, o risco de ter uma doença dessa natureza é aumentada amplamente pelo hábito de fumar, levar vida sedentária e consumir dieta com teor elevado de gordura (STRAUB, 2005). Cada um desses comportamentos está enraizado em fatores psicológicos e sociais. Abster-se de fumar, fazer exercícios físicos e modificar a alimentação requer grande comprometimento psicológico, que envolve modificar atitudes e hábitos antigos.

Ainda com relação aos fatores de risco para desenvolvimento de uma doença cardíaca, pesquisas mostram que o vertiginoso aumento dos casos de doença cardíaca está intimamente

associada aos fatores de risco (SOARES; KROM, 2003). Destacando-se o estilo de vida que a pessoa leva, o qual pode levar a fatores de risco, os quais são passíveis de serem modificados. São eles: hipertensão arterial, tabagismo, hábitos alimentares, dislipidemias, diabetes, sedentarismo, obesidade e consumo abusivo de álcool.

2.5. Ansiedade

De modo geral, a ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, sendo patológica quando desproporcional à situação ou quando não há objeto específico para o qual ela se direcione. Em situações de ansiedade há manifestações corporais não voluntárias como secura na boca, palpitação ou dores abdominais, entre outros.

Pode ser considerada também como um sinal evidente de um risco iminente, que é manifestado por uma situação difícil (BOTEGA, 2006). Uma resposta a ameaça real, ou não, em que a pessoa apresenta em ambiente que não lhe é familiar. A ansiedade é fonte geradora de estresse nas UTIs (NOVAES, 1996).

Segundo Botega (2006), pacientes internados em UTI idealizam perigos internos e externos, reais ou imaginários. Existe o medo da morte que representa um fator estressor, assim como a dúvida em relação ao amanhã. Assim, necessita-se reconhecer quando a ansiedade está atuando de maneira desadaptada, uma vez que, ela é comum no ambiente de UTI e os pacientes que apresentarem sintomas patológicos precisam ser tratados.

2.6. Depressão

Segundo Novaes (1996), a depressão constitui a resposta emocional caracterizada pelo abatimento do humor, em que, o interesse é reduzido, leva ao distúrbio do sono, agitação ou mesmo lentidão psicomotora, fadiga e perda de energia, sentimento de culpa, redução na capacidade de pensamento, de concentração, além do desejo recorrente de morte.

Romano (1994) diz que a depressão é um dos fatores que mais afeta o estado psíquico do paciente cardiopata. Um paciente que apresenta um quadro depressivo em UTI resiste as tentativas de ajuda, ao mesmo tempo quem solicita constante apoio. Mais uma vez é importante estar atento a pacientes que possam desenvolver depressão na UTI, utilizando-se de técnicas efetivas ao combate deste transtorno de humor.

2.7. Estresse

O estresse é visto atualmente pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais distúrbios contemporâneos, atingindo grande contingente de pessoas e está associado a uma gama enorme de doenças, absenteísmo e custos elevados na assistência médica (SOUSA; SOUZA FILHO, 2008).

Estressor é o fator que desencadeia o estímulo de estresse, ou seja, é uma situação que requer adaptações maiores e que nos sobrecarregam (HOMES, 1997).

A importância de avaliar o nível de estresse durante o período de internação em pacientes cardiopatas é dada pelas alterações fisiológicas, principalmente no sistema cardiovascular, que são desencadeadas pelo estresse. Desta forma, eliminar fonte de estresse é garantir melhor recuperação para o doente cardíaco internado em unidade coronariana (MAROSTI e DANTAS, 2005).

3. OBJETIVOS

3.1. Geral

Analisar e discutir a vivência emocional de pacientes cardiopatas internados na UTI cardíaca.

3.2. Específicos

1. Compreender a percepção do paciente sobre sua permanência na UTI cardíaca.
2. Verificar quais fatores psicossociais e tipos de personalidade estão presentes no paciente cardiopata e que podem favorecer a recorrência de eventos cardíacos.
3. Avaliar níveis de ansiedade, depressão e estresse presentes durante a internação na UTI.
4. Discutir os achados e propor estratégias de intervenção psicológica pertinentes.

4. MÉTODO

O método de estudo utilizado nessa pesquisa é o clínico-empírico. Tem característica de ser clínico, pois utiliza conceitos de sofrimento em pessoas na UTI, buscando entender os seus sentimentos e vivências experienciadas. É clínico na medida em que se qualifica a vivência subjetiva e também quantifica possíveis reações emocionais.

A amostra final do trabalho foi composta por sujeitos que escolhidos a partir da confirmação de diagnóstico de cardiopatia.

Considerando o procedimento de coleta de dados proposto – entrevista semi-estruturada temática e escalas padronizadas (de ansiedade e de depressão de Beck e de estressores em unidade de terapia intensiva), entende-se que o método de pesquisa mista é o que melhor justifica a perspectiva dessa pesquisa, uma vez que, pode tanto abranger dados qualitativos quanto quantitativos no mesmo estudo, sendo definida pela combinação de um ou mais instrumentos de caráter quantitativo e qualitativo (CRESWELL, 2007), isto como forma de compensar os pontos fracos inerentes a um método com os pontos fortes de outro método. A coleta de dados quantitativos e qualitativos é simultânea, ocorrendo em uma fase do estudo de pesquisa.

Assim, foi possível identificar a vivência emocional dos pacientes, tanto na entrevista quanto nas escalas aplicadas. As escalas foram corrigidas conforme seus respectivos manuais, o que permitiu o agrupamento das respostas para a percepção da vivência emocional dos pacientes cardiopatas internos em uma UTI cardíaca.

4.1. Local de realização da pesquisa

A pesquisa foi realizada na UTI cardíaca do Hospital de Base do Distrito Federal, a qual comporta oito leitos e conta com equipe multidisciplinar. Possui cadastro no SUS como sendo uma UTI do tipo III, segundo parâmetros estabelecidos pela Portaria nº 3.432, de 1998, do Ministério da Saúde, e realiza procedimentos de alta complexidade. Recebe pacientes com diagnóstico de origem cardíaca e pós-operatório de cirurgias cardíacas, estes pacientes ficam, necessariamente, conectados a diversos dispositivos e equipamentos.

4.2. Amostra

A amostra foi determinada por conveniência, respeitando-se o critério de diagnóstico de cardiopatia, estar internado em UTI cardíaca no período de agosto a setembro de 2011 e preencher os critérios de inclusão e exclusão. Foram pesquisados 7 pacientes cardiopatas,

quatro mulheres e três homens, todos se encontravam internados na UTI cardíaca do Hospital de Base do Distrito Federal. Foram incluídos pacientes adultos, maiores de 18 anos, de ambos os sexos e escolaridade; conscientes e orientados do ponto de vista clínico; com permanência mínima de 48 horas no local; sem ventilação mecânica e em boas condições para responder aos instrumentos. Excluiu-se pacientes fora da faixa etária estipulada, em sedação ou ventilação mecânica, em estado de confusão mental e desorientados em relação ao tempo, espaço e em relação a si mesmos.

4.3. Instrumentos

A escolha metodológica dos instrumentos relaciona-se com as perspectivas teóricas que fundamentam o projeto e valorizam o modelo de compreensão de fenômenos psicológicos de forma abrangente e multimetodológica, ampliando as possibilidades de análise e de propostas de intervenção. As metodologias propostas possibilitam a emergência de dados objetivos e de conteúdos subjetivos dos participantes. Foram utilizados como instrumentos para coleta de dados:

- **Check-list** para coleta de informações de prontuários (Vide apêndice 1): onde analisou-se os prontuários dos pacientes (ficha de acolhimento e identificação) atendidos no Hospital de Base buscando informações relativas, aos dados de identificação e sócio demográficos, ao processo de adoecimento, medicação, tratamento, estado clínico do dia, bem como o diagnóstico de cardiopatia, conforme a etapa da pesquisa.
- **Inventário de depressão Beck – BDI:** instrumento de avaliação de depressão que consiste em 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3. Os itens referem-se à tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa, sensação de punição, auto depreciação, auto acusações, ideias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido. A classificação dos escores ficou distribuída: 0 a 11 –mínimo, ausência de depressão; 12 a 19 – depressão leve; 20 a 35 – depressão moderada; e 36 a 63 – depressão grave (CUNHA, 2001).
- **Inventário de ansiedade Beck – BAI:** instrumento de avaliação de ansiedade constituída por uma lista de 21 sintomas físicos e comportamentais da ansiedade, com quatro alternativas cada um, em ordem crescente de ansiedade. A classificação dos

escores são: 0 a 9 – mínimo; 10 a 16 – leve; 17 a 29 – moderado; e 30 a 63 – grave (CUNHA, 2001).

- **Escala de estressores em unidade de terapia intensiva (EEUTI)** (Vide anexo): instrumento de avaliação de estressores em unidade de terapia intensiva que consiste em 40 fatores estressores, classificados como: 1 – não estressante; 2 – um pouco estressante; 3 – bastante estressante; e 4 – muitíssimo estressante. A avaliação dos resultados será obtida pela soma dos valores atribuídos a cada um dos 40 itens, variando de 40 a 160, sendo que, quanto maior o valor, maior o estresse percebido pelo paciente (VEIGA, 2008). Trata-se de uma escala do tipo Likert de quatro pontos.
- **Entrevista semi-estruturada** (Vide apêndice 2): a entrevista objetivou fornecer dados sobre a história de vida do paciente, seu estilo de vida, suas características de personalidade, a história de sua doença, o processo de internação e ainda a compreensão que tem da vivência na UTI cardíaca. Além disso, permitiu a manifestação consciente do sujeito com relação à situação atual, e também inconsciente pela possibilidade de manifestar-se via discurso verbal ou corporal. É ainda uma possibilidade de conhecer, brevemente, a história do sujeito. O interesse foi compreender o significado que a pessoa atribui a sua vivência, apreender a sua mobilização interna e os conteúdos psicológicos vividos neste contexto.

O roteiro semi estruturado de entrevista foi construído com base nos objetivos da pesquisa. A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas, na qual o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições previamente fixadas pelo entrevistador.

4.4. Procedimentos

4.4.1. Para coleta de dados

Inicialmente como a pesquisa seria realizada com humanos, foi necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF. Após aprovação, uma vez que a proposta estava de acordo com as exigências da Resolução 196/96 CNS/MS, foi possível dar início ao procedimento de coleta de dados que seguiu os seguintes passos:

- Seleção dos pacientes pela leitura dos prontuários, conforme o critério amostral e de inclusão e exclusão, buscando encontrar pacientes com diagnóstico de doença cardíaca;

- Os pacientes selecionados eram abordados para consulta sobre a possibilidade da sua participação voluntária na pesquisa, assim como eram explicados os passos para sua participação. Caso não houvesse impedimento legal, quando o paciente estivesse em fase de estabilidade da doença e em uso de suas capacidades mentais, era solicitado a ele a autorização por escrito, com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (vide apêndice 3), ou impressão datiloscópica (no caso de analfabetos), concordando com a sua participação na pesquisa.
- No momento que o paciente concordasse em participar da pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e havendo condições favoráveis, realizava-se a coleta dos dados do prontuário no mesmo dia da realização da entrevista semi-estruturada temática, para garantir que as condições clínicas do dia permitisse a resposta à entrevista. No mesmo dia foram aplicadas as escalas Beck de ansiedade e depressão e, também, a escala de estressores em unidade de terapia intensiva. O tempo de duração da realização da entrevista e dos testes padronizados foi em média de 30 a 50 minutos. Todo material da pesquisa foi registrado por meio de gravação de voz e posteriormente transcrito, assegurando-se os cuidados éticos e reservando-se o sigilo quanto a identidade do paciente em todos os momentos da pesquisa.

4.4.2. Para análise de dados

Os dados coletados foram analisados dentro de modelos qualitativos e quantitativos. Para a entrevista privilegiou-se a perspectiva da análise compreensiva fenomenológica. Amatuzzi (2003) diz que em uma análise fenomenológica o melhor relato é o que procura trazer, tornar presente, a experiência vivida. Segundo Bruns (2003), esse processo de análise caracteriza a atitude científica presente no ato de pesquisar, a qual possibilita um desencantamento diante do fenômeno investigado. Para tanto, Martins e Bicudo (1989, *apud* BRUNS, 2003), sugerem quatro momentos de análise fenomenológica:

- 1) Transcrição dos depoimentos dos entrevistados, com a intenção de familiarizar-se com a descrição da experiência vivida e apreender o sentido geral do fenômeno indagado.
- 2) Elaboração da discriminação das unidades de significados, as quais são extraídas após a releitura de cada depoimento.

3) Após a obtenção das unidades de significado, busca-se agrupá-las em temas ou categorias, que expressam o *insight* psicológico nelas contido. É a transformação da linguagem coloquial do entrevistado no discurso psicológico.

4) Sintetiza e integra os *insights* contidos em todas as unidades de significado, obtidas no terceiro momento, as quais podem ser agrupadas em temas ou categorias em função das convergências e/ ou divergências dos significados atribuídos pelos entrevistados e que constituem os aspectos essenciais da estrutura compreensiva geral do fenômeno.

As escalas utilizadas foram analisadas segundo seus critérios estatísticos, critérios padronizados do editor e autores, buscando-se quantificar os níveis de ansiedade, depressão e estresse presentes durante a internação do paciente na UTI, respeitando-se assim, o estudo quantitativo do projeto.

5. RESULTADOS

Durante o período de realização da pesquisa foi possível avaliar 7 pacientes em pós operatório imediato de cirurgia cardíaca. Os resultados e análise serão apresentados da seguinte forma: caracterização dos participantes do estudo, análise compreensiva fenomenológica da entrevista e análise quantitativa das escalas Beck de Ansiedade e Depressão e de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva.

5.1. Caracterização dos participantes do estudo

Os 7 participantes da pesquisa foram caracterizados segundo sexo, idade, estado conjugal, escolaridade, ocupação profissional e situação clínica, sendo descrito o tempo de adoecimento e o tipo de cirurgia realizada. Para o resguardo e proteção da identidade dos participantes, utilizou-se de nomes fictícios. São 4 participantes do sexo feminino e 3 do sexo masculino; as idades variam de 26 a 78 anos; há uma predominância entre pacientes casados e solteiros; a escolaridade média é o Ensino Fundamental Incompleto; apenas 3 participantes tem trabalho remunerado, sendo que 1 já é aposentado e continua trabalhando; o tempo de adoecimento mínimo foi de 6 meses e os tipos de cirurgias realizadas como forma de tratamento foram: cirurgia de troca valvar, de revascularização do miocárdio e de correção de comunicação intra-atrial, conforme mostrado na tabela 3.

Tabela 3 – Caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes.

Paciente*	Sexo	Idade	Estado conjugal	Escolaridade	Ocupação profissional	Tempo de adoecimento	Tipo de cirurgia
Rosa	F	26	Casado	Ensino Fundamental (incomp.)	Do lar	Mais de 3 anos	CTV
Lúcia	F	28	Solteiro	Ensino Médio	Desempregado	Mais de 3 anos	CCCIA
Maria	F	78	Solteiro	Nenhuma	Aposentado	De 6 meses a 1 ano	CRVM
João	M	29	Solteiro	Ensino Fundamental (incomp.)	Trabalha	De 1 a 2 anos	CTV
Dulce	F	56	Viúvo	Ensino Fundamental (incomp.)	Do lar	De 6 meses a 1 ano	CCCIA
Josué	M	61	Casado	Ensino Fundamental	Aposentado e trabalha	De 1 a 2 anos	CRVM
Antenor	M	56	Casado	Nenhuma	Trabalha	De 1 a 2 anos	CTV

Legenda: *Nomes fictícios. CTV: cirurgia de troca valvar; CRVM: cirurgia de revascularização do miocárdio; CCCIA: cirurgia de correção de comunicação intra-atrial.

5.2. Análise compreensiva fenomenológica da entrevista

A análise fenomenológica das entrevistas permitiu identificar 4 categorias convergentes a partir das unidades de significados relevantes. Bruns (2003) aponta que essa análise é a que melhor possibilita investigar o fenômeno vivenciado. Seu objetivo é buscar a essência do fenômeno por meio da descrição do “sujeito situado” e os significados emergidos do diálogo vivido, sendo estes o conteúdo da análise (CUNHA; ZAGONEL, 2008).

A análise percorreu os quatro passos fundamentais propostos para o seu desenvolvimento, como são citados em estudos por Martins e Bicudo (1989, *apud* Bruns, 2003) e também Cunha e Zagonel (2008). Após a transcrição das entrevistas buscou-se apreender o significado do fenômeno, da experiência vivida, por meio da leitura atenta do conteúdo total, identificando elementos presentes nas falas dos participantes. Depois foram identificadas unidades de significados, discriminando as falas significativas. O passo seguinte foi reunir todos os depoimentos para agrupar as unidades de significado em temas que expressassem o que era significativo, tendo os objetivos da pesquisa como orientação. Por fim, foram sintetizadas todas as unidades pela análise compreensiva das descrições, agrupadas

em categorias convergentes, ou seja, os aspectos comuns e que permitiu a compreensão do fenômeno.

As categorias convergentes identificadas são descritas a seguir.

Categoria – Coração: fonte de vida

Nesta categoria foi possível captar respostas relacionadas ao significado que os participantes dão ao coração. A cardiopatia é uma doença que traz consigo inúmeros significados e leva o paciente a se ver em constante ameaça de morte, uma vez que, há o pensamento de que o coração é o centro das emoções e sentimentos e, principalmente, fonte de vida e um ataque direto a este órgão representa uma ameaça a vida da pessoa.

“O coração da gente é uma coisa que deixa você em pé”

“É ele que te mantém em pé”

“O coração é muito importante, né?”

Pode-se verificar que os sentimentos expressados pelos pacientes em seus relatos, estão intimamente ligados a temores e preocupações. O coração é entendido como um órgão espiritual responsável pela vida interior e exterior, a solução de todas as coisas está dentro de cada um, pois é o coração que permite a vida, logo o coração assume o simbolismo de fonte de vida e sede das emoções.

Categoria – Cardiopatia: uma nova chance de vida

Nesta categoria as respostas dos participantes permitiram compreender que a doença cardíaca, a cirurgia e a sobrevida assumem a função de um recomeço de vida. Como se fosse possível ao doente passar a limpo agora o que ele entendeu que estava fazendo de errado em relação aos seus hábitos, estilo de vida e modo de resposta emocional.

“Isso aconteceu pra valorizar mais a vida”

“Agora não quero nem saber, vou cuidar da minha saúde”

“Tenho que deixar a ansiedade de lado, eu sou muito ansiosa”

“Vou diminuir mais o ritmo de trabalho”

Os entrevistados demonstram que passar por uma cardiopatia remete a uma nova chance de vida. É uma oportunidade de melhorar o seu padrão de vida, de maneira a deixá-la mais saudável física e emocionalmente. Além disso, há o reconhecimento de que antes

levavam uma vida desregrada e que isto foi fator de contribuição para o aparecimento da doença cardíaca.

Categoria – UTI: medo da morte; local de acolhimento

Observamos que os participantes atribuíram à UTI dois significados paradoxais, a princípio, mas complementares entre si. Por um lado é local que rememora a morte, o risco de morte, pois quem dela precisa estaria com a saúde frágil, debilitada. De outro modo, essa mesma unidade é posta como lugar de cuidado, que acolhe quem está precisando de muita ajuda. Ou seja, parece que a possibilidade de morte é imediatamente transformada em necessidade de cuidado e as pessoas ouvidas tendem a qualificar o que foi recebido. Foi praticamente unânime a referência ao bom relacionamento com os profissionais que trabalham na UTI. Ressalta-se também que todos passavam pela experiência de internação em uma UTI pela primeira vez. De todo modo, fica claro que a possibilidade de morte trata-se de uma realidade percebida por eles e que existiu um esforço simbólico para transformar o medo em possibilidade de recomeço.

“De repente apagava ali mesmo, podia nem voltar”

“Aqui todo mundo trata bem”

Percebe-se que existe uma associação da UTI com a morte, provavelmente em decorrência das características desse ambiente e aos significados atribuídos à unidade. Dentre as características, destaca-se, a assistência dispensada ao paciente, que como o próprio nome já diz trata-se de cuidados intensivos. Há também o perfil clínico das pessoas que ali estão, pois a maioria apresenta risco de vida; além da estrutura física e recursos disponíveis do local. Essas características associadas aos possíveis preconceitos que trazem consigo e com o fato de estarem doentes e hospitalizadas, tornam a percepção da própria morte como uma possibilidade concreta.

Por outro lado, a percepção da UTI como um local de acolhimento modifica a noção de local que traz medo para um local de busca pela vida, a UTI então passa a ser para os pacientes um local de recuperação e reencontro com a vida. Com relação ao bom relacionamento desenvolvido com os profissionais que trabalham no local, a ideia de boa assistência parece estar mais relacionada à disponibilidade e a forma como os profissionais interagem com o pacientes, do que com questões como domínio das técnicas, a habilidade e o conhecimento científico. Pode-se dizer que a boa assistência, o bom acolhimento é percebido

pelos pacientes como satisfatória no que se refere à relação interpessoal, representada pela disponibilidade e pronto atendimento às solicitações.

Categoria – Meu trabalho e meu modo de ser foram fatores de risco para a doença cardíaca

Ao contar sua história de vida, os participantes fazem uma autocrítica em relação ao modo como trabalhavam e como reagiam emocionalmente aos problemas. Nesta categoria a fala destes participantes possibilitou compreender que os hábitos de vida, com relação ao seu modo de ser e ao trabalho contribuíram para a ocorrência do evento cardíaco.

Há presença de fatores emocionais depressivos, de isolamento social, de ansiedade e de hostilidade/raiva:

“Choro muito”

“Gosto de ficar só em casa, fazendo o meu crochê”

“Sou muito ansiosa”

“Fico com raiva”

Assim como estressores crônicos, status socioeconômico baixo e estresse laboral:

“Trabalhava muito, trabalhava muito em casa, ajudava meu marido... mexia com gado, mexia com roça... não tinha preguiça de trabalhar”

“Trabalho de instrutor de auto-escola... tinha muito estresse, cansaço, chegava em casa com a cabeça estourando, sabe? A responsabilidade é muito grande”

Com relação a personalidades, há baixa assertividade, inibição social e hostilidade velada:

“Não sei o que dizer”

“Sou tímida”

“Como parecia mais tranqüilo, já passavam a responsabilidade pra mim... e isso me aborrecia”

Além de impaciência, baixa tolerância à frustração e expressão inadequada do afeto.

“Ah, não tenho muita paciência não”

“Se a coisa não dá certo, a pessoa já sente”

“Fico assim, né? A gente sente, mas não adianta ficar triste”

Rosa	X				X	X		
Lúcia	X			X				
Maria				X	X	X		
João	X		X				X	
Dulce	X		X		X		X	X
Josué						X	X	X
Antenor					X	X		

5.4. Análise quantitativa das escalas

5.4.1. Inventário de Ansiedade Beck (BAI)

Em relação ao nível de ansiedade encontrado nos participantes, 5 pacientes apresentaram nível mínimo de ansiedade, 1 apresentou nível leve e 1 nível grave de ansiedade. De acordo com os escores levantados, a ansiedade se encontra presente na UTI, mas na maior parte dos casos de forma mínima, como pode ser visto na tabela 6.

Tabela 6 – Análise dos dados quantitativos - BAI

Pacientes	Escore	Nível de Ansiedade	Uso de Ansiolítico
Rosa	31	Grave	Não
Lúcia	8	Mínimo	Não
Maria	6	Mínimo	Não
João	7	Mínimo	Não
Dulce	6	Mínimo	Não
Josué	14	Leve	Não
Antenor	9	Mínimo	Não

5.4.2. Inventário de Depressão Beck (BDI)

Com relação ao nível de depressão apresentado pelos participantes, 6 apresentaram nível mínimo de depressão e apenas 1 nível leve, vide tabela 7. O que demonstra que a amostra pesquisada não apresenta nível de depressão significativo.

Tabela 7 - Análise dos dados quantitativos - BDI

Pacientes	Escore	Nível de Depressão	Uso de Antidepressivo
Rosa	12	Leve	Não
Lúcia	1	Mínimo	Não
Maria	5	Mínimo	Não
João	5	Mínimo	Não
Dulce	8	Mínimo	Não
Josué	5	Mínimo	Não
Antenor	1	Mínimo	Não

5.4.3. Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (EEUTI)

Em relação a Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (EEUTI) escolheu-se agrupar os fatores em que foram atribuídos os escores 3 e 4, respectivamente bastante estressante e muitíssimo estressante, por considerar escores de maior relevância ao estudo. Assim, 5 participantes consideram ter dor e ter tubos no nariz e/ou boca fatores estressantes, 4 consideram estar preso por tubos e ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia estressantes, enquanto 3 participantes consideram estressantes escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos e ter sede. Como é visto na tabela 8.

Tabela 8 - Análise dos dados quantitativos - EEUTI

Fator Estressante	Prevalência
	Nº
Ter dor	5
Ter tubos no nariz e/ou boca	5
Estar preso por tubos	4
Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia	4
Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos	3
Ter sede	3

Legenda: Nº: número de participantes que consideram o fator estressante

6. DISCUSSÃO

O termo UTI ainda traz medo e gera algum tipo de estresse em alguns pacientes, pois relacionam esse setor com o medo de morrer, caracterizando-o como um ambiente angustiante. No entanto, a maioria dos pacientes associaram esta unidade como um local de tratamento para permitir a continuidade da vida, pois durante a internação entenderam que tiveram bom atendimento, atenção da equipe e tratamento de qualidade, o que pode ser caracterizado como uma assistência humanizada. Sendo assim, a humanização nesse setor

tem extrema importância para a diminuição do sentimento de medo, pois minimiza os fatores estressantes de uma UTI e o próprio estado de doença dos pacientes, permitindo relacionarem UTI com a possibilidade de luta pela vida e cura, além de contribuir para que o paciente apresente sucesso na resposta à sua terapia.

Também é relacionado o surgimento de uma cardiopatia a uma nova chance de vida, uma possibilidade de mudar a vida de antes. O coração é um órgão vital e ao desenvolver uma doença neste órgão a pessoa se vê ameaçada pela morte, logo o adoecimento implica uma readaptação e ressignificação de papéis para o paciente, conforme é visto em Soares e Krom (2003).

Além disso, os participantes manifestaram desejo de mudar alguns hábitos de suas vidas, de maneira a prevenir a progressão da doença. Oliveira e Oliveira (2010) corroboram esta afirmação, para os autores alguns pacientes acreditam que, após a cirurgia cardíaca, a doença foi parcialmente tratada, exigindo deles cuidados permanentes para a prevenção da recorrência da doença.

Com relação aos fatores psicossociais e tipo de personalidade presente e que podem favorecer a recorrência de eventos cardíacos, os fatores emocionais foram os mais significativos, assim como o estilo de vida no trabalho.

Segundo Machado e Silva (2008), os fatores psicossociais acarretam impactos emocionais, comportamentais e biológicos, que contribuem de forma significativa para a origem da doença coronariana, além de colaborar para a ocorrência de novos eventos. Straub (2005) confirma que sintomas depressivos, de ansiedade, hostilidade, raiva e isolamento social podem afetar diretamente a saúde. Ainda segundo ele, uma rede social confiável proporciona proteção contra a morte por doença coronária.

Já o padrão de comportamento prevalente foi o do tipo D, o que refuta os dados da literatura, pelos quais é dito que pacientes cardiopatas são considerados portadores de comportamento característico do tipo A (MACHADO; SILVA, 2008). Pessoas que apresentam personalidade do tipo D são mais resistentes à doença coronariana. Porém, na amostra pesquisada 5 participantes cardiopatas apresentam personalidade do tipo D, que envolve inibição social, baixa assertividade, hostilidade velada e expressão emocional contida. Ressalta-se porém, que a característica impaciência foi bastante reconhecida e faz parte de pessoas com personalidade do tipo A. Conforme Machado e Silva (2008), o padrão de comportamento do tipo D é fator de risco independente de recorrência de evento cardíaco. Deste modo, possivelmente numa única entrevista, como foi o caso, e numa situação de

internação, talvez seja difícil para o paciente manifestar abertamente sobre suas características de personalidade, assim como foi difícil para o entrevistador interpretar.

Em se tratando de níveis de ansiedade e depressão, a população pesquisada apresentou níveis mínimos. A ansiedade, de modo geral, pode ser considerada como o temor de algo, uma resposta emocional a uma determinada situação que se apresenta como ameaçadora. Também pode ser definida como um efeito comum quando há uma ameaça à integridade do indivíduo, uma situação de risco (NASCIMENTO, 2006).

Considerando a internação em UTI como potencialmente estressora, como aponta Veiga (2008) e Sousa e Souza (2008), seria de se esperar que os pacientes apresentassem grau elevado de ansiedade. Esse resultado pode ser relacionado as medicações típicas de pacientes cardiopatas e de UTI: betabloqueadores ou sedativos, por exemplo. De qualquer forma, a referência feita à UTI como local de acolhimento e a qualificação da equipe, assim como a satisfação com a sobrevida podem também explicar esse resultado.

Por outro lado, a depressão é uma resposta emocional caracterizada pelo abatimento do humor, na qual o interesse reduzido leva a distúrbios do sono, agitação ou lentidão psicomotora, fadiga e perda de energia, sentimento de culpa, redução na capacidade de pensamento, de concentração, além do desejo recorrente de morte (NOVAES, 1996).

Considerando que segundo Botega (2006), é difícil diagnosticar depressão no ambiente hospitalar, uma vez que, os sintomas se misturam com a condição clínica, talvez a escala utilizada não seja sensível para detectar depressão em pacientes internados nesta situação. Ainda assim, destaca-se que no início da recuperação o paciente demonstra euforia com a sobrevida e costuma a valorizar os resultados obtidos, portanto é difícil, para essa amostra, que tinha no mínimo 48 horas pós-cirurgia, apresentar uma condição de depressão, a não ser que ela seja progressa.

Com relação aos estressores em UTI, em uma escala de 40 fatores, 6 foram de maior prevalência para os participantes: ter dor, ter tubos no nariz e/ou boca, estar preso por tubos, ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia, escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos e ter sede. Em uma situação de estresse, o organismo humano redistribui suas fontes de energia, antecipando uma agressão iminente. Esse mecanismo de adaptação é vantajoso se realmente houver perigo. É uma situação tensa, desagradável, fisiológica e psicológica que pode afetar qualquer indivíduo em todas suas dimensões.

Segundo Marosti e Dantas (2005), a presença da dor é algo tão desconfortável que ultrapassa outras inconveniências experimentadas nas unidades de tratamento intensivo. A dor pode ser decorrente da doença, do estado psicológico, dos procedimentos diagnósticos e

terapêuticos e do próprio ambiente da UTI. Assim como, sentir falta da família/amigos e vê-los por pouco minutos, pode ser justificado pela política adotada na instituição estudada, no que se refere ao horário e presença de familiares na UTI.

Desta forma, é percebido que a internação na UTI é uma difícil experiência na vida dos pacientes, porém permite ressignificar a nova vida que se inicia. Controlar os níveis de ansiedade, de depressão e de estresse permitirá uma melhor condição física e psíquica do paciente na sua recuperação, além de promover um ambiente mais humanizado nessas unidades.

Por fim, o psicólogo hospitalar é um profissional que focaliza a crise psíquica gerada pelos processos de adoecimento, internação e procedimentos de tratamento médico. Essa focalização inclui avaliação e terapêutica do paciente visando promoção de saúde física e emocional. Seus objetivos são conjugados àqueles da equipe interdisciplinar e a intervenção se dá ao nível do paciente, de sua família e da equipe de saúde, considerando a dimensão da instituição hospitalar.

Segundo Machado e Silva (2008), a sua conduta estabelecida deve ser capaz de favorecer a adaptação funcional do paciente à condição da saúde, baseando-se na forma pela qual o paciente entende seu adoecer e tratamento. Cabe ao psicólogo atendimento a este paciente fornecendo estimulação psíquica, visual, orientação espaço temporal, reforçar atividades compatíveis com seu quadro clínico, orientar os familiares trazendo informações positivas sobre o mundo exterior, orientar ainda sobre a dificuldade do paciente hospitalizado em falar, devido o estado de sedação, por estar entubado, o que muitas vezes assusta em demasia os familiares e estes manifestam seus desesperos na frente do paciente, provocando ainda mais angústia. No que compete ao trabalho multidisciplinar, o psicólogo hospitalar deve se colocar como representante intervindo de forma a colaborar e mediar os conflitos que possam surgir junto a equipe médica. Além de promover a humanização da tarefa do intensivismo, melhorando a qualidade de vida do paciente, da família e da equipe de saúde

7. CONCLUSÃO

Conclui-se que os objetivos propostos nesta pesquisa foram alcançados dentro dos parâmetros sugeridos. Ao contrário do que se imagina, a pesquisa demonstrou que a internação na UTI para os pacientes foi considerada não fator de predisposição a ansiedade e depressão. Com relação ao estresse, apenas alguns fatores foram relevantes, o que comprova

que, embora a internação em um ambiente como este propicie o medo da morte, nesta UTI o ambiente é menos traumático.

A experiência de internação nesta unidade provoca aprendizado, reflexões sobre os verdadeiros valores da vida e sentimento de gratidão a Deus por ter vencido um grande desafio. A partir deste estudo pode-se compreender o que um paciente cardiopata experiencia ao ser constatada a sua patologia e ao passar por uma internação em uma Unidade de Terapia Intensiva.

A internação em UTI é sem dúvida marcante na vida da pessoa que passa por ela, tanto pelo desconforto físico quanto pelo desconforto psicológico, representado pelo medo do desconhecido. Ao observar dificuldades emocionais enfrentadas pelo paciente, é de fundamental importância ter disponível acompanhamento psicológico a esses indivíduos, de maneira a garantir a expressão dos sentimentos e emoções percebidos por eles.

Por fim, este estudo ressalta a importância da mediação do psicólogo junto à equipe multidisciplinar da UTI, permitindo ao paciente o seu equilíbrio emocional, resguardando-se os princípios humanizadores. É ainda reconhecido o trabalho de qualidade que é oferecido nesta unidade estudada, cada profissional exerce seu trabalho de forma ética e humanizada, fato que é comprovado nos resultados, os pacientes em sua totalidade demonstraram abertamente a gratidão que tem para com todos os profissionais envolvidos neste trabalho, a UTI mais que um local de sofrimento é um local de busca pela vida.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMATUZZI, M. M. Pesquisa fenomenológica em psicologia. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003. p. 17-25.
- BOTEGA, N. J. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BRUNS, M. A. T. A redução fenomenológica em Husserl e a possibilidade de superar impasses da dicotomia subjetividade – objetividade. In: BRUNS, M. A. T.; HOLANDA, A. **Psicologia e fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2003. p. 65-75.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa – Métodos qualitativo, quantitativo e misto**, 2^a. ed., Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- CUNHA, P. J.; ZAGONEL, I. P. S. As relações interpessoais nas ações de cuidar em ambiente tecnológico hospitalar. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n3/05.pdf>>. Acesso em 16 out. 2011.
- GUIMARÃES, D. F.; SENRA, C. P. A. UTI de cirurgia cardíaca. In: RIBEIRO, A. L. A.; GAGLIANI, M. L. (orgs.) **Psicologia e Cardiologia: um desafio que deu certo**. São Paulo: Atheneu, 2010. pp.113-119.
- HOLMES, D. S. **Psicologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- ISMAEL, S. M. C.; OLIVEIRA, M. F. P. Intervenção psicológica na clínica cirúrgica. In: KNOBEL, E. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008. pp. 83-91.
- MACHADO, T. A.; SILVA, A. L. M. Intervenção psicológica no paciente cardiopata. In: KNOBEL, E. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves**. São Paulo: Atheneu, 2008. pp. 13-20.

MAROSTI, C. A.; DANTAS, R. A. S. **Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana.** 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a10v19n2.pdf>>. Acesso em 30 set. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.432, 1998.** Brasília, 12 agos. 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2011.

NASCIMENTO, M. C. **Ansiedade e expectativas dos pacientes antes de procedimento cardíaco.** *Monografia de conclusão de estágio em Psicologia Hospitalar, Hospital do Sepaco.* São Paulo, 2006.

NOVAES, M. A. F. P. Escalas de estressores em unidade de terapia intensiva. In: KNOBEL, E. **Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves.** São Paulo: Atheneu, 2008. pp. 238-239.

NOVAES, M. A. F. P.; ROMANO, B. W.; LAGE, S. G. Internação em UTI. Variáveis que interferem na Resposta Emocional. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 67, n. 2, p.99-102, 1996.

OLIVEIRA, S. A.; OLIVEIRA, M. F. P. Psicologia e cardiologia: um desafio que deu certo. In: RIBEIRO, A. L. A.; GAGLIANI, M. L. **Psicologia e cardiologia: um desafio que deu certo.** São Paulo: Atheneu, 2010. pp. 1-5.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO. ANEXO I. São Paulo, 4 jul. 2005. Disponível em: <<http://www.sobrati.com.br/ms-politica-critico.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2011.

ROMANO, B. W. **A prática da psicologia nos hospitais.** São Paulo: Pioneira, 1994.

SOARES, I. V. B.; KROM, M. Dois olhares: a visão do paciente e da família sobre a cardiopatia. In: NEME, C. M. B.; RODRIGUES, O. M. P. R. **Psicologia da saúde – perspectivas interdisciplinares.** São Paulo: Rima, 2003. pp. 247-268.

SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Palavra da diretoria: atuação do psicólogo na cardiologia.** Disponível em: <http://www.soces.org.br/soces/palavra_diretoria_psicologia_cardio.asp>. Acesso em: 26 mai. 2011.

SOUSA, L. M.; SOUZA FILHO, E. A. Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Estudos de Psicologia Campinas**, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n3/a02v25n3.pdf>>. Acesso em 30 set. 2011.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

VEIGA, E. P. **Estressores em unidades de terapia intensiva**: percepção de idosos e adultos submetidos à cirurgia cardíaca. Dissertação para obtenção do Título de Mestre em Gerontologia, Programa de Pós Graduação “*Stricto Sensu*” em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília. Brasília, 2008.

APÊNDICE

**CHECK-LIST – CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS DA UTI CARDÍACA DO
HOSPITAL DE BASE (HBDF) DE BRASÍLIA, DISTRITO FEDERAL, BRASIL**

I - Características sócio-demográficas:	
01 – Gênero:	06 - Local de moradia:
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Taguatinga
<input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> Ceilândia
	<input type="checkbox"/> Brasília
02 – Idade: _____ anos.	<input type="checkbox"/> Cruzeiro
	<input type="checkbox"/> Guará
03 - Estado Conjugal:	<input type="checkbox"/> Núcleo Bandeirante
<input type="checkbox"/> Casado (a)	<input type="checkbox"/> Samambaia
<input type="checkbox"/> Solteiro (a)	<input type="checkbox"/> Santa Maria
<input type="checkbox"/> Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Brazlândia
<input type="checkbox"/> Viúvo(a)	<input type="checkbox"/> Sobradinho
<input type="checkbox"/> Outro.	<input type="checkbox"/> Planaltina
	<input type="checkbox"/> Paranoá
04 – Escolaridade:	<input type="checkbox"/> Núcleo Bandeirante
<input type="checkbox"/> Nenhuma escolaridade.	<input type="checkbox"/> São Sebastião
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental: de 1ª a 4ª série.	<input type="checkbox"/> Lago Sul
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental: de 5ª a 8ª série.	<input type="checkbox"/> Lago Norte
<input type="checkbox"/> Ensino Médio.	<input type="checkbox"/> Riacho Fundo
<input type="checkbox"/> Superior.	<input type="checkbox"/> Recanto das Emas
	<input type="checkbox"/> Gama
05 – Ocupação:	<input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Desempregado(a)	07 – Com quem mora atualmente:

<input type="checkbox"/> Trabalha	<input type="checkbox"/> Com os pais e/ou outros parentes.
<input type="checkbox"/> Aposentado(a).	<input type="checkbox"/> Com esposo(a) e/ou filho(s).
<input type="checkbox"/> Estudante	<input type="checkbox"/> Com amigos.
<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Sozinho(a).
	<input type="checkbox"/> Outro: _____
08 – Número de filhos: _____	

II – Processo de adoecimento:	III –Medicação utilizada:
<input type="checkbox"/> Menos de 01 mês.	
<input type="checkbox"/> de 01 a 06 meses.	
<input type="checkbox"/> de 06 meses a 01 ano	
<input type="checkbox"/> de 01 a 02 anos.	
<input type="checkbox"/> de 02 a 03 anos.	
<input type="checkbox"/> Mais de 03 anos	

IV - Tratamento:	V – Estado clínico do dia:

VI – Diagnóstico de cardiopatía:

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Roteiro de entrevista temática semi-estruturada utilizado na avaliação

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Sexo
2. Idade
3. Estado Civil
4. Filhos
5. Procedência
6. Nível de escolaridade
7. Atividade profissional
8. Nível socioeconômico
9. Tipo de cardiopatia

Como o paciente se vê no contexto da doença

10. Há quanto tempo sabe que é cardiopata?
11. Como você reagiu ao saber da cardiopatia?
12. O que significa pra você ter um problema no coração?
13. O que você sabe sobre sua doença?
14. Como e em que circunstância a cardiopatia foi identificada? Você se remete a algum acontecimento específico que possa ter auxiliado na aparição da doença?
15. Há outros casos de cardiopatia na família?

Como o paciente se vê no contexto da UTI

16. É a primeira vez que fica internado em uma UTI?
17. O que significa pra você estar internado em uma UTI?
18. Como você tem visto, se relacionado com a UTI?

Como o paciente se vê com relação a fatores de risco (fatores psicossociais e tipos de personalidade)

19. Você costuma a praticar atividades físicas?
20. Como era sua alimentação antes da descoberta da doença? E como é agora?

21. Que tipo de atividades costuma realizar como forma de lazer?
22. Que tipo de reações emocionais (sintomas depressivos, ansiedade, raiva, isolamento social) costuma sentir diante de dificuldades?
23. Como está o seu relacionamento com a família?
24. Como você era antes de saber da sua doença e como você é hoje?
25. Com relação ao seu padrão de comportamento e personalidade, em quais das assertivas você se reconhece?

Impaciência

Inibição social

Autoritarismo

Baixa assertividade

Baixa tolerância à frustração

Hostilidade/raiva velada

Expressão inadequada do afeto

Expressão emocional contida

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa sobre a **VIVÊNCIA EMOCIONAL DE PACIENTES CARDIOPATAS INTERNADOS EM UTI CARDÍACA**. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido PELA ALUNA Michelle Silva Lima e PELA PROFESSORA Cibelle Antunes Fernandes do Curso de Psicologia da Universidade Católica de Brasília (UCB).

O objetivo desta pesquisa é compreender a percepção do paciente sobre a sua doença e sobre a sua permanência em uma UTI. Também é objetivo verificar fatores psicossociais presentes, suas reações emocionais e seu tipo de personalidade predominante.

Sua participação se resumirá em responder a uma entrevista e dois instrumentos de pesquisa padronizados (escalas). Faremos isso em dois ou três encontros, no máximo, com duração máxima de 1 hora para cada encontro. Para melhor análise de suas respostas, faremos gravação de voz, assegurando-se os cuidados éticos e reservando-se o sigilo quanto a sua identidade.

Dentre os direitos previstos pela Resolução nº.196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, a você é assegurado que:

- Se houver necessidade você receberá atendimento psicológico;
- Será preservado o seu anonimato;
- As informações coletadas serão utilizadas apenas para os objetivos da pesquisa;
- Você não será obrigado a responder questões que lhe causarem qualquer tipo de constrangimento;
- Você tem a liberdade de desistir a qualquer momento da realização da pesquisa;
- Não haverá qualquer tipo de despesa ou ajuda financeira por parte da instituição e/ou dos participantes;
- Este termo será devidamente assinado pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa em 2 vias, uma ficará com você e a outra ficará em posse dos pesquisadores.

Para esclarecimentos, entrar em contato com a pesquisadora responsável:

Nome: Cibelle Antunes Fernandes

Telefone: 3356-9270 ou 9152-2188

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que sou voluntário a tomar parte neste estudo.

Assinatura do voluntário ou impressão datiloscópica

Data: _____

Assinatura do pesquisador

Data: _____

DECLARAÇÃO DE TORNAR PÚBLICOS OS RESULTADOS

Declaramos, para os devidos fins que os resultados obtidos nessa pesquisa serão tornados públicos por meio de artigos científicos e/ou comunicações em congressos e/ou seminários realizados pelos pesquisadores, independentemente se esses resultados forem favoráveis ou não. Assegura-se o compromisso ético com os participantes resguardando-se as informações que identifiquem os participantes da pesquisa.

Será realizada a devolução da discussão dos casos aos profissionais que acompanham os pacientes visando contribuir com a evolução clínica dos mesmos. A apresentação do produto da pesquisa sob forma de doação de um exemplar do trabalho final redigido e eventualmente sob forma de discussão em seminários clínicos envolvendo os profissionais que atendem os casos.

ANEXO

Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (EEUTI)

Circule a resposta que mais se aproxima do que o paciente sente como estresse na UTI.

Faça um círculo em apenas um número para cada frase abaixo.

Utilize a seguinte legenda:

1-NÃO estressante;

2- UM POUCO estressante;

3- BASTANTE estressante;

4- MUITÍSSIMO estressante.

FATOR ESTRESSANTE	CLASSIFICAÇÃO			
1. A enfermeira não se apresentar pelo nome.	1	2	3	4
2. Cama e/ou travesseiro desconfortáveis	1	2	3	4
3. Enfermagem e médicos falando muito alto	1	2	3	4
4. Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos	1	2	3	4
5. Escutar o gemido de outros pacientes	1	2	3	4
6. Escutar o telefone tocar	1	2	3	4
7. Escutar os alarmes do monitor cardíaco dispararem	1	2	3	4
8. Estar preso por tubos	1	2	3	4
9. Estar em um ambiente muito quente ou muito frio	1	2	3	4
10. Medir pressão arterial muitas vezes ao dia	1	2	3	4
11. Não conseguir dormir	1	2	3	4
12. Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas	1	2	3	4
13. Não saber onde está	1	2	3	4
14. Não saber quando as coisas vão ser feitas	1	2	3	4
15. Não saber que dia é hoje	1	2	3	4
16. Não saber que horas são	1	2	3	4
17. Não ter controle de si mesmo	1	2	3	4
18. Não ter explicações sobre o tratamento	1	2	3	4

19. Não ter privacidade	1	2	3	4
20. Sentir cheiros estranhos	1	2	3	4
21. Sentir falta do marido ou da esposa	1	2	3	4
22. Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	1	2	3	4
23. Sentir que a enfermagem está muito apressada	1	2	3	4
24. Ser acordado pela enfermagem	1	2	3	4
25. Ser cuidado por médicos e por enfermeiros constantemente	1	2	3	4
26. Ser examinado por médicos e por enfermeiros constantemente	1	2	3	4
27. Ser furado por agulhas	1	2	3	4
28. Ser incomodado	1	2	3	4
29. Sons e ruídos desconhecidos	1	2	3	4
30. Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito	1	2	3	4
31. Ter a equipe falando termos incompreensíveis	1	2	3	4
32. Ter dor	1	2	3	4
33. Ter luzes acesas constantemente	1	2	3	4
34. Ter máquinas estranhas ao redor	1	2	3	4
35. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	1	2	3	4
36. Ter de usar oxigênio	1	2	3	4
37. Ter sede	1	2	3	4
38. Ter tubos no nariz e/ou na boca	1	2	3	4
39. Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia	1	2	3	4
40. Ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça	1	2	3	4