

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**O impacto das representações sociais de profissionais da saúde e outros
personagens enquanto estressores no ambiente da UTI, segundo
pacientes e familiares**

LEONARDO MELLO DE SOUSA

**Rio de Janeiro
Dezembro / 2005**

LEONARDO MELLO DE SOUSA

O impacto das representações sociais de profissionais da saúde e outros personagens enquanto estressores no ambiente da UTI, segundo pacientes e familiares

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos Requisitos necessários à obtenção do Título de Mestre em Psicologia.

ORIENTADOR: EDSON ALVES SOUZA FILHO

**Rio de Janeiro
Dezembro / 2005**

FICHA CATALOGRÁFICA

S237 Sousa, Leonardo Mello
O impacto das representações sociais de profissionais da saúde e outros personagens enquanto estressores no ambiente da UTI, segundo pacientes e familiares Leonardo Mello de Sousa.
Rio de Janeiro, 2005.
xi, 127 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) –
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, 2005.

Orientador: Edson Aves Souza Filho

1. Representação Social. 2. Psicologia Hospitalar/Stress
3. Psicologia – Teses. I. Souza Filho, Edson Aves (Orient.).
II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDD:

FOLHA DE APROVAÇÃO

LEONARDO MELLO DE SOUSA

TÍTULO: O impacto das representações sociais de profissionais da saúde e outros personagens enquanto estressores no ambiente da UTI, segundo pacientes e familiares

Rio de Janeiro, de de 2005

(Professor Doutor Edson Aves Souza Filho, UFRJ)

(Professora Doutora Lúcia Emmanoel Novaes Malagris, UFRJ)

(Professor Doutor Marcos Aguiar de Souza, UFRRJ)

AGRADECIMENTOS

Gostaria de aproveitar este momento de triunfo pessoal para poder agradecer as pessoas que inicialmente apoiaram este projeto, por mais ousado que fosse, minha família, colegas e amigos de trabalho, ao Hospital Santa Teresa que sediou o projeto e claro aos próprios participantes (pacientes e familiares), pois sem eles nada disso estaria se realizando. Não poderia deixar de lembrar os professores e mentores como Profas. Cynthia Clark, Wilma Torres, que não só foram minha inspiração, mas também minha motivação para a execução do mesmo.

Cabe ainda um agradecimento especial aos membros de minha banca os Professores: Marcos Aguiar, Lúcia Novaes e meu orientador Edson Souza, por todas as incansáveis horas debruçadas sobre este trabalho e por todo apoio e orientação nos momentos mais difíceis.

A todos o meu muito obrigado por sua abnegação e abdicação de algumas horas de sua vida em prol de algo maior, a construção deste trabalho e do próprio conhecimento científico vislumbrando o crescimento saudável da humanidade.

Resumo

SOUSA, Leonardo Mello de. **Psicologia e saúde**. O impacto das representações sociais de profissionais da saúde e outros personagens enquanto estressores no ambiente da UTI, segundo pacientes e familiares. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

Palavras chave: representações sociais, stress, UTI, necessidades familiares.

Nosso trabalho versou sobre pacientes, familiares e personagens/profissionais em um ambiente de UTI - Unidade de Terapia Intensiva. Tivemos como objetivo principal avaliar os principais estressores para os pacientes e o que era salientado como mais significativo para os familiares que vivenciavam este ambiente. A partir da problemática de estudo avaliamos a atuação representada dos personagens/profissionais como minimizadores ou enfatizadores do stress experimentado, assim como sua importância para os familiares, considerando as dimensões individuais, interindividuais e intergrupais da experiência hospitalar. Para tanto, recorreremos à teoria das Representações Sociais articulada com constructos do Stress e da Psicologia hospitalar: Morte, UTI, Família, Saúde e doença, Bioética e Humanização. O método consistiu na aplicação de dois inventários (Soehren, 1995 & Molter, 1979) traduzidos, adaptados e validados, cada qual específico para um determinado grupo (pacientes, N= 85; familiares, N=121) no período de Ago/2002 a Ago/2003. Nossa amostra foi de 59% homens (pacientes), enquanto 71% mulheres (familiares). O método de análise consistiu de: 1) agrupamento de questões dos inventários a fim de construir novas variáveis como grau de stress e grau de importância e as categorias: individual, interindividual e intergrupais; 2) identificação de personagens/profissionais considerados de modo espontâneo pelos participantes como responsáveis por situações hospitalares constantes nos dois inventários; 3) realização de correlações de Pearson e testes de chi-quadrado

para as frequências. Vale ressaltar que os métodos utilizados foram os mesmos para ambos inventários. Nossos resultados apontaram para aspectos de maior stress (pacientes) e maior importância (familiares), estando estes ligados à individualidade do paciente; ao passo que os menos estressantes e importantes relacionavam-se à estrutura física, relações intergrupais e participação ativa no tratamento. Quanto aos profissionais/personagens, observamos que o principal foi a equipe em relação ao stress, indicando uma certa relativização dos responsáveis, principalmente quando era maior o grau de stress. Os outros personagens só apareceram na categoria intergrupais de forma explícita, mesmo assim todos associados da mesma forma, o que não deixa de ser uma espécie de relativização. Já no inventário respondido pelos familiares, constatamos que o personagem família foi considerado como menos importante em todas as análises, o que reforça uma atitude passiva em relação ao tratamento. Já o médico, a equipe e o psicólogo foram tratados como personagens importantes neste momento. Concluindo, a vivência numa UTI coloca desafios para todos os envolvidos. Contudo, a postura mais voltada para a dimensão física em detrimento da psicossocial, parece depender mais do reconhecimento desta última na sociedade. Enfim, o confronto de perspectivas dos pacientes e familiares, indicam diferenças importantes a serem consideradas.

Abstract

SOUSA, Leonardo Mello de. Psychology and Health. The impact of the social representation of health professionals and others as stressors in ICU by patients and relatives. Rio de Janeiro, 2005. Dissertation (Master degree in Psychology) – Psychology Institute, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

Key-Words : Social Representation, stress, ICU, needs of relatives

We worked with patients, relatives and professionals within ICU – Intensive Care Unit. Our main objective was to evaluate the principal stressors for patients and what was the most important things for relatives in these setting. According to the problem, we evaluated the represented action of professionals as a stressor's minimizer or strengthen, like the importance for relatives, considering the following dimensions: individual, interindividual and intergroup in the hospital. We based our study on the Social Representation theory associated with stress and some hospital Psychology constructs such as: death, ICU, relatives, health and disease, bioethics, humanization, stressors. The method consisted in the application of two questionnaires (Soehren, 1995 & Molter, 1979) translated, adapted and validated, each one for specific groups (patients N=85, relatives N=121) from Aug/2002 to Aug/2003. Our sample was 59% men (patients) and 71% women (relatives). The analysis method consisted of 1) grouping some questions of the questionnaire to create new variables such as: stress and importance graduations, and categories as individuals, interindividuals and intergroups; 2) the identification of professionals spontaneously considered by the participants as responsible for constant hospital situations included in both questionnaires; 3) running Pearson correlations and chi-square tests. It is important to notice that the methods used were the same for both questionnaires. Our results pointed out to aspects of higher scores on stress (patients) and importance (relatives), connected to the patients as individual, meanwhile the lower scores on stress and importance were related to the physical structure, intergroup relations and a passive participation in the treatment. Regarding professionals, we observed that the main was the team associated to stress,

showing a relativization of responsible in special when higher stress occurs. The others professionals were only explicitly mentioned in the intergroup category, even though all of them were associated together in the same way, what strengthen the idea of relativization mentioned above. In the family questionnaire, we noted that the relative category was considered less important in all analyzes, what indicates a passive attitude throughout the treatment. The following categories: physician, team, psychologist, were treated as important professionals. Thus it could be argued that, the ICU experience challenges everyone involved. However, to emphasize the physical dimension to the detriment of the psychosocial one, seems to be more related to a lack recognition of this last one within society. Finally, the contrast between the patients and relatives perspective's, pointed out to important differences to be faced.

SUMÁRIO

Introdução	10
Capítulo 1. Representações Sociais: fenômenos, teorias e aplicações na	
Área de saúde	14
1.1 Métodos de Análise de Representações Sociais.....	17
Capítulo 2. Sobre a UTI	20
2.1 Contexto da UTI.....	20
Capítulo 3. Contexto do Stress	25
Capítulo 4. Contexto da Morte	32
Capítulo 5. Sobre a Família	36
Capítulo 6. Sobre a Bioética	42
Capítulo 7. Sobre a Humanização	44
Capítulo 8. Outras Questões Psicossociais da área de saúde e doença	46
8.1 Sobre Representações de Saúde e doença.....	46
Capítulo 9. Método	52
9.1 Procedimento de Análise.....	55

Capítulo 10. Resultados	57
10.1 ICUESS – Inventário de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva.....	57
10.2 CCFNI – Inventário das Necessidades Familiares em Terapia Intensiva.....	75
Capítulo 11. Discussão	101
11.1 ICUESS.....	102
11.2 CCFNI.....	105
Considerações Finais	111
Conclusões	113
Bibliografia	117
Anexos	122

INTRODUÇÃO

Durante minha formação acadêmica sempre tive uma inclinação para a área hospitalar, realizando alguns estágios sobre este viés. Hoje e desde minha graduação, trabalho em hospitais públicos e privados explorando bastante este meio, aprendendo sobre patologias, processos de tratamento e saúde, enfim sobre a vida (Eros) e a morte (Tanatos). Assim como as relações internas e externas que alimentam e sustentam todo este sistema.

A escolha deste tema para o mestrado se deu através do tempo, ainda durante a graduação nas aulas ministradas pela profa. Wilma Torres no Instituto de Psicologia da UFRJ, sobre Tanatologia – Estudo da Morte, onde minha percepção e motivação ficaram aguçadas sobre este fenômeno tão temido e fascinador. O processo de morrer é sempre motivo para longos e calorosos debates em âmbito social e pessoal, nos confrontando com nossos limites físicos, éticos e bioéticos, dentro de diferentes ambientes, em especial o hospitalar.

Eu não poderia escolher melhor lugar para me confrontar com este fenômeno que nas Unidades de Terapia Intensiva. Como já expressei anteriormente, minhas observações datam desde minha trajetória acadêmica, onde tive a possibilidade de vivenciar a prática nestes ambientes fechados.

Atualmente minha atuação é como psicólogo responsável pelo Serviço de Psicologia do Hospital Santa Teresa, município de Petrópolis – RJ. Minhas atribuições consistem em atendimentos e acompanhamentos dos pacientes que se submeterão a cirurgias complexas e que estão internados na Unidade de Terapia Intensiva deste mesmo hospital, assim como seus familiares que participam de todo este processo.

Cada vez mais se estudam fenômenos como estes na nossa sociedade moderna: ansiedade, stress, bioética, humanização até mesmo a morte começa a ser novamente trazida a tona.

O fato é que infelizmente vivemos um momento, onde o homem enfrenta sérios dilemas pessoais, profissionais e existenciais. O ser humano (indivíduo) está se perdendo dando lugar a um ser cada vez mais consumista e egoísta, dependendo cada vez mais dos padrões mercantis sociais e de sua influência. Esta questão grupal deve ser analisada com prudência, pois é notório e sabido que o desenvolvimento e crescimento do homem se constituiu por identificação grupal à milhares de anos, onde seus membros coexistiam com funções e papéis sociais bem delimitados, o que garantiu a sua sobrevivência. Mas será que hoje continuamos com estes mesmos ideais e estruturas grupais ?! Será que a evolução tecnológica, iniciada outrora pela Revolução industrial, não terá mais fim ?! Não trataremos neste projeto especificamente de questões tão existenciais, embora as tangenciaremos, pois fazem parte do homem, quiçá de sua essência.

A vida moderna trouxe muitas novidades: novas máquinas, praticidade, objetividade, novas relações pessoais e sociais; também trouxe novas e antigas doenças, fragilidade individual, igualdade entre gêneros. Mas uma coisa ela não conseguiu, transformar o humano em máquina, embora algumas escolas de conhecimento bem que tentaram fazê-lo; o olhar para o homem necessariamente passará por aspectos multifacetados (físicos, psicológicos, sociais, religiosos), mesmo o processo de adoecimento não escapa deste prisma, existindo limites para todo esse crescimento tecnológico que tenta vencer as barreiras da mortalidade. E as pessoas onde se encaixam e enquadram neste contexto sociohistórico atual ?!!!

Buscamos neste estudo identificar as respostas pessoais nas situações de limite neste continuum (vida e morte), onde as defesas psíquicas se colocam rebaixadas e o processo transferencial de identificação nos permita perceber o mais humano do homem; isto também vale para todos que direta ou indiretamente habitam neste ambiente fechado (UTI).

Diante dos desafios contidos na situação hospitalar, a internação com risco e possibilidade de morte, os leigos (pacientes e familiares) tendem a recorrer e recriar conhecimentos/sentimentos ancorados em saberes e práticas socioculturais de grupos e sociedades de longa duração histórica, cabendo aprofundamentos psicossociais. Mais especificamente suponho que a experiência hospitalar de saúde – doença, relatadas por pacientes e familiares, sejam mediadas por representações sociais de personagens que fazem parte do ambiente Social e Psicológico no contexto hospitalar. Ou seja, a pergunta básica que fizemos foi a respeito de possíveis papéis atribuídos por pacientes aos personagens, incluindo profissionais e não profissionais na manutenção ou atenuação do stress.

Cabe ressaltar que os familiares também lidam com o ambiente/experiência hospitalar, mediado por profissionais ou não da área da saúde, cabendo avaliar a importância ou não dos mesmos neste contexto.

Sendo assim, em nossa problemática de pesquisa estão presentes quatro conjuntos de fenômenos: a questão dos conhecimentos/avaliações do senso comum sobre o profissional, a partir do par saúde/doença no ambiente da UTI; stress; bioética; e, morte. Para tanto, adotei como base teórica a abordagem das representações sociais e do stress dentro do contexto da Psicologia Hospitalar. Foi utilizado dois inventários Norte Americanos, com escalas do tipo Likert, para aferir os possíveis estressores destes pacientes e as reais necessidades dos familiares através de suas vivências dentro da UTI, viabilizando assim maneiras e técnicas diferentes no manejo deste stress experimentado nesta unidade.

Condicionamos neste trabalho o uso do termo **stress** em inglês preferencialmente, pois este é indicado quanto se trata de artigos científicos e textos acadêmicos; já que há divergências sobre a utilização do termo em Português ou Inglês. Esta escolha fundamentou-se na deliberação do congresso Internacional sobre Stress, onde se estabeleceu seu uso de forma mais apropriada (Lipp e Novaes Malagris, p.473).

Enfim, minha ousadia é convidá-los a transitar por um mundo restrito, reservado, com suas regras e surpresas, como a nossa vida; o mundo da terapia intensiva. Pacientes, familiares, profissionais, todos num mesmo barco, remando com o mesmo empenho e força para vencer os desafios e ameaças deste ambiente tão antagônico, onde a vitória e a derrota coexistem igualmente.

Todo este projeto atenta para um crescimento da Psicologia Hospitalar, setor ainda em emergência na sociedade Brasileira, contribuindo e ratificando um novo nicho de trabalho entre os psicólogos, o trabalho dentro das Unidades de Terapia Intensiva, já que esta atualmente é vista como uma especialidade dentre outras da medicina contemporânea.

Acredito que desta forma estarei contribuindo um pouco mais neste campo de conhecimento – Terapia Intensiva e nas relações estabelecidas dentro do mesmo, aumentando mais a literatura neste campo em franca expansão de conhecimento científico e sem deixar de lado o humano que é extremamente valoroso neste momento crucial do processo vida e morte.

1. Representações sociais: fenômenos, teorias e aplicações na área de saúde.

A teoria das representações sociais surgiu a partir de pesquisas Francescas com a concepção de representação coletiva introduzida por Durkheim, (1897-1951, apud Hanre, 1983), para diferenciar um pensamento individual do social; valorizando este último, não como um somatório de representações individuais, mas sim como algo fora do indivíduo que se impõe ao mesmo a cada momento.

Em 1961 Moscovici publica sua obra sobre a representação social da psicanálise, apoiando sua reflexão mais no sujeito ativo (ator), construtor do mundo a partir de materiais que a sociedade lhe fornece, mais do que sua própria representação social. Neste momento este estudo situava-se no campo da Psicologia Social com Moscovici (1981 apud Hanre, 1983), sendo o primeiro a introduzir a noção e o conceito de representação social definindo-a como um sistema de valores, idéias e práticas, que tem como finalidade estabelecer uma certa ordem na orientação individual e facilitar a comunicação entre membros de um mesmo grupo social, provendo-os com uma nomenclatura dos vários aspectos de seu mundo, de seus indivíduos e de sua história grupal. A representação social remodela os elementos da situação onde os comportamentos acontecerão, dá um sentido ao comportamento, integrando-o de forma mais ampla, num sistema relacional. O modelo das representações passa a ser expresso por **(O – S – O – R)**, ou seja não funciona apenas como mediador, são fatores constituintes, atuantes no estímulo e moderadores da resposta influenciando-a, dominando assim todo o processo (Vala, 2000). Está localizado entre o individual e social, localizado no tempo e espaço, com uma influência bidirecional que tem como função a elaboração de comportamentos e comunicação entre indivíduos na vida cotidiana, um modelo psicossocial (Moscovici, 1984).

Este fenômeno acontece dentro de um contínuo e de um meio, sendo desenvolvido, produzido com funções a partir de dois processos: **objetificação e ancoragem**.

A objetificação é um processo que dá realidade ao abstrato, vincula os conceitos às imagens. Seleciona certos aspectos, dentre muitos, configurando uma estrutura abstrata organizada, que será naturalizada, transformando-a em uma categoria de linguagem aceita pelo grupo, dando seu caráter de concretude e realidade. Notemos que este processo funciona em dois momentos: 1º. no conceito das imagens e o 2º. das imagens para a elaboração social do real.

A objetificação conta com a **linguagem** (palavras que representam objetos e passam suas propriedades para os mesmos) e **memória** (que é usada na derivação de conceitos e imagens, combinando-as para sua reprodução externa e a possibilidade do surgimento de algo novo) para o seu estabelecimento.

A ancoragem é um processo que atribui categorias, significações, normas, valores sociais hierarquizados reconhecidos aos objetos sociais, transformando-os em instrumentos funcionais. Ocorre através da **classificação** (criar uma categoria, classe, rótulo) e da **nomeação** (dar nomes, o que possibilita a descrição de certas qualidades, distinção dos objetos e pessoas por suas qualidades e favorecimento a um compartilhamento destes objetos). Os dois processos supra citados (ancoragem e objetificação) visam, cada um com sua peculiaridade, transformar o que não é familiar em familiar para o grupo social; e que as informações e comportamentos familiares são compartilhados pelos grupos psicológicos Lewin, 1948. Piaget (apud Vala, 2000) em seu modelo genético já referia a este fenômeno através das reações de **assimilação** - incorporação do novo objeto numa representação já existente, passando para a **acomodação** - o estabelecimento das representações, deixando assim o que era estranho em familiar.

Em seu artigo Herzlich (1991) contextualiza o campo da representação social, não em prever as condutas individuais, mas sim em evidenciar o código a partir do qual se elaboram significações ligadas a condutas individuais e coletivas, esclarecendo os fenômenos coletivos.

Sugere assim que a representação social seja um modo de pensamento sempre ligado à ação, constituindo categorias cognitivas, funcionando como atributos de um grupo (“polifasia cognitiva”- coexistência de discursos de origens múltiplas e funcionamentos diversos, fundindo-se, diferenciando-se ou excluindo-se, segundo circunstâncias). A forma que um grupo lidará com as diferenças está relacionada aos conceitos, imagens e linguagem compartilhada por este grupo. Está autora já está trabalhando seus conceitos a partir do novo modelo proposto por Moscovici em 1981, (**O – S – O – R**), a representação social do organismo atuando no estímulo e mediando a resposta.

Muitas críticas foram tecidas, em especial pelos sociólogos, no que concerne a explicação da ação e seu funcionamento pela simples apreensão espontânea do indivíduo. As atitudes, opiniões e aspirações individuais estão longe de fornecer este princípio explicativo; é justamente a apreensão da lógica objetiva da organização que explica por acréscimo de atitudes, opiniões e aspirações este fenômeno.

Na visão de Abric (Vala, 2000), a representação social não é reflexo de um objeto, mas um produto do confronto da atividade mental de um sujeito e das relações complexas que mantém com o objeto.

A representação social deve ser entendida como uma forma particular de adquirir conhecimento e comunicar este conhecimento que já está estabelecido (Moscovici, 1981). A linguagem do senso comum já foi utilizada tanto para a comunicação de massa, quanto para o conhecimento científico. A linguagem, pode ter perdido com todas as transformações ocorridas, a sua vinculação com as teorias, mas mantém-se ligada às representações. Na medida que os aspectos (sistemas) da vida moderna se tornam incompatíveis por sua pluralidade, o fenômeno da representação social se torna mais necessário. Funcionará como uma ponte de ligação entre o abstrato das minhas crenças e teorias, com nossas atividades reais enquanto indivíduos sociais.

Existem várias técnicas de análise para conseguirmos chegar às representações sociais. Neste nosso estudo usaremos a análise de conteúdo para nos auxiliar nesta tarefa.

1.1. Métodos de análise de representações sociais.

Dentro da teoria das representações sociais trabalharemos com a técnica da análise de conteúdo que é, segundo Bauer (2003), capaz de produzir inferências (representações), a partir de um texto (corpus) e seu contexto social de maneira objetiva. É uma categoria de procedimentos explícitos de análise textual para fins de pesquisa social, que surge no pós-guerra sob influência do Behaviorismo, com forte aspecto experimental.

Segundo Krippendorff (1980 apud Freitas e Janissek, 2000), a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa utilizada para tornar replicáveis e validar inferências de dados para seu contexto, segundo seus componentes, relações ou transformações entre estes.

Para Bardin (1996, p. 47 apud Freitas e Janissek, 2000), análise de conteúdo (AC) é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visa obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Os procedimentos da análise de conteúdo reconstróem as representações em 2 dimensões: sintática e semântica. A 1ª. descreve os meios de expressão e influência (frequência palavras, ordenação, vocabulário, tipos de palavras etc) e a 2ª. tem seu foco na relação entre sinais e sentidos denotativos e conotativos (sentenças, unidades maiores de texto).

Segundo Krippendorff, (1980 apud Bauer, 2003), teremos diferentes tipos de unidade de amostragem e registro:

- Unidades Físicas – livros, cartas, filmes etc;
- Unidades Sintáticas – capítulos de livros, títulos, artigos, frases de jornal, cenas de filme;
- Unidades Proposicionais – possuiu uma constituição de sujeito / verbo / objeto;
- Unidades Semânticas / Temáticas – características do texto que implicam juízo humano (carta de amor, história de fadas).

Segundo Bauer (2003), para uma boa prática na Análise de Conteúdo é necessário algumas características como: coerência, transparência, fidedignidade e validação. Esta técnica pode ser organizada e instrumentalizada a partir de programas específicos de computador que se incumbem de analisar os códigos e suas relações como o programa SPHINX. Isto não quer dizer que este recurso independe de um analista experiente na técnica que irá fornecer os dados de forma a que o programa faça suas análises de forma mais rápida, possibilitando as inferências.

Dentro do método da AC, trabalharemos à luz da análise temática categorial, onde segundo Bradley (1993 apud Dias, 2000), os dados são reorganizados em categorias que se relacionam entre si, ressaltando padrões, temas, conceitos evocados pelos sujeitos. É importante ressaltar que uma seqüência lógica é exercida na aplicação deste método, desde as regras para a formação e delimitação do estudo (corpus), a codificação, avaliando o material a ser utilizado e as categorias que serão objeto de investigação / análise, assim como seus resultados. Posteriormente, iremos descrevê-la com maior riqueza de detalhes.

Muitos estudos em Psicologia Social utilizam-se do recurso da AC como ferramenta, baseando-se na teoria das representações sociais, entretanto na área da saúde estes estudos são menos frequentes na área de Psicologia, embora exista ampla referência na área de enfermagem como mostra a base CAPES; entretanto mais raros ainda são os estudos na área hospitalar e dentro das unidades ditas “fechadas” como as UTIs que utilizam esta teoria.

2. Sobre a UTI

Atualmente com o advento de novas tecnologias é cada vez maior nossa expectativa de vida. Alguns acham até que o homem resolveu brincar de Deus, enganando-se com sua própria finitude. Controvérsias à parte, o fato é que os avanços da medicina são inquestionáveis, mas surgiram a partir disto novos problemas e paradigmas que merecem nossa atenção.

As Unidades de Terapia Intensiva têm sofrido mudanças tecnológicas, profissionais e estruturais nestes últimos tempos. Como se já não fosse suficiente, ampliou-se para o recebimento de visitas externas para os familiares dos pacientes internados, gerando assim novos processos de metamorfose onde todos sem exceção precisam ser auxiliados no processo de adaptação a todas estas transformações. Essas unidades especiais começaram a ser criadas em 1952 na Dinamarca e 1955 nos EUA, que enfrentavam na época estados críticos de epidemias. No Brasil ficou um pouco impreciso quando foi o registro da primeira unidade.

As Unidades de Terapia Intensiva são usualmente vistas como sendo lugares sombrios, onde o fim geralmente é a morte. Seu estereótipo é ratificado por toda uma série de saberes sociais e do senso comum, que são disseminados na nossa população, criando uma imagem muito forte. Somados a este constructo hipotético temos uma atuação que nada tem de imaginária; os intensivistas são profissionais que se dedicam com muito esforço em salvar, manter e promover a vida e a qualidade da mesma.

2.1 Contexto da UTI

Atualmente os avanços tecnológicos permitiram melhores condições terapêuticas e evolutivas aos pacientes. Tudo isto é atravessado por fatores psicológicos, psiquiátricos e ambientais que promovem em momentos de dificuldade e stress, desequilíbrio ao ser humano.

A internação numa UTI, invariavelmente implica em uma situação de grande risco. Sentimentos como medo, ansiedade, agitações psicomotoras, depressão, abandono, desamparo, dependência, culpa, morte, dentre outros, são comumente presentes.

A palavra morte tem uma conotação mórbida em nossa cultura, pode significar suavidade, languidez, assim como doentio e enfermo. Pensar a morte nos remete a um estágio de estagnação, algo inerte, sem vida; uma dialética peculiar e sutil. A sensação e a possibilidade da morte assustam muitos pacientes como será descrito em vários trabalhos aqui apresentados, podendo ser visto como uma fonte de stress para estes pacientes, familiares e profissionais de saúde.

Soehren (1995) foi um dos primeiros a construir um inventário para avaliar os estressores de pacientes que sofreram cirurgia cardíaca internados em UTI. Este instrumento de medida foi o ponto de partida de muitos estudos, incluindo este estudo, que adaptou o inventário para a realidade brasileira, implementando novos conceitos investigativos pelo instrumento. Em seu estudo o autor identificou a perda de controle, insegurança, vulnerabilidade com períodos de confusão mental (delírio), despersonalização, ansiedade e medo como os principais estressores neste ambiente.

Eisendrath (1994 apud Biaggi, 2002), considera que muitos pacientes na tentativa de lidar com estes sentimentos em situações estressantes, desenvolvem mecanismos primitivos de enfrentamento, favorecendo a regressão, a supressão de sentimentos, reforçando a dependência.

Pennock (apud Belkiss, 1999), fez um levantamento dos agentes estressores em UTIs com pacientes que receberam ventilação mecânica concluindo: a dor, aspectos emocionais (medo, ansiedade, conflito), sucção de secreção com maior frequência, depois aparecendo a impossibilidade de falar, presença tubo endotraqueal, restrição ao leito, dor de garganta, cirurgia. A sensação de sufocamento, a perda do controle na comunicação, medo da morte,

privação do sono, vulnerabilidade, despersonalização e desamparo, também são descritos por este autor. A ansiedade e o delírio também aparecem freqüentemente neste ambiente, todos estes sinais e restrições configuram a síndrome da UTI.

Rotondi et al (2002) em estudo realizado com pacientes sob assistência ventilatória buscava a descrição das experiências estressoras na ventilação mecânica. Dividiram o grupo em aqueles que se lembravam e os que não se lembravam da experiência vivida na UTI. Os pacientes que não se recordavam desta experiência na UTI, sofreram grandes injúrias durante sua internação e uso pesado de medicação analgésica e sedativa, levando os autores a pensar nesta variável como interveniente neste processo. O outro grupo do estudo referiu lembranças estressantes relacionadas à dor, medo, ansiedade, problemas do sono, tensão, inabilidade de se comunicar, perda do controle, pesadelos, solidão, tubo orotraqueal e nervosismo.

Outro estudo realizado por Novaes et al (1999), aponta a percepção de estressores na UTI pelo paciente, familiares e profissionais, chegando a conclusões similares a outros estudos: dor, tubos na boca e nariz, restrição ao leito e dificuldades no sono.

Boucher e Clifton (1996 apud Biaggi, 2002) apontam a dor e os distúrbios no sono como fatores ansiogênicos insuportáveis dentro de uma UTI, contribuindo para produzir mudanças fisiológicas, piorando o quadro do paciente - Síndrome de UTI .

Halm e Alpen (1994 apud Biaggi, 2002) consideram a evolução da tecnologia médica como outro fator de extrema relevância dentro deste contexto. A *bedside technology*, ou seja a grande gama de recursos tecnológicos ao redor do leito de UTI, está associada a um grande número de dificuldades psicológicas adquiridas no *setting*, contexto da UTI.

Seligman (1977 apud Biaggi, 2002) refere o desamparo como sendo um fenômeno real em que existem indícios fisiológicos e comportamentais repercutindo em todo o organismo. Esta falta de amparo subjetivo, mais a falta de recursos internos para agir, gera distúrbios

emocionais, cognitivos e motivacionais. O medo se torna o sentimento predominante neste momento.

Um estudo sobre a representação social da doença SIDA / AIDS na Europa revelou que o risco de contrair a doença gera uma situação de pânico, o que Lear em (1995 apud Goodwin et al 2003) chamou de pânico moral, que mantinha os indivíduos num distanciamento psicológico dos grupos aumentando mais ainda a discriminação pelos que estavam contaminados. Este pânico se assemelha ao sofrido quando numa internação numa UTI , que invariavelmente envolve risco de vida e potencialmente perda daquele ente querido. Estas alterações psicológicas são facilmente percebidas entre os pacientes e familiares que tentam sobreviver neste ambiente, inicialmente hostil.

Martins et al (2003) realizaram um estudo com enfermeiros buscando a representação social do stress através da técnica de análise de conteúdo, identificando no discurso verbal e não verbal dos participantes referências a: estado de desequilíbrio, cansaço físico e mental, ansiedade freqüente, fadiga e insônia, tensão e pressão constantes, cefaléia e desgaste do corpo, insegurança, mau humor, demanda excessiva de atividades e violência; que geraram categorias como: psicoafetiva, físico/orgânica, psicossocial, motivações internas, motivações externas, auto-imagem e hetero-imagem.

Vários estudos têm sido realizados visando a identificação de estressores dentro das UTIs. Facilmente podemos obter vasta bibliografia sobre este assunto nas revistas especializadas na área da medicina ou enfermagem intensiva. Isto demonstra grande apreço, preocupação e desejo constante em melhorar este ambiente da UTI, transformando-a em um lugar mais caloroso, mais humano, onde seus participantes possam sentir-se acolhidos e bem apoiados neste difícil processo.

Falar de stress em um contexto como o da UTI é algo extremamente valioso e importante. Nestes ambientes podemos identificar uma série de patologias relacionadas a: instabilidade emocional, conflitos internos e doenças; o corpo fraco e a mente exaurida configuram um cenário propício para a ocorrência de patologias. Ou seja, uma diminuição na resistência imunológica (imunodepressão) e conseqüentemente uma maior facilidade para adquirir doenças, uma predisposição psicofisiológica.

Como podemos perceber, as UTIs são lugares detentores de grande poder, que ora podem fascinar e noutra provocar repulsa nos indivíduos. Sentimentos, sensações foram descritas por vários autores, embora neste trabalho nos deteremos especialmente no stress vivenciado e alguns aspectos relacionados a iminência da morte.

3. Contexto do Stress

O stress é visto atualmente pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais distúrbios contemporâneos, atingindo grande contingente de pessoas distribuídas pelo globo terrestre, estando associado a uma gama enorme de doenças, absenteísmo e custos elevados na assistência médica. Infelizmente não é dada a devida atenção a ele e em contrapartida observamos um crescente interesse no senso comum por este termo que passa a ser empregado sem os devidos cuidados, assim como “técnicas ditas terapêuticas” para seu controle ou eliminação.

Os primeiros estudos sobre esta temática datam:

- 1910, *Sir William Osler* – excesso de trabalho e preocupações podendo levar a doenças;
- 1926, *Hans Selye* – síndrome de simplesmente estar doente;
- 1936, *Selye* experimentos com ratos e descobre a reação de alarme levando: aumento córtex supra-renais e hiperatividade da mesma, o timo, nódulos linfáticos e baço diminuem, úlceras aparecem no estômago e intestinos;
- 1936, *Selye* publica o primeiro artigo sobre a síndrome do stress e chama a primeira fase de alarme;
- 1952, *Selye* descobre que o organismo não fica perene na fase de alarme: ou morre ou se adapta, chamando este estágio de resistência. Descobre que após certo período prolongado na fase de resistência, o organismo não resiste mais, caindo em exaustão. Conceitua seu modelo trifásico: fase de alarme, fase resistência e fase de exaustão. Sendo o stress postulado como potencial gerador de alterações no timo, nas supra-renais e no aparelho gastrointestinal, “uma expressão corporal de uma mobilização total das forças de defesa”.

- 1966, Lazarus introduz o conceito de interpretação do evento como verdadeiro estressor.
- 2000, Lipp durante a padronização do inventário Sintomas Stress para adultos, uma nova fase foi identificada: a quase exaustão, entre a resistência e a exaustão.

(Lipp, 2004, p.18-19)

Como vimos acima a história do stress nos proporciona um modelo atual quadrifásico composto por:

- Fase alerta – o processo de luta e fuga (Cannon, 1939 apud Lipp, 2004) se instala como uma forma auto-regulatória para enfrentar o desafio ou ameaça percebida. Há a liberação de noradrenalina e adrenalina na corrente sanguínea, assim como uma série de outros hormônios e outros sistemas são ativados. Entusiasmo, energia motivadora, visando maior produtividade e enfrentamento da situação percebida.
- Fase Resistência – aumento da capacidade de resistência do organismo, um grande gasto de energia, sempre buscando restabelecer a harmonia interior.
- Fase Quase – Exaustão – as defesas começam a ceder às tensões, não resistindo a elas. Não consegue restabelecer o equilíbrio funcional interno, há uma oscilação de suas defesas o que pode gerar momentos ora de bem estar, ora de cansaço propiciando o aparecimento de doenças.
- Fase Exaustão – quebra total das resistências, sensações de esgotamento e fadiga que se perpetuado pode levar a sucumbir o organismo- morte.

(Lipp, 2004, p. 19-22)

O stress então seria um conjunto de características dinâmicas (processo evolutivo) que o organismo ao confrontar-se com oportunidades, limitações ou demanda, percebe o fato como incerto e ao mesmo tempo importante; ou seja, uma resposta individual a uma situação que é percebida como desafiadora ou ameaçadora ao seu bem estar.

Lazarus e Folkman (1984), sugerem que a resposta ao stress passaria por um processamento desta informação/estímulo em 3 fases:

- Categorização entre perigo / desafio pelo Sistema Límbico, Tálamo e Hipotálamo.
- Capacidade de enfrentamento (“coping”) nos centros cognitivos.
- Avaliação após efetuada ação de controle do stress (sucesso / insucesso na estratégia).

Estas fases gerariam um aprendizado, que contribuiria, assim como no sistema imune, para a melhor preparação ou até mesmo melhorar nossas respostas de enfrentamento, podendo transformar estímulos outrora aversivos em desafios a serem conquistados.

Outros autores Margis et al (2003) propõem que a resposta ao *stress* passaria por três níveis:

- Nível cognitivo - avaliação inicial (reação afetiva) avalia o potencial de ameaça para o sujeito; avaliação de demanda como o sujeito vivencia a situação de stress; avaliação das capacidades para lidar com a situação (avaliação secundária) e organização da ação, respostas a partir de todo este processo anterior de avaliação.
- Nível Comportamental – enfrentamento, evitação e passividade que dependerá de um aprendizado anterior que advém com suas experiências e reforços obtidos.
- Nível Fisiológico – diferentes estruturas cerebrais estão envolvidas neste processo, experiências com animais evidenciaram que situações potencialmente perigosas, sejam novas ou semelhantes aos perigos já vividos, revelaram o sistema septo-hipocampal e a amígdala como as estruturas envolvidas neste processo. Estas são responsáveis pela representação do mundo externo, captam e comparam as informações sensoriais e as memórias e experiências vividas em diferentes regiões do sistema nervoso central. A

porção ventral da matéria cinzenta periaquedutal do mesencéfalo parece ser a principal responsável pela programação da resposta luta e fuga; juntamente com o hipotálamo que programa as manifestações comportamentais, hormonais e neurovegetativas das reações de defesa. Outro fato curioso foi a estimulação das via serotoninérgica (origem no núcleo mediano da rafe) que inerva o septo-hipocampal e que determina a inibição do comportamento (defesa).

Enfim, existe uma série de fatores predisponentes para a ocorrência da resposta do stress: fatores ambientais, organizacionais, familiares, pessoais ou individuais que potencialmente podem gerar sintomas físicos, psicológicos e comportamentais. A grande chave para esta questão está nas diferenças individuais (estilo de vida, experiências anteriores, apoio social e estrutura interna – *coping* e vulnerabilidade), na maneira com que cada indivíduo percebe e enfrenta esses fatores estressantes. Estes podem possuir características externas ao indivíduo, fora de seu controle como eventos sociais, acidentes (fontes externas) e características internas que pertencem ao indivíduo e sua personalidade, sentimentos, emoções e valores pessoais (valores internos).

Aronson (2002) trouxe uma visão diferente sobre a relação do stress percebido e o meio ambiente, um mesmo estímulo pode ser visto como um estressor ou agente de prazer; este autor se baseia na Psicologia Social, onde a influência pessoal está nas situações subjetivas e não nas objetivas. A interpretação de um ruído e o controle exercido sobre ele podem afetar sua interpretação e comportamento em relação ao mesmo. Glass e Singer (1972 apud Aronson 2002) conseguiram demonstrar que quanto maior o controle sobre o ruído menor a percepção como agente estressor. Estas mesmas proporções foram achadas em estudos de aglomeração e densidade populacional, onde quanto maior nosso controle, mesmo que subjetivo, menor os níveis de stress.

Lazarus e Folkman (apud Aronson 2002) definiram o stress como uma incapacidade do indivíduo de lidar com as exigências do ambiente que ele percebe como negativo. Outros estudos têm identificado a estreita relação entre o stress e a supressão do sistema imunológico, o que favorecerá o aparecimento de doenças.

Em geral sempre o stress é visto como algo negativo, uma doença que nem sempre é bem diagnosticada, devida a sua variabilidade de sintomas, ocasionando uma associação com outras comorbidades e predisposições genéticas existentes. O que não nos damos conta é de que o stress é um aspecto de nossa vida, basta lembrarmos de sua definição, se direcionarmos a energia para vencer um desafio, ou mesmo aumentar nossa atenção na execução de certa tarefa, ele adquire uma conotação positiva. A dificuldade está quando estes níveis tomam proporções maiores e começam a afetar nossa vida (alterações na cognição, emoção, no social, físico) transformando tudo com sua permanência, contribuindo para múltiplas doenças e até mesmo em alguns casos, a morte.

Em um estudo realizado com pacientes internados numa UTI, buscando as repercussões psiconeuroimunológicas do stress, Lusk (2005) identificou relações entre depressão e um decréscimo nos linfócitos (células NK) com ocorrência maior em adultos do que em jovens. Diminuição das horas de sono também reduzem a atividade destas células de defesa do organismo, assim como dor e o stress mental provocam também alterações no sistema imune. Estudos deste mesmo autor, com estudantes de medicina em período de provas finais e familiares de pacientes internados em UTI, revelaram diminuição da atividade imunológica.

Não podemos deixar de atentar para o que foi descrito acima. A rede de informações formada entre estes sistemas físicos, sociais, emocionais e individuais, é de tal forma grandiosa que tudo está interligado, formando um grande sistema único que funciona dinamicamente e harmoniosamente. É bastante plausível pensar que sem um adequado

funcionamento de seus “sub-sistemas”, o organismo passa a tentar fazer manobras para se adaptar às novas situações até certos limites e até mesmo os sinais e sintomas de patologias, assim como estas, podem ser também estratégias de frear este processo de mau funcionamento orgânico. Nem sempre obtemos o sucesso esperado, pois em muitos casos a sobrecarga no sistema foi tão grande que este não consegue se recuperar, podendo levá-lo a exaustão e extinção. Observamos claramente este processo dentro das UTIS, os pacientes travando uma forte batalha para se recuperarem de suas injúrias e todo processo evolutivo que resultará na tão esperada evolução clínica - vida ; metaforicamente é como se estivéssemos numa grande guerra, tendo que conquistar batalhas diárias, ou melhor momentâneas para vencer a guerra. A perda da guerra significa a morte daquela pessoa e a deflagração para os familiares de todo um processo de stress, luto, perda e reconstrução.

O organismo é redescrito, como um sistema auto-organizador que mantém um equilíbrio dinâmico através de um fluxo de informações que são trocadas entre todos os níveis do organismo e o ambiente (Foss, 1999).

Muito se tem discutido sobre o perfil destes pacientes das Unidades de Terapia Intensiva e percebemos que muitos mantêm-se lúcidos e acordados neste processo de internação, sofrendo outros males não biológicos ou fisiológicos, mas que os afetam grandiosamente, como aspectos emocionais, stress, vivência da morte real ou a proximidade dela, o estereótipo da unidade, a identificação com outros pacientes, sentimentos como: culpa, remorso, ansiedade, depressão entre outros. Weisman (1972 apud Torres, 1998), já chamava a atenção para estes fatores psicossociais. Muitos destes sentimentos não são facilmente expressos e conseqüentemente detectados nem pelos familiares, tampouco pela equipe, podendo o psicólogo funcionar como mediador neste processo de adoecimento, evitando-o e/ou minimizando-o.

O comportamento destes pacientes graves na UTI, demonstra claramente as interações entre aspectos físicos, emocionais e sociais, como variáveis intervenientes neste processo de tratamento, recuperação e cura das enfermidades, assim como a vivencia desta situação de stress.

Dentro deste ambiente da UTI as vivências do stress são potencializadas, podendo em muitos pacientes ocasionar uma apatia e desmotivação profunda levando-os a se entregarem às suas doenças e sucumbirem até a morte, sendo esta pensada como física e/ou simbólica , além da possibilidade de sua própria finitude como a do outro.

4. Contexto da morte

Como já fora explicitado, um indivíduo pode sucumbir quando exposto por longo período a fontes de stress que o pressionam para a fase de exaustão e possivelmente para a morte. Além desta idéia, a morte é facilmente encontrada dentro das UTIs, por isso nossa preocupação em entendê-la melhor. A seguir será apresentado por alguns autores um olhar diferenciado sobre este mesmo fenômeno.

Morin (apud Ziegler, 1977) afirma que tudo nos indica que a consciência da morte que emerge no *Homo sapiens* é constituída pela interação de uma consciência objetiva que reconhece a mortalidade, e de uma consciência subjetiva que afirma senão a imortalidade, pelo menos a transmortalidade. Tudo indica que o *Homo Sapiens* é afetado pela morte como por uma catástrofe irremediável que levará dentro de si uma ansiedade específica, a angústia, ou o horror da morte, que a presença desta torna-se um problema vivo, isto é, mina a sua vida. Entre a visão objetiva e a subjetiva há uma defasagem que a morte abre até o dilaceramento e que é preenchida pelos mitos e ritos da sobrevivência e que finalmente integram a morte. Com o saber se ilude, portanto, a dualidade do sujeito e do objeto, elo indissolúvel, ruptura insuperável que com o tempo e de mil maneiras todas as religiões e filosofias tentarão superar ou aprofundar.

Segundo Oliveira (1998) o homem é visto como um projeto existencial para o futuro, ameaçado pela morte, sua iminência, nos aspectos pessoais ou sociais. Ela está dentro do próprio homem, irrefutável, irreferível e intransferível, causando uma angústia autêntica. Para este mesmo autor as doenças e acidentes são formas de encobrir este fenômeno como justificativas. “A possibilidade de morte gera uma possibilidade de vida” (p.73).

Esta última proposição é bastante próxima do que Heráclito afirma: “Viver de morte e morrer de vida” (Morin apud Schnitman, 1996, p. 278).

Nossa vida depende de um processo perene de morte celular que se transforma em elementos mais simples que favorecerão a constituição de novas células. O rejuvenescimento tão almejado passará por este processo e é mortal – morrer de vida.

Outro autor que compartilha destas premissas é Hegel, a morte passa a ser vista não só como negação da vida, mas como a transformação do fim do corpo, ou seja uma descontinuidade dos elementos constitutivos que retornam a uma condição mais elementarizada - formas básicas quando o corpo perde sua capacidade funcional. (A passagem da Natureza animada para inanimada, retorno ao princípio de tudo).

“As coisas, os seres nascem, crescem e morrem. E a morte da coisa é o não ser, é o tornar-se outro que não aquilo que ela é, ou que ela era. Nisto não há nada de trágico. É a ordem natural das coisas. Não se perde nada, é um transformar-se de tudo. O que era deixa de ser, para o que não era passa a tornar-se algo. A realidade é esse permanente movimento de vir a ser, de tornar-se. E esse é um processo sem fim”.

(Hegel apud Trein, 2002, p. 03)

Kubler Ross (1978) foi a primeira a pensar este processo do morrer como sendo extremamente importante para os pacientes e todos aqueles que o cercam. Categorizou cinco fases deste processo : negação e isolamento, indignação, barganha, depressão e aceitação .

Mas sua importância não se resume a isto, deixa um sistema simbólico onde identifica áreas objetivas e racionais (público), se opondo a subjetividade e individualidade (privado), iniciando o movimento da “ética do cuidado” no processo de morrer. (Klass apud Torres,1998).

Roberts (1976 apud Mello Filho, 1992), registra o desamparo, esperança, a impotência como sentimentos muito importantes neste momento que antecede a morte, que pode ser física ou simbólica.

Kastenbaun (1981 apud Mello Filho, 1992), traz a tona a idéia de onde começa a morte numa revisão com definições.

Esse processo psicobiológico inclui uma série de variáveis como :

- A morte começa no reconhecimento dos fatos;
- A morte começa quando os dados são comunicados, embora nem sempre o prognóstico do médico e a tomada de consciência do paciente ocorrem no mesmo tempo;
- A morte começa quando o paciente toma consciência ou aceita os fatos. Informações distorcidas, negações são estratégias utilizadas comumente pelos pacientes a fim de atender, entender e reconhecer dentro deles sua realidade. O *timing* ou tempo da comunicação;
- A morte começa quando nada mais poderá ser feito para preservação da vida. Alguns pacientes da UTI se encaixam neste contexto, a perda irreparável das funções sistêmicas do organismo como um todo.

A morte passa a ser vista segundo Morin (1970), como um processo interminável de construção e reconstrução, dinâmico em sua plenitude. A máquina humana possui uma capacidade mais adaptativa, pois sua fluidez flexibiliza certas desordens e caos do sistema, em nova ordem que impulsionam o indivíduo para seu crescimento.

Este sistema é uma tradução de códigos que vão criando representações novas sobre si mesmo (reconstrução). Estas necessitam de novos pontos de referência – o que o autor chamou de edificação. Um sistema que fala das diversidades e as congrega em uma unidade, pensamentos simples e complexos coexistindo, formando novos conhecimentos dos objetos a partir de reflexões próprias.

A morte nos aparece, através de uma máscara construída pela sociedade e seus valores; é assinalada, nomeada, temida e sua constante presença é fonte de inquietude. A maneira de antecipá-la, vivenciá-la e até mesmo pensá-la dependerá das criações sociais. Embora o fenômeno seja o mesmo, trata de diversidades em unidades, ou seja pessoas que são diferentes (pacientes, familiares e profissionais), com características diferentes, unidas e reconhecidas como iguais frente à morte.

“Minha consciência não viverá jamais a experiência de sua morte, mas viverá a vida inteira com uma figura empírica da morte, aquela que determinada sociedade formula a partir do desaparecimento gradual de seus membros”. (Ziegler, 1977, p. 129)

Quando falamos de morte em um ambiente como o da UTI, não estamos vinculando-a somente ao paciente, todos estão envolvidos, em especial os familiares que sentem e sofrem muito com todo esse processo de internação, já que seu ente corre risco iminente de vida.

5. Sobre a família.

Os antropólogos vêem a família como uma união mais ou menos duradoura, socialmente aprovada, entre um homem e uma mulher e seus filhos, constituindo um fenômeno universal, presente em todo e qualquer tipo de sociedade. Dentro desta estrutura familiar houve divisões de tarefas entre seus membros, donde os homens ficavam responsáveis pela subsistência (provedor) e as mulheres pelos cuidados com a prole e moradia, gerando um dispositivo de dependência mútua entre seus membros. Estes achados foram se transformando ao longo dos tempos e sociedades.

A palavra família passou a reunir algumas características que se mostravam sempre presentes quando a usávamos, designando um grupo social: 1) originária no casamento; 2) constituída pelo marido, esposa e filhos provenientes desta união, sendo permitidos parentes próximos neste núcleo do grupo; 3) seus membros estão unidos entre si, donde podem ser: laços legais; direitos e obrigações econômicas, religiosas e de outra espécie; direitos e proibições sexuais, assim como diversos sentimentos psicológicos como amor, afeto e medo.

Só que explicar a família somente baseada nestas características seria insuficiente, pois para se formar uma família são necessárias duas de origem, onde sairiam seus elementos feminino e masculino constituintes e assim por diante. A família não poderia existir se não houvesse a sociedade (famílias prontas a reconhecer outros laços não consangüíneos, e que as uniões se darão por afinidade social).

O grupo sociedade também é fruto de subsistemas familiares, sendo assim a modificação da família interfere na sociedade onde está inserida, uma visão sistêmica proposta por Boscolo (apud Belkiss, 1999). O curioso é que se olharmos de perto estas observações veremos os grupos sociais se estabelecerem, se distinguindo da unidade familiar e ao mesmo tempo em concordância com a mesma.

Como disse Morin (apud Schnitman, 1996 p. 275):

“cada indivíduo numa sociedade é uma parte de um todo, que é a sociedade, mas esta intervém, desde o nascimento do indivíduo, com sua linguagem, suas normas, suas proibições, sua cultura, seu saber, outra vez, o todo está na parte. Cada parte conserva sua singularidade e individualidade, mas, de algum modo, contém o todo. Um processo dinâmico de tensão e oposição, sempre se renovando, reconfigurado com variações infinitas mudando de sociedade para sociedade”.

O mesmo Morin (apud Schnitman, 1996) referiu-se ao princípio da desordem como elemento constitucional original, um processo dialógico no par ordem – desordem que dinamicamente busca sempre a organização deste sistema, aqui entendido como qualquer forma estruturada e organizada (ex.célula). A crise é auto limitante, pois um sistema não pode permanecer em um estado de desequilíbrio, caso permaneça há uma grande oscilação nas respostas comportamentais e emocionais, aumentando a desorganização e ansiedade do sistema.

Após o exposto acima percebemos que o grupo social chamado de família é uma unidade muito complexa e cheia de inter-relações e papéis preestabelecidos que promovem seu funcionamento e sustentação. Neste nosso estudo, esta unidade familiar é confrontada com o adoecimento de um dos seus membros e sua ausência, o que certamente provocará a necessidade de uma reorganização interna espontânea ou sob ajuda de outros.

O sistema familiar deve ser compreendido como um todo, inclusive em suas reais necessidades, leis, hierarquia e funcionamento. A ausência de um de seus membros pelo agente adoecimento abala sua homeostase, favorecendo o aparecimento de conflitos emocionais latentes e desestruturação. Alguns estudos já demonstram estes níveis de desorganização e stress dos familiares que vivenciam a experiência de possuir um ente nas UTIs. Halm et al (1993 apud Souza, 2004), já identificaram que o nível de stress na família é

mais alto na admissão do paciente, se estabilizando a partir do 6°. dia de internação, decaindo no 28°. dia. Outro autor (Wallace-Barnhill, 1989 apud Souza, 2004), fez referência ao tempo necessário para o ajustamento familiar, colocando algumas variáveis intervenientes neste processo: idade e importância do familiar; número de membros envolvidos; relações individuais; quantidade de stress na hora da crise e estabilidade psicológica do sistema familiar.

A família em geral sente-se desamparada, temerosa, desconfiada, cheia de fantasias, com medo da morte e da doença, tentando entender todo este processo de forma racional e lógico, mas algumas variáveis psicológicas podem atrapalhar este processo de entendimento. Neste momento se faz necessário além do entendimento da equipe, informações claras e objetivas, oferecer um suporte (*holding*), para favorecer um ambiente de mais segurança e confiança, transformando o estranho em familiar (processos de objetificação e ancoragem), transformando estes familiares em jogadores (ativos no processo) e não em meros espectadores (observando tudo afastados). Sua participação e presença são de suma importância para todos, em especial o paciente internado frente a uma série de dificuldades psicológicas já expostas por vários autores anteriormente.

Daí a grande importância de estar atentos a essa unidade familiar e seu funcionamento para podermos provê-la de suas necessidades. Muitos estudos têm demonstrado pontos e necessidades familiares que precisam ser entendidos dentro deste espectro da UTI. Bond et al (2003) em seu estudo com familiares de pacientes com trauma craniano, identificou prioridades nas: informações de diagnósticos, tratamento e causa morte, a constante expectativa criada com a iminência a morte, a necessidade de informações claros, objetivas e honestas, sem conflitos.

Kirchhoff (2002), em seu estudo sobre a experiência familiar da morte na UTI, identificou preocupações nos quesitos: dor, sofrimento, falta de informação da equipe gerando mais ansiedade e *stress* na morte do paciente pela impossibilidade de frear o processo de deterioramento. Ao mesmo tempo sua revisão também identificou uma redução nas expectativas quando as informações eram claras e objetivas, quando os familiares tomavam partido nas decisões acerca de seu ente, aceitando melhor a perda do mesmo.

Outro estudo bastante interessante foi o feito pela autora Cullen (2003), que versava sobre a visitação e suas implicações na UTI, incluindo em seu estudo animais de estimação. Conseguiu identificar alguns pontos que reforçam os achados anteriores: proximidade dos familiares, segurança, informação, ambiente confortável com suporte e estas categorias podem ser conquistadas com a visitação familiar e de animais de estimação.

Hanneman e Cardin (2002) em seu estudo focalizando a atenção aos familiares e não só aos pacientes, identificou algumas demandas interessantes que reforçam os achados dos outros estudos: informação, segurança nos cuidados prestados e estar perto, participativo junto a equipe e ao paciente. Propõe ainda algumas mudanças e flexibilizações que favoreceriam este contato mais humano e mais próximo com os familiares; são eles: horários de visitação mais flexíveis, sentirem segurança estando mais perto do ente para assegurar o melhor tratamento possível, participarem mesmo nas visitas dos cuidados destinados a este paciente; um folheto explicativo das rotinas da unidade, assim como dos profissionais que a compõem.

Myhren et al (2004) em seu estudo comparou as expectativas dos familiares com as dos profissionais da UTI em relação aos pacientes que sobreviveram, os que evoluíram para óbito, seu stress e uso de ansiolíticos, hipnóticos ou antidepressivos, no decorrer deste processo de internação e pós-morte. Concluiu-se que os familiares (pacientes sobreviventes e falecidos) estavam satisfeitos com todo este processo (informações, suporte, acomodação e stress), mais do que os profissionais esperavam; ao mesmo tempo os profissionais esperavam

maior stress por parte dos familiares, o que não se concretizou no estudo. Outro fato curioso é prevalência de problemas ligados à ansiedade e insônia, embora esta última aparece em menor escala; o suporte familiar foi oferecido por outros familiares e pelas enfermeiras, ao passo que a informação com os médicos.

Segundo estudos feitos por Atkinson, Bozet, Halm (apud Belkiss, 1999) as fontes mais ansiogênicas para os familiares são:

- Súbita e inesperada instalação da doença;
- Incerteza sobre prognóstico;
- A sensação de dor pelo paciente;
- Falta de privacidade e individualidade;
- Ambiente desconhecido e aterrorizante;
- Separação física do paciente, desamparo e isolamento;
- Mudanças nos papéis familiares;
- Quebra da rotina familiar;
- Sentimentos de perda do controle;
- Despesas extraordinárias;
- Outros problemas com a família.

No estudo realizado por Pochard et al (2001), estes autores identificaram sintomas de ansiedade e depressão em grande parte dos familiares que possuíam entes em UTIs, sendo que as maiores incidências eram nos sintomas de ansiedade, em especial nas decisões acerca do fim da vida. Outro achado deste estudo foi a correlação entre a idade e as patologias, assim como seu aparecimento; familiares de pacientes idosos sofriam menos de depressão, assim como familiares de pacientes com doenças crônicas apresentavam menos sintomas de ansiedade. Estes dados sugerem que o aparecimento repentino de doenças em jovens provocaria uma enorme desorganização emocional nas estruturas familiares.

Muitos destes estudos foram sendo desenvolvidos a partir de inventários, como este estudo que está sendo apresentado, se transformando e sofrendo modificações para melhor captar os objetivos e melhor responder às perguntas dos estudos. Outros projetos construíram a partir de sua realidade novos instrumentos que também sofrem reciclagens ao longo do tempo e de novos estudos, demonstrando o dinamismo deste cenário onde eles estão submetidos : UTI, pacientes, hospitais, profissionais, familiares.

Esta alta capacidade adaptativa do ser humano possui limites, que não são meramente físicos; psicologicamente vão surgindo limitações que são percebidas atualmente como variáveis intervenientes, balizadas nos preceitos da Bioética. Os dilemas existenciais enfrentados por pacientes, familiares e profissionais contam com a ajuda destes princípios para norteá-los.

5. Sobre a bioética

Questões como a continuidade ou interrupção de um dado tratamento, prolongando a vida ou o sofrimento até a morte, são atualmente discutidas na área da bioética que tem como princípios a autonomia, beneficência e justiça, visando todos eles um melhor direcionamento para estes anseios.

Outro conceito que pode ajudar a elucidar este difícil caminho, é o direito ao consentimento livre e informado do paciente. Defini-se como: o direito de dar consentimento, de participar do tratamento sem coerção, sem ser enganado e com competência de retirar-se do tratamento, se esta for à vontade do paciente. Isto é o que Kubler Ross (1978) propôs como a forma e maneira do indivíduo desejar sua própria morte, planejando-a.

Peccini (2001apud Torres, 2002), refere que este paradigma surgiu como uma resposta ao desafio de encontrar uma forma de respeitar a capacidade e os direitos do paciente, numa relação terapêutica baseada primordialmente nos princípios básicos da bioética.

No momento que a medicina de alta tecnologia transforma a morte súbita em morte lenta, novos desafios foram impostos. Cada vez mais se morre dentro das Unidades de Terapia Intensiva, o que gerou questões e decisões sobre a recusa e suspensão de tratamentos que passam a ter uma conotação fútil.

Estas questões de limites do continuum vida e morte são exaustivamente discutidas, tentando-se buscar um contorno ou um caminho que possa facilitar este processo decisório acerca do momento da morte. Muitas pesquisas têm sido realizadas com este enfoque, assim como comitês de ética de diferentes especialidades têm discutido esta questão através da bioética, mas ainda não chegaram a um consenso; estamos vivendo este processo que parece sem fim.

É dentro deste ambiente que podemos observar uma série de fenômenos psicológicos acerca desta internação programada ou inesperada e o processo de adoecer, sendo este agudo ou crônico. Sentimentos e sensações como: desamparo, abandono, solidão, interrupção em sua vida social e familiar, desinformação, angústia, insegurança, medos, diferentes conflitos internos e em especial a representação estigmatizante deste ambiente – a iminência da morte (própria ou do outro identificado naquele ambiente) - Weisman (1972 apud Torres, 1998). Toda essa preocupação e esforço em demonstrar as finas redes de intercomunicação dos sistemas individuais, é fortemente definida pela Psiconeuroendocrinoimunologia (PNEI).

A partir do que foi exposto anteriormente, fica clara a necessidade de atentarmos para os indivíduos dentro das UTIs, sejam eles pacientes, profissionais ou familiares. Estes sistemas individuais estão em constante transformação e interação com o meio que lhe cerca, havendo assim uma grande responsabilidade por parte de todos que os assistem. Esta é a proposta do projeto de Humanização, que vêm com o objetivo de auxiliar nesta tarefa, despertando todos os profissionais e familiares para seus importantes papéis dentro das unidades de terapia intensiva.

7. Sobre a humanização.

A humanização vem sendo atualmente uma vertente muito importante dentro deste contexto de terapia intensiva. Humanizar uma UTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar, social, cultural e credo, uma unidade *biopsicosocioespiritual* (*Organização Mundial de Saúde*). O ato de humanizar, tornar ou dar condição humana, não é uma técnica, nem arte, é um processo vivencial que permeia todas as atividades do local e os profissionais implicados. Humanizar é individualizar a assistência, mudar atitudes e comportamentos frente aos pacientes e seus familiares (David, 2004).

A humanização é um processo que envolve todos os profissionais da UTI. A responsabilidade da equipe se estende além da tecnologia e fármacos; inclui a necessidade dos familiares, o grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados e a preservação da integridade do paciente como ser humano.

Pensando nisto a AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira -, no fórum de 1998 sobre humanização, realizado em Maceió sugere alguns fatores considerados essenciais e recomendáveis, para que as UTIs adotem um ambiente humanizado. São elas:

- O paciente – controlar a dor, oferecer orientação e informação, promover o conforto, facilitar a comunicação, manter a privacidade, estimular a autonomia, apoio emocional.
- A família – informação, promover a segurança, apoio emocional, promover o sentimento de esperança, horários de visitas flexíveis, material informativo, permanência do familiar na UTI.
- A equipe – fornecer informações e explicações, chamar o paciente pelo nome, timbre de voz, examiná-lo de maneira cuidadosa e atenciosa, incluí-lo nas decisões, fornecer segurança, otimismo e esperança aos pacientes e familiares, instituir boa relação com os mesmos.

- Ambiente físico – acesso a luz natural, iluminação individualizada e regulável, tons claros nas paredes e mobiliário, calendário e relógios, poltronas, sala de espera, vistas externas, recursos audiovisuais, painel personalizado, cadeira para visitantes no leito, painel informativo, sala de entrevistas, controle dos ruídos, controle da temperatura.

(David, 2004)

Atualmente tem se falado muito no processo de humanização destas unidades, como sendo a grande possibilidade de reversão desta imagem negativa que há anos vem sendo sustentada. Este processo tem sido muito difundido, mas ainda é muito confundido como uma grande panacéia na solução para todas as nossas dificuldades e mazelas. Atentemos para esta extrapolação e para as limitações da própria humanização no que concerne aos excessos da forma em detrimento do seu próprio conteúdo.

Muitos estudos têm sido realizados nesta área, em especial nos EUA em vigência do crescimento da tecnologia e dos aspectos financeiros, sociais e psicológicos. Gostaríamos, através deste nosso estudo, de avaliar os estressores vivenciados pelo paciente internado numa Unidade de Terapia Intensiva e as reais necessidades de seus familiares que acompanham todo este processo, desde o início até seu fim, é o que se busca neste projeto. Avaliar o que realmente importa nesta hora e poder melhor prestar nossa ajuda, nossos cuidados assistenciais, aos seres humanos iguais por Natureza.

“Se não há solução para a morte do homem, talvez uma solução seja não deixar que as pessoas morram em solidão”. (Trein, 2002, p. 04)

8. Outras questões psicossociais da área de saúde e doença

8.1. Sobre representações de saúde e doença.

Ao falarmos deste par saúde/doença precisamos conceituá-lo a partir de um conjunto de elementos individuais e sociais que o representam. Ao olharmos somente os aspectos sociais (valores, crenças e comportamentos) como Antropólogos e Sociólogos ou mesmo os aspectos individuais do fenômeno e sua inter-relação com o próprio como os fenomenologistas, recairemos numa análise reducionista que poderá ser deletéria ao entendimento destes constructos.

Olhando mais perto o discurso coletivo e práticas de determinada época, conseguiremos entender certas atitudes adotadas em relação às patologias, evocando uma resposta social adequada. A partir do exposto começa a se pensar em uma concepção social dos enfermos, onde estes a interiorizam, orientam, organizam, legitimam as relações sociais estabelecidas, produzindo uma realidade do enfermo, sendo reforçada pelo discurso Médico e pelo social. A seguir discorreremos sobre a evolução histórica do par saúde/doença ressaltando alguns marcos salientados por Herzlich (1998).

No séc. XIV as enfermidades foram vistas como castigos divinos, que necessitavam de isolamento tanto do enfermo quanto de sua família – quarentena. Estas idéias religiosas de redenção e advertência, através das enfermidades, continuava levando muitos a pensarem sobre suas mortes e ações.

Segundo Herzlich (1998) com o avanço da medicina e políticas públicas de higiene nos séc. XVII, XIX o controle foi restabelecido e a peste e outras epidemias foram controladas. No séc. XVIII a religião deixa de influenciar os homens de forma exclusiva, onde todas as explicações recaiam sobre o sagrado, o sentimento de morte se transforma criando um terror existencial na população, formando um espaço vazio, um vácuo que precisa ser preenchido e possuiu novo significado, é neste momento que a medicina passa a ocupá-lo.

O médico deixa de ser mero expectador neste processo, conquistando um novo status, o de lutar contra a morte pelo prolongamento da vida. Neste momento há uma transição do enfermo enquanto valor existencial para um modo de vida e lugar na sociedade.

Séc. XIX, as doenças sucumbem o homem lentamente (cronificação das doenças), sendo necessário a internação para numa fase inicial de acompanhamento e depois tratamento. É a transformação da doença deixando de ser um fenômeno de massa (grandes epidemias, morte rápida) e constituindo uma forma de vida mais do que de morte (individualização, morte lenta).

Com o passar dos tempos novas leis sociais foram estabelecidas, a relação saúde/doença mudou e se relacionou a força de produção e o doente com seu lugar no processo de produção (sociedade de consumo). Assim como a morte, que no berço do humanismo séc. XV, transformou-se em não produzir nada, valorizar constantemente a vida ou melhor os vivos e sua força produtiva. É esta a imagem vendida pela sociedade atual mercantilista, fazendo da morte algo imperceptível, que precisa ser velado e mascarado (não consumista, não produtiva). A medicina passa a racionalizar este processo de adoecimento construindo de forma sistemática e homogênea tratamentos, interpretando os sintomas, que são legitimados pelo discurso médico, formando uma relação médico / paciente, indo de encontro aos desejos dos homens - viver e não morrer (Herzlich, 1998).

Esta transição do doente e doença é também concepção de sua relação com os outros e com a sociedade. A doença age como fator de ruptura de um fluxo cotidiano, fazendo com que a pessoa enferma e seus familiares necessitem de nova reorganização nos aspectos de sua vida diária; adquire um significado podendo representar a sociedade do momento de seu aparecimento. Surge então um modelo biomédico onde o corpo é uma máquina e a doença como algo externo que avaria esta máquina comprometendo seu funcionamento, necessitando de reparos “médicos”.

Estes reparos devem ser bem estruturados, pois aniquilar este corpo estranho pode comprometer o corpo deste indivíduo; visa-se neste momento estimular as defesas do organismo para que ele consiga se defender deste agressor (Herzlich, 1998).

Herzlich (1973 apud Schulze, 1994), já apontava para este discurso individual sobre o par saúde / doença, que também revelava a natureza dos vínculos com o ambiente físico – social e sua organização. Nas palavras de Herzlich (1991, p. 33):

“a doença por ser um evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossa vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, ela engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira”.

Em nossa pesquisa notamos uma grande dificuldade quanto à escassez na produção de pesquisas nestes âmbitos: saúde, hospital e UTIs, a partir da teoria das representações sociais, poucos são os autores que trabalham esta temática.

Em trabalho realizado sobre a representação social de adolescentes com câncer, Neves et al (2003), identificaram em primeiro momento uma conotação muito negativa associada à doença por parte dos pacientes e de seus familiares: dor, sofrimento, degradação física, desamparo e morte. Quando compararam os grupos de adolescentes com e sem câncer, percebeu-se que estes últimos falavam da morte com mais facilidade, pois falavam da morte do outro, algo distante da realidade deles. Pesa neste momento a idéia de adoecimento na adolescência, como algo raro e infecundo, assim como a morte. Detecta também uma sensação de impotência familiar e da própria equipe assistencial, devido à confrontação com a finitude e uma idéia de fracasso. Pensar o ser humano como um animal simbólico, inserido num ambiente social, delimita suas representações, crenças, valores, cultura e condutas, levando a um olhar mais integral que requer mais cuidado quando no nosso discurso falamos em qualidade de vida a despeito de quantidade e de todas as tecnologias disponíveis, como já

salientava Torres (1994). Outro achado muito interessante está na ambigüidade de sentimentos, que advém com os medos e incertezas que a doença e seu tratamento trazem; esta característica é facilmente percebida nos ambientes da UTI onde as defesas são minimizadas e as sensações clamam por esperança, embora estejam envoltas em apatia e inseguranças frente ao futuro e a morte.

“Não é, pois, no momento da morte nem na proximidade da morte que se torna preciso pensar nela. É durante toda a vida” (Áries, 1977, p.329).

Para Cardoso e Gomes (2000, p.502),

“a saúde e a doença consubstanciam-se enquanto objetos privilegiados ao esclarecimento de modos de conhecer e pensar a si próprio, aos outros e ao universo que se habita. A unidade, a particularidade, o cotidiano, entretanto, só ganham significação quando inseridos em totalidades explicativas que passam a ser entendidas como sistemas históricos”.

A representação da doença não está num discurso absoluto e dominante da medicina, nem tampouco num saber fragmentado e recortado do discurso médico pelo senso comum. Segundo Herzlich (1991, p.30) “a doença esta hoje na mão da medicina, mas ela permanece sendo um fenômeno que a ultrapassa”.

A autora Herzlich (1969 apud Flick, 2000), propõe uma tipologia para as concepções de saúde e doença em seu estudo, que foi modificada sendo incluído nova categoria por Uwe Flick em 2000.

Concepções de Saúde

Saúde é um “vácuo”

Reserva de saúde

Equilíbrio

Saúde como estilo de vida (nova)

Concepções de Doença

Doença como destruição

Doença como um “liberador”

Doença ocupacional

A representação da doença não é um modelo de doença pré-estabelecida ou o evento de estar doente ou mesmo os sintomas que caracterizam a urgência da doença ou o somatório de tudo isto. Sua lógica está em outro ponto, as estratégias, textos, eventos e significados expressos nos diferentes discursos que a formaram. Segundo Alves e Rabelo (1999 apud Gomes, 2002, p.1212) a experiência da enfermidade é “a forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferido-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação”.

Atualmente possuímos discursos sobre esta temática saúde / doença que se mostram ambíguas, de um lado a sociedade colocando a saúde em um lugar central, de destaque; por outro o modelo de indivíduo sadio versus indivíduo doente, que acaba englobando a própria medicina. O curioso é que segundo Herzlich (1991, p.34) “a sociedade nociva atacava o corpo do indivíduo e se encarnava na doença. Hoje, a sociedade e seus perigos sociais: de um lado, o lugar crescente da ciência e da técnica; de outro, a importância da profissionalização e do laudo”. Estas considerações já demonstram o caos que nossos sistemas de saúde estão passando quando o assunto se remete a processos judiciais, decisões sobre vida e morte, pois em muitos casos perdeu-se o foco das queixas e questões relacionadas, direcionando todos os esforços em se ter vantagem nesta hora mesmo quando o assunto é saúde / doença, de algum ser humano.

Dentro de uma vivência hospitalar, em especial a de unidades fechadas como uma UTI, o stress é visto como uma variável individual (psicológica - fatores internos) e/ou uma variável ambiental (fatores externos). Neste projeto tentaremos ampliar este olhar, buscando a representação social como uma forma mais global para seu entendimento. Para tanto os profissionais que atuam nas UTIS, sendo vistos como personagens enquanto variáveis intervenientes (uma variável humana intermediária), podendo funcionar como indicador do

tipo de interação hospitalar entre pacientes/família e os membros do staff, dispendo e exercendo diferentes formas de poder social sobre os mesmos (French e Raven, 1969).

Este fato nos remete a estudos realizados por Souza Filho (1998, 2000, 2002) em relação às relações familiares com os indivíduos, tendo como resultante nestes estudos um grande arrasamento do indivíduo pelo grupo familiar. Este não é respeitado como uma instituição, com autonomia e liberdade, ficando vinculado à força do grupo social, numa relação hierarquizada de poder imperativo.

Assim podemos supor que a escolha / avaliação de um personagem mais ou menos poderoso, por parte de um paciente e familiar para interagir no ambiente da UTI, pode indicar maior ou menor grau de autonomia, que pode influenciar no stress percebido. Ou seja, os personagens encontrados podem servir como mediadores e, possivelmente estimuladores para relações de igualdade, sem hierarquizações ou, contrariamente, como fortalecedor de desigualdade e dependência dentro destes ambientes de UTIs. Em particular, estamos preocupados com o modo de inserção do psicólogo no ambiente hospitalar, segundo as representações sociais de pacientes e familiares, sobre o qual não encontramos pesquisa similar. Supomos que a menção espontânea de profissionais da saúde e outros personagens, incluindo psicólogos, no sentido de estar associado/dissociado tanto ao stress quanto à resolução de necessidades específicas em diferentes contextos de vivência da internação hospitalar, nos permitirá fazer um mapeamento da situação e possibilidades atuais de atuação profissional do setor de psicologia no ambiente de hospital.

9. Método

O método utilizado neste projeto foi o quase experimental e exploratório. Seu delineamento é transversal, por se estender pelo período de 2002 a 2003, apresentando diferentes participantes ao longo do estudo. Embora possua esta característica exploratória nos permitiu fazer inferências e correlações a partir de nossa amostragem.

Os pacientes e familiares apresentam-se com diferentes faixas etárias, todos maiores de idade, de ambos os sexos, de diferentes raças, de diferentes classes e grupos sociais. Os pacientes internados na UTI do Hospital Santa Teresa, no município de Petrópolis, apresentavam uma saúde delicada e os familiares graus diferentes de patologias que não os impediam de freqüentar e responder aos inventários neste local.

Este projeto se baseou na aplicação de dois inventários padronizados, que foram extraídos de dois estudos americanos. Esta tradução seguiu os padrões de validação interna dos instrumentos, na forma de “Back Translation” com um tradutor, que realizou a tradução para o Português e depois para o Inglês, avaliando a consistência da tradução. Após esta fase os instrumentos foram submetidos a pesquisadores, conhecedores dos métodos psicométricos e profissionais que atuam neste segmento hospitalar, avaliando-os e propondo algumas modificações frente aos inventários originais, sendo os mesmos re-avaliados e aprovados na forma como foram aplicados. Esta fase contribuiu para a validade externa dos instrumentos, embora se faça necessário maior utilização dos inventários para averiguar sua eficácia.

Estes mesmos instrumentos já foram utilizados por outros autores: Ballard (1981 apud Soehren, 1995) e Narstasy (1985 apud Soehren, 1995) em seu estudo sobre stress com pacientes numa UTI; Andreoli et al (2000), Zachi et al (2002) e Santos (1998) em estudos visando às necessidades familiares dentro da UTI.

Como perceberemos estes instrumentos foram modificados para este trabalho de pesquisa, pois os modelos anteriores apresentavam certas dificuldades na escala de graduação e em alguns dos itens propostos, sendo necessário novo processo de construção, tomando como base os instrumentos originais.

O 1º. inventário foi elaborado com pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva e seus estressores, proposto por Soehren (1995) , o ICUESS – Escala de Stress em Unidade de Terapia Intensiva (anexo A), composta com 40 afirmativas, com uma escala do tipo Likert de graduação de intensidade que varia do 1=não estressante ao 4=muitíssimo estressante, que também se baseou em outros estudos, em especial o de Cochran e Ganong (apud Soehren, 1995). Nossa escala (anexo C) sofreu alterações e passou a apresentar 53 itens, adequando melhor a realidade brasileira e nossa cultura, com a inclusão na escala de graduação do item 0=não ocorrido. Os participantes responderam segundo uma nova escala de graduação de intensidade do tipo Likert (0 = não ocorrido, 1 = não estressante, 2 = pouco estressante, 3 = bastante estressante, 4 = muitíssimo estressante), em relação ao estressores experimentados em determinadas situações dentro do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva. Notemos que este inventário não se propõe a medir o stress vivenciado na unidade, pois seus itens constitutivos não são os melhores indicadores para avaliá-lo.

O 2º. instrumento busca as necessidades dos familiares dentro da unidade, inventário CCFNI – Escala de Necessidades Familiares em Terapia Intensiva (anexo B), composto por 45 afirmativas idealizado por Molter (1979) contendo uma escala graduada do tipo Likert quanto ao grau de importância (1 = não importante, 2 = pouco importante, 3 = importante, 4 = muito importante), sendo atribuídos por eles nas diferentes situações descritas pelas afirmativas. Neste inventário (anexo D) as alterações se deram no aumento do número de afirmativas para serem respondidas pelos participantes e na possibilidade de livre expressão de itens não abordados no inventário, considerados importantes pelos participantes.

Ambos estudos americanos utilizados em nosso projeto, permitiam uma adequação e implementação nas afirmativas das escalas e em alguns dos itens, assim como a identificação de um representante da equipe de saúde ou não, responsável pela ocorrência daquela dada situação, qualificando-o nominalmente ao lado da afirmativa, respondendo a pergunta Quem ? Através deste conteúdo conseguiremos verificar as representações sociais dos personagens no ambiente da UTI como intensificadores ou minimizadores do stress para o inventário com os pacientes e avaliar o grau de importância para os familiares e seus representantes.

Os critérios adotados para a adesão dos participantes seguiram o modelo proposto no original dos estudos Americanos (Soehren, 1995 e Molter, 1979), ou seja pacientes lúcidos, com capacidade de verbalização e expressão inteligível, com no mínimo dois dias de internação dentro de unidade de terapia intensiva, para o estudo avaliando o *stress* experimentados pelos pacientes. Já no 2º estudo com os familiares e suas necessidades, os critérios dependiam do tempo de permanência do ente internado seguindo os mesmos dois dias de permanência.

Os participantes da pesquisa foram convidados a participar do projeto, com todos os informativos para sua participação. Ambos questionários só foram aplicados após a informação dos objetivos dos trabalhos, assim como a anuência ou consentimento dos mesmos, enquanto participantes destes estudos (pacientes e familiares). O método consistia em responderem aos inventários que mediriam seus estressores e as necessidades familiares através das escalas de graduação de intensidade, logo após o 2º. dia de vivência na UTI. O pesquisador prestava todo o auxílio em seu preenchimento, ficando a cargo do participante de respondê-lo segundo suas opiniões sem a intervenção do entrevistador. Os familiares poderiam preencher seu inventário em casa, se assim o desejassem, entregando-o no dia seguinte; todos os inventários eram respondidos de forma anônima para assim garantir seu sigilo e integridade.

A maioria dos estudos nestes seguimentos da terapia intensiva, com estes temas estudados por diversos autores, utilizou os mesmos instrumentos ou aprimorou os mesmos, construindo novos inventários a partir destes. Daí a importância destes autores: Soehren (1995) e Molter (1979), por serem os precursores, demonstrando sua sensibilidade e preocupação com estas temáticas, vistas hoje dentro da terapia intensiva como cruciais.

9.1 Procedimento de Análise

A população estudada possuía uma característica em comum além da internação e vivência na UTI, a grande maioria não possuía plano de saúde, sendo atendidas pelo SUS – Sistema Único de Saúde como gestor da saúde neste momento. Após o exposto podemos perceber que se trata de um estudo com diferentes formas de análise de seus resultados (quantitativos e qualitativos), que formam vértices de um triângulo que culminarão em conclusões para este estudo. Os resultados obtidos foram analisados pelo programa SPSS for Windows versão 10.0, dando ênfase à estatística descritiva de alguns dados sociográficos que compõem e delineiam a amostra (frequência, %, médias, medianas, desvio padrão, alpha de Crombach's dentre outras), assim como a estatística inferencial, com coeficiente de significância de 0,05 indicada para este tipo de estudo quase experimental (correlação Linear de Pearson e Qui-quadrado).

Nesta fase se mostrou necessário uma melhor organização dos instrumentos, criando novas variáveis para a realização das correlações. Estas novas variáveis foram elaboradas a partir da mediana dos instrumentos, abaixo e acima da mediana (grau de stress e importância) e um redimensionamento das afirmativas dos inventários, agrupando-as sobre três grandes eixos: individual, interindividual e intergrupar, que originam os nomes das categorias utilizadas.

Nos conteúdos qualitativos realizou-se a AC (Análise de Conteúdo), com a formação de categorias temáticas para os personagens, a partir do pronunciamento espontâneo dos participantes, identificando os responsáveis por diferentes situações vivenciadas pelos pacientes e familiares dentro do contexto da UTI, tanto no que tange aos estressores, quanto ao que se mostra importante para eles naquele momento. São elas: médico, enfermagem, psicólogo, equipe, outros para o inventário do stress com pacientes e administrativo, amigos, assistente social, Deus, enfermagem, equipe, família, médico, psicólogo, religioso, outros para o inventário com os familiares. Sendo que estes personagens poderiam ser citados individualmente ou em conjunto com outro.

10. Resultados

Por se tratarem de duas escalas neste projeto, iremos apresentar seus resultados separadamente, embora os procedimentos estatísticos aplicados tenham sido os mesmos.

10.1 ICUESS – Inventário de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva

O inventário ICUESS – estressores para pacientes UTI, apresentou um alpha de cronbach = 0,8968 demonstrando alta confiabilidade em seus itens como foram apresentados, com uma ocorrência de 85 respostas aos 53 itens pertencentes ao inventário. Apresentou uma média (1,2295) e mediana (1,1698) com pequeno desvio padrão (0.4234). A população que participou deste estudo (N = 85) era de 15% - 20% do total de pacientes que se internaram na UTI, lembrando que para este estudo havia critérios específicos de inclusão. Era composta por homens (N = 50) e mulheres (N = 35), numa faixa etária que variava de 14 – 87 anos, com diferentes estados civis, ocupações profissionais, naturalidades, patologias e escolaridades. As tabelas que se seguem mostram claramente essas divisões e suas frequências:

Tabela 01

Distribuição dos participantes em função do sexo

Sexo	f	%
Masculino	50	58,8
Feminino	35	41,2

Tabela 02

Distribuição dos participantes em função do diagnóstico

Diagnóstico	f	%
Físico	22	25,9
Físico/Psicológico	63	74,1

Tabela 03

Distribuição dos participantes em função da faixa etária

Faixas etárias	F	%
14-30	5	5,9
31-45	12	14,1
46-60	27	31,8
61-75	32	37,6
Acima 76	9	10,6

Tabela 04

Distribuição dos participantes em função do estado civil

Estado Civil	F	%
Casado	52	61,2
Solteiro	11	12,9
Viúvo	17	20
Divorciado	5	5,9

Tabela 05

Distribuição dos participantes em função da Naturalidade

Naturalidade	F	%
Petrópolis	44	51,8
Estado Rio de Janeiro	29	34,1
Fora Estado Rio de Janeiro	12	14,1

Tabela 06

Distribuição dos participantes em função da ocupação

Ocupação	F	%
Administrativo	4	4,7
Comércio/Microempresário	5	5,9
Aposent/Pension/Beneficiário	40	47,1
Ativ.Doméstica Interna	9	10,6
Ocupação Intelectual	3	3,5
Profissional Especializado	5	5,9
Ocupação Semi-Especializada	9	10,6
Prof. Semi-Especializado	5	5,9
Ativ. Doméstica Externa	2	2,4
Atividade Artística	2	2,4
Religiosa	1	1,2

Tabela 07

Distribuição dos participantes em função da Escolaridade

Escolaridade	F	%
Analfabeto	8	9,4
Até 1º. Grau	57	67,1
Até 2º. Grau	15	17,6
Universitário completo ou não	5	5,9

Para a análise inicial dos resultados foram montadas planilhas que continham os números de acordo com a escala de cada inventário, respondida pelos participantes. Foram realizadas frequências deste material (número de ocorrências para cada resposta em cada afirmativa), somente a partir desta análise total é que surgem as categorias apresentadas em cada uma das variáveis sociodemográficas, dando um delineamento a nossa amostragem. As médias das respostas foram solicitadas com o intuito de avaliar as extremidades da escala aferindo maior e menor grau de stress e seqüencialmente foi realizado o cálculo da mediana para dividirmos os dados em grupos conforme suas médias (grupo 1= menores escores – menos stress, 2 = maiores escores – maior stress e 3 = média equivalente a mediana). Os resultados foram separados pelas situações experimentadas como sendo mais estressantes (as 10 maiores médias encontradas) dentro da Unidade e em contra partida as que causaram menores índices de estresse (as 10 menores médias), como segue a tabela abaixo.

Tabela 08

Distribuição das afirmativas quanto ao grau de stress para os pacientes

Estressores	Média	Intensidade do estressor
Ser tratado como criança	0,1412	Menos estressantes
O uso de palavras do tipo: vozinho, queridinho para conversar com você	0,1529	
Não saber aonde está agora	0,1529	
Sentir que as pessoas estão mais atentas aos aparelhos do que a você	0,2235	
Sentir cheiros desagradáveis ao seu redor	0,3059	
Não saber o que aconteceu com você	0,3529	
Os membros da equipe não terem se apresentada a você	0,3647	
Cama / travesseiros não confortáveis	0,46	
Sentir-se chateado ou aborrecido	0,52	
Ouvir o gemido de outros pacientes	0,52	
Sentir falta de seu marido / esposa	2,05	Mais estressantes
Ter que usar oxigênio	2,0588	
Ter de fazer suas necessidades fisiológicas no leito	2,0941	
Não conseguir mover suas mãos e braços devido a linha venosa	2,09	
Ver familiares e amigos durante pouco minutos por dia	2,1294	
Ser furado por agulhas	2,16	
Não poder ficar sentado no leito	2,3176	
Não ter o acompanhamento da família por mais tempo	2,3294	
Não ter o que fazer para ocupar seu tempo livre	2,4353	
Não ter controle de si mesmo	2,47	

As situações geradoras de stress que foram encontradas neste estudo estavam relacionadas à ociosidade, perda da autonomia e sensação de abandono da família. Em contrapartida, observamos as que menos incomodaram, sendo estas, de cunho relacional, nos cuidados assistenciais prestados, na atenção dispensada, dentre outras. O delineamento relacionado à nossa amostragem apresentou: 59% de homens e 41% mulheres, a maioria das pessoas era casada (mais de 60% em sua maioria homens), com 13% solteiros e 20% viúvos. Esta diversidade está ligada a ampla faixa etária analisada (14 – 97 anos); 48 % eram aposentados, o que no Brasil não quer dizer estar longe da força produtiva de trabalho. As doenças coronarianas apresentaram-se com maior incidência (a grande maioria do total de 74% dos aspectos físicos e psicológicos), dentro destas mais de 40 % tinham sofrido um Infarto Agudo do Miocárdio. A grande maioria possuía até 1º. grau concluído (67%) e 52% moradores de Petrópolis e 34% de outros estados. Outro aspecto mostrado pelo inventário relacionava-se às internações anteriores em Unidades de Terapia Intensiva, sendo que mais de 60% nunca haviam se internado nestas Unidades e somente cerca de 30% já estiveram uma única vez internado em UTI.

Este inventário ICUESS permitia a identificação de responsáveis, personagens identificados segundo os participantes, por algumas das afirmativas que o compunham. Com estes dados utilizamos um método qualitativo de organização, a análise categorial temática formando categorias de personagens que foram tratadas estatisticamente. As categorias geradas foram: Médico, Enfermagem, Psicólogo, Equipe e Outros para esta inventário.

Também para este inventário realizamos uma reorganização das afirmativas, criando assim três novas categorias: individual ($\alpha = 0,8728$), interindividual ($\alpha = 0,5281$) e intergrupar ($\alpha = 0,5846$), onde a primeira se subdividia em mental ($\alpha = 0,7081$) e físico ($\alpha = 0,8068$), a segunda em familiar ($\alpha = 0,5182$) e não familiar ($\alpha = 0,3848$) e a terceira em mental ($\alpha = 0,5753$) e físico ($\alpha = 0,1667$).

A seguir apresentaremos as tabelas contendo as correlações lineares de Pearson e as frequências entre os personagens responsáveis ou não pelo stress experimentado e as categorias criadas. Sua apresentação está separada pelo total e cada categoria individualizada; são elas:

Tabela 09

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um menor nível de stress na categoria intergrupar físico

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear
Não saber quando os procedimentos vão ser realizados com você.	Psicólogo	Pearson - 0,248 Sig. 0,022
Não ter explicações sobre o tratamento.	Psicólogo	Pearson - 0,248 Sig. 0,022
Sentir que as pessoas estão mais atentas aos aparelhos do que a você.	Enfermagem	Pearson - 0,248 Sig. 0,022

Tabela 10

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria intergrupar físico, não responsáveis pelo stress vivido no ambiente hospitalar (UTI).

Categorias	Frequências	%
Psicólogo	2	67
Enfermagem	1	33
Total	3	100

Tabela 11

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um maior nível de stress na categoria individual mental

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear	
Não saber quando os procedimentos vão ser realizados com você.	Enfermagem	Pearson	0,229
		Sig.	0,035
Não saber quando os procedimentos vão ser realizados com você.	Equipe	Pearson	0,316
		Sig.	0,003
Os membros da equipe falando palavras que não se entende.	Médico	Pearson	0,373
		Sig.	0
Não ter explicações sobre o tratamento.	Equipe	Pearson	0,415
		Sig.	0
Os membros da equipe não terem se apresentado a você.	Equipe	Pearson	0,256
		Sig.	0,018

Tabela 12

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria individual mental, responsáveis pelo stress vivido no ambiente hospitalar (UTI).

Categorias	Frequências	%
Equipe	3	60
Enfermagem	1	20
Médico	1	20
Total	5	100

Tabela 13

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um maior nível de stress na categoria individual físico

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear	
Os membros da equipe falando palavras que não se entende.	Médico	Pearson	0,334
		Sig.	0,002
Não ter explicações sobre o tratamento.	Equipe	Pearson	0,415
		Sig.	0,006

Tabela 14

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria individual físico, responsáveis pelo stress vivido no ambiente hospitalar (UTI).

Categorias	Frequências	%
Equipe	1	50
Médico	1	50
Total	2	100

Tabela 15

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um maior nível de stress na categoria interindividual familiar

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear	
Não saber quando os procedimentos vão ser realizados com você.	Equipe	Pearson	0,274
		Sig.	0,011
Os cuidados da equipe sendo muito rápidos.	Equipe	Pearson	0,267
		Sig.	0,013

Tabela 16

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria interindividual familiar, responsáveis pelo stress vivido no ambiente hospitalar (UTI).

Categorias	Frequências	%
Equipe	2	100
Total	2	100

Tabela 17

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um maior nível de stress na categoria interindividual não familiar

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear	
Os membros da equipe falando palavras que não se entende.	Médico	Pearson	0,285
		Sig.	0,008
Não ter explicações sobre o tratamento.	Enfermagem	Pearson	0,237
		Sig.	0,029
Não ter explicações sobre o tratamento.	Equipe	Pearson	0,237
		Sig.	0,029
Ter membros da equipe constantemente fazendo procedimentos ao seu redor na cama.	Outros	Pearson	0,237
		Sig.	0,029
Os membros da equipe não terem se apresentado a você.	Enfermagem	Pearson	0,237
		Sig.	0,029

Tabela 18

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria interindividual não familiar, responsáveis pelo stress vivido no ambiente hospitalar (UTI)

Categorias	Frequências	%
Equipe	1	20
Enfermagem	2	40
Médico	1	20
Outros	1	20
Total	5	100

Tabela 19

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um maior nível de stress na categoria intergrupar mental

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear	
Ser acordado por membros da equipe.	Equipe	Pearson	0,214
		Sig.	0,049
Não saber quando os procedimentos vão ser realizados com você.	Enfermagem	Pearson	0,284
		Sig.	0,049
Não saber quando os procedimentos vão ser realizados com você.	Equipe	Pearson	0,223
		Sig.	0,04
Os cuidados da equipe sendo muito rápidos.	Enfermagem	Pearson	0,243
		Sig.	0,025
Os membros da equipe falando palavras que não se entende.	Médico	Pearson	0,426
		Sig.	0
Não ter explicações sobre o tratamento.	Equipe	Pearson	0,416
		Sig.	0
Não ter explicações sobre o tratamento.	Psicólogo	Pearson	0,214
		Sig.	0,049
Ter membros da equipe constantemente fazendo procedimentos ao seu redor na cama.	Outros	Pearson	0,214
		Sig.	0,049
Sentir que as pessoas estão mais atentas aos aparelhos do que a você.	Enfermagem	Pearson	0,214
		Sig.	0,049
Os membros da equipe não terem se apresentado a você.	Enfermagem	Pearson	0,214
		Sig.	0,049
Os membros da equipe não terem se apresentado a você.	Equipe	Pearson	0,346
		Sig.	0,001

Tabela 20

Freqüências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria intergrupala mental, responsáveis pelo stress vivido no ambiente hospitalar (UTI)

Categorias	Freqüências	%
Equipe	4	35
Enfermagem	4	35
Médico	1	10
Outros	1	10
Psicólogo	1	10
Total	5	100

Tabela 21

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um maior nível de stress na categoria intergrupar físico

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear	
Ser acordado por membros da equipe.	Enfermagem	Pearson	0,286
		Sig.	0,008
Não saber quando os procedimentos vão ser realizados com você.	Médico	Pearson	0,226
		Sig.	0,038
Os cuidados da equipe sendo muito rápidos.	Enfermagem	Pearson	0,426
		Sig.	0
Ter membros da equipe constantemente fazendo procedimentos ao seu redor na cama.	Equipe	Pearson	0,446
		Sig.	0

Tabela 22

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria intergrupar físico, responsáveis pelo stress vivido no ambiente hospitalar (UTI)

Categorias	Frequências	%
Equipe	1	25
Enfermagem	2	50
Médico	1	25
Total	4	100

Tabela 23

Total de freqüências significativas dos profissionais / personagens considerados não responsáveis pelo stress vivido no ambiente hospitalar (UTI).

Categorias	Freqüências	%
Psicólogo	2	67
Enfermagem	1	33
Total	3	100

(X=0,333; gl= 1; P<1,000; não Sig.)

Aqui podemos observar que psicólogo possui maior percentual na freqüência das respostas dos participantes, indicando que este profissional não está se apresentado como um estressor para esta população.

Tabela 24

Total de freqüências significativas dos profissionais / personagens considerados responsáveis pelo stress vivido no ambiente hospitalar (UTI).

Categorias	Freqüências	%
Equipe	12	41
Médico	5	17
Enfermagem	9	31
Outros	2	7
Psicólogo	1	4
Total	29	100

(X=14,966; gl=6; P<0,0048)

Já nesta análise as porcentagens indicam freqüências altas, donde a equipe e a enfermagem atuam de forma significativa, corroborando para uma vivencia como estressores neste momento. Fato este ratificado pelo teste qui-quadrado, onde os resultados estão indicados na tabela ao final, demonstrando uma distribuição estatisticamente significativa inter-personagens, apresentando forte tendência para estes conteúdos analisados.

Tabela 25

Frequências significativas para a categoria Individual dos profissionais / personagens considerados responsáveis pelo stress vivido.

Categorias	Frequências	%
Equipe	4	57
Médico	2	29
Enfermagem	1	14
Total	7	100

($X=2,00$; $gl=2$; $P<0,3679$, não Sig.)

Tabela 26

Frequências significativas para a categoria Interindividual dos profissionais / personagens considerados responsáveis pelo stress vivido.

Categorias	Frequências	%
Equipe	3	43
Médico	1	14
Enfermagem	2	29
Outros	1	14
Total	7	100

($X=1,571$; $gl=3$; $P<0,6659$; não Sig.)

Tabela 27

Frequências significativas para a categoria Intergrupar dos profissionais / personagens considerados responsáveis pelo stress vivido.

Categorias	Frequências	%
Equipe	5	33
Médico	2	13
Enfermagem	6	40
Outros	1	7
Psicólogo	1	7
Total	15	100
(X=7,333; gl=4; P<0,1193 não Sig.)		

Nas análises feitas em relação às categorias: individual, interindividual e intergrupar, percentuais expressivos foram gerados no que tange as correlações positivas, embora no teste qui-quadrado não obtivemos resultados significativos. Na categoria individual obtivemos de forma significativa a equipe (57%) e médico (29%) como personagens relacionados a um maior grau de stress. Já na categoria interindividual observamos a equipe (43%) e a enfermagem (29%) como principais personagens associados ao grau de stress. Por último temos a categoria intergrupar que apresenta vários personagens distribuídos, enfermagem (40%), equipe (25%), psicólogo (18%) e médico (11%) como principais responsáveis pelo stress.

As principais características dos dados foram: quando os níveis de stress estão baixos, há uma tendência a relativizar os responsáveis, ao passo que com seu aumento, busca-se um responsável, em geral externo e único (ex. médico), embora seja possível a apresentação de mais profissionais. O único personagem que aparece com uma correlação positiva em relação a variável grau stress é o médico, estando associado a utilização de palavras de difícil entendimento, atrapalhando a comunicação interpessoal.

10.2 CCFNI – Inventário das Necessidades Familiares em Terapia Intensiva

No inventário CCFNI – Necessidades familiares dentro UTI, obtivemos um alpha de Cronbach = 0,8958 que creditava uma alta confiabilidade ao instrumento, composto por 44 itens com um N=121 de participantes. Com uma média (3,3896), mediana (3,4318) e com desvio padrão (0,3034); a amostra era composta por homens (N=32), mulheres (N=85) e 04 sem identificação, dentro de uma faixa etária que variava entre 19-84 anos. Diferentes estados civis, ocupações, graus de parentesco e escolaridade foram analisados neste inventário, sendo compostos categorias como estão apresentadas. No item ocupação profissional, recorremos para formação das categorias, o referencial utilizado pelo IBGE. As tabelas seguintes mostram esta distribuição:

Tabela 28

Distribuição dos participantes em função do sexo

Sexo	F	%
Masculino	32	26,4
Feminino	85	70,2
Sem identificação	4	3,3

Tabela 29

Distribuição dos participantes em função da faixa etária

Faixas etárias	F	%
Até 25	12	9,9
26-40	37	30,6
41-55	45	37,2
Acima de 56	22	18,2
Não Respondeu	5	4,1

Tabela 30

Distribuição dos participantes em função da ocupação

Ocupação	F	%
Administrativo	7	5,8
Comércio/Microempresário	10	8,3
Aposent/Pension/Beneficiário	13	10,7
Ativ.Doméstica Interna	30	24,8
Ocupação Intelectual	4	3,3
Profissional Especializado	16	13,2
Ocupação Semi-Especializada	18	14,9
Prof. Semi-Especializado	12	9,9
Desempregado	2	1,7
Atividade Artística	1	0,8
Não Respondeu	8	6,6

Tabela 31

Distribuição dos participantes em função da Escolaridade

Escolaridade	F	%
Até 1º. Grau	51	42,1
Até 2º. Grau	35	28,9
Até 3º. Grau	29	24
Não Respondeu	6	5

Tabela 32

Distribuição dos participantes em função do grau de parentesco

Parentesco	F	%
Cônjuge	33	27,3
Família Descendente	53	43,8
Família Ascendente	14	11,6
Família Irmãos	11	9,1
Família Externa	3	2,5
Não Respondeu	7	5,8

Após esta primeira análise com as frequências, formamos 3 grupos de acordo com as médias mais e menos importantes para os participantes, a partir da mediana (grupo 1 = menos importante, grupo 2 = mais importante e 3 = mediana), comparando estes grupos com as variáveis sociodemográficas.

Os resultados que seguem estão separados pelas maiores e menores médias obtidas na análise estatística dos dados. Em geral todas as afirmativas obtiveram escores de médias altos, o que representa a resposta da grande maioria, classificando as situações descritas como sendo “importantes” e pertinentes para eles. As diferenças acabaram sendo notadas em pequenas variações em relação aos aspectos culturais, religiosos e principalmente no grau de confiabilidade e investimento depositados em toda a equipe assistencial.

Tabela 33

Distribuição das afirmativas quanto ao grau de importância para os familiares

Importância	Média	Intensidade da Importância
Ter um lugar para estar sozinho no hospital	2,25	Menos importante
Ficar sozinho por algum tempo	2,32	
Ter uma sala de espera mais confortável	2,41	
Falar sobre os sentimentos negativos como culpa e raiva	2,53	
Ser encorajado a chorar	2,56	
Ter telefone perto da sala de espera	2,58	
Ter serviço de capela	2,71	
Ter um bom lugar para se alimentar no hospital	2,72	
Ter visita todo o tempo	2,90	
Visitar o paciente na UTI acompanhada de outra pessoa (não estar sozinho)	2,95	
Ter conhecimento dos fatos específicos relacionados ao progresso do paciente	3,83	
Ter as questões respondidas sinceramente	3,84	
Falar com o médico todos os dias	3,85	
Receber informações de forma clara e de fácil entendimento	3,88	
Ver o paciente frequentemente	3,88	
Receber informações sobre o paciente a cada dia	3,89	
Sentir-se seguro quanto as condições do paciente para alta da UTI	3,91	
Sentir que a equipe está cuidando do paciente	3,92	
Sentir que há esperança	3,93	
Ter certeza que todo o cuidado possível está sendo oferecido ao paciente	3,93	

Observamos que em nossa amostragem, os itens que mais geravam preocupação aos familiares estavam relacionados aos cuidados assistenciais oferecidos aos pacientes dentro da Unidade e a certeza e segurança que tudo estava sendo feito neste momento para o restabelecimento de seu ente. Os itens que foram considerados como menos importantes pelos familiares, situavam-se em relação à estrutura física (dependências), à participação do processo de tratamento de maneira ativa, certo acolhimento e aceitação por parte de todos neste momento. Notemos pelos nossos resultados que as médias obtidas foram altas, o que significa um elevado grau de importância nas considerações feitas e uma pequena variação nas mesmas.

Outra curiosidade ficou a cargo da grande maioria dos participantes eram do sexo feminino (71%) e possuíam um grau de parentesco próximos do núcleo familiar (filhos, esposa e marido, nesta ordem de incidência – 27% cônjuges, 45% familiares descendentes).

Cerca de 25% possuíam atividades domésticas internas e 15% eram detentores de uma ocupação semi-especializada; 42% possuíam escolaridade até 1º. Grau, 29% até 2º. Grau e 25% com 3º. Grau.

Este inventário apresentava a identificação de personagens responsáveis pelas situações descritas nas afirmativas que foram categorizados segundo a análise categorial temática gerando as seguintes divisões: administrativo, amigos, assistente social, Deus, enfermagem, equipe, família, médico, psicólogo, religioso e outros.

Além destas categorias, reorganizamos as afirmativas do inventário, separando-o em três categorias: individual ($\alpha = 0,8168$), interindividual ($\alpha = 0,7380$) e intergruppal ($\alpha = 0,7440$). A seguir apresentaremos as tabelas contendo as correlações lineares de Pearson, as frequências entre os personagens mais ou menos importantes e as categorias criadas Sua apresentação está separada pelo total e cada categoria individualizada; são elas:

Tabela 34

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um maior nível de importância na categoria individual

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear	
Sentir que a equipe está cuidando do paciente.	Equipe	Pearson	0,187
		Sig.	0,04
Ser avisado em casa por telefone sobre as mudanças da condição do paciente.	Médico	Pearson	0,234
		Sig.	0,01
Se sentir aceito pelos funcionários do hospital.	Equipe	Pearson	0,22
		Sig.	0,016
Ter explicações sobre a UTI antes de entrar pela 1 ^a . vez.	Enfermagem	Pearson	0,207
		Sig.	0,023
Ter conhecimento de quais membros da equipe podem dar informações.	Administrativo	Pearson	0,229
		Sig.	0,012

Tabela 35

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria individual, mais importantes pelos familiares.

Categorias	Frequências	%
Médico	1	20
Equipe	2	40
Enfermagem	1	20
Administrativo	1	20
Total	5	100

Tabela 36

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um maior nível de importância na categoria interindividual

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear	
Sentir que há esperança.	Equipe	Pearson	0,189
		Sig.	0,038
Sentir que a equipe está cuidando do paciente.	Equipe	Pearson	0,203
		Sig.	0,025
Se sentir aceito pelos funcionários do hospital.	Médico	Pearson	0,179
		Sig.	0,05
Se sentir aceito pelos funcionários do hospital.	Equipe	Pearson	0,25
		Sig.	0,006
Ter amigos próximos para dar apoio.	Ass. Social	Pearson	0,208
		Sig.	0,022
Ter amigos próximos para dar apoio.	Equipe	Pearson	0,18
		Sig.	0,048
Ser avisado sobre os planos de transferência que irão ser realizados.	Equipe	Pearson	0,181
		Sig.	0,047
Ter a visita de um religioso.	Religioso	Pearson	0,196
		Sig.	0,031
Falar sobre a possibilidade da morte do paciente.	Equipe	Pearson	0,199
		Sig.	0,028
Ter instruções sobre o que fazer ao lado do leito.	Enfermagem	Pearson	0,201
		Sig	0,027
Ter conhecimento de quais membros da equipe podem dar informações.	Ass. Social	Pearson	0,307
		Sig.	0,001
Ter alguém preocupado com a saúde da família.	Médico	Pearson	0,255
		Sig	0,005
Ter alguém preocupado com a saúde da família.	Psicólogo	Pearson	0,215
		Sig	0,018
Ter alguém para falar e ajudar nos problemas familiares.	Psicólogo	Pearson	0,185
		Sig	0,042

Ser encorajado a chorar.	Psicólogo	Pearson	0,214
		Sig	0,019
Falar sobre os sentimentos negativos como culpa e raiva.	Psicólogo	Pearson	0,183
		Sig	0,044

Tabela 37

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria interindividual, mais importantes pelos familiares.

Categorias	Frequências	%
Médico	2	13
Equipe	6	37
Enfermagem	1	6
Religioso	1	6
Psicólogo	4	25
Ass. Social	2	13
Total	5	100

Tabela 38

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um maior nível de importância na categoria intergrupala

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear	
Ser avisado em casa por telefone sobre as mudanças da condição do paciente.	Médico	Pearson	0,192
		Sig.	0,035
Ter as questões respondidas sinceramente.	Psicólogo	Pearson	0,19
		Sig.	0,037
Conhecer o por quê dos procedimentos realizados no paciente.	Médico	Pearson	0,195
		Sig.	0,032
Ter explicações sobre a UTI antes de entrar pela 1 ^a vez.	Administrativo	Pearson	0,179
		Sig.	0,049
Conhecer as especialidades dos membros da equipe que cuidam do paciente.	Médico	Pearson	0,228
		Sig.	0,12
Ter alguém para falar e ajudar nos problemas familiares.	Psicólogo	Pearson	0,229
		Sig	0,043
Ser encorajado a chorar.	Médico	Pearson	0,198
		Sig	0,03
Ter alguém para ajudar com os problemas financeiros.	Amigos	Pearson	0,192
		Sig	0,035
Informar quais os serviços que o hospital pode oferecer.	Equipe	Pearson	0,211
		Sig	0,02

Tabela 39

Freqüências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria intergrupala, mais importantes pelos familiares.

Categorias	Freqüências	%
Médico	4	45
Equipe	1	11
Amigos	1	11
Administrativo	1	11
Psicólogo	2	22
Total	5	100

Tabela 40

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um menor nível de importância na categoria individual

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear
Sentir que há esperança.	Outros	Pearson - 0,251 Sig. 0,006
Sentir que a equipe está cuidando do paciente.	Enfermagem	Pearson - 0,179 Sig. 0,049
Sentir que a equipe está cuidando do paciente.	Ass. Social	Pearson - 0,211 Sig. 0,02
Ter uma sala de espera mais confortável.	Família	Pearson - 0,235 Sig. 0,01
Ter uma sala de espera mais confortável.	Amigos	Pearson - 0,198 Sig. 0,03
Ser avisado em casa por telefone sobre as mudanças da condição do paciente.	Administrativo	Pearson - 0,202 Sig. 0,026
Ver o paciente frequentemente.	Médico	Pearson - 0,207 Sig. 0,022
Ver o paciente frequentemente.	Psicólogo	Pearson - 0,215 Sig. 0,018
Ver o paciente frequentemente.	Família	Pearson - 0,357 Sig. 0
Se sentir aceito pelos funcionários do hospital.	Outros	Pearson - 0,198 Sig. 0,03
Ter um banheiro na sala de espera.	Família	Pearson - 0,208 Sig. 0,022
Ter certeza que todo o cuidado possível está sendo oferecido ao paciente.	Ass. Social	Pearson - 0,211 Sig. 0,02
Ter amigos próximos para dar apoio.	Psicólogo	Pearson - 0,301 Sig. 0,001
Ter visita todo tempo.	Família	Pearson - 0,261 Sig. 0,004

Ter telefone perto da sala de espera.	Família	Pearson - 0,259 Sig. 0,004
Ter explicações sobre a UTI antes de entrar pela 1 ^a . vez.	Amigos	Pearson - 0,188 Sig. 0,039
Ter um bom lugar para se alimentar no hospital.	Família	Pearson - 0,223 Sig 0,014
Ter a visita de um religioso.	Família	Pearson - 0,231 Sig. 0,011
Falar com o médico todos os dias.	Família	Pearson - 0,248 Sig 0,006
Falar com o médico todos os dias.	Outros	Pearson - 0,197 Sig 0,03
Ter a hora da visita iniciada pontualmente.	Administrativo	Pearson - 0,188 Sig 0,039
Ter instruções sobre o que fazer ao lado do leito.	Ass. Social	Pearson - 0,187 Sig 0,041
Ter serviço de capela.	Religioso	Pearson - 0,194 Sig 0,033
Ter serviço de capela.	Administrativo	Pearson - 0,188 Sig 0,039
Ter alguém preocupado com a saúde da família.	Equipe	Pearson - 0,183 Sig 0,044
Ter alguém preocupado com a saúde da família.	Administrativo	Pearson - 0,211 Sig 0,02
Ter um lugar para estar sozinho no hospital.	Família	Pearson - 0,274 Sig 0,002
Visitas fora do horário de rotina em condições especiais.	Médico	Pearson - 0,253 Sig 0,005
Visitas fora do horário de rotina em condições especiais.	Família	Pearson - 0,253 Sig 0,005
Informar quais os serviços que o hospital pode oferecer.	Família	Pearson - 0,201 Sig 0,027

Tabela 41

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria individual, menos importantes pelos familiares.

Categorias	Frequências	%
Médico	2	7
Equipe	1	3
Enfermagem	1	3
Religioso	1	3
Psicólogo	2	7
Ass. Social	3	10
Outros	3	10
Administrativo	4	13
Família	11	37
Amigos	2	7
Total	30	100

Tabela 42

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um menor nível de importância na categoria interindividual

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear
Sentir que a equipe está cuidando do paciente.	Ass. Social	Pearson - 0,276 Sig. 0,002
Ter uma sala de espera mais confortável.	Família	Pearson - 0,213 Sig. 0,019
Ter uma sala de espera mais confortável.	Amigos	Pearson - 0,179 Sig. 0,049
Ver o paciente freqüentemente.	Família	Pearson - 0,185 Sig. 0,042
Se sentir aceito pelos funcionários do hospital.	Outros	Pearson - 0,179 Sig. 0,049
Ter um banheiro na sala de espera.	Administrativo	Pearson - 0,234 Sig. 0,01
Ter certeza que todo o cuidado possível está sendo oferecido ao paciente.	Ass. Social	Pearson - 0,276 Sig. 0,002
Ter visita todo tempo.	Família	Pearson - 0,183 Sig. 0,044
Ter telefone perto da sala de espera.	Família	Pearson - 0,204 Sig. 0,025
Ter um bom lugar para se alimentar no hospital.	Família	Pearson - 0,245 Sig. 0,007
Falar com o médico todos os dias.	Equipe	Pearson - 0,241 Sig. 0,008
Falar com o médico todos os dias.	Outros	Pearson - 0,282 Sig. 0,002
Ter alguém preocupado com a saúde da família.	Administrativo	Pearson - 0,276 Sig. 0,002

Ter um lugar para estar sozinho no hospital.	Família	Pearson - 0,225 Sig 0,013
Visitas fora do horário de rotina em condições especiais.	Médico	Pearson - 0,309 Sig 0,001

Tabela 43

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria interindividual, menos importantes pelos familiares.

Categorias	Frequências	%
Médico	1	7
Equipe	1	7
Ass. Social	2	13
Outros	2	13
Administrativo	2	13
Família	6	40
Amigos	1	7
Total	15	100

Tabela 44

Descrição dos profissionais indicados na correlação linear de Pearson associados a um menor nível de importância na categoria intergrupar

Item Inventário	Personagem	Correlação Linear
Sentir que há esperança.	Outros	Pearson - 0,255 Sig. 0,005
Sentir que a equipe está cuidando do paciente.	Ass. Social	Pearson - 0,23 Sig. 0,011
Ter uma sala de espera mais confortável.	Família	Pearson - 0,267 Sig. 0,003
Ser avisado em casa por telefone sobre as mudanças da condição do paciente.	Administrativo	Pearson - 0,231 Sig. 0,011
Ver o paciente freqüentemente.	Família	Pearson - 0,234 Sig. 0,01
Ter um banheiro na sala de espera.	Família	Pearson - 0,252 Sig. 0,005
Ter certeza que todo o cuidado possível está sendo oferecido ao paciente.	Ass. Social	Pearson - 0,23 Sig. 0,011
Ter amigos próximos para dar apoio.	Psicólogo	Pearson - 0,277 Sig. 0,002
Ter telefone perto da sala de espera.	Família	Pearson - 0,209 Sig. 0,022
Ter um bom lugar para se alimentar no hospital.	Família	Pearson - 0,252 Sig. 0,005
Ter a visita de um religioso.	Família	Pearson - 0,163 Sig. 0,074
Falar com o médico todos os dias.	Família	Pearson - 0,211 Sig. 0,02
Ter a hora da visita iniciada pontualmente.	Família	Pearson - 0,197 Sig. 0,03

Ter alguém preocupado com a saúde da família.	Administrativo	Pearson - 0,23 Sig 0,011
Visitas fora do horário de rotina em condições especiais.	Médico	Pearson - 0,181 Sig 0,047
Visitas fora do horário de rotina em condições especiais.	Família	Pearson - 0,246 Sig 0,007
Informar quais os serviços que o hospital pode oferecer.	Família	Pearson - 0,232 Sig 0,01

Tabela 45

Frequências significativas dos profissionais / personagens considerados, na categoria intergrupala, menos importantes pelos familiares.

Categorias	Frequências	%
Médico	1	6
Ass. Social	2	12
Outros	1	6
Administrativo	2	12
Família	10	58
Psicólogo	1	6
Total	17	100

Tabela 46

Total de freqüências significativas dos profissionais / personagens considerados muito importantes pelos familiares

Categorias	Freqüências	%
Médico	7	23
Equipe	9	30
Enfermagem	2	7
Administrativo	2	7
Psicólogo	6	20
Ass. Social	2	7
Religioso	1	3
Amigos	1	3
Total	30	100

($X=18,00$; $gl=7$; $p<0,0120$; não Sig.)

Notamos nesta tabela que os personagens: médico e equipe apresentam os maiores índices percentuais, indicando uma correlação positiva associada a um maior grau de importância para os participantes. Quando comparamos a variável grau de importância e os personagens também obtivemos a equipe com grande percentual (50%), embora nesta correlação o psicólogo é que aparece com percentual (22%).

Tabela 47

Total de frequências significativas dos profissionais / personagens considerados menos importantes pelos familiares

Categorias	Frequências	%
Médicos	4	6
Outros	6	10
Administrativo	8	13
Ass. Social	7	11
Família	27	43
Psicólogo	3	5
Religioso	1	2
Amigos	3	5
Equipe	2	3
Enfermagem	1	2
Total	62	100

($X=86,065$; $gl=9$; $P< 0,000$)

Já nesta análise observamos que a maior frequência está relacionada à família, que indica um grau de importância menor nesta correlação, sendo ratificado também na correlação entre os personagens e o grau de importância.

Tabela 48

Freqüências significativa para a categoria Individual dos profissionais / personagens considerados muito importantes pelos familiares

Categorias	Freqüências	%
Médico	1	20
Equipe	2	40
Enfermagem	1	20
Administrativo	1	20
Total	5	100

($X=0,60$; $gl=3$; $p<0,8964$; não Sig.)

Podemos observar na tabela que o personagem mais importante foi a equipe nesta categoria individual, embora o teste qui-quadrado não foi significativo.

Tabela 49

**Freqüências significativas para a categoria Interindividual dos profissionais /
personagens considerados muito importantes pelos familiares.**

Categorias	Freqüências	%
Médico	2	13
Equipe	6	37
Enfermagem	1	6
Psicólogo	4	25
Ass. Social	2	13
Religioso	1	6
Total	16	100

($X=7,25$; $gl=5$; $p<0,2027$; não Sig.)

Nesta tabela percebemos que os personagens: Equipe e Psicólogo foram apontados como mais importantes para esta categoria.

Tabela 50

Frequências significativas para a categoria Intergrupai dos profissionais / personagens considerados muito importantes pelos familiares.

Categorias	Frequências	%
Médico	4	45
Equipe	1	11
Administrativo	1	11
Psicólogo	2	22
Amigos	1	11
Total	9	100

($X=3,778$; $gl=4$; $p<0,4369$; não Sig.)

A tabela indica que os personagens mais importantes foram: médico e psicólogo para esta categoria, embora o teste qui-quadrado foi não significativo.

Tabela 51

Frequências significativas para a categoria Individual dos profissionais / personagens considerados menos importantes pelos familiares

Categorias	Frequências	%
Enfermagem	1	3
Médico	2	6
Outros	3	10
Administrativo	4	11
Ass. Social	3	10
Família	11	35
Religioso	1	3
Amigos	2	6
Equipe	1	10
Psicólogo	2	6
Total	30	100

($X=26,667$; $gl=9$; $P<0,0016$)

Para este item percebemos nestas correlações que a família enquanto personagem não está expressiva positivamente nos aspectos individuais, demonstrando assim curiosamente, um grau de menor importância nestas correlações. Também realizamos um teste qui-quadrado cujo resultado está localizado na tabela, que aponta para esta distribuição inter-personagens com forte tendência para este conteúdo.

Tabela 52

**Frequências significativas para a categoria Interindividual dos profissionais /
personagens considerados menos importantes pelos familiares**

Categorias	Frequências	%
Médico	1	7
Outros	2	13
Administrativo	2	13
Ass. Social	2	13
Família	6	40
Equipe	1	7
Amigos	1	7
Total	15	100

($X=8,80$; $gl=6$; $P<0,1851$; não Sig.)

O teste qui-quadrado para esta categoria foi não significativo, entretanto podemos aferir que os familiares mais uma vez foram apontados nesta categoria interindividual como menos importante para os participantes.

Tabela 53

Frequências significativas para a categoria Intergrupar dos profissionais / personagens considerados menos importantes pelos familiares

Categorias	Frequências	%
Médico	1	6
Outros	1	6
Administrativo	2	12
Ass. Social	2	12
Família	10	58
Psicólogo	1	6
Total	17	100

($X=20,667$; $gl=4$; $P<0,004$)

Nossos achados nesta análise correlacional apontam a família como personagem mais freqüente percetualmente, indicando menor grau de importância. Resultados ratificados pelo qui-quadrado na tabela, que apontam para uma distribuição significativa, com forte tendência negativa para este conteúdo.

11. Discussão

Retomando a problemática central desta investigação, partimos da suposição de que parte dos fenômenos de vivência psicológica de stress é modificada por representações sociais. Ou seja, tendo em vista a epistemologia do senso comum de que os fenômenos de saúde e doença dizem respeito ao orgânico (Herzlich, 1970), ainda não se dá importância, tanto para o bem quanto para o mal, ao papel da dimensão psicossocial para a intensificação e/ou atenuação da vivência de stress, tanto ao nível dos aspectos corporais/físicos quanto dos que envolvem relações sociais. Na mesma direção, deve ser encarada a inserção psicossocial bastante diminuída da família no ambiente hospitalar, uma vez que quase toda a expectativa de atuação e importância para a superação dos problemas está centrada na equipe médica e seus auxiliares imediatos. Como podemos observar pelas preliminares dos resultados, nossos achados estão próximos de outros estudos realizados com estas temáticas, ainda que a partir de prisma teórico que tende a dar mais importância à dimensão individual para os mesmos fenômenos. Claro que é importante ressaltarmos os avanços da medicina intensiva inserida neste contexto mais humanizado, que certamente contribuíram para nossos achados neste estudo. Os avanços dos fármacos, técnicas e técnicos mais especializados, tecnologia de ponta e um maior cuidado na assistência prestada, favorecem uma real preocupação não só em agradar o paciente e seus familiares, mas tratá-los com dignidade, respeito e carinho que todo ser humano merece.

Seguem algumas considerações sobre as conclusões obtidas a partir dos dados e estudos anteriores realizados por outros autores. O par saúde-doença é um processo dinâmico, complexo, com etiologia variável e com um indivíduo em processo de mudança, como bem já salientava Herzlich (1991) já citada, que atentava para um reducionismo muito perigoso. Os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais têm grande importância no processo de recuperação destes indivíduos, fragmentá-los e reduzi-los pode ser letal.

Trabalharemos também na discussão com a separação dos resultados dos inventários, para facilitar didaticamente a exposição e articulação dos resultados.

11.1 ICUESS – Inventário de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva

No inventário ICUESS observamos que uma das principais queixas e fontes de estressores para nossos pacientes na UTI era a falta de controle sobre sua própria vida (perda autonomia), a ociosidade (não ter o que fazer) e a sensação de abandono familiar, características estas relacionadas à categoria individual físico e interindividual familiar. Alguns estudos já retrataram esta realidade, mas gostaria de salientar algumas considerações sobre estes achados. Estes resultados se relacionam com outros em nosso mesmo estudo quando nas correlações na categoria individual do inventário; observamos uma tendência a agrupar os personagens de forma generalista (equipe) sem atribuir um personagem específico neste momento de stress. Tendência esta que pode estar ligada às relações de poder e influenciabilidade exercida por este grupo neste momento delicado, como descrito por (French e Raven, 1969). Ou seja, uma hierarquização do poder com diferentes saberes profissionais que vão exercendo autoridades diferentes nestas relações intra-hospitalares, fazendo com que formas de submissão e dominação sejam instauradas. Me parece que nesta relação equipe-paciente, se repete o poder de informação exercido, onde este grupo será o responsável por prover todas as necessidades daquele indivíduo desprovido e fragilizado nesta fase delicada de sua vida.

Alguns estudos realizados no âmbito da Psicologia Social, ainda que trabalhando a partir de um referencial teórico da psicologia social cognitiva, referenciam-se a este tema indiretamente; Rosen et al 1962 ; Skinner 1996; Glass et al (1972 apud Aronson, 2002), trabalharam com o conceito de controle percebido, que seria definido aqui como a crença de podermos influenciar o ambiente de maneira a determinar se obteremos resultados positivos

ou negativos, ou seja a interpretação pessoal atribuída a dada situação percebida e o controle exercido sobre ela, funcionando como fator minimizador destes efeitos estressores.

Num destes estudos algo novo foi encontrado, mesmo nos participantes que tinham grande controle da situação, que suportavam bem as situações percebidas como estressoras, na medida em que elas se perpetuavam, se instaurou um outro fenômeno chamado de desamparo aprendido. Dentro desta realidade da UTI e de nossos achados, podemos inferir que a sensação de abandono e as perdas recorrentes nesta fase aguda da doença podem contribuir para a formação deste fenômeno.

Outros autores exploraram esta temática (Abramson et al 1978 apud Aronson 2002), definindo-a como o modo pessimista de explicação a algum evento negativo, sendo este causado por forças imutáveis; com isso há uma redução do investimento para solução da problemática e uma diminuição da força criativa e de novos aprendizados. Seligman & Teasdale (1978 apud Aronson 2002), definiram atribuições específicas, que segundo sua própria teoria, supõe que as atitudes e comportamentos dependem da maneira como você interpreta a causa das ocorrências. São elas: atribuição estável (causa do evento não muda com o tempo), atribuição interna (causa do evento se deve a alguma coisa em você) e atribuição global (a causa de um evento se deve a fatores que se aplicam a um grande número de situações). De acordo com a teoria do desamparo aprendido, fazer atribuições estáveis, internas e globais a eventos negativos leva a desesperança, a depressão, a diminuição do esforço e a dificuldade de aprendizagem. Os familiares, pacientes e alguns profissionais podem sofrer com o desamparo aprendido, quando têm de enfrentar situações de perdas (óbitos), tratamento de doenças crônicas que se estendem por meses, conferindo uma sensação de impotência, perda da autonomia, baixa auto-estima, fora o desgaste emocional sofrido no decorrer deste longo processo.

O psicólogo não é apresentado como um personagem ligado ao stress em relação ao todo, mas aparece exclusivamente a nível intergrupar como estressor, assim como a enfermagem, equipe e médico. Curiosamente estes personagens indicados por esta categoria do inventário, apresentam-se como fatores que menos estressavam os pacientes participantes, inseridos nas relações intergrupais, demonstrando assim um favorecimento na identificação de personagens de forma mais individualizada, sem que isto envolva um alto grau de stress e um risco iminente naquela relação de poder outrora estabelecida entre estes grupos. Para outros conjuntos de experiências hospitalares de ordem individual e interindividual, como já mencionado anteriormente, a equipe aparece como grande personagem estressor, onde o médico está mais relacionada a aspectos individuais e a enfermagem a aspectos interindividuais. Ou seja, podemos inferir que o papel do psicólogo como possível atenuador de stress aos níveis individuais/interindividuais fica reduzido, uma vez que as representações sociais da experiência hospitalar do senso comum giram em torno do cuidado físico/corporal exercido diretamente pelos demais profissionais fora da psicologia, cabendo um trabalho do psicólogo para modificar tal situação sob pena de diminuir os efeitos do seu trabalho.

Nas conclusões do estudo realizado por Luck (2005), um dos principais fatores de intervenção positiva para os pacientes internados em UTI seria, sempre que possível, permitir que o mesmo escolhesse sobre o tratamento, tempo, o responsável pelos cuidados assistenciais e visitação; ou seja aumentar seu poder de controle sobre a doença e o processo de adoecimento. É necessário compreender estes resultados como produto de interações psicossociais entre membros de diferentes grupos, no sentido de que existe uma convenção muito difundida internacionalmente do tipo de relação social possível/previsto entre profissionais da saúde (médicos/enfermeiros) e pacientes/seus familiares, que é de submissão. O fato de os primeiros concederem um espaço de ação e iniciativa livres para o paciente num ambiente fortemente demarcado de poder e controle externo e suas respectivas representações

sociais, pode ter sido um fator de mudança psicológica individual observada. Estes achados são compartilhados por diferentes autores aqui apresentados em seus estudos, donde o resgate sobre o controle da própria vida funcionaria como catalisador neste processo de recuperação. Outro aspecto salientado no estudo refere-se ao controle eficaz da dor e a importância de informar os pacientes sobre seu tratamento. Variáveis como comunicação eficaz, música para promover relaxamento, diminuição da sensação de isolamento (item este que foi indicado no nosso estudo como estressor, causador de uma sensação de abandono familiar), fotografias de parentes são contribuições possíveis para minimizar os impactos sofridos dentro de uma UTI. Estes últimos achados estão intimamente ligados as proposições apregoadas pelo processo de humanização destas unidades e a própria bioética. Visando o afastamento do desamparo aprendido e de atribuições, que o levam a mais insegurança e despersonalização. No âmbito da sociedade, a divulgação de direitos do paciente deve fazer parte do exercício e fortalecimento da cidadania em geral.

11.2 CCFNI – Inventário das Necessidades Familiares em Terapia Intensiva

Os familiares dentro deste contexto da UTI podem se sentir mais fragilizados e sofrerem uma diminuição de suas faculdades cognitivas no que concerne ao entendimento, à aceitação do processo de adoecimento e morte de seu ente, das rotinas e condutas estabelecidas, o que para a equipe é rotineira, lógico e necessário, reforçando uma condição de submissão fortemente enraizada na sociedade.

Para os familiares do nosso estudo as situações descritas como sendo mais importantes estão associadas aos cuidados com o paciente e a certeza/segurança no tratamento oferecido ao mesmo, características estas ligadas à categoria individual. Toda a atenção dos familiares está voltada para o paciente, mais especificamente a seu tratamento que “garantirá” sua recuperação. A projeção da responsabilidade é muito grande em cima dos personagens que

atuam neste ambiente da UTI, assim como a identificação intergrupar que é favorecida pela idéia de unidade, onde todos estão juntos com o mesmo objetivo.

É notoriamente sabido que socialmente os indivíduos que se internam numa UTI estão com seus dias contados. Embora esta afirmação seja comumente difundida, nem sempre ela é verdadeira; muitos que adentram estes ambientes estão à procura de ajuda numa condição quase irreversível de gravidade em sua saúde, encontrando profissionais que se dispõem em lançar mão de todos os recursos cabíveis e possíveis para salvar sua vida. Infelizmente nem sempre conseguimos essa façanha, mas continuamos na busca de aperfeiçoamento e crescimento profissional e humano para melhor servir as pessoas. Mesmo com todo este esforço, a imagem social de uma UTI não é das melhores, basta sabermos que alguém precisou ir para uma UTI que a ansiedade e preocupação tomam conta de nossos pensamentos e perspectivas.

Claude Steele e Joshua Aronson (1995 apud Aronson 2002), avaliaram a ameaça do estereótipo; seus achados tocam nos aspectos da crença grupar e dos pré-conceitos por ela atribuídos, em geral vinculados a situações negativas. A internação numa UTI pode ser vista como uma ameaça de estereótipo pelo grupo social e familiar daquele paciente. Esta imagem da unidade pode interferir nas atribuições feitas pelos pacientes e familiares impulsionando-os para um desamparo aprendido ou o controle percebido. Daí nós nestas unidades possuímos em momentos pacientes que mesmo tendo demonstrado boa recuperação de sua saúde, ficam com a impressão de que estão muito mal e precisam de ajuda, atribuindo de forma global seu fracasso em todo o processo terapêutico.

A importância de nós profissionais demonstrarmos apoio e suporte aos familiares neste momento, é crucial para o equilíbrio desta família que se encontra fragilizada e fragmentada.

O conceito de apoio social foi definido como a percepção de que outros são sensíveis e receptivos as nossas necessidades, e este é de grande importância para lidar com o estresse, como demonstrado em nosso estudo, quando a sensação de abandono familiar é descrita pelos pacientes como algo muito estressante. Vários autores trabalham com este conceito (Cohen et al, 1985; Dunkel-Schetter et al, 1996; Helgeson et al, 1993; Norris et al, 1996 entre outros apud Aronson 2002). Estes autores estudaram várias catástrofes, traumas, probabilidades de adoecimento e morte, sendo os resultados similares; a rede de apoio social sustenta os indivíduos e facilita o processo de reorganização física, emocional e social.

Halm (1990 apud Belkiss 1999) resume alguns benefícios de se ter um grupo de apoio para os familiares na UTI; estas proposições convergem para teorias e estudos outrora realizados e que aqui foram notificados. São eles os benefícios:

- Perceberem que não estão sós;
- Compartilharem sentimentos com pessoas na mesma situação;
- Aprendem que os problemas dos outros são frequentemente piores que os seus;
- Reduzem ansiedade;
- Aprendem novos métodos de adaptação;
- Conseguem uma melhor compreensão da doença e dos cuidados dispensados ao doente.

Estes estudos nos mostram que a identificação entre os familiares e o suporte fornecido pelos profissionais aos mesmos, são de grande importância para o estabelecimento de vínculos (referências), fazendo com que haja maior confiança e proximidade entre estas pessoas, independentemente do papel que elas ocupam neste processo.

Em nosso estudo resultados interessantes apareceram quando correlacionamos as categorias do inventário (individual, interindividual, intergrupar), as frequências e o grau de importância. Observamos que para esta população de familiares estudada, a estrutura física

não é muito importante, como já salientado em outros estudos; ao passo que curiosamente a sua participação ativa no processo de recuperação do seu ente e o acolhimento não foram descritos como itens importantes neste momento. Estes resultados nos fazem pensar sobre as relações estabelecidas entre os familiares e os grupos que ali atuam. Um possível entendimento para este fenômeno pode estar associado à auto desqualificação da família enquanto personagem menos importantes em todas as análises, reforçando as baixas frequências e um comportamento mais passivo e expectante em relação à recuperação do paciente. Aqui também podemos notar o tipo de poder associado a essas relações estabelecidas, donde assim como no outro inventário notamos uma tendência da relação de poder de influencia informativa que implica em uma hierarquização para o outro, como já salientavam os autores (French e Raven, 1969) em seus estudos. Diante do profissional de saúde, os familiares tenderiam a se colocar muito menos com medo de represálias a possíveis críticas sofridas, levando a uma inexistência de apontamentos individuais por causa dessas relações de poder instituídas dentro do contexto hospitalar. Notemos que esse poder pode ser exercido por qualquer profissional da área de saúde e seu poder de influenciabilidade dependerá de seu lugar nesta hierarquia. Será esses achados indicativos de uma dificuldade de encontrar seu lugar neste espaço hospitalar tão restritivo, com poucos momentos de contato dentro da UTI, reforçando assim o antigo paradigma, em situações de doença devemos recorrer aos profissionais de saúde e somente a eles para a solução do problema ?!

Acredito que a baixa frequência em relação ao acolhimento, fenômeno este tão citado e valorizado pela literatura especializada, pode estar associada a atitudes mais conservadoras e reservadas dos familiares, estabelecendo uma relação intergrupar mais distanciada o que não favorece o acolhimento, nem tampouco a unidade; uma espécie de defesa ou proteção frente a todas as dificuldades enfrentadas, que reforça a projeção de responsabilidade para o outro,

aumentando sua cobrança e atenção aos cuidados oferecidos ao paciente para seu restabelecimento.

O médico, a equipe, o psicólogo ainda são vistos como personagens muito importantes para eles neste momento, funcionando como referências identificadas e reconhecidas, pois aparecem no todo das análises como muito importantes; isto só reforça a idéia de atribuição de responsabilidade aqui trabalhada e a dificuldade de inserção familiar, cabendo uma pergunta, será falta de espaço ou falta de vontade para sua inserção?! O psicólogo aparece associado a aspectos interindividuais e intergrupais de forma mais significativa, o que pode indicar uma atuação mais mediadora nas relações, donde atua no triângulo (equipe, família, paciente) de forma importante como facilitador das relações. Já a equipe aparece ligada a individualidade e interindividualidade e o médico associado aos aspectos intergrupais, fato explicado por sua atuação e conversa com familiares diariamente junto do psicólogo.

No estudo de Myhren (2004), assim como o nosso, a maioria dos familiares, mesmo em situação de stress, se mostraram satisfeitos com a comunicação e informações obtidas da equipe assistencial e que as acomodações oferecidas não eram os fatores mais importantes neste momento. Embora podemos inferir que um ambiente tranquilizador, favorecedor das relações intergrupais através da identificação vivencial, ajudará na sensação de segurança, apoio social e controle percebido nestes momentos de sofrimento e dor, repleto de incertezas e dúvidas. Este fenômeno ainda carece de estudos comprobatórios, mas correlações são possíveis de serem feitas.

Desta forma, ao respeitar e valorizar os aspectos culturais e religiosos mencionados pelos familiares em nosso estudo, contribuímos para a individualidade daquele grupo familiar (psicológico). Nas palavras de Watts e Brook (1997 apud Lusk 2005) mudar o foco do tratamento, de problema para focalizar-se nos aspectos emocionais subjacentes ao paciente e seus familiares.

Em nossa amostragem a grande maioria dos familiares era do sexo feminino (71%) e tinham ligação direta com o paciente internado na unidade, sejam cônjuges ou filho, reforçando a idéia de uma maior presença neste momento tão delicado. Em estudos realizados por Faltermaier e Graham (1994 e 1985 apud Flick 2000) constatou-se que as mulheres seriam consideradas experts nestes aspectos de saúde da família, dando conselhos e suporte (holding) para outros membros da família. A pergunta que me faço é se esta característica tem a ver com o instinto maternal feminino e/ou o papel social e familiar introjetado de cuidadora? Este meu estudo não tem a pretensão de responder esta pergunta, mas abre a possibilidade de discutirmos estes achados.

Estas considerações destes autores são interessantes, pois o grupo familiar se constitui em muitos momentos em um grupo psicológico, segundo a definição de Levin, donde o processo de identificação e reconhecimento do outro estão ativados favorecendo uma unidade grupal dentro deste contexto de sofrimento; passam a sentir-se como um grupo onde todos as perdas e sucessos são experimentados por todos igualmente, infelizmente este fenômeno não foi percebido em nosso estudo quando avaliados intergrupalmente (personagens e família), sinalizando que temos muito trabalho para nos aproximarmos dos familiares e também a necessidade de uma mudança paradigmática da UTI associada a seu estereótipo, ao desamparo aprendido por eles e ansiedade. Mas percebemos que nas relações entre familiares de diferentes pacientes este processo identificatório é maior, embora nosso estudo careça de informações para atestar esta hipótese, merecendo a atenção de outros pesquisadores para esta questão. É o que Murray (1993 apud Flick 2002) observou em seu estudo, a troca de experiências diárias sobre os processos de saúde e doença entre as pessoas de determinado grupo social ou psicológico, resultam em representações sociais sobre estas mesmas variáveis.

Considerações Finais

Nosso estudo propiciou pensarmos sobre alguns achados que não eram foco do trabalho, mas com certeza fazem parte da vivência numa UTI, assim como na possibilidade de afiarmos nosso olhar e escuta para estas questões.

Na época da realização do estudo, o serviço de Psicologia estava sendo criado e instaurando suas rotinas. Todos sentiram-no como uma grande novidade, que despertava receios e dúvidas, sem ao certo saberem sua serventia. O profissional de psicologia se inseriu neste contexto da UTI como mediador das relações humanas.

As relações são representadas de forma peculiar neste ambiente, demonstrando que estas podem interferir na recuperação, tratamento e convivência entre indivíduos nestas unidades, independente do lugar que ele ocupa neste contexto. Estes personagens/profissionais, assim como o paciente e familiares, acabam por terem representações que os direcionam para específicas formas de relacionamento, funcionando também como minimizadores e potencializadores do stress.

Outros aspectos salientados por nós em nosso estudo tangenciam a prevalência de aspectos físicos ligados a saúde dos indivíduos em detrimento dos aspectos psicossociais. Nossa cultura não valoriza estes últimos, cabendo a estes profissionais um melhor posicionamento e atuação para favorecer um melhor reconhecimento.

Observamos também nos resultados, diferentes perspectivas associadas ao profissional de psicologia em relação aos pacientes e familiares, donde para os primeiros (pacientes) este foi muito pouco expressivo como demonstrado na análise dos dados, ao passo que para o outro grupo (familiares) se torna mais representativo nos níveis interindividual e intergruppal.

Isto denota que o psicólogo precisa estar mais atento aos aspectos individuais dos pacientes no ambiente hospitalar, podendo agir como facilitador no processo de recuperação dos mesmos. Os familiares por mais próximos aos pacientes, ainda assim, não sabem o que é de sua escolha e agrado, reforçando a idéia de indivíduo que fará livremente suas escolhas.

Conclusões

Observamos que os itens que mais estressavam os pacientes estavam convergindo para a perda da autonomia, independência e sensação de abandono familiar e estes estão associados a uma tendência a olhar de forma grupal o stress vivenciado quando este é elevado e significativo; ao passo que em graduações menores percebemos a possibilidade de representação dos personagens, sobretudo profissionais, de forma mais individualizada, identificando-os. As relações de poder, as fantasias construídas e a própria situação de desfavorecimento provocado pelo adoecimento favorecem estes achados.

Aqui o psicólogo aparece nas relações intergrupais, em conjunto a outros personagens, funcionando como um mediador destes grupos, um catalisador das relações e comunicações, neta situação de stress. Estes resultados geram uma mudança de paradigma, donde aquela idéia clássica associada à Psicologia clínica, fica rebaixada dentro da Psicologia Hospitalar e o profissional de Psicologia assume um papel específico neste contexto intensivo.

Outras considerações importantes a serem feitas relacionavam-se com a responsabilidade social implicada nestes atendimentos e evoluções, já que no grupo dos participantes cerca de mais de 60% eram casados. Isto nos remete a pensar que muitos chefes de família se encontravam internados nesta Unidade e em todas as dificuldades inerentes à continuidade da vida familiar e às preocupações neste momento.

A satisfação dos pacientes aos cuidados assistenciais prestados pode ser observada através de escores baixos, mesmo levando-se em consideração que grande parte dos participantes nunca havia vivenciado qualquer experiência anterior dentro destes ambientes.

Notamos que os familiares que tiveram parentes internados em nosso Serviço demonstraram grande preocupação com o paciente e sua condição de saúde, e pouca valorização da estrutura hospitalar para receber a eles mesmos.

Houve boa avaliação quanto à relação médico, equipe, psicólogo - família, mesmo com os resultados encontrados no estudo, o que sem dúvida é um fator problemático neste contexto, pois lidamos com situações de limite, dificuldades emocionais e a realidade que muitas vezes é sentida como dura e cruel.

A participação ativa no processo de recuperação do seu ente e o acolhimento não foram descritos como itens importantes para os familiares, reforçando uma projeção de responsabilidade no grupo assistencial de saúde, ruindo com a idéia de unidade intergrupal. A forte desqualificação da família enquanto personagem menos importante em todas as análises, reforça um comportamento mais reticente por parte dos familiares. Este comportamento distanciando (defesa/proteção) não aproxima estes grupos, dificultando o acolhimento necessário para a união e o alcance dos objetivos comuns. As cobranças aumentam em relação aos cuidados com o paciente, pois esta é a forma de contato e vínculo entre os grupos, podendo ser perigoso e destrutivo para ambos os lados. Outros fatores podem ter influenciado estes aspectos levantados, como: a representação social da UTI, o desamparo aprendido pelos familiares nesta fase tão difícil, sem o devido apoio e a ansiedade vivida nesta fase, assim como a dificuldade de se inserir neste espaço restritivo da UTI.

Outro aspecto de extrema relevância nesta fase, apregoados pela literatura, está associado com a busca por apoio, já que ter um parente na UTI desestrutura toda a família sob o ponto de vista emocional, financeiro e social. Isto reforça a idéia que havia sido observada em outros estudos, que identificou uma responsabilidade social neste paciente que adentra a Unidade, carregando consigo não só seus medos, suas patologias, mas principalmente e essencialmente sua família. A família pode estar sentindo a ausência do ente como algo fatal e derradeiro neste momento, necessitando de atenção e carinho, para buscarem novamente sua organização e estruturação dentro de sua dinâmica familiar, entretanto em nosso estudo esta proposição se tornou um pouco conflitiva, como já foi exposto acima.

Nossa UTI está dentro de uma estrutura com forte cunho religioso, o que é ressaltado em muitos comentários livres nos inventários. As questões religiosas permeiam este momento, onde existe um limite muito tênue entre a vida e morte. Este fenômeno é muito interessante, pois em situações de grande risco, temos a tendência a clamar e depositar nossas esperanças no campo religioso, quase metafísico, que para muitos é suficiente para explicar, confortar e resignar os indivíduos, embora em nossos resultados este personagem aparece mais de forma específica a determinadas situações.

A atenção dispensada às necessidades, sentimentos, sensações do paciente e de seus familiares que sofrem a/com internação em uma UTI, vem sendo extremamente valorizada, constituindo, como citado anteriormente, a Humanização. Devemos repensar nossa atuação junto aos mesmos, buscando um entendimento mais holístico sobre aquele paciente e sua família. Em nosso Serviço, temos procurado conscientizar toda a equipe multiprofissional acerca da importância do tratamento mais humanizado, rompendo com o paradigma Cartesiano e valorizando a inter-relação mente e corpo. Como podemos observar após o exposto, ainda estamos longe de nosso ideal, porém ao menos nos sinaliza o caminho para chegarmos ao nosso objetivo.

Concluimos que os personagens atuam como estressores, entretanto a especificação dos mesmos não é percebida devida a uma tendência em relativizá-los principalmente quando associados a muito stress, se transformando num grande grupo único - a equipe.

O médico, a equipe, o psicólogo ainda são vistos como personagens muito importantes para os familiares, funcionando como referência na recuperação do paciente. O psicólogo está relacionado a aspectos interindividuais e intergrupais, reforçando a idéia de facilitador das relações, ao passo que a equipe está ligada a aspectos individuais e interindividuais.

O médico aparece nos aspectos intergrupais, junto com o psicólogo, cabendo ressaltar que estes personagens estão diretamente ligados aos familiares diariamente na visita médica para informações, o que favorece este tipo de fenômeno relacional.

De uma forma geral nosso estudo demonstra grande evolução dentro da área de terapia intensiva no que tange aos pacientes, familiares e profissionais, com seus resultados, análises e preocupações que se basearam em outros estudos. O paciente e seu processo de saúde e doença passa a ser visto como um conglomerado de fatores que interferirão em seu tratamento e recuperação, sem podermos esquecer de seus familiares e a participação de todos os profissionais neste momento.

Bibliografia

- Andreoli, P.B.A.; Novaes, M.A.F.P.; Karan, C.H.; Knobel, E. (2000) – “Avaliação das Necessidades dos familiares de pacientes gravemente enfermos em UTI”, São Paulo, Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, vol. III, no.2.
- Áries, P.(1977) – O homem diante da morte . Rio de Janeiro. Ed. Francisco Alves.
- Aronson, E.;Wilson, T.D.; Akert, R.M. (2002) – Psicologia Social, Rio de Janeiro: LTC.
- Bardin, L.(1994) – Análise de Conteúdo. Lisboa. Edições 70.
- Bauer, M. W. e Gaskell, G.(2003) – Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som – um manual prático, traduzido por Pedrinho A. Guareschi, Rio de Janeiro, Ed. Vozes.
- Belkiss, W. R. (1999) – Princípios para prática da Psicologia Clínica em hospitais, São Paulo, Ed. Casa do Psicólogo.
- Biaggi, T.M. (2002) – “A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva – adultos”. São Paulo. Nêmeton – Centro de estudos e pesquisas em Psicologia e saúde.
- Bond, E.; Draeger, C.R.L.; Mandelco, B.; Donnelly, M. (2003) - “Needs of family members of patients with severe traumatic brain injury: implications for evidence-based practice-trauma”, EUA, Critical Care Nurse.
- Cardoso, M. H. C.A.; Gomes, R. (2000) – “Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva”, Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública 16(2): 499-506.
- Cullen, L.; Titler, M.; Drahozal, R. (2003) - “Family and pet visitation in the critical care unit – protocols for practice”, EUA, Critical Care Nurse.
- David, C.M. (2004) – Medicina Intensiva . Rio de Janeiro. Ed.Revinter.
- Dias, C. (2000) – “Pesquisa Qualitativa – Características gerais e referências”. Disponível em: <http://www.geocities.com/claudiaad/qualitativa.pdf>
- Flick, U. (2000) - “Qualitative Inquiries into Social Representations of Health”, London, Journal of Health Psychology, SAGE publications, vol.5(3):315-324.
- Freitas, H. & Janissek, R. (2000) – “Análise léxica e Análise de conteúdo: Técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos”.

Disponível em: http://www.sphinxbrasil.com/arquivos/an_txt/Trecho-Livro-Freitas-Janissek-2000.pdf.

- French Jr., J.R.P. e Raven, B. (1969) – “As bases do poder social”. In D.Cartwright e A.Zander (Orgs.) Dinâmica de grupo - Pesquisa e teoria. (Vol.2) São Paulo: Herder. (pp.758-779)
- Foss, Laurence (1999) – “The necessary subjectivity of bodymind medicine: Candace Pert’s molecules of emotion”, EUA, Advances in Mind-body medicine, 15; 122-134.
- Goodwin, R.; Kozlova, A.; Kwiatkowska, A.; Luu, L.A.N.; Nizharadze, G.; Realo, A.; Külvet, A.; Rämmer, A. (2003) – “Social representation of HIV/AIDS in Central and Eastern Europe”, London, Social Science & Medicine no.56: 1373-1384.
- Gomes, R.; Mendonça, E.A.; Pontes, M.L. (2002) – “As representações sociais e a experiência da doença”, Rio de Janeiro, Cad. Saúde Pública 18(5): 1207-1214.
- Hanre, H. e Lamb, R. (1983) – “In the dictionary of Personality and Social Psychology”, London, Basil Blackwell Publisher.
- Henneman, E.A. & Cardin, S. (2002) – “Family centered critical care: a practical approach to making it happen”, EUA, Critical care Nurse.
- Herzlich, C. (1970) - Médecine, Maladie et Société, Paris: Mouton
- Herzlich, C. (1991) – “A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença”, Rio de Janeiro, Physis – Rev. de Saúde Coletiva, vol. 1, no.2.
- Herzlich, C. (1988) – “De ayer a hoy: construcción social del enfermo”, Cuadernos Médico Sociales, CESS. No. 43, Rosário.
- Jodelet, D. (2001), (organizadora) – As representações Sociais, traduzido por Lílian Uemp, Rio de Janeiro, Ed. UERJ.
- Keegan, L. (2003) – “Alternative and complementary modalities for managing stress and anxiety – protocols for practice”, EUA, Critical Care Nurse.
- Kirchhoff, K. T.; Walker, L.; Hutton, A.; Spuhler, V.; Cole, B.V.; Clemmer, T. (2002) - “The Vortex: families’ experiences with death in the intensive care unit” – CE online, EUA, American Journal of Critical Care.
- Kübler-Ross, E.(1978) – Sobre a morte e o morrer . São Paulo. Ed. Martins Fontes.
- Lewin, K. (1948) Resolving social conflicts. Nova York: Harper & Row.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984) – Stress, appraisal and coping, Nova Iorque, Springer.
- Lipp, Marilda E. N. (2004), (organizadora.) – O stress no Brasil: Pesquisas Avançadas, Campinas, SP, Papirus.
- Lipp, Marilda E. N. (2003) – Mecanismos Neurofisiológicos do Stress: Teoria e Aplicações Clínicas, Campinas, SP.
- Lusk, B.; Lash, A.A.(2005) – “The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients”, EUA, Dimens Critical Care Nurse, vol.24:25-31.
- Margis, R.; (2003) – “Relação entre estressores, estresse e ansiedade”, Revista de Psiquiatria RS, vol.25:65-74.
- Martins, M.G.T.; Barros, A.P.R.; Estevam, I.D.; Sá, R.C.N.; Chianca, K.A.V.; Coutinho, M.P.L. (2003) – “As representações sociais do stress: um estudo com enfermeiros(as) de uma instituição hospitalar”, Rio de Janeiro, III Jornada Internacional e I Conferência Brasileira sobre Representações Sociais – Tema Central: Relações entre praticas e Representações, anais.
- Mello Filho, J. e colaboradores (1992) – Psicossomática Hoje, Porto Alegre, Ed. Artes Médicas.
- Molter, N.C. (1979) – “Needs of relatives of critically ill patients: A descriptive Study”. EUA Intensive Care Nurse Practitioner Course, Army Medical Center.
- Morin, E. (1970) – O homem e a morte. Rio de Janeiro. Ed. Imago.
- Moscovici, S. (1981) – “Perspectives on Everyday Understanding”, Social Cognition, Acad. Press, Joseph, P. Forgas.
- Moscovici, S. (1984) – “Influencia y Cambio de actitudes Individuos y Grupos”, Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Murray, M. & Flick, U.(2002) – “Social representations of health and illness: qualitative methods and related theories – an introduction”, London, Social Science information, SAGE publication, vol.41, no.4.
- Myhren, H.; Ekeberg, O.; Langen, I.; Stokland, O. (2004) – “Emotion strain, communication, and satisfaction of family members in the intensive care unit compared with expectations of the medical staff: experiences from a Norwegian university Hospital”, EUA, Intensive Care Medicine, vol.30: 1791-1798.
- Neves, F.S.; Pereira, M.L.D.; Tura, L.F.R. (2003) – “Dor, Tristeza e Morte: Representações sociais sobre o câncer elaboradas por adolescentes”, Rio de Janeiro, III Jornada Internacional e I Conferência Brasileira sobre Representações Sociais – Tema Central: Relações entre Práticas e Representações, anais.

- Novaes, M..A.F.P.; Knobel, E.; Bork, A.M.; Pavão, O.F.; Martins, L.A.N.; Ferraz, M.B. (1999) – “Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team”, EUA, Intensive Care Medicine, vol.25: 1421-1426.
- Novaes, M.A.F.P.; Aronovich, A.; Ferraz, M.B.; Knobel, E. (1997) – “Stressors in ICU: patients’ evaluation”, EUA, Intensive Care Medicine, vol.23: 1282-1285.
- Oliveira, E.C.N. (2002) – “Viver é resistir: a singularidade da saúde a partir das práticas nos CTIs, Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, UERJ – Instituto de Psicologia.
- Oliveira, J.H.B. (1998) – Viver a Morte, abordagem antropológica e psicológica, Coimbra, Livraria Almedina, 76-90.
- Pasquali, L. (1996) – “Estratégias e Medidas em Análise de Conteúdo”. Brasília, Teoria e Métodos de Medida em Ciências do Comportamento, Laboratório Pesquisas em Avaliação e Medida, Instituto de Psicologia, UNB:INEP, 318-339.
- Pochard, F.; Azoulay, E.; Chevret, S.; Lemaire, F.; Hubert, P.; Canoui, P.; Grassin, M.; Zittoun, R.; Gall, J.R.; Dhainaut, J.F.; Schlemmer, B.(2001) – “Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: Ethical hypothesis regarding decision-making capacity”, EUA, Critical Care Medicine, vol.29 no.10.
- Range, B. (2001) - “O stress emocional e seu tratamento”, Porto Alegre, Psicoterapias Cognitivas Um diálogo com a psiquiatria, Artmed, 473-490.
- Robbins, S. (2002) Comportamento Organizacional . Rio de Janeiro. Ed. Prentice Hall.
- Rotondi, A. J.; Chelluri, L.; Sirio, C.; Mendelsohn, A.; Schulz, R.; Belle, S.; Im, K.; Donahoe, M.; Pinsky, M. (2002) – “Patients’ recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit”, EUA, Critical Care Medicine, vol. 30 no.04.
- Sandi, C.; Venero, C.; Cordero, M.I. (2001) – “Estrés, memoria y transtornos asociados – Implicaciones en el daño cerebral y el envejecimiento”, España, Ariel Neurociencia.
- Santos, L.C.G. (1998) – “Necessidades Familiares da pessoa internada em UTI”, Rio de Janeiro, Tese de mestrado da EEAN - Escola de Enfermagem, UFRJ.
- Schnitman, D. F. (1996) – Novos paradigmas, Cultura e Subjetividade, Porto Alegre, Ed. Artes médicas.
- Soehren, P. (1995) – “Stressors Perceived by Cardiac Surgical Patients in the Intensive Care Unit”. EUA. American Journal of Critical Care.

- Souza Filho, E.A. (1986) – “Notas sobre o Estudo de Representação Social”, In II Encontro Nacional da ABRAPSO e II Encontro Mineiro de Psicologia Social, Belo Horizonte, Anais, 59-61.
- Souza Filho, E.A. (1998) – “Discursos Y prácticas sócio-urbanas em Rio de Janeiro”, Revista de psicologia Social, v.13, no.01, pp.93-105.
- _____ (2000) – “Representações Sociais de indivíduos, grupos e relações intergrupais: uma abordagem meta-analitica”. Temas em Psicologia da SBP, v.08, no.03, pp.269-285.
- _____ (2002) – “Modelos socioculturais na família e na escola, segundo autodefinição étnica”, Ensaio: aval. Pol. Publ. Educ., v.10, no.36, pp.375-402.
- Souza, R. P.; I (2004) – Manual Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva, Curitiba, PR, Ed. Torre de Papel.
- Schulze, C. M. N.(1994) – “O Núcleo Figurativo das Representações de Saúde e Doença”, Temas em Psicologia, no. 2.
- Straub, Richard O. (2005) – Psicologia da Saúde, Trad. Ronaldo Cataldo Costa, Porto Alegre, Artmed.
- Torres, W.C.(1994) – “O adolescente com câncer: o morrer”, Temas em Psicologia, no.2.
- Torres, W.C. (1998) – A morte, o morrer e a ética. Rio de Janeiro. Ed.Científica Nacional Ltda.
- Torres, W.C. (2002) – “Decisões no contexto da terminalidade”. Rio de Janeiro. XIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia . Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Trein, F. (2002) – Curso: “Cuidados ao fim da vida – O homem finito ou a morte em companhia de outros homens”. Rio de Janeiro. XIII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Vala, J.; (2000) – “Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano”. Em Vala, J. & Monteiro, M.B., Psicologia social (pp. 457-502). Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Zachy, E.C.; Andreoli, P.B.A.; Caiuby, A.V.S.; Taub, A. (2002) – “Intervenção Psicológicas para familiares de pacientes críticos”, São Paulo, Revista Brasileira de Psicologia Hospitalar, vol.V, no. 1 e 2.
- Ziegler, J. (1977) – Os vivos e a morte .”As três teses sobre a morte no ocidente”, “Os senhores da morte”. Lohar.

ANEXOS

Anexo A – Inventário Original da ICUESS (Stressors perceived by cardiac surgical patients in the intensive care unit)

Anexo B – Inventário Original CCFNI (Needs of relatives of critically ill patients: a descriptive study)

Anexo C – Inventário ICUESS utilizado no estudo

INVENTÁRIO DE ESTRESSORES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (ICUESS)

No. Prontuário: **Naturalidade:**
Idade: **Sexo:** **Escolaridade:**
Ocupação: **Estado Civil:**
Diagnóstico Clínico:
Uso de medicação psicotrópica:
Quantidade de internações anteriores em CTI:

Você está sendo solicitado a responder a seguinte lista de afirmativas segundo a escala que segue abaixo, não há respostas certas ou erradas , desejamos saber neste momento o que lhe causa incomodo. Em algumas afirmativas temos linhas onde deverá ser indicado o membro (s) da equipe responsável pelo fato.

(0) Não ocorrido (1) Não estressante (2) Pouco estressante
(3) Bastante estressante (4) MUITÍSSIMO estressante

- () Ter tubos na boca e no nariz
- () Sentir-se preso pelos drenos e tubos
- () Sentir dor
- () Não ter controle de si mesmo
- () Sentir falta de seu marido e/ou esposa
- () Não dormir
- () Ter sede
- () Ser furado por agulhas
- () Não conseguir mover suas mãos e braços devido a linha venosa
- () Sensação de muito calor ou muito frio
- () Ser acordado por membros da equipe . Quem ? _____
- () Existência de luzes acesas constantemente
- () Sentir solidão e tristeza
- () Sentir-se chateado ou aborrecido
- () Ouvir o gemido de outros pacientes
- () Não saber quando os procedimentos vão ser realizados com você. Quem ? _____
- () Cama / travesseiros não confortáveis
- () Os cuidados da equipe sendo muito rápidos. Quem ? _____
- () Não saber que dia é hoje
- () Não ter nenhuma privacidade
- () Não saber aonde está agora
- () Ter que usar oxigênio
- () Os membros da equipe falando palavras que não se entende . Quem ? _____

- () Não saber que horas são
- () Não ter explicações sobre o tratamento . Quem ? _____
- () Ter máquinas e aparelhos estranhos ao seu redor
- () Ver familiares e amigos durante poucos minutos por dia
- () Ouvir alarmes e buzinas dos aparelhos
- () Ouvir o telefone tocar
- () Ser examinado freqüentemente por membros da equipe . Quem ? _____
- () Olhar bolsas e sacos pendurados sob a cabeça
- () Sentir cheiros desagradáveis ao seu redor
- () Ter membros da equipe constantemente fazendo procedimentos ao seu redor na cama. Quem? _____
- () Membros da equipe falando muito alto . Quem ? _____
- () Ser examinado cada dia por um médico diferente
- () Barulhos não familiares e estranhos
- () Ter que olhar constantemente para o teto
- () Ter sua pressão arterial verificada várias vezes
- () Sentir que as pessoas estão mais atentas aos aparelhos do que a você . Quem ? _____
- () Os membros da equipe não terem se apresentado a você . Quem ? _____
- () Não se alimentar normalmente
- () Estar sem a prótese dentária
- () Estar sem suas roupas e objetos pessoais
- () Não ter o acompanhamento da família por mais tempo
- () Estar amarrado no leito. Quem ? _____
- () Não ter como se comunicar
- () Não saber o que aconteceu com você . Quem ? _____
- () Não ter o que fazer para ocupar seu tempo livre
- () Ser tratado como criança. Quem ? _____
- () O uso de palavras tipo : “ vizinho ”, “ queridinho ” para conversar com você. Quem? _____
- () Ter de fazer suas necessidades fisiológicas no leito
- () Ser visitado pelo seu médico assistente
- () Não poder ficar sentado no leito

(Traduzido e Adaptado de Cochran and Ganong por Leonardo Mello e colaboradores.

Anexo D – Inventário CCFNI utilizado no estudo

INVENTÁRIO DAS NECESSIDADES FAMILIARES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (CCFNI)

Idade:
Ocupação:

Sexo:

Escolaridade:
Grau de Parentesco:

Você está sendo solicitado a responder a seguinte lista de afirmativas segundo a escala que segue abaixo, não há respostas certas ou erradas , desejamos saber sobre as suas necessidades neste momento. Após algumas afirmativas temos linhas onde deverão ser indicadas o membro da equipe responsável pela satisfação desta necessidade. Ao final você poderá escrever outras situações importantes, fazendo seus comentários livremente.

(1) Não é importante (2) Pouco importante (3) Importante (4) Muito Importante

- () Sentir que há esperança. Quem ? _____
- () Sentir que a equipe está cuidando do paciente. Quem ? _____
- () Ter uma sala de espera mais confortável.
- () Ser avisado em casa por telefone sobre as mudanças da condição do paciente. Quem ? ____
- () Ter conhecimento do prognóstico. Quem ? _____
- () Ter as questões respondidas sinceramente . Quem ? _____
- () Ter conhecimento dos fatos específicos relacionados ao progresso do paciente. Quem ? __
- () Receber informações sobre o paciente a cada dia. Quem ? _____
- () Receber informações de forma clara e de fácil entendimento . Quem ? _____
- () Ver o paciente freqüentemente.
- () Se sentir aceito pelos funcionários do hospital . Quem ? _____
- () Ter um banheiro na sala de espera.
- () Ter certeza que todo o cuidado possível está sendo oferecido ao paciente. Quem ? _____
- () Conhecer o por quê dos procedimentos realizados no paciente. Quem ? _____
- () Conhecer exatamente o que está sendo feito pelo paciente. Quem ? _____
- () Saber como o paciente está sendo tratado à nível de medicamentos. Quem ? _____
- () Ter amigos próximos para dar apoio. Quem ? _____
- () Ser avisado sobre os planos de transferência que irão ser realizados . Quem ? _____
- () Sentir-se seguro quanto as condições do paciente para alta do CTI . Quem ? _____
- () Ter visita todo tempo.
- () Ter telefone perto da sala de espera.
- () Ter explicações sobre o CTI antes de entrar pela primeira vez. Quem ? _____
- () Ter um bom lugar para se alimentar no hospital .
- () Ter a visita de um religioso. Quem ? _____
- () Falar com o médico todos os dias .

- () Ter a hora da visita iniciada pontualmente.
- () Falar sobre a possibilidade da morte do paciente. Quem ? _____
- () Ajudar nos cuidados físicos do paciente . Quem ? _____
- () Ter instruções sobre o que fazer ao lado do leito . Quem ? _____
- () Ter conhecimento de quais membros da equipe podem dar informações. Quem ? _____
- () Conhecer as especialidades dos membros da equipe que cuidam do paciente. Quem ? _____
- () Ter uma pessoa fora da equipe médica para informar sobre o paciente, por telefone, na impossibilidade da visita da família . Quem ? _____
- () Ter serviço de capela .
- () Ser informado sobre outras pessoas que poderiam ajudar nas situações difíceis. Quem ? _____
- () Ter alguém preocupado com a saúde da família. Quem ? _____
- () Ter um lugar para estar sozinho no hospital.
- () Ficar sozinho por algum tempo .
- () Ter alguém para falar e ajudar nos problemas familiares. Quem ? _____
- () Ser encorajado a chorar . Quem ? _____
- () Visitar o paciente no CTI acompanhado de outra pessoa (não estar sozinho). Quem ? _____
- () Visitas fora do horário de rotina em condições especiais .
- () Ter alguém para ajudar com os problemas financeiros. Quem ? _____
- () Falar sobre os sentimentos negativos como culpa e raiva. Quem ? _____
- () Informar quais os serviços que o hospital pode oferecer . Quem ? _____
- ()
- ()
- ()

(Adaptado e traduzido de Nancy C. Molter por Leonardo Mello e colaboradores)