INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
ABEL SALAZAR

António Cristóvão Ferreira dos Santos



INFLUÊNCIA DO ACOLHIMENTO NA DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE NOS DOENTES CORONÁRIOS

Porto 2000

INSTITUTO CIÊNCIAS BIOMÉDICAS
DE
ABEL SALAZAR

António Cristóvão Ferreira dos Santos

INFLUÊNCIA DO ACOLHIMENTO NA DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE DOS DOENTES CORONÁRIOS

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem.
Apresentada à Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
Orientada pelo Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva – Professor da Universidade do Minho

Aos meus pais pelo inicio.

Aos meus filhos pelo sonho no futuro.

À Isabel, pelo apoio no presente.

A ausência só é efectiva quando a presença nos é, ou foi, indiferente.

Saber acolher e estar presente é um dever ...

... não temos o direito de o negar a ninguém

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação jamais seria concretizada se não tivesse a colaboração de algumas pessoas que desinteressadamente se dispuseram a prestar o tão precioso e indispensável apoio.

Em primeiro lugar quero expressar o meu profundo reconhecimento aos doentes inquiridos que, apesar dos constrangimentos da situação em que se encontravam, generosamente se prontificaram a dar os seus depoimentos, tornando os seus testemunhos a matéria prima do nosso estudo.

De seguida o meu reconhecimento ao professor Carlos Fernandes, orientador deste trabalho, pelo constante apoio, permanentes críticas e oportunos conselhos que foram fundamentais para a realização do mesmo.

Ao Professor Doutor Nuno Grande, coordenador do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem do I C B A S, e restantes professores, pela possibilidade desta formação e pelo valor dos ensinamentos recebidos.

Aos professores e amigos João Duarte e Manuela Ferreira pelo apoio e carinho que constantemente demonstraram.

Ao Artur Faro pelo arranjo gráfico da dissertação.

Por fim, uma palavra de carinho à minha família, pelas privações e por tudo que lhes fiz "passar".

Em suma, este trabalho só foi possível porque podemos contar com a disponibilidade, incentivo, a ajuda e, sobretudo, com a palavra calorosa e encorajadora dos amigos nos momentos difíceis, incentivando-me a continuar.

RESUMO

Na nossa dissertação estudámos a "influência do acolhimento na diminuição da ansiedade dos doentes coronários".

Pretendíamos saber, se o acolhimento enquanto processo sistematizado contribuía para a diminuição dos níveis de ansiedade do doente coronário, aquando do seu internamento nas unidades de cuidados intensivos. Procurámos ainda saber se outras variáveis poderiam ter influência no nosso estudo, tais como a personalidade, a idade e o sexo.

Para a concretização do nosso estudo, a nossa amostra foi constituída por dois grupos, um o grupo de estudo em que foi aplicado o processo sistematizado de acolhimento e o outro, o grupo de controle, ambos com 50 elementos. Em cada grupo foram efectuados dois momentos de avaliação: o primeiro na admissão do utente e logo após a sua estabilização hemodinâmica e o segundo passados 4 a 5 dias, tempo considerado suficiente para a adaptação à unidade.

Trata-se de um estudo quase experimental em que a variável manipulada foi o acolhimento. Apresenta uma vertente exploratória, pois desconhecemos estudos em que esta variável tenha sido analisada em relação aos doentes.

Desenvolvemos o nosso estudo em duas partes:
Na primeira parte, de enquadramento teórico, destacamos a descrição da doença coronária principalmente dos factores de risco psicossociais, do stress, personalidade e ansiedade. Foi feita uma abordagem mais detalhada sobre o acolhimento principalmente na UCIC.

Na segunda delineamos a metodologia, formulamos hipóteses de estudo e fizemos a apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos.

Os resultados revelam-nos que existe uma influência do processo sistematizado de acolhimento na diminuição dos níveis de ansiedade dos doentes coronários. Provaram-nos assim, que o grupo é preditor dos factores de ansiedade, provando que os níveis de ansiedade diferem pelo facto do utente pertencer ao grupo de estudo, tendo os utentes do grupo de controle pequenas diferenças nos factores aquando da segunda avaliação, que atribuímos ás capacidades de adaptação do ser humano ao seu ambiente físico.

Por fim tecemos algumas considerações que visão orientar o trabalho da Enfermagem para transformar o acolhimento num elemento de competência.

ABSTRAT

In our dissertation we studied the influence of reception in the anxiety diminution of the heart patients.

We intented to know, if the reception as long as, systematize process contributed to the diminution of level anxiiety of the heart patient, when he arrived in UCIC. We searched to know they had other variables to maked influence in the our study, as well as the personality, age and sex.

For the materialization of our study, the sample was composed for two groups: one, the study group were we aplicated the systematize process of reception, and the other is the control, both with fifty elements. On each group we were realise two moents of estimation: the first when the patients arrived, after this hemodinamic estabilization, and the second moment after four/ five days, time enough for unity adaptation.

It is an almost expirimental study because the manipulated variable was the reception. It presents an exploraty slope, because we ignored other studys in that variable reception was analisate relatively other patients.

We developed our study in two parts:

In the first part the theoretical frame, we highlighted the description of heart ilnness, principally the facttors of psychological stripe, of stress, of personality and anxiety.

It was made an aboarding more detailed about the reception principally in UCIC.

In the second part we delineated the methodology, formolated the study hypothesis and we mad presentation analysis and discussion of the results that we geted.

The results revealed that exist an influence of reception sistematizated process in the diminution of anxiety levels of the heart patients. So they testify that the group is predictor of anxiety factor, demonstrated that the anxiety levels are different by fact the patient belong to study group, however the control group patients had little diifference in the factors whem we maked the second estimation moment, that we imputed to those human adaptation capacity to the phisical ambient.

In the end we weaved some final consideration, that direct the nursing work to transform the recrption in the nursing qualified element.

INDICE

Página

INTRODUÇÃO 13

I PARTE – FUNDAMENTAÇÂO TEÓRICA

1 EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE HOSPITALIZAÇÃO 18
2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA DOENÇA 26
3 DOENÇA CORONÁRIA 38
3.1 ANGINA DE PEITO E ENFARTE AGUDO DO MIOCARDIO 40
3.2 FACTORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS 42
4 IMPACTO DO INTERNAMENTO NAS U C I C 47
5 STRESS E PERSONALIDADE 55
6 ANSIEDADE 70
7 ACOLHIMENTO 94
7.1 O ACOLHIMENTO E A RELAÇÃO DE AJUDA 120
7.2 O ACOLHIMENTO E A COMUNICAÇÃO 129
7.3 PROCESSO SISTEMATIZADO DE ACOLHIMENTO 148

II PARTE – INVESTIGAÇÂO EMPIRICA

CAPITULO I – METODOLOGIA

1 OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO 158
2 HIPOTESES DE INVESTIGAÇÃO 160
3 VARIÁVEIS 161
4 INSTRUMENTOS: ESTUDOS DE FIDELIDADE E VALIDADE 164
5 POPULAÇÃO E AMOSTRA 177
6 PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 182
7 TRATAMENTO ESTATÍSTICO 184

CAPÍTULO II – RESULTADOS

1	**APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**	**187**
1.1	ANÁLISE DESCRITIVA DA RELAÇÃO ENTRE GRUPOS E FACTORES	187
1.2	RELAÇÃO ENTRE FACTORES E O SEXO	180
1.3	RELAÇÃO DA PERSONALIDADE PELOS GRUPOS E SEXO	193
1.4	CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS	196
2	**ANÁLISE INFERENCIAL**	**202**
2.1	ESTUDO DA DIFERENÇA DE MÉDIAS ENTRE 1ª E 2ª AVALIAÇÂO	202
2.2	RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS INDEPENDENTES E FACTORES	205
2.3	ESTUDO DA DIFERENÇA DOS FACTORES	212
3	**DISCUSSÃO**	**219**
3.1	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	219
3.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	221
	BIBLIOGRAFIA	**231**

ANEXOS

Anexo I – Escala visuo analógica de ansiedade

Anexo II – Inventário de personalidade

Anexo III – Inquérito de colheita de dados biográficos e doença

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo descritivo de stress de Vaz Serra

Figura 2 Modelo de interacção da pessoa "X" do stress

Figura 3 Variante 1 do modelo de interacção

Figura 4 Variante 2 do modelo de interacção

Figura 5 Dimensões da personalidade

Figura 6 Modelo de processamento de informação da ansiedade

Figura 7 Processo de comunicação

Figura 8 Barreiras à operação comunicação

Figura 9 Como as barreiras afectam o processo de comunicação

Figura 10 Operacionalização da variável dependente

Figura 11 Articulação das variáveis

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Características da dor na angina de peito

Quadro 2 Manifestações clínicas do enfarte do miocárdio

Quadro 3 Factores de risco da doença coronária

Quadro 4 Características da personalidade

Quadro 5 Teste de U Man Whitney para consistência interna do instrumento de medida tendo em conta o sexo

Quadro 6 Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da escala analógica de ansiedade para doentes coronários

Quadro 7 Consistência interna dos itens pares e impares e o total da escala através da correlação de Split-half

Quadro 8 Análise factorial tipo Varimax

Quadro 9 Distribuição dos itens da escala face a cada factor

Quadro 10 Estatísticas de homogeneidade dos factores e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da escala na 1ª avaliação

Quadro 11 Estaisticas de homogeneidade dos factores e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da escala na 2ª avaliação

Quadro 12 Distribuição dos pesos e categorias pelas duas dimensões do inventário de personalidade

Quadro 13 Características gerais da amostra relativos à idade

Quadro 14 Características gerais da amostra relativas ao sexo, idade, diagnóstico, estado civil e categoria sócio profissional em função de cada grupo

Quadro 15 Características da amostra relativamente aos acontecimentos perturbadores, qualidade de cuidados, informações e drogas em função de cada grupo

Quadro 15a Distribuição dos acontecimentos perturbadores nos respondentes afirmativos em função do grupo

Quadro 17 Distribuição de média dos factores pelo grupo de estudo na 1ª e 2ª

avaliação

Quadro 18 Distribuição da média dos factores pelo grupo de controle na 1ª e 2ª avaliação

Quadro 19 Teste de t para diferença de médias e amostras independentes em relação ao grupo na 1ª avaliação

Quadro 20 Teste de t para diferença de médias em amostras independentes em relação ao grupo na 2ª avaliação

Quadro 21 Distribuição dos factores pelo sexo na 1ª avaliação

Quadro 22 Distribuição dos factores pelo sexo na 2ª avaliação

Quadro 23 Teste de t para diferença de médias em relação ao sexo na 1ª avaliação

Quadro 24 Teste de t para diferença de médias em relação ao sexo na 2ª avaliação

Quadro 25 Correlação entre os diferentes factores e a nota global

Quadro 26 Distribuição da dimensão da personalidade "Extroversão" pelo sexo

Quadro 27 Distribuição da dimensão da personalidade "Neuroticismo" pelo sexo

Quadro 28 Distribuição da dimensão da personalidade "Extroversão" por grupos

Quadro 29 Distribuição da dimensão da personalidade "Neuroticismo" por grupos

Quadro 30 Distribuição das médias das dimensões da personalidade "Neuroticismo" e "Extroversão" pelos grupos e sexo

Quadro 31 Teste de t para diferença de médias entre a personalidade e o sexo

Quadro 32 Teste de t para diferença de médias entre a personalidade e os grupos

Quadro 33 Matriz de correlação entre factores, idade e personalidade com a nota global, na 1ª avaliação pelo grupo em geral N=100

Quadro 34 Matriz de correlação entre factores, idade e personalidade com a nota global, na 2ª avaliação pelo grupo em geral N=100

Quadro 35 Matriz de correlação entre factores, idade e personalidade com a nota global, na 1ª avaliação pelo grupo de estudo N=50

Quadro 36 Matriz de correlação entre factores, idade e personalidade com a nota global, na 2ª avaliação pelo grupo de estudo N=50

Quadro 37 Matriz de correlação entre factores, idade e personalidade com a nota global, na 1ª avaliação pelo grupo de controle N=50

Quadro 38 Matriz de correlação entre factores, idade e personalidade com a nota global, na 2ª avaliação pelo grupo de controle N=50

Quadro 39 Teste de t emparelhado entre os vários factores na 1ª e 2ª avaliações no

grupo em geral

Quadro 40 Teste de t emparelhado entre os vários factores na 1ª e 2ª avaliações no grupo de estudo

Quadro 41 Teste de t emparelhado entre os vários factores na 1ª e 2ª avaliações no grupo de controle

Quadro 42 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na predição do factor 1 na 1ª avaliação

Quadro 43 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na prediçao do factor 1 na 2ª avaliação

Quadro 44 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na predição do factor 2 na 1ª avaliação

Quadro 45 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na predição do factor 2 na 2ª avaliação

Quadro 46 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na predição do factor 3 na 1ª avaliação

Quadro 47 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na predição do factor 3 na 2ª avaliação

Quadro 48 Distribuição da diferença dos factores

Quadro 49 Teste de t para diferença de médias entre a diferença dos factores e o grupo

Quadro 50 Teste de t para diferença de médias entre a diferença dos factores e o sexo

Quadro 51 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na predição da diferença do factor 1 entre a 1ª e 2ª avaliações

Quadro 52 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na predição da diferença do factor 2 entre a 1ª e 2ª avaliações

Quadro 53 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na predição da diferença do factor 3 entre a 1ª e 2ª avaliações

Quadro 54 Análise de Regressão Múltipla: as variáveis independentes na predição da diferença do factor 4 entre a 1ª e 2ª avaliações

INTRODUÇÃO

Cremos que a maior parte das pessoas poderá relatar uma experiência positiva ou negativa relacionada com um emprego, consoante a forma como foram acolhidas na sua instituição de trabalho, experiência essa que se torna decisiva para a satisfação ou não do trabalho a desenvolver e que no momento do acolhimento perdurará por toda a vida como uma experiência marcante, positiva ou negativa.

A psicossociologia das organizações enfatiza a necessidade de acolher bem como factor indispensável à boa integração, e à boa produtividade.

Situação semelhante se pode colocar em relação ao indivíduo quando adoece e tem necessidade de internamento hospitalar. Embora parecida poderá considerar-se mais expressivo pois por estar doente ele é na prática "obrigado" a aceitar o internamento sejam quais for as condições que o hospital lhe oferece, muito embora ele tenha o direito a exigir uma qualidade de cuidados compatível com a sua condição; limitada apenas pelos recursos da instituição, pois ninguém pode dar o que não tem.

Os utentes dos Hospitais, todos eles são pessoas humanas, bem assim como os trabalhadores dessas instituições, pelo que, em relação à humanização não haverá desculpas pelo seu não cumprimento dado que esta depende, mais de rotinas institucionalizadas e das nossos comportamentos, do que propriamente dos recursos.

Uma correcta humanização dos hospitais poderá e deverá começar com um bom acolhimento. Sendo assim, é importante saber quem deve acolher os utentes no hospital: os médicos? Os enfermeiros? O pessoal administrativo? O pessoal auxiliar?.

A esta questão poderíamos responder com a simples resposta: todos, isto porque todos trabalham no hospital sendo o utente a figura central deste, e por conseguinte todos têm a sua quota parte de responsabilidade numa correcta humanização dos cuidados.

Contudo, o acolhimento, pelo menos a nível dos serviços (urgência, internamento, etc.), deve ser visto como um cuidado de enfermagem, cabendo portanto ao enfermeiro executar esse cuidado de forma racional e personalizada, para que deste acolhimento resulte uma diminuição da ansiedade dos utentes, uma boa integração no hospital, uma

aceitação da sua condição, uma colaboração no tratamento indicado, uma expectativa de melhoria ou cura, uma ajuda na resolução dos problemas individuais ou familiares, etc..

No primeiro contacto com os serviços de saúde, é fundamental que o utente não se sinta mais um, o número x, que aguarda longos minutos para ser atendido, e depois, fria e laconicamente lhe perguntam o que pretende.

Pelo contrário, é importante que o utente sinta que existe alguém para o receber digna e respeitosamente e que , com rapidez e personalizadamente o esclareça e o encaminhe convenientemente.

A preocupação em conhecer o porquê das suas queixas, de conhecer a sua origem social, a sua família e os seus hábitos, permitirá ao profissional de saúde saber melhor como abordá-lo e estabelecer uma relação humana adequada, sem ferir a sua susceptibilidade.

O doente, ao constatar o interesse que a sua pessoa despeita no pessoal que o assiste, não se sentirá mais um no meio de tantos, e estará mais predisposto a dialogar e a cooperar com os serviços.

Este aspecto revela-se de extrema importância quando há necessidade de internamento numa unidade de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC). Este tipo de unidades, é constituída por elementos e factores altamente constrangedores, agressivos e geradores de ansiedade e stress para os utentes.

A grande quantidade de aparelhagem estranha que rodeia o utente o enorme conjunto de tubos e fios que o ligam a esses aparelhos, dão-lhe uma sensação de prisão; os barulhos estranhos provocados não só pelos alarmes, mas também por todo o pessoal que trabalha nessas unidades. A necessidade de permanecer acamado, alterando muitas vezes os hábitos de vida de cada um, contribui para que haja um aumento de carga ansiosa, gerada, não só pelas dores de desconforto da sua doença mas também pela incerteza e desconhecimento do prognóstico da sua situação patológica.

Os doentes internados neste tipo de unidades nomeadamente os doentes coronários, encontram-se perturbados, ansiosos e por vezes deprimidos. Estas situações podem ser agravadas pelas características do internamento e tratamento que é preciso instituir. Além disso, o ambiente físico destas unidades contribui par aumentar a ansiedade sentida pelo doente. Algumas das "agressões" sentidas (privação do sono, perda de

privacidade, luzes brilhantes, ruídos e barulhos desconhecidos, cheiros desagradáveis, etc.) contribuem para aumentar a ansiedade e o stress.

Os utentes das unidades de cuidados intensivos actuais estão cercados por tecnologias avançadas que, embora essencial para salvar vidas, pode criar em ambiente estranho e, até mesmo, ameaçador para eles (Hudak, 1997). Em condições normais as pessoas possuem mecanismos mentais que permitem uma curta adaptação aos estados ansiosos, no entanto, por vezes, é necessário estabelecer ajuda para controlar e diminuir os factores provocadores de ansiedade e stress.

A gestão e o controle destes factores stressantes são funções a desempenhar pelo enfermeiro, consideramos que com um bom processo sistematizado de acolhimento a estes doentes, poderemos contribuir para que a ansiedade sentida, possa diminuir substancialmente.

É extremamente importante abolir medos e receios em relação à doença, internamento e tudo o que rodeia o doente.

O processo de acolhimento poderá promover a confiança na equipa, garantindo o espaço e a individualidade e promovendo a auto confiança e pode ser o primeiro passo para uma aceitação do tratamento.

Para facilitar a adaptação ao hospital é necessário promover a humanização começando esta com um acolhimento eficaz.

Partindo deste pressuposto, iniciamos este trabalho procurando saber "qual a influência que um processo sistematizado de acolhimento tem na diminuição da ansiedade dos doentes coronários". Recorremos a dois grupos de doentes efectuamos onde a nossa colheita de dados: um grupo de estudo sujeito a acolhimento sistematizado e o grupo de controle onde esta variável não foi manipulada, efectuando tanto num grupo como no outro dois momentos de avaliação.

Este trabalho constitui uma participação pessoal baseada numa investigação empírica do tipo correlacional quase experimental, que pretende estabelecer uma relação causa efeito entre o acolhimento e a diminuição da ansiedade. Pretendemos com o seu desenvolvimento atingir os seguintes objectivos:

- Analisar a influência do processo sistemático de acolhimento na diminuição dos níveis de ansiedade do doente coronário;
- Analisar a relação do sexo com a ansiedade dos doentes coronários;

- Identificar a relação das dimensões da personalidade e a ansiedade dos doentes coronários;
- Identificar a predição das variáveis demográficas e de personalidade em relação aos factores dos estados de ansiedade dos doentes coronários.

Do ponto de vista estrutural, esta dissertação é constituída por duas partes, sendo a primeira reservada ao enquadramento teórico e a Segunda à investigação empírica.

O enquadramento teórico inicia-se pela evolução do conceito de hospitalização e uma descrição dos aspectos psicossociais da doença. Segue-se uma descrição sumária da doença coronária principalmente dos seus factores de risco psicossociais, descrevendo o impacto que o internamento nas UCIC tem sobre estes doentes. Descrevemos pormenorizadamente o stress, a personalidade e ansiedade. Por fim enfatizamos o acolhimento referindo aspectos a considerar no processo sistematizado a que cada utente deve ser sujeito.

A segunda parte, referente à investigação empírica divide-se em dois capítulos, sendo o primeiro reservado à metodologia e o segundo à apresentação, análise e discussão dos resultados.

No capitulo da metodologia faremos uma descrição das hipóteses em estudo, das variáveis, dos estudos de fidelidade e validade do instrumento de colheita de dados, da caracterização da nossa amostra e dos procedimentos que foram efectuados para a colheita de dados.

No capítulo seguinte fizemos a apresentação dos resultados através de uma análise descritiva da relação entre as variáveis estabelecendo posteriores correlações com a variável dependente.

Procuramos, através da discussão dos resultados, estabelecer comparações e relações tendo em conta o quadro conceptual de referência e a nossa experiência pessoal.

Esperamos que os resultados deste trabalho contribuam para um maior conhecimento dos efeitos do acolhimento na adaptação do doente ao ambiente físico de cada unidade e assim promover melhores cuidados de enfermagem.

A abrangência das funções técnico cientificas em unidades especificas, como as UCIC não podem sobrepor-se às funções da área relacional que tanto podem contribuir para o bem estar do doente.

I PARTE

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 – EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE HOSPITALIZAÇÃO

Pensamos não ser muito relevante para o nosso estudo uma descrição histórica e exaustiva dos Hospitais. Não podemos contudo deixar de fazer uma abordagem, ainda que superficial, aos vários conceitos e a sua evolução para assim podermos analisar os aspectos relacionados com as suas funções, dentro destas de modo particular as que dizem respeito ao Enfermeiro.

Sabe-se hoje que o ser humano não pode viver isoladamente. Se pensarmos nas heranças recebidas dos nossos antepassados, chegamos à conclusão que outrora também o Homem para sobreviver teria que fazer parte de uma sociedade mais ou menos organizada, composta por homens ricos e pobres, bons e menos bons, caracterizada globalmente por um espirito de solidariedade.

Foi este espirito fortalecido pelos ensinamentos do Cristianismo que contribuiu de uma forma decisiva para o aparecimento dos primeiros hospitais. Assim, no Concílio de Neceia, no ano 325 d.C foi determinada a obrigatoriedade de se construir Xenodocheion em cada cidade com catedral (diocese).

Segundo Donahue (1985), estas instituições destinavam-se a recolher todo o tipo de desvalidos e eram administradas por diaconisas. As igrejas que se preocupavam essencialmente com o espirito dos seus fieis, passaram a preocupar-se também com o corpo e os problemas sociais.

Com os tempos, os Xenodocheion subdividiram-se em:

-Xenodixia - (casa de caridade) destinavam-se a alojar os viajantes e estrangeiros;

-Nosocómio - pavilhões ou casas para enfermos;

-Brephotrophia - asilo para crianças abandonadas;

-Orphanotrophia - asilo para órfãos;

-Gerontokomia - lugar para idosos;

-Cherotrophia - lugar para viúvas;

-Ptochotrophia - casa de caridade para pobres.

Ainda segundo Donahue (1985), o primeiro hospital com características de nosocómio surge em Cesareia no ano 370, e dos hospitais medievais construídos fora dos muros monásticos, perduram na actualidade ainda três:

- Hôtel Dieu de Lion construído em 542
- Hôtel Dieu de Paris construído em 650/1
- Hospital Espirito Santo de Roma construído em 717

É interessante notar que a designação primitiva de Hospital se revestia de algo sagrado (Hôtel Dieu - Casa de Deus) e isto porque o tratar dos enfermos era uma obediência aos ensinamentos do Evangelho.

Os primeiros hospitais não tinham, como se depreende, uma finalidade nem organização semelhantes às de hoje. Assemelhavam-se a hospedarias ou asilos, tinham uma preocupação essencialmente caritativa, com caracter religioso e eram dirigidos por sacerdotes.

O conceito original da palavra hospital indica-nos isso mesmo e como nos aponta Souza (1976) "apalavra hospital deriva da palavra latina hospes que significa hospedes".

Também Maillar (1986) nos refere que "a função do Hospital na Idade Média não é tanto o cuidar dos indivíduos doentes mas de recolher todos os que temporária ou definitivamente não podem ser tomados a cargo pela célula familiar".

Esta definição tem uma componente de acção social muito marcada.

Bernardo (1982) quando refere a origem do vocábulo defende que "é um local de acolhimento provisório de pessoas que necessitam de atenção especial, acolhimento e tratamento".

Sendo assim a finalidade dos primeiros hospitais era de recolher pobres e doentes, aos quais era assegurado um tecto, alimento e cuidados médicos. Por outro lado permitia aos mais abastados a possibilidade da prática de caridade, fazendo-nos lembrar as Misericórdias Portuguesas, com o se velho lema de que quem dá aos pobres empresta a Deus.

Se tivermos presente que em Portugal, por exemplo, ainda há cerca de três décadas a maioria dos hospitais se encontrava sob a administração das Santas Casas das Misericórdias, subsistindo estas, não só com a ajuda do Estado, mas também com os donativos dos beneméritos, não era de estranhar que o conceito de assistência hospitalar no pensamento de muitos tivesse uma função quase meramente caritativa.

Contudo nas últimas duas décadas, vários factores contribuíram para que este conceito mudasse radicalmente. De entre eles podemos destacar a reforma da Constituição da República Portuguesa com a consequente alteração do conceito de assistência à doença e o direito a saúde, a adesão de Portugal a comunidades internacionais (CE, OIT,OMS), o desenvolvimento da inúmera tecnologia de aplicação médico-cirurgica, a informática, a robótica, novos conhecimentos das ciências médicas e paramédicas, da psicologia, sociologia, da administração, etc.

Esta mudança de mentalidade sucede em vários países em que os poderes públicos constroem uma série de estratégias no sentido de melhorar os hospitais, tanto no aspecto técnico como humano.

Da simples hospedaria o Hospital passa a ser "o elemento de uma organização de caracter médico e social, cuja função consiste em assegurar a assistência médica completa, curativa e preventiva à população, e cujos serviços externos se irradiam até à célula familiar considerada social (cf. OMS,1957 Lopes, 1993).

Sua Santidade João Paulo II citado por Serralheiro (1987) definia o hospital como sendo o "lugar de dor... de sofrimento, aos quais se juntam a esperança acrescentando que "o hospital é também o lugar em que se luta para fazer com que tal esperança se torne, quanto antes, realizada ".

Efectivamente o "Hospital moderno é para a sociedade o lugar de esperança nos três momentos mais dramáticos da vida, o nascimento, a enfermidade e a morte. Para o doente é o encontro da assistência médica, de desvelo da enfermagem..., e, para o próprio hospital é a busca incessante do diagnóstico, tratamento e profilaxia para a cura do utente e a segurança da sociedade (cf. Medicina e Saúde 1971).

Sob esta perspectiva o hospital começa a associar-se a funções especificas chegando mesmo alguns autores a defender que " o hospital é uma estrutura planeada em moldes que apresenta o ideal dos serviços profissionais na concepção dos médicos, enfermeiros e demais pessoas empenhadas nos cuidados ao doente. Deve ser previsto de tal forma que atenda aquelas múltiplas actividades funcionais que, conjugadas sob o tecto comum e administração unificada constituem a complexa instituição moderna de cura, pesquisa, educação e saúde pública" Sousa (1976) citando Jones e Eachern (s/d).

Sendo assim o hospital aparece com o objectivo principal de assistência curativa e reabilitação dos incapacitados, cabendo-lhe também um papel importante na promoção da

Saúde e na prevenção da doença, visando, no sistema de serviço onde se insere, proporcionar aos indivíduos e comunidades, condições para manterem ou readquirirem o mais completo bem estar físico, mental e social.

Silva (1988) sistematiza as funções do Hospital do seguinte modo:

1) - Formação básica e contínua para todos os profissionais de saúde.
2) - Informação e educação para a saúde.
3) - Promoção e estimulo comunitário para a participação no desenvolvimento dos serviços
4) - Prestação dos cuidados básicos em modalidades institucionais e comunitárias.
5) - Apoio e coordenação de projectos de investigação sobre sistemas e serviços de saúde.

Sensivelmente as mesmas funções já eram referidas por Kawamoto (1986):

1) - Função preventiva dirigindo-se essencialmente aos serviços ambulatórios.
2) - Função educativa, englobando a educação sanitária, dirigida ao doente, família e comunidade e a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde.
3) - Função de pesquisa, relacionada com matérias afins à saúde.
4) - Função de reabilitação de doentes, visando a colocação destas no seu meio e actividade.
5) - Função curativa, representando esta a função mais significativa em termos actuais.

Posteriormente a Direcção-Geral dos Hospitais Portugueses (DGH,1992) em campanha de sensibilização dos funcionários dos hospitais sob a sua tutela, fez uma distribuição massiça de desdobráveis onde é referido que é missão dos Hospitais:

a) – "Disponibilizar cuidados de saúde personalizados, em cooperação com as demais instituições de saúde, do mais alto nível qualitativo e de excelência, ao mais baixo nível de custo acentuando que cada cliente é um indivíduo;
b) - Fazer apelo à mudança, por intermédio de uma actualização continua e persistente do domínio da informação e treino do pessoal;

c) - Projectar um empenhamento e dedicação permanentes às pessoas que nele trabalham, bem como à comunidade que o envolve".

É interessante notar que quase todos autores se preocupam com dois aspectos: o doente e o trabalhador da instituição.

Bernardo (1982) refere que cada hospital tem funções mais ou menos especificas, mas que " nunca deveria perder de vista a sua finalidade de função pública ao serviço da promoção da saúde da população, preventiva, curativa ou recuperadora. E deveria não perder de vista que a razão de ser da instituição é a pessoa, todas as pessoas carentes de apoio, de ajuda, consoante a situação concreta de cada uma".

De notar que esta afirmação põe em relevo dois aspectos: os hospitais não têm as mesmas funções e o mais importante da organização hospitalar é a pessoa (ser individual). Em relação ao primeiro aspecto, as funções serão de acordo como tipo de hospital (geral e o seu nível, ou especializado). O segundo aspecto diz respeito a todos os Hospitais.

Os Hospitais são, como vimos, instituições organizadas para a prestação de cuidados de saúde ao homem.

O homem, a pessoa humana com quem contactamos diariamente no nosso lar, no nosso local de trabalho, parece fácil de definir, porque nós próprios somos humanos e porque conhecemos com maior ou menor rigor a anatomia e fisiologia, mas na prática apresenta-se-nos como algo difícil de conceptualizar.

Para uns é apenas um corpo com vida, com capacidades para reagir de diversas formas a estímulos.

Para outros é mais que o corpo, é também um espírito, envolvendo portanto uma parte que a ciência tem dificuldade em explicar. Para outros ainda é mais que tudo isto, considerando-o como um organismo vivo num equilíbrio instável, ser unitário e sinergético, maior que a soma das partes e diferente delas e em perfeito estado de homeostasia.

Roy (1976), autora do modelo de adaptação, apresenta-nos um conceito de pessoa bastante completo estabelecendo uma distinção perfeita entre pessoa e seres vivos:"... um ser bio-psico-social. É um organismo, um todo integrado com um corpo e um espírito interagindo um sobre o outro. A distinção entre o Homem e os outros seres vivos faz-se pela sua capacidade de reflectir, de simbolizar as suas experiências e de utilizar as suas

capacidades com fins pessoais e sociais. É pois uma unidade que funciona biológica, simbólica e socialmente.

Como ser bio-psico-social que é, o homem numa perspectiva de saúde/doença nunca pode ser visto nas suas partes, mas sim como um todo e, esse todo, como vimos, é mais que a simples soma das partes.

Pode dizer-se que o homem num estado de saúde, vive num "estado de completo bem estar físico, mental e social" (OMS), e como qualquer ser vivo tem necessidades a satisfazer. Algumas são próprias do ser humano e, quando não satisfeitas, originam desequilíbrios, ou seja interrupções no seu estado de saúde.

Poder-se-á dizer que nada mais importante existe para a formação integral do homem, que tem por função a prestação de cuidados de saúde, que o conhecimento das necessidades humanas, porque tudo gira à volta delas.

King (1981) refere como pressupostos específicos da pessoa:

"- os indivíduos são seres sociais, sensíveis, racionais, que controlam, que percebem, são úteis, orientados para a acção e orientados no tempo." Acrescenta ainda que "os indivíduos têm direito a conhecer-se a si mesmos..., direito a participar nas decisões que influenciam a sua vida, saúde e serviço à comunidade... e direito a aceitar ou recusar os cuidados de saúde".

Desta afirmação ressalta a ideia que a pessoa tem direitos próprios e que devem ser salvaguardados e preservados, tendo para isso as instituições de saúde de adaptar-se a esses direitos.

A Lei de Bases da Saúde (1990), na sua base V refere que "os cidadãos têm direito que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses". Isto tem a ver com os múltiplos aspectos, dos quais não podemos esquecer a acessibilidade, a capacidade de resposta e performances dos diversos serviços e a humanização no tratamento.

No estatuto do utente, expresso na mesma lei de bases é referido que os utentes têm direito a :

a) - Escolher no âmbito do sistema de saúde, na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras da organização, os serviços e agentes prestadores;

b) - Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhe é proposta, salvo disposição especial da lei;

c) - Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção, técnica, privacidade e respeito;

d) - Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;

e) - Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;

f) - Receber, se o desejarem, assistência religiosa;

g) - Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, receber indemnização por prejuízos sofridos;

h) - Constituir entidades que representem e defendam os seus interesses;

i) - Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde.

Apercebemo-nos de que a alínea c) constitui e assume em si mesmo todos os outros direitos inscritos nesta e noutras declarações.

Nos Estados Unidos da América, a Associação Hospitalar Americana elaborou em 1972 a declaração sobre a carta dos direitos do Doente (cf. Lopes 1993), e nesta carta realçamos os pontos 1 e 12 por nos parecer que é neles que reside o grande valor da declaração:

1) - O doente tem direito a receber assistência com base na consideração e respeito humano.

2) - O doente tem direito a conhecer as normas e regulamentos do Hospital que se aplicam à sua conduta no internamento.

É importante realçar que todos os direitos dos clientes enquanto doentes e não só inscritos nos diversas declarações, legislação, etc., têm uma única finalidade: a humanização e que podemos resumir numa simples expressão: o homem doente não deixa de ser homem e deve ser tratado como tal, ou seja, de forma humanizada.

Pensamos, por isso, que toda esta problemática deve estar presente nos cuidados a prestar nas UCIC(s), onde por vezes a rotina, o intensivismo, a mecanização, entre outras, são inimigos deste apanágio.

Um bom acolhimento, sistematizado e orientado a par de todos os outros cuidados especializados pode contribuir para o restabelecimento completo do utente sempre com respeito na pessoa humana.

Por isso os cuidados nas UCICs devem deixar de ser somente cuidados técnicos e incluir-lhe a componente humana.

2 - ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA DOENÇA

Cada pessoa tem uma estrutura física, que não só lhe permite reagir a alterações no seu ambiente físico e social, mas também a ajuda a determinar os limites da sua capacidade de adaptação.

A adaptação a mudanças, no indivíduo ou no ambiente, depende também da capacidade emocional e intelectual, da capacidade de identificar, examinar e enfrentar problemas.

A capacidade de adaptação varia de indivíduo para indivíduo e, no mesmo indivíduo, de uma época para outra. Os factores que influenciam a procura da adaptação derivam de forças inter-individuais, intra-individuais, sociais e ambientais.

Entretanto, na maioria dos casos, qualquer doença que exija cuidados médicos e de enfermagem altera de alguma forma, a actuação interpessoal e social do indivíduo. Esta alteração deriva do significado físico, emocional e intelectual que a doença tem para o utente e dependerá ainda do valor que a sua família e a sua cultura dão ao papel de doente, sendo o seu comportamento também influenciado pela resposta que recebe no ambiente hospitalar.

Ultimamente tem havido um aumento de interesse em aprofundar os conhecimentos sobre os factores culturais e psicológicos que influenciam a aceitação, uso ou rejeição dos serviços de saúde. Por isso, temos que ter em conta esses factores que podem alterar o comportamento dos utentes face à sua situação problemática.

Geralmente o utente e família consideram uma doença que envolve a hospitalização, como uma situação extremamente disruptiva, é natural que o utente sinta medo e ansiedade.

Beland (1988) refere que "... estes sentimentos estão relacionados com o facto do indivíduo estar colocado num papel dependente e esses sentimentos podem se manifestar através de um comportamento regressivo. O utente pode considerar a hospitalização como uma situação de tensão ou uma crise".

Muitas vezes os enfermeiros podem influenciar positiva ou negativamente a maneira do utente considerar a hospitalização e o tratamento, dependendo de como ela se relaciona com ele.

Se levarmos em linha de conta, que as pessoas se comportam de determinada forma para satisfazer as necessidades aparentes ou não, e sabendo que uma necessidade não satisfeita provoca comportamentos que têm por objectivo a sua satisfação é útil que o enfermeiro conheça os padrões culturais e familiares do utente pois isso ajuda a identificar as necessidades que a enfermagem pode ter e satisfazer, escolhendo a maneira de tratar o doente.

Alguns dos elementos culturais referidos por Beland (1988) e que são considerados importantes para a enfermagem são:

- a religião
- padrões de organização familiar e tratamento da criança
- padrões de atendimento durante o nascimento, doenças e morte
- valores em função da idade e sexo
- orientação temporal
- padrões do sono e higiene pessoal
- padrões de pudor
- métodos de comunicação, prazer e insatisfação
- valor dado à individualidade e realização pessoal
- hábitos de alimentação

Existem ainda circunstâncias que influenciam as diferenças culturais e subculturais, e dentro delas podem-se citar:

- local de residência - cidade ou campo, Norte ou Sul
- situação sócio-económica
- local de nascimento - no País ou no Estrangeiro
- nível de instrução, inclusive educação profissional

O autor diz ainda "que estes elementos servem de base como uma determinada cultura enfrenta os problemas decorrentes da doença ou, por outras palavras, cada pessoa traz para cada situação:

- um conjunto de valores
- um conjunto de expectativas
- códigos de comportamento
- conjunto interiorizado de regras ou padrões que orientam a sua conduta
- costumes e rituais que observa
- maneiras pelas quais se comunica verbalmente ou não.

Um aspecto importante na comunicação na enfermagem é compreender a maneira como o utente expressa satisfação ou insatisfação.

Sem estas informações, a Enfermagem pode ter dificuldade em determinar se as necessidades estão a ser satisfeitas ou não.

Sendo assim, as crenças, costumes e sistema de valores de cada indivíduo afectam não só a maneira como ele se comporta quando está doente, mas também como pensa que deve ser tratado e as reacções que espera do pessoal que cuida dele, quando doente.

Quando uma pessoa está doente, ela responde de inúmeras formas: intelectualmente, emocionalmente, fisicamente e psicologicamente. O grau da sua resposta depende de vários factores entre os quais o agente causal, a forma como a pessoa percebe a ameaça ao seu lamentar, os recursos biológicos, intelectuais e emocionais. Algumas respostas são voluntárias e outras involuntárias, mas são altamente individuais.

Quaisquer que sejam, serão valiosas na medida em que são construtivas e resultam numa acção que permite que o utente se proteja contra o perigo; ou serão patológicas na medida em que são desorganizadas, inadequadas e ineficientes.

O modo como o enfermeiro atende o utente e a medida em que ela é capaz de lhe ser útil dependem, em parte, de compreender o significado que a situação tem para o utente. O respeito pelos direitos e pela dignidade do homem e o direito que cada pessoa tem de participar nos planos que se referem ao seu lamentar são valores que se perdem no conflito com outros valores.

A importância de se conhecer as crenças, valores e costumes dos que recebem o atendimento, bem como dos que o fornecem e que pode haver barreiras entre os que

atendem e os que são atendidos, isto porque, em consequência de uma educação e experiência profissionais, o indivíduo é um conjunto modificado de valores, atitudes, vocabulário e comportamentos relativos às doenças.

Ao contrário de aumentar a distância entre os que atendem e os que são atendidos, a educação profissional deveria visar a manipulação de elementos do ambiente de tratamento, de modo a minimizar essas barreiras.

Tendo este pressuposto em mente, tal como nos refere Beland (1988) é preciso considerar alguns aspectos psicológicos da doença:

1 - Conceito de homeostasia emocional - tal como na homeostasia fisiológica, em que há uma constância do ambiente fisiológico das células do corpo, que para satisfazer as suas necessidades e exigências são necessárias substâncias como o oxigénio, água e nutrientes; na homeostasia emocional que se refere a uma condição geral de integração psicológica, a satisfação das suas necessidades psicológicas são substâncias abstratas, embora possam ter uma representação simbólica de objectos materiais e digam respeito a condições, situações, acções ou efeito de acções que o indivíduo percebe, sente e representa mentalmente como coisas significantes.

   Dependendo da situação e do seu significado, a pessoa pode sentir-se segura e protegida, amparada pelos outros e amada, e noutras situações, ao contrário, pode sentir-se ameaçada, insegura e desamparada.

   A homeostasia psicológica, como a fisiológica, implica processos ou mecanismos que regulam a estabilidade emocional ou psicológica, num ambiente em contínua transformação. Por conseguinte, existem muitos factores numa doença que contribuem para romper a homeostasia psicológica, o que poderá resultar num aumento de tensão.

2 - Definição de tensão psicológica, que segundo o autor, citando Eneel (1960) "tensão psicológica refere-se a todos os processos oriundos do ambiente externo ou da própria pessoa, que impõem uma exigência ao organismo, cuja resolução exige o trabalho ou actividade do aparelho mental, antes que qualquer sistema seja envolvido ou activado".

É possível que a tensão ocorra porque a capacidade da adaptação do indivíduo é limitada ou porque a condição a que ele se deve adaptar é extrema. Por outras palavras, como a adaptação é um processo de aprendizagem, os métodos de adaptação aprendidos podem não ser suficientes e adequados para enfrentar uma situação nova, provocando tensão.

Qualquer que seja a fonte especifica de tensão psicológica ela leva a sentimentos desagradáveis, como ansiedade, raiva, desamparo, desespero, culpa, vergonha e desgosto. Para combater estes sentimentos e restabelecer a homeostasia emocional, surgem os mecanismos de defesa, como a racionalização, projecção, sublimação, deslocamento ou rejeição e quando estes não são eficientes aparecem alterações fisiológicas e/ou comportamentais.

3 - Autoconceito que inclui todas as ideias, sentimentos conscientes e inconscientes, crenças e atitudes que a pessoa tem sobre si mesma e as suas posses. Entre as coisas que a pessoa pode valorizar ou não, sobre si mesmo, estão: a imagem corporal; o papel e posição na família, comunidade e local de trabalho; a adequação e aceitação como parceiro; o sucesso e sensação de realização de que o amanhã será melhor que hoje.

Por ameaçarem, de algum modo, o autoconceito do indivíduo, algumas doenças provocam mais tensão emocional e dentro delas destacamos aquelas que desfiguram a imagem corporal e estão associadas com a ideia de morte.

4 - Respostas intelectuais as doenças - Numa doença o indivíduo reage da mesma forma, pelo menos no início, como qualquer outra crise da sua vida, sendo essas reacções por vezes complexas envolvendo tanto o intelecto como as emoções. Através da inteligência, o homem é capaz de prever as consequências dos seus actos e de planear a sua actuação de forma a evitá-las ou corrigir os danos já feitos, isto na medida em que é capaz de conhecer e identificar os factores relevantes de uma situação e usar a sua capacidade de raciocinar e pensar no sentido de modificar o seu comportamento ou adaptá-lo ao ambiente para satisfazer as suas necessidades.

Quando uma pessoa se encontra doente as respostas intelectuais não são as mesmas, a ansiedade aumenta e várias manobras defensivas são postas em acção para proteger o indivíduo de todo o impacto da doença e o nível de adaptação pode variar com o nível intelectual da pessoa, sendo no entanto importante realçar que a inteligência não é sinónimo de anos de escolaridade.

5 - Papel do doente - Outra faceta de tensão psicológica para o utente e para os que tratam dele está na diferença entre os seus respectivos conceitos sobre o papel e comportamentos adequados de cada um durante a doença. Quando surgem diferenças na interpretação dos respectivos papeis, cria-se uma situação de conflito, com tensão psicológica entre o utente e a pessoa responsável pelo seu atendimento, e pouca comunicação pode haver entre ambos. Em geral, à medida que aumenta a discrepância de interpretações, aumenta a rigidez. Assim, se o enfermeiro não se ajusta ao estereotipo que o utente tem do enfermeiro, este pode ficar rígido e obstinado num esforço para fazer com que ele se ajuste às suas expectativas.

Um outro aspecto que pode provocar confusão na definição do papel do doente é a regressão muitas vezes associada à própria doença, sendo esta regressão também acompanhada é muitas vezes aumentada pela hospitalização. Esta regressão diz respeito muitas vezes à limitação da capacidade de controlar os acontecimentos em relação a si mesmo, alterando os seus comportamentos.

Outras fontes de tensão na definição de papeis derivam do desempenho de vários aspectos do atendimento do utente, isto porque, o enfermeiro preocupa-se mais em cumprir tarefas do que com o facto de que está a cuidar de uma pessoa que não renunciou completamente ao seu senso de responsabilidade por si mesma, provocando tensão psicológica e ansiedade desnecessária.

Muitas vezes, e não tendo em conta as necessidades psicológicas do utente podem ocorrer omissões no atendimento que são origem de grande tensão e ansiedade:

- não preparar o doente para o que o espera e o que deve esperar;
- não dar consistência ao atendimento efectuado;
- imperícia no manuseio do utente ou equipamento;

- negligência, brutalidade e insegurança sobre o modo de agir e falha no apoio físico e emocional;
- falta de recursos necessários ao tratamento;
- não levar em conta os padrões de pudor do utente;

- mudanças de orientação no cuidar sem explicações;
- fazer, na presença do utente, observações impensadas ou descuidadas.

6 - Reacções emocionais da pessoa que se reconhece doente - O principio importante é que a ansiedade alerta a pessoa para o perigo. A quantidade de ansiedade que qualquer doença provoca depende do significado que o indivíduo atribui à doença.

O grau de rejeição à doença, que por vezes acontece, é uma defesa psicológica comum contra a ansiedade, servindo este de pista para indicar o grau de ansiedade que o indivíduo sofre.

Por outro lado aceitar a doença implica que o indivíduo se coloque nas mãos dos outros, e para que isso aconteça o utente volta a formas de comportamento anteriores ou regride seguindo ordens, deixando que os outros tratem das suas necessidades pessoais, físicas e emocionais.

De acordo com Barker citado por Beland (1988), se o utente tolera depender dos outros, ele regride a um estado infantil, caracterizando-se pelo seguinte perfil:

a) - Fica centrado em si mesmo. Percebe os eventos e as pessoas em relação a ele mesmo, como se existissem para seu benefício. Torna-se exigente e menos capaz de esperar para ter as suas necessidades e desejos atendidos ...

b) - O seu interesse fica circunscrito: isto é, está interessado no que está acontecendo com ele, neste momento. Coisas que lhe interessavam antes de ficar doente tornam-se pouco significativas ...

c) - Ele é emocionalmente dependente dos que tratam dele. Muitas vezes, personaliza os actos dos que cuidam dele, como se fossem uma indicação directa se o aceitam ou rejeitam. Quando uma novo enfermeiro é encarregada de o atender, ele acha que isso significa que a anterior enfermeiro não gostava dele ...

d) - Ele fica preocupado com as suas funções corporais. Interessa-se pelo que come ou deixa de comer, se a comida é adequada para um inválido ...

A pessoa que tem uma doença ou incapacidade sente-se revoltada, o que pode estar associada à sensação de que ficar doente ou ferido é uma injustiça. A raiva provocada pela zanga tanto pode ser exteriorizada contra as pessoas que o tratam e rodeiam, tornando-se por vezes agressivo, interiorizando essa raiva entrando assim em depressão.

Quando a doença é uma séria ameaça à integridade do indivíduo, é provável que ele se sinta confuso, o que pode encobrir outros sentimentos, como ansiedade, raiva ou o medo de se tornar dependente.

Como se pode ver, os utentes podem adaptar-se à doença pelo ataque ou pela fuga. Cada método tem as suas vantagens e desvantagens, e implicações na acção da Enfermagem.

O utente que se adapta pelo ataque deve ser protegido de circunstâncias que aumentam a sua sensação de que precisa de ser agressivo para que as suas necessidades sejam atendidas.

Quando o utente exige atenção e não parece apreciar os esforços feitos pelos outros, os enfermeiros podem sentir-se frustados e ineficientes. Se o enfermeiro percebe que esse comportamento agressivo é motivado pela adaptação à doença, sentes-se menos responsável e pode planear o seu atendimento de modo a que ele se sinta seguro.

O utente que adopta a estratégia de fuga para se adaptar à doença, serve para conservar as energias, não se apercebendo o que a doença significa para ele ou a maneira de se adaptar de forma mais sadia.

Por vezes são considerados os bons doentes, a menos que se tornem demasiados dependentes dos que cuidam dele. É importante que os que cuidem aceitem essa regressão, evitando que essa reacção de fuga vá longe de mais e se torne patológica. Significa que é preciso reconhecer quando ele já não precisa de poupar energias e pode assumir algumas responsabilidades e tornar as suas próprias decisões.

7) - Como pode a enfermagem identificar a reacção emocional do doente à sua doença.

Beland (1988) citando Sartain (1962) refere-se ás emoções salientando quatro aspectos:

O primeiro é a experiência emocional pessoal, que são sensações das quais a pessoa está consciente e que pode descrever verbalmente (sinto-me feliz que seria capaz de ...; sinto-me infeliz que me apetece ...).

As palavras usadas para descrever emoções e a capacidade de descrever verbalmente as sensações variam de uma pessoa para outra.

O segundo aspecto da emoção é que é algo que se expressa através de alterações corporais. São mudanças que estão associadas com enfrentar um perigo e fazer o corpo voltar a um estado de equilíbrio. Resultam da activação do sistema nervoso autónomo e do sistema hormonal que torna o indivíduo capaz de responder a situações de emergência.

De entre as alterações fisiológicas que podem acompanhar a ansiedade estão: tremores ou arrepios, inquietações, perturbações de sono, perda de apetite, incapacidade de concentração, irritabilidade, aumento da pulsação, aumento da respiração e tensão arterial, perturbações gastrointestinais, etc.

O terceiro aspecto da emoção é o comportamento que pode ser observado por terceiros. São comportamentos expressivos que devem ser considerados como uma parte importante da comunicação não verbal.

As expressões comportamentais são especialmente úteis quando se pretende identificar o estado emocional de um indivíduo que não pode falar. A emoção também pode expressar-se através de movimentos das mãos e do corpo.

A tensão ou o relaxamento dos músculos esqueléticos indicam alguma coisa sobre o estado emocional do indivíduo. Uma pessoa assustada ou ansiosa retesa os músculos e prepara-se para fugir ou lutar.

Por último as emoções podem expressar-se através da fala, choro, assobio, grito ou riso. Ao falar o sentimento da pessoa é traduzido não só pelo que diz, mas também pelo seu tom de voz, isto é, existe sempre um grau de motivação pessoal ao expressar as suas emoções.

Embora o riso esteja associado a sentimentos bons, como a alegria; o facto é que o riso e o humor podem esconder sentimentos como tristeza, ansiedade e hostilidade.

Por outro lado, embora a alegria possa expressar-se pelo choro, as lágrimas estão geralmente associadas a sentimentos negativos, como a dor, a tristeza, o desamparo e a raiva.

Os utentes também expressam verbalmente as suas emoções gritando, gemendo ou suspirando.

Os utentes manifestam a sua ansiedade de muitos modos. Pode dizer piadas e ser alma da enfermaria, porque, para ele, falar alivia a tensão e tem a mesma finalidade que assobiar no escuro. Pode andar no corredor, de um lado para o outro, ou passar de uma actividade para outra, também com o objectivo de aliviar a tensão.

Como a doença, especialmente a que produz algum grau de incapacidade ou exige hospitalização, é uma situação de crise na vida do utente e da família, gera uma tensão psicológica, que resultam em várias situações incómodas, sendo uma delas a ansiedade. Apesar de crermos o contrário, nem toda a ansiedade é ruim ou indesejável, e nem sempre é evitável. Entretanto, muita coisa pode ser feita, na prática da Enfermagem, para reduzir a incidência da ansiedade desnecessária e dar ao utente o apoio que merece. Para tanto, o enfermeiro precisa de consciencializar-se das possíveis causas da ansiedade, devendo ser capaz de reconhecer pistas no comportamento do utente, que indiquem a forma como se sente em relação à doença e à hospitalização.

Uma observação atenta, por parte da Enfermagem, pode fornecer pistas sobre o significado do comportamento do utente, o que permitirá iniciar uma acção que ajudará a afastar os seus temores. Por outro lado, no atendimento individualizado, é útil que o enfermeiro possa reconhecer os padrões que o utente utiliza não só para estabelecer relações com os outros mas também para se adaptar ao contexto da doença.

Há também muitos factores, numa doença ou no seu diagnóstico e tratamento, que provocam ansiedade mas não podem ser evitados. Uma das coisas que mais se teme na vida é o desconhecido. Sempre que o enfermeiro possa prever o desconhecido e interpretá-lo para o utente, estará a criar um ambiente mais próprio para que ele participe no seu tratamento .

Explicações razoáveis, que façam o utente saber o que está a ser feito e o porquê, geralmente ajudam a manter a sua ansiedade dentro dos limites toleráveis.

Espera-se que os utentes se coloquem numa relação de dependência para os que tratam deles. Esta dependência, no entanto, é considerada sadia quando ele colabora no tratamento que precisa. A tendência, no atendimento de saúde, é de encorajar os utentes a participarem no processo de tomada de decisão, ao invés de esperar que eles se submetam a decisões feitas por outros. Deste ponto de vista ele é considerado um elemento importante para a sua própria recuperação. Os serviços médicos, enfermagem e outros profissionais só devem fornecer as condições que facilitem a recuperação do utente.

Para Beland (1988), uma das maneiras para descobrir o que aumenta a confiança do doente no tratamento é ouvir o que ele diz, isto é, devemos ter uma escuta atenta e activa. Refere ainda que alguns comentários sobre o que os tranquilizava, incluíam os enfermeiros e a competência no cuidar do pessoal de Enfermagem, porque:

- têm a capacidade de avaliar rapidamente a situação e adaptar medidas quando necessário;
- parecem saber o que estão a fazer;
- assumem o controle quando o utente está sobrecarregado e sabem como fazer a coisa certa;
- estão presentes quando são necessários;
- mantêm o utente informado sobre o que estão a fazer;
- sabem o que o utente espera e ajudam-no a corrigir enganos sobre o que podem esperar;
- mantêm uma uniformidade na execução dos procedimentos que se repetem e avisam de mudanças que estão planeadas;
- encorajem o doente a fazer aquilo que ele é capaz, não porque isso ajuda o enfermeiro, mas porque assim ele pode aprender a cuidar-se sozinho;
- ajudam o utente a perceber mesmo os menores progressos;
- podem modificar o seu comportamento, de tal modo que o utente sabe que são sensíveis e preocupam-se com os seus sentimentos;
- tomam cuidado com os bens essenciais e pessoais do utente e cuidam do seu ambiente físico;
- dão atenção ás coisas que são importantes para o utente, como respeitar o seu direito a resguardar a sua intimidade;

- mantêm o utente informado sobre as alterações do plano terapêutico e desenvolvem o próprio plano de enfermagem baseado no plano terapêutico.

Uma habilidade importante para a prática da Enfermagem é aquilo que se chama de conversa significativa, visando esta o aprofundar informações que são importantes para melhorar o atendimento do utente. Este tipo de comunicação é importante para o processo de cuidados de Enfermagem porque torna possível colher informações, identificar o problema, estabelecer um plano de acção, executar esse plano e avaliar a sua eficiência.

Para que a conversa significativa tenha sucesso é necessário fazer o estabelecimento de objectivos válidos e sinceros tendo em conta o utente e estabelecer um diálogo franco e aberto com ele tendo sempre em mente que uma condição importante para manter uma boa conversa é saber ouvir.

Uma conversa significativa é um dos instrumentos usados pela Enfermagem para estabelecer uma relação terapêutica com o utente.

3 - DOENÇA CORONÁRIA

Nos últimos anos, tem havido um interesse muito grande pelo estudo das doenças cardiovasculares, verificando-se uma maior colaboração entre os epidemiologistas, os fisiologistas, os sociólogos e os psicólogos, no sentido de compreender melhor os mecanismos complexos envolvidos na génese desta doença que se pensa ser multifactorial.

Não pretendemos, com esta nossa exposição fazer uma descrição pormenorizada da doença cardiovascular, descreveremos principalmente a doença coronária (DC). Começaremos por mencionar a importância actual da DC, os seus principais quadros clínicos e factores de risco, dando especial relevo aos factores psicossociais, dado que, poderão ter uma certa influência nas variáveis do nosso estudo.

Nas últimas décadas iniciou-se um campanha a nível comunitário, com o objectivo de alertar as populações para a existência de factores de risco responsáveis pelo desenvolvimento da doença das artérias coronárias. Desde então, a mortalidade tem vindo a diminuir constantemente, pensando-se que este efeito positivo esteja relacionado com a alteração do estilo de vida do indivíduos. Apesar desta tendência encorajadora, devemos ter presente que a população está a envelhecer e que a doença cardiovascular é um processo degenerativo, progressivo, cuja prevalência é mais elevada nos idosos.

Em Portugal, morrem anualmente 9530 pessoas por DC (Matos, 1995, cit. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários). Esta doença tem ainda elevados custos pessoais e económicos, pois é fonte de grande sofrimento físico e psicológico e interfere com o funcionamento quotidiano do indivíduo.

Das várias literaturas consultadas, verificamos que os autores utilizam diversas denominações, como Doença Coronária, Doença das Artérias Coronárias, Doença Isquémica do Coração para se referirem à mesma situação clínica, englobando habitualmente os quadros de Enfarte do Miocárdio (EM) de Angina de Peito (AP) ou Angor Instável (AI) e de Morte Súbita Cardíaca (MSC).

Segundo Thelan (1993, pag. 292) a DC é uma doença progressiva e insidiosa das artérias coronárias, que resulta de um estreitamento ou oclusão das artérias coronárias que

fornecem o sangue ao músculo cardíaco. Pensa-se que esta doença é essencialmente a consequência de dois processos:

a) - a aterosclerose, que consiste no desenvolvimento, ao longo dos anos, nas paredes das artérias, de placas ateromatosas que obstruem o fluxo sanguíneo;

b) - a constrição das artérias coronárias.

Como há uma diminuição do fluxo sanguíneo há uma consequente diminuição de oxigénio a fornecer às células do músculo cardíaco que pode dever-se aos processos de:

a) - arteriosclerose;

b) - aterosclerose em que há um estreitamento e endurecimento das paredes das artérias diminuindo a elasticidade;

c) - espasmo das coronárias (Sheridan e Radmache, 1992, citados por Matos (1995).

Thelan (1993) aponta como causa de doença das artérias coronárias:

- aterosclerose
- trombose
- espasmo
- dissecção coronária
- formação de aneurismas

A Angina de Peito traduz-se por um desconforto ou dor, no tórax e parte superior do tronco. É causada por uma insuficiência coronária transitória, que ocorre quando há uma diminuição do fluxo sanguíneo nas artérias coronárias e se verifica uma discrepância entre a quantidade de oxigénio que o miocárdio necessita (devido ao esforço e stress) e aquele que lhe é fornecida (devido às artérias coronárias).

Para Johonson, (1992) cit. Por Matos, (1995) na AP verifica-se a obstrução parcial e temporária do fluxo sanguíneo, e consequentemente de oxigénio, a certas zonas do coração, enquanto que no EM, ocorre previamente uma obstrução total e prolongada, a qual provoca a necrose de uma determinada região do miocárdio. Habitualmente, o EM acontece quando um trombo, resultante da ruptura de uma placa ateromatosa, obstrui o fluxo sanguíneo numa artéria coronária.

A MSC é definida pela rapidez da morte, a seguir a um colapso cardíaco, e pode ser devida a um Enfarte Agudo do Miocárdio ou arritmias e ocorre tipicamente em

indivíduos com artérias coronárias doentes ou com um coração danificado por um EM prévio.

3.1 - ANGINA DE PEITO E ENFARTE DO MIOCÁRDIO

O termo angina foi criado com a intenção de descrever uma sensação de aperto no peito acompanhado de ansiedade ou medo da morte, apresentando as características descritas no quadro seguinte:

Quadro nº. 1 - Características da Dor na Angina de Peito

CARACTERÍSTICAS DA DOR NA AP
⇒ **Localização** - Retroesternal com irradiação para o pescoço e maxilar e membro superior esquerdo - porção superior do tórax anterior - epigastro com irradiação para pescoço, maxilar e membros superiores - pescoço e maxilar - ombro esquerdo e face interna dos ombros e membros superiores - região intra escapular ⇒ **Duração** - 0,5 a 30 minutos ⇒ **Qualidade** - sensação de pressão ou peso no peito - sensação de aperto ou compressão - tipo visceral (profunda, pesada, aperto, dolorosa) - sensação de queimadura - dificuldade de respirar ou sensação de sufoco - dor intensa jamais experimentada ⇒**Irradiação** - face interna do membro superior esquerdo - maxilar - ombro esquerdo - membro superior direito ⇒ **Factores Precipitantes** - esforço exercício - frio - exercício após refeição abundante pesada - caminhar contra o tempo - stress emocional - medo, raiva - coito ⇒ **Alivio com Nitrocligerina** habitualmente 45 segundos a 5 minutos após a administração

Fonte: Thelan, Lyme A; Davie, Joseph- Enfermagem em Cuidados Intensivos

ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO

A dor característica do EM tem ligeiras alterações à da AP e é a manifestação clínica mais habitual. É uma dor torácica prolongada e intensa que se associa frequentemente a náuseas, vómitos e diaforese. É uma dor cuja duração é igual ou superior a 30 minutos, localiza-se na região pré-cordial esquerda ou sub-esternal não cedendo nem ao repouso nem aos nitratos. Contrariamente à dor anginosa, muitas vezes descrita como um desconforto, a do enfarte é descrita como a dor mais intensa já alguma vez sentida pelo indivíduo em que algumas expressões usadas são: - "um peso no peito"; "um elefante sentado no peito"; "um torno a apertar o peito"; etc. A dor pode irradiar para as costas, pescoço, maxilar, braço esquerdo em especial descendo pela face interna.

Outras manifestações clínicas do enfarte estão apresentadas no quadro seguinte:

Quadro nº. 2 - Manifestações Clínicas do E.M.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO E.M.
- taquicardia com ou sem ectopia - bradicardia - normotensão - taquipneia - ..... - dispneia (fome de ar) - ortopneia - expectoração espumosa - diminuição do débito cardíaco - diminuição do débito urinário - diminuição dos pulsos periféricos - inquietação - confusão - ansiedade - agitação - negação - agressividade

Fonte: Thelan, Lyme A; Davie, Joseph- Enfermagem em Cuidados Intensivos

Dados epidimiológicos recolhidos durante os últimos 40 anos, demonstraram haver uma associação entre factores de risco específicos e o desenvolvimento de doença das artérias coronárias. Após vários estudos específicos permitiu a identificação de hábitos de vida específicos os quais se associam a uma maior possibilidade de DC, passando a ser designados por factores de risco de doença das artérias coronárias e sintetizam-se no quadro seguinte:

Quadro nº. 3 - Factores de Risco da D.C.

FACTORES DE RISCO DA D.C.	
INALTERAVEIS	**MODIFICAVEIS**
	Major
. Idade	. lípidos séricos elevados
. sexo	. hipertensão
. história familiar	. hábitos tabágicos
. raça	. alteração da tolerância à glucose (DIABETES)
	. dieta rica em gorduras saturadas, colesterol e calorias
	Minor
	. sedentarismo
	. stress psicológico
	. tipo de personalidade

Fonte: Thelan, Lyme A; Davie, Joseph- Enfermagem em Cuidados Intensivos

3.2 - FACTORES DE RISCO PSICOSSOCIAIS

Matos (1995), refere-se aos factores de risco da DC dividindo-os em factores de risco biológicos e psicológicos. Como factores de risco biológicos aponta a hipercolesterolémia, o tabagismo, a diabetes mellitus, a obesidade e hipertensão arterial, enquanto que o stress e a personalidade estão ligados aos factores de risco psicológicos. Refere ainda, e segundo a opinião de vários autores que os factores de risco convencionais, mesmo considerados em conjunto, de uma forma multivariada, contribuem somente para 50% das novas causas de DC. Por este motivo, tem sido sugerido que as variáveis ou

factores de risco psicossociais, nomeadamente psicológicos, sociais e ambientais, podem estar envolvidos na etiologia dos restantes 50%.

Vários investigadores têm vindo a estudar os efeitos do stress e da personalidade sobre o risco cardíaco. A desagregação familiar, a pobreza, os factos stressantes da vida e o insuficiente suporte social têm sido considerados como potenciais factores precipitantes. Foram identificadas certas características comportamentais associadas a um risco aumentado de doença coronária.

Quadro nº. 4 - Características de Personalidade

CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE
TIPO A
- sensação de falta de tempo - hostilidade - agressividade - ambição - competitividade - impaciência - frustração

Fonte: Thelan, Lyme A; Davie, Joseph - Enfermagem em Cuidados Intensivos

Não se sabe ao certo como é que o stress e o comportamento influenciam o desenvolvimento da DC, mas sabe-se que o stress está associado a um aumento de catecolaminas circulantes, o que pode provocar, hipertensão arterial, alteração da função das plaquetas e o aumento de mobilização dos ácidos gordos, de que resulta uma elevação dos ácidos gordos livres, Thelan (1993).

Matos (1995), refere vários estudos que avaliaram o efeitos do stress psicológico em parâmetros bioquímicos e hemodinamicos (tais como o nível de ácidos gordos livres, colesterol e de catecolaminas, agregação das plaquetas, a tensão arterial, ritmo e débito cardíaco), verificando que o stress estabelece ligações fisiológicas complexas com a fisiopatologia coronária: duma forma geral, nos indivíduos com DC, o stress psicológico relacionou-se com a isquémia miocardíaca, as arritmias ventriculares, a activação das plaquetas e com o sistema cardiovascular hiper-reactivo.

Referiram-se ainda que existe uma relação entre o stress e a arteriosclerose coronária e que se encontra associado com o aumento de secreção de catecolaminas e de colesterol podendo induzir vasoconstrição transitória nas artérias coronárias com estenose.

Por outro lado, a "activação emocional", enquanto componente fisiológica das emoções, é mediada pelo sistema nervoso central (SNC) e manifesta-se no sistema cardiovascular da mesma forma que o exercício físico: com taquicardia, aumento da tensão arterial e do consumo do oxigénio, alterações no débito cardíaco e na resistência periférica, aumento do fluxo sanguíneo nos músculos e diminuição do fluxo sanguíneo renal e esplénico.

Schneiduman (1987) citado por Matos (1995), descreveu a forma como o SNC estabelece a ligação entre o stress emocional e a aterogenese: a libertação de catecolaminas, particularmente a epinefrina, pode levar a lesão intima do endotélio das artérias coronárias, por meios hemodinâmicos e bioquímicos; quando o endotélio coronário é classificado, a libertação de ácidos gordos livres (medida pelas catecolaminas) acima de níveis requeridos pelas necessidades metabólicas, pode levar à agregação das plaquetas, à proliferação do músculo liso e ao depósito de lípidos na área da lesão (placa de ateroma). A actividade do SNC também pode contribuir para a aterogenese através do aumento de colesterol plasmático, mediados pela epinefrina.

Alguns autores, referem-se aos factores psicológicos, mais como factores de risco psicossociais, por terem a vantagem de salientar que as variáveis psicológicas se relacionam com o ambiente social. Para Matos (1995), citando Marnust (1988), este facto é importante, pois os comportamentos e as respostas do indivíduo ao ambiente relacionam-se provavelmente com o risco de doença, mas estão inseridos num contexto social. O autor referiu "que tenha conhecimento, não existe outro termo mais apropriado para referir as características psicológicas da pessoa, tais como traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos e os factores sócio ambientais tais como mudanças de vida".

É de extrema importância para a DC a susceptibilidade constitucional da pessoa, quer genética, quer adquirida. Tradicionalmente, um indivíduo do sexo masculino, de meia idade, com excesso de peso, hipertenso, diabético e com hipercolesterolémia, que seja fumador, que tenha hábitos alimentares inadequados e ainda um estilo de vida sedentário

terá mais probabilidades de desenvolver DC, do que outro que não possua estes determinantes biológicos.

Mas os factores psicossociais podem interagir com estas dimensões e contribuir para que ocorra DC. Por exemplo os acontecimentos de vida que sejam indutores de stress podem ajudar a perceber como pessoas predispostas para a DC desenvolvem acontecimentos clínicos de DC em determinadas alturas. Desta forma esses acontecimentos de vida são factores que ajudam a precipitar os episódios clínicos de doenças, pressupondo-se, por isso, interacção entre a dimensão biológica e psicológica do ser humano.

De que maneira os factores psicossociais podem influenciar a DC ?

Como já se viu a resposta de stress, induzida por acontecimentos de vida e influenciada por variáveis pessoais, poderá contribuir para a DC, através de determinados mecanismos psicofisiológicos.

Pensa-se que as emoções negativas, fortes e persistentes, podem ser uma das vias pela qual o stress psicológico pode conduzir à DC.

Matos (1995), salienta que outra importante via de ligação entre o stress psicológico e a DC, são as estratégias de coping (conceptualizada como respostas ás situações indutoras de stress). Estas podem contribuir para expor os indivíduos aos efeitos nocivos das emoções negativas e a comportamentos de risco que se relacionam com o estilo de vida. Ou, pelo contrário, podem proteger as pessoas desses mecanismos patogénicos. Se um indivíduo não utilizar estratégias de coping para lidar com emoções negativas, poderá ser uma vitima de uma activação fisiológica intensa e prolongada.

É muito importante considerar, para além dos efeitos imediatos dos acontecimentos de vida indutores de stress, os efeitos a longo prazo que a personalidade do indivíduo pode ter sobre o DC.

A personalidade da pessoa pode influenciar a adesão a comportamentos de risco (p. ex. - tabagismo e dieta inadequada), a apresentação de sintomas, a procura de cuidados médicos e a resposta ao tratamento. A forma como a pessoa vê o mundo e a si própria, o seu padrão típico de respostas emocionais e de coping, podem contribuir directamente para que tenha determinadas respostas fisiológicas.

Além disso, a personalidade e o stress podem influenciar e conduzir à DC, através de vários mecanismos de acção e de uma forma directa, chamado, "psicofisiológico" e de forma indirecta, denominado "cognitivo-comportamental".

Em resumo poderemos salientar a importância:

a) - dos efeitos biológicos, directos, do stress;

b) - das reacções comportamentais ao stress, mais ou menos involuntários (ex.- alterações do sono ou do apetite);

c) - das certas estratégias de coping prejudiciais para a saúde, que o indivíduo utiliza para atenuar as consequências emocionais negativas do stress (ex.- ingerir bebidas alcoólicas e fumar) que podem tornar-se hábitos e constituir factores de risco para vários tipos de doença.

d) - de comportamentos relacionados com a saúde, tais como a sensibilidade aos sintomas físicos da doença ou minimização da sua importância que podem levar ao atraso da procura de cuidados médicos e diminuir a adesão a regimes terapêuticos.

Nestes casos a doença pode ser vista como a consequência (mais ou menos evitável) de um processo que é iniciado e reforçado pelo próprio comportamento do indivíduo.

Por conseguinte, o stress será o factor de risco psicossocial mais importante no desencadeamento da DC. Será, portanto, importante tecer algumas considerações sobre o stress.

4 – IMPACTO DO INTERNAMENTO NAS UCICs

O internamento numa unidade de cuidados intensivos pode indicar uma ameaça à vida e ao bem estar de todos os que nele são admitidos. Por um lado os enfermeiros de cuidados intensivos sabem que a unidade é um local onde vidas em risco e frágeis são vigilantemente observadas, cuidadas e preservadas. Por outro, os utentes e suas famílias frequentemente percebem que o seu internamento, neste tipo de unidades, é como um sinal de morte iminente devido às suas próprias experiências prévias ou à de outros.

A área de cuidados intensivos está repleta de estímulos que provocam ansiedade. Os procedimentos invasivos estão entre os mais graves. Por vezes, os utentes podem mostrar maior interesse e preocupação com a variedade de equipamentos que os envolve, do que concentrar-se na ameaça à sua própria vida. Esta actividade pode permitir alguma negação necessária da realidade da crise, mas a própria preocupação pode drenar recursos energéticos necessários. A informação e a explicação dos aparelhos podem reduzir a ansiedade secundária e os cuidados de Enfermagem especializados podem tranquilizar os utentes quanto à sua segurança sem retirar e defesa da negação (Hudak, 1997).

A elevada tecnologia que constitui o esquema das UCICs, faz parte integrante das unidades tornando-se essencial, por vezes, ao tratamento dos utentes. Entretanto, pode também contribuir para o processo de desumanização que é possível ocorrer no ambiente deste tipo de unidades. A atenção dispensada aos aparelhos e ao equipamento pode fazer com que os utentes se sintam insignificantes e invisíveis por entre tubos, fios, máquinas e computadores.

Por outro lado o ambiente destas unidades leva a que os utentes se sintam numa espécie de prisão, não só porque se encontram "presos" (ligados) por tubos e fios aos aparelhos, impedindo muitas vezes os movimentos dos utentes, umas vezes por necessidade, outras por medo; mas também por necessidade de repouso absoluto muitas vezes imposta pela sua situação patológica, nos primeiros dias de internamento.

" O melhor conhecimento da fisiopatologia da doença coronária, o incremento das UCICs e os progressos feitos no campo da terapêutica médico-cirúrgica, conduziram ao

aumento da sobrevida dos doentes com enfarte do miocardio. No entanto, muitos desses doentes ficaram com problemas psicológicos e sociais, que podem ser mais graves que a própria doença". (Gonçalves 1994)

Os doentes internados nestas unidades, nomeadamente os doentes coronários, com angina instável e enfarte do miocardio em fase aguda, encontram-se perturbados, ansiosos e por vezes deprimidos, situações que podem ser agravadas pelas características próprias do tipo de internamento e pelo tipo de tratamento que é necessário instituir.

Para Thelan (1993) o ambiente físico da UCIC contribui para aumentar o stress sentido pelo doente. A privação do sono, a observação dos outros, a perda de privacidade, luzes brilhantes, ruídos não familiares cheiros desagradáveis e perda de contacto com os entes queridos são alguns dos factores que contribuem para o stress. A gestão e controle desses factores tornam-se funções importantes da Enfermagem.

Hudak (1997) diz que os utentes das unidades de cuidados intensivos actuais estão cercados por tecnologias avançada que, embora essencial para salvar vidas, pode criar um ambiente estranho e, até mesmo, ameaçador para eles.

Afirma ainda que vários factores além da doença, afectam os utentes nestes tipos de ambiente, razão pela qual são internados. Esses factores são:

. Estímulos sensoriais (privação, sobrecarga e o fenómeno hospitalar)

. Periodicidade.

. Sono

. Confusão aguda.

O amplo conceito de estímulos sensoriais lida com a estimulação dos cinco sentidos. Estes estímulos podem ser percebidos de forma qualitativa como agradáveis ou desagradáveis, desejáveis ou indesejáveis, aceitáveis ou inaceitáveis, confortantes ou dolorosos.

Além da qualidade de um estímulo, deve-se também considerar a quantidade. Assim, o excesso de um estímulo desejável pode tornar-se inaceitável. Numa unidade de cuidados intensivos, o excesso de estímulos indesejáveis, como o ruído excessivo e constante, luz intensa e hiperactividade, pode ser tão deturpante e inoportuno quanto a escassez de estímulos, como a escuridão, silêncio e inactividade.

Ao tentar controlar os estímulos ambientais na unidade de cuidados intensivos, o enfermeiro deve conhecer tanto o tipo como a quantidade dos estímulos sensoriais. Se os

estímulos sensoriais são diminuídos, o utente é exposto à privação sensorial, que pode causar acentuada desorganização das defesas psicológicas normais, se são excessivos, o fenómeno é indesejável ao ambiente, incluindo confusão e isolamento.

Privação Sensorial

A privação sensorial é um termo usado para identificar vários sintomas que ocorrem após uma redução da quantidade e ou da qualidade de estímulos sensoriais. Estes sintomas foram observados em adultos normais, após exposição por períodos variáveis à privação sensorial, e são:

. perda de percepção de tempo;

. tédio;

. presença de delírios, ilusões e alucinações;

. ansiedade e medo;

. agitação;

. depressão;

. qualquer tipo de comportamento ou sintoma presente em psicose.

Sobrecarga Sensorial

Alguns dos efeitos da sobrecarga sensorial no ser humano são a diminuição da audição após a exposição a elevados níveis de ruído. A tensão e a ansiedade aumentam quando expostos a ruídos continuo sem período de silêncio.

Estímulos excessivos no ambiente podem ser causa de importantes problemas nos doentes das UCIC. Por outro lado a quantidade e qualidade do ruído pode ser um factor significativo na recuperação do doente, dado que, elevados níveis de ruído podem aumentar a necessidade de medicação analgésica, e o "riso" alto da equipa pode aumentar ou causar ressentimentos no doente.

O Fenómeno Hospitalar

O ambiente hospitalar frequentemente priva os doentes de estímulos sensoriais normais enquanto os bombardeia com estímulos sensoriais estranhos contínuos que não se encontram no seu ambiente familiar. Esta combinação de privação sensorial e consequente sobrecarga sensorial é denominada **fenómeno hospitalar** (Janice Smith, citado por Hudak, 1997).

Os ruídos familiares e normais em casa (vozes conhecidas, latidos de cães, crianças a brincar, etc.) são substituídas pelos sons das UCIC que incluem vozes de estranhos; movimentos de grades dos leitos; ruídos de monitores cardíacos; sistemas alto-falantes chamando nomes estranhos; máquinas de aspiração e bombas infusoras; telefones constantemente a tocar; sussurros, risos e vozes disfarçadas que são acompanhadas por uma iluminação contínua; imagens estranhas de equipamentos com a sensação de estar preso a eles; medo e dor.

Estes ruídos e imagens anormais aumentam o stress do doente, e, por conseguinte, este ambiente deve ser controlado o máximo possível de forma a minimizar o stress por ele provocado.

Thelan (1923) diz que "os factores ambientais das unidades de cuidados intensivos podem ser assustadores para o doente e devem ser explicados logo que possível. Os monitores cardíacos, equipamento de oxigénio, acessos endovenosos e cateteres, os frequentes testes laboratoriais e o controle de sinais vitais podem causar ao doente uma ansiedade desnecessária, a menos que compreenda o seu objectivo e funcionamento. Deve-se explicar sucintamente a razão de ser dos procedimentos bem como as sensações ou desconfortos associados. Como esta informação pode não ser fixada deve ser repetida várias vezes; ajudando, assim, a diminuir a ansiedade e no momento dá uma sensação de controle dos acontecimentos."

É importante que o enfermeiro se lembre que toda a experiência em cuidados intensivos, embora rotineira para o pessoal, é assustadora para o utente e que este pode estar a confrontar-se, pela primeira vez, com a sua mortalidade.

Outro dos aspectos que podem afectar os doentes nas UCIC são as alterações aos padrões de sono periodicidade .

"Sendo o sono parte essencial no ciclo de 24 horas e dentro do qual os organismos humanos devem funcionar, é também importante para o bem estar físico e mental, tendo este o objectivo de evitar a exaustão fisiológica e psicológica e/ou doença (a ausência de sono prolonga o tempo necessário para a recuperação de uma doença)"(Hudak,1997).

Refere ainda este autor que há vários efeitos adversos em pessoas privadas de sono. Estes efeitos incluem a irritabilidade, ansiedade, exaustão física e fadiga. Mesmo a dificuldade respiratória está associada à interrupção do sono, ocorrendo períodos de apneia e hipopneia em idades avançadas e doenças agudas.

Outro conceito a reter nas UCIC diz respeito à periodicidade ou ritmo circadiano, relógio biológico,etc..

Janice Smith citado por Hudak (1997) diz que a interrupção destes ritmos pode causar desvios do padrão ou interrupção de vida. Vários dos processos bioquímicos e biológicos do corpo humano possuem ritmos, com picos de funções ou actividades que ocorrem em padrões compatíveis com o ciclo diário. Por exemplo, devem ser esperadas variações normais da quantidade do débito urinário, porque os rins possuem o seu próprio ritmo peculiar exigido pelos padrões de sono e actividade, sendo este responsável por uma diminuição normal da quantidade de urina durante a noite.

A equipa de saúde pode determinar a posologia dos medicamentos, os períodos de sono, os procedimentos stressantes, baseando isso no conhecimento dos ritmos circadianos, evitando assim, o stress adicional sobre as partes mais vulneráveis do ciclo e capitalizando sobre as partes mais fortes do ciclo.

Ao estabelecer-mos um plano devemos ter em conta todos os estágios de sono do doente. Por exemplo; a necessidade de avaliar os sinais vitais em cada uma ou duas horas deve ser avaliada (posta em causa), contra o dano causado no organismo humano quando privado de sono.

Todas as nossas atitudes perturbadoras e geradoras de ruído devem ser repensadas tendo em conta os danos que podemos provocar no utente ao interrompermos o seu repouso normal.

Outra das alterações que pode ocorrer aos doentes internados nas UCIC refere-se ao desenvolvimento de um processo de confusão e delírio. Todos os doentes internados nestas unidades, não só devido à sua patologia, mas também ao ambiente que os rodeia correm o risco de desenvolver confusão aguda.

A confusão aguda é uma condição comum observada em todas as idades, mas à qual as pessoas idosas são particularmente propensas. Tem um inicio rápido e geralmente é reversível, diferenciando-se das demências, que se desenvolvem lentamente e são irreversível (Hudak, 1997).

Um estado de confusão aguda afecta as funções cognitivas, a atenção e o ciclo sono-vigilia e podem ocorrer os seguintes sintomas:

Distúrbios cognitivos

- Comprometimento da percepção, da memória e do raciocínio

O comportamento inclui:

. desorientação em relação ao tempo e ao espaço;

. confusão entre pessoas conhecidas e pessoas desconhecidas;

. comprometimento da memória;

. delírios.

Ciclo sono-vigilia anormal

- Distúrbios da atenção, da vigilância e dispersão do sono

O comportamento inclui:

. insónia;

. sonhos nocturnos vividos;

. agitação quando escurece ("síndroma do ocaso")

. redução do tempo de atenção;

. definição ou excesso de vigilância;

. consciência flutuante entre a sonolência e a lucidez.

Distúrbios do comportamento psicomotor

- Geralmente inespecíficos

O comportamento inclui:

. divagação;

. flutuação entre a agitação intensa e a sonolência

. comportamento combativo, geralmente devido ao medo.

(Janice smith citada por Hudak 1997)

Como facilmente se poderá depreender, vários destes sintomas podem ser evitados se proporcionar-mos aos utentes um bom sistema de acolhimento e integração no ambiente das UCICs elucidando-o sobre tudo o que o rodeia, os ruídos estranhos e em consequência sobre a sua própria patologia.

Como nos diz Dennerley (1991) " a natureza da Enfermagem em cuidados intensivos é composta por muitos aspectos: conforto, manifestação de cuidado e contacto humano, comunicação, competência técnica, experiência; sendo no entanto significativamente influenciada por vários factores: ambiente, organização de trabalho e recursos disponíveis".

Como se depreende, a comunicação é uma parte importante em todas as áreas de Enfermagem, revestindo-se esta, dentro das UCICs, como elemento crucial na diminuição da angústia, ansiedade e dor experimentadas pelos utentes.

"Seja o que for que o futuro reserve, na assistência, a natureza da Enfermagem em cuidados intensivos deve ter em mente a capacidade para transformar o aterrador e frustrante mundo das UCICs num lugar de esperança, compreensão e amor" (Dennerly, 1991)

Afirma Patrícia Benner citada por Meyer (1995), "as UCIC, devem funcionar mais para ir ao encontro das necessidades do doente, do que para prestar cuidados segundo directrizes e rotinas institucionais e impessoais".

Transferindo o ênfase do que é melhor para o hospital para o que é melhor para o doente, serão levados pelo interesse de menores custos devido a melhores resultados.

Realça ainda que trabalhar para estas mudanças é manter o édito de Nightingale" de proporcionar ao doente o melhor ambiente para a cura. Insiste que, á medida que se

aproxima o novo milénio os enfermeiros têm que tomar posição para que se trate os doentes mais como pessoas do que como objectos de intervenção, acrescentando ser este o futuro dos Cuidados Intensivos.

5 - STRESS E PERSONALIDADE

Todos nós. Ocasionalmente, experimentamos situações de stress. O ritmo rápido da sociedade actual cria stress para muitos de nós. Somos pressionados constantemente para realizarmos cada vez mais, num tempo cada vez menor. A poluição do ar, sonora, os congestionamentos do trânsito, o crime e a excessiva carga de trabalho estão cada vez mais presentes nas nossas vidas quotidianas. Por último, enfrentamos ocasionalmente eventos stressantes importantes, tais como a morte de alguém querido ou um desastre natural.

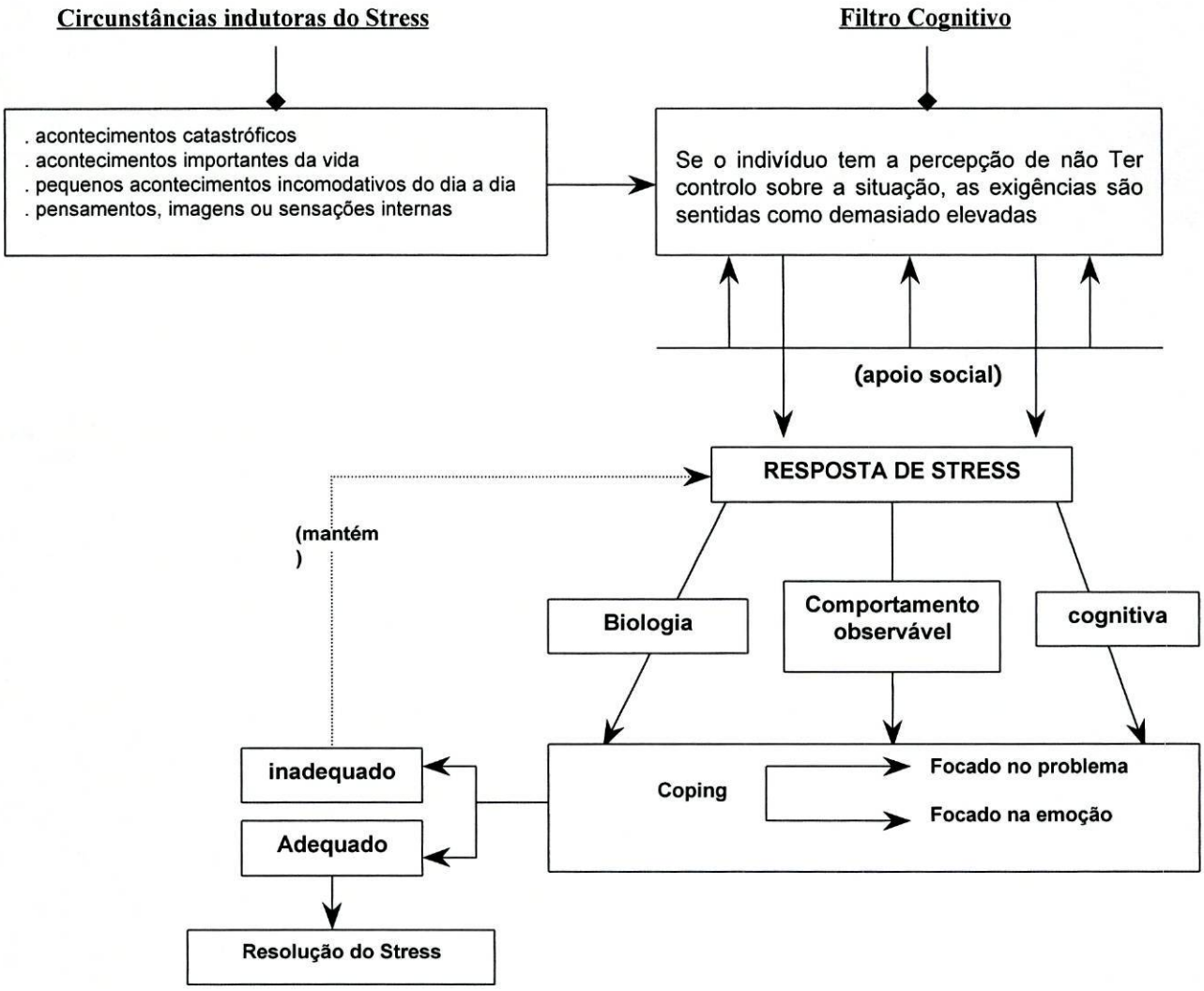
A exposição ao stress pode levar a emoções dolorosas, como por exemplo a ansiedade e a depressão. Contudo as reacções das pessoas a esses eventos stressantes diferem amplamente. Algumas pessoas, frente a esses eventos, desenvolvem sérios problemas físicos e psicológicos, enquanto outras além de não desenvolverem esses problemas podem até considerar o evento desafiador e interessante.

O stress tornou-se um tópico popular. Os meios de comunicação frequentemente atribuem um comportamento incomum ou a doença nalgumas pessoas ao esgotamento por stress ou colapso nervoso resultante do stress.

Em termos gerais o stress ocorre quando as pessoas enfrentam eventos stressantes que percebem como perigosos para o seu bem-estar físico ou psicológico. As pessoas elaboram respostas ao stress através de estratégias de coping, ou seja, estratégias para lidar com o stress.

Vaz Serra (1992), desenvolveu um modelo descritivo de stress, que representa uma síntese clara e actual do processo de stress e coping. (Fig. nº. 1)

Figura nº. 1 - Modelo descritivo de stress de Vaz Serra



Fonte - Trabalho apresentado em 11/05/1992, em Praga, durante o Workshop sobre Stress Manegement in the community settings

Segundo este modelo, para haver stress tem que existir circunstâncias desencadeadoras a que o indivíduo seja sensível.

As circunstâncias indutoras de stress podem ser acontecimentos internos (pensamentos, imagens ou sensações internas) ou externas (acontecimentos catastróficos, acontecimentos importantes da vida, etc.)

Estes acontecimentos são avaliados pelo "filtro cognitivo" do indivíduo que lhe dá a percepção de ter ou não controlo sobre a situação. Se o indivíduo sente que não tem controlo sobre a situação, as exigências que esta coloca são considerados superiores aos recursos disponíveis do indivíduo e então este entra em stress.

A intensidade do stress pode ser atenuada se o indivíduo tiver acesso a apoio social, o qual deve estar disponível e ser considerado suficiente.

O stress desencadeia uma resposta tripla no indivíduo: de natureza biológica, cognitiva e de comportamento observável.

Habitualmente, o stress acompanha-se de emoções negativas, que variam em função da situação com que o indivíduo se confronta. As emoções têm uma componente motivacional: nalguns casos inibem as pessoas; noutros incentivam-na a agir.

As estratégias de lidar com o stress, designadas por coping podem ser orientadas para o problema ou para e emoção. As segundas são usadas quando a pessoa sente que nada pode fazer em relação ao problema.

As estratégias de coping utilizadas podem ser adequadas ou inadequadas, no primeiro caso, o indivíduo deixa de estar em stress". No segundo, a condição de stress mantém-se.

Stoyva e Carlson (1993) citado por Matos (1995), salientam que o stress é um fenómeno multidimensional que se refere sobretudo à discrepância entre o desafio ou a ameaça e os recursos do coping psicológico e físico, que o indivíduo julga que tem disponíveis, a qual inicia um padrão coordenado de respostas fisiológicas, comportamentais e psicológicas.

A mesma autora refere que existem três tipos de teorias do stress, de acordo com a própria definição que é dada no conceito: umas têm como campo de estudo as variáveis

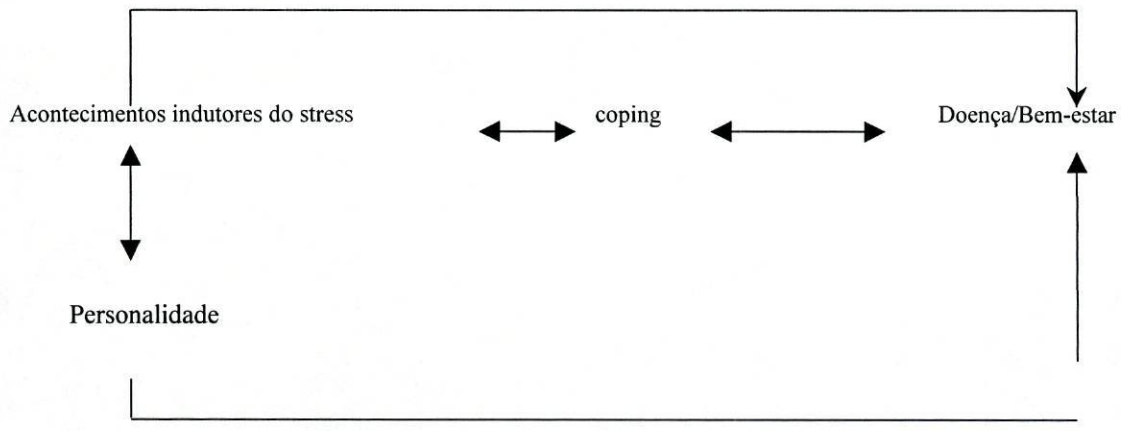
estímulo, outras debruçam-se sobre as variáveis resposta e as outras são inter-racionais ou transaccionais.

As primeiras pretendem estudar o stress ambiental cumulativo, pressupondo que aqueles aspectos do ambiente que aumentam as exigências sobre o indivíduo ou o desorganizam, induzem-lhe stress. Para as segundas, é a resposta do indivíduo aos acontecimentos do ambiente (ex. - estados emocionais negativos) que define a presença e stress. As teorias interaccionais salientam a importância das características da pessoa, como mediadora principal entre os estímulos ambientais e as respostas.

Cooper e Baglioni (1988), citado por Matos (1995), desenvolveram um modelo empírico, considerando quatro parâmetros principais que costumam ser incluídos ma maior parte dos paradigmas do stress (os acontecimentos indutores de stress, a personalidade, o coping e a doença/bem estar) e três modelos que representam as principais teorias implícitas e explícitas (modelo interacção da pena e duas variantes do mesmo).

O objectivo da apresentação destas teorias prende-se com a relação que poderá ter o stress com a doença física.

Figura nº. 2 - Modelo de interacção da pessoa X do Stress

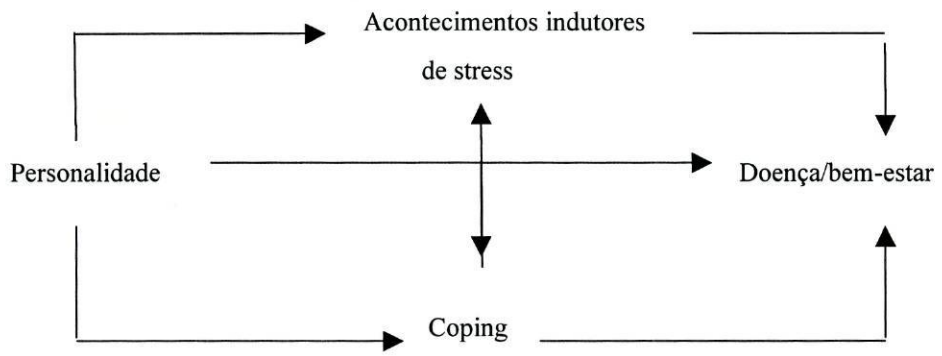


Fonte: Matos, Factores psicológicos da doença coronária. Tese de Doutoramento, Coimbra, 1995

O modelo da interacção (figura nº. 2) sugere que as características da personalidade e os acontecimentos indutores de stress estão correlacionados e, em conjunto, influenciam as estratégias do coping (cognitivas e comportamentais) escolhidas

pelo indivíduo. A personalidade, os acontecimentos indutores de stress e o coping influenciam directamente a doença/bem-estar.

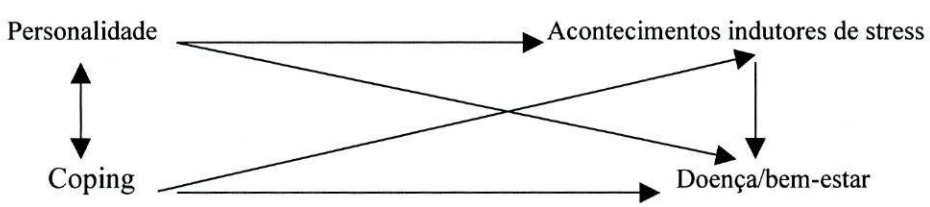
Figura nº. 3 - Variante 1 do modelo interacção



Fonte: Matos, Factores psicológicos da doença coronária. Tese de Doutoramento, Coimbra, 1995

No modelo da figura nº. 3, as características da personalidade do indivíduo influenciam não só a percepção que tem do seu ambiente, mas também as estratégias de coping que utiliza; os acontecimentos indutores do stress influenciam directamente a doença/bem-estar e o coping, por sua vez tem também uma influência directa na saúde.

Figura nº.4 - Variante 2 do modelo interacção



Fonte: Matos, Factores psicológicos da doença coronária. Tese de Doutoramento, Coimbra, 1995

No modelo da figura nº. 4, o coping e a personalidade do indivíduo interrelacionam-se e são antecedentes dos acontecimentos indutores de stress, ou seja, a personalidade e o coping influem a forma como a pessoa percepciona o ambiente e têm também uma influência directa na saúde do indivíduo.

Pensamos que estes modelos podem incluir também a doença física e não se restringir só aos acontecimentos de vida profissionais. Julga-se que o sistema dinâmico de interacção que se estabelece entre estes componentes é ainda mais complexo, incluindo influências bidireccionais. Assim, por exemplo, uma doença grave pode influenciar os acontecimentos indutores de stress, o coping e até, embora mais dificilmente, a personalidade.

O stress é uma resultante do processo interactivo entre indivíduo e o meio.

Não se poderá predizer exactamente o impacto que um determinado meio exerce sobre o indivíduo sem saber o significado que esse meio tem para ele, assim, o efeito do factor de stress dependerá mais das variáveis mediadoras que pertencem ao indivíduo que do próprio factor em si mesmo.

Para Leal (1998), factor de stress ou agente de stress é tudo o que provoca no organismo o síndroma geral de adaptação. Esses factores poderão ser de natureza física, psico-emocional e biológica.

Torna-se importante conhecer alguns dos sinais mais comuns de stress e identificar-lhes as causas.

De acordo com os diversos autores podem apontar-se como causas de stress: as falhas de memória, o aumento do número e da frequência de erros na realização das tarefas, uma certa desorganização do pensamento, uma mais frequente sensação de cansaço, irritabilidade e alterações de humor, aumento do desejo de fumar e do consumo de aditivos, alterações do apetite e o aumento da vontade de faltar ao trabalho e de mudar de profissão.

Dentro dos factores psico-emocionais mais ligados ao stress, referem-se a frustração, a insatisfação, o tédio, o medo, o esgotamento por cansaço, todos os factores que nos trazem contrariedade e coacção, algumas emoções intensas e agradáveis ou desagradáveis, o fracasso ou o êxito brusco, a insegurança no emprego, a insatisfação profissional, o mau relacionamento com colegas, os problemas afectivos ou conjugais (como o divórcio), as mudanças constantes de ambiente (profissionais ou domiciliares), as alterações na qualidade e quantidade de sono (insónias, pesadelos), a doença e a morte.

Os factores físicos que estão quase sempre correlacionados com o stress são sobretudo a doença física, o esgotamento físico, o desequilíbrio do ritmo biológico

(trabalho por turnos), ambientes térmicos desajustados, mudanças climatéricas frequentes, fraca ventilação e o ruído.

Os factores biológicos como, por exemplo, os alimentos que suscitam uma reacção biológica excessiva, destinada a corrigir o desequilibro biológico e metabólico provocado pela composição e qualidade dos alimentos, são importantes factores de stress.

Tanto a sub alimentação como a super alimentação são altamente nocivas. O déficit proteico mineral e vitamínico, assim como o excesso de açúcar, de gorduras, de sal, de café, de tabaco e de álcool conduzem a valores de desequilíbrios.

CARACTERÍSTICAS DA PERSONALIDADE

No conceito da personalidade, com referência à identidade de uma pessoa e às suas diferenças em relação aos outros estão incluídas todas as características do indivíduo, a sua expressão emocional, os seus interesses, valores e crenças e também as suas actividades imaginativas e criativas.

De acordo com a forma de reagir ao stress, foram descritas, por vários autores, três tipos de personalidade.

Leal (1998) cita Chesney e Roserman (1983), refere a personalidade tipo A, que se caracteriza pela extroversão, competição, agressividade, sentido de urgência em fazer as coisas, impaciência, hostilidade, insatisfação consigo próprio.

Este tipo de personalidade relaciona-se com a baixa capacidade de adaptação, inadequados hábitos alimentares, baixa capacidade de auto controle e tendência neurótica.

Segundo o mesmo autor, citando Bensabat (1987), é praticamente consensual que os indivíduos com personalidade tipo A têm um risco acrescido de sofrerem doenças cardiovasculares. Algumas estatísticas americanas mostram que 90% dos EM têm este tipo de personalidade.

O risco de doença cardiovascular é duas vezes superior em relação à personalidade tipo B e o risco de recidiva de enfarte é de 28% no tipo A e de 10% no tipo B.

O colesterol também está frequentemente elevado no tipo A, assim como a hipertensão, a diabetes, a obesidade, o tabagismo e o maior consumo de aditivos.

A personalidade tipo B, caracteriza-se por uma menor extroversão, menor agressividade, menor competitividade e menor urgência em fazer as coisas comparativamente à personalidade tipo A. Os indivíduos com personalidade tipo B dominam melhor o stress, têm um carácter mais optimista e maior auto controle e têm menor possibilidade de sofrer de doenças relacionadas com o stress, particularmente as cardiovasculares. Alguns autores referem que ter personalidade tipo B tem um valor preditivo negativo em relação às doenças cardiovasculares.

A personalidade tipo C caracteriza-se essencialmente pela introversão e obsessão pelo que os indivíduos com este tipo de personalidade interiorizam as suas reacções de stress.

Para Eysenk (1973), citado por Matos (1995), a personalidade é uma organização mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, parte inter-electiva e física do indivíduo que permite o seu ajustamento único no ambiente que o rodeia.

O autor define ainda tipo e traço: tipo é um grupo de traços correlacionados do comportamento ou tendências para a acção.

Deve haver, no entanto, uma distinção entre traços de personalidade e estado de personalidade.

Assim, quando se atribui adjectivos ao comportamento humano como: falador, pragmático, ansioso, contundente, ambicioso, sociável, reservado, etc., poderemos referir características permanentes, ou seja, padrões duradoiros do indivíduo que são exibidos numa larga gama de contextos pessoais e sociais e neste caso, terão o carácter de traços de personalidade; se por outro lado, com estes atributos pretendemos referir flutuações temporárias no seu comportamento, trata-se então de estados de personalidade.

As teorias da personalidade tendem a preocupar-se com o estudo das características estáveis do ser humano, isto é, procura estudar mais os traços do que os estados, pois são aqueles que melhor definem ou caracterizam o indivíduo.

Atkinson et al (1995), define traços como blocos básicos de construção da organização psicológica, servindo para integrarem o que de outro modo seriam estímulos e respostas não-similares.

Eysenk (1973) citado por Matos (1995), desenvolveu ainda um modelo estrutural da personalidade, segundo duas dimensões principais: as dimensões neuroticismo / estabilidade-instabilidade e extroversão/introversão. A primeira é frequentemente designada por neuroticismo e a segunda por extroversão. É, no entanto, de um modo geral aceite que para a formação da personalidade, concorrem dois tipos de determinantes designados por genético-fisiológico e sociocultural.

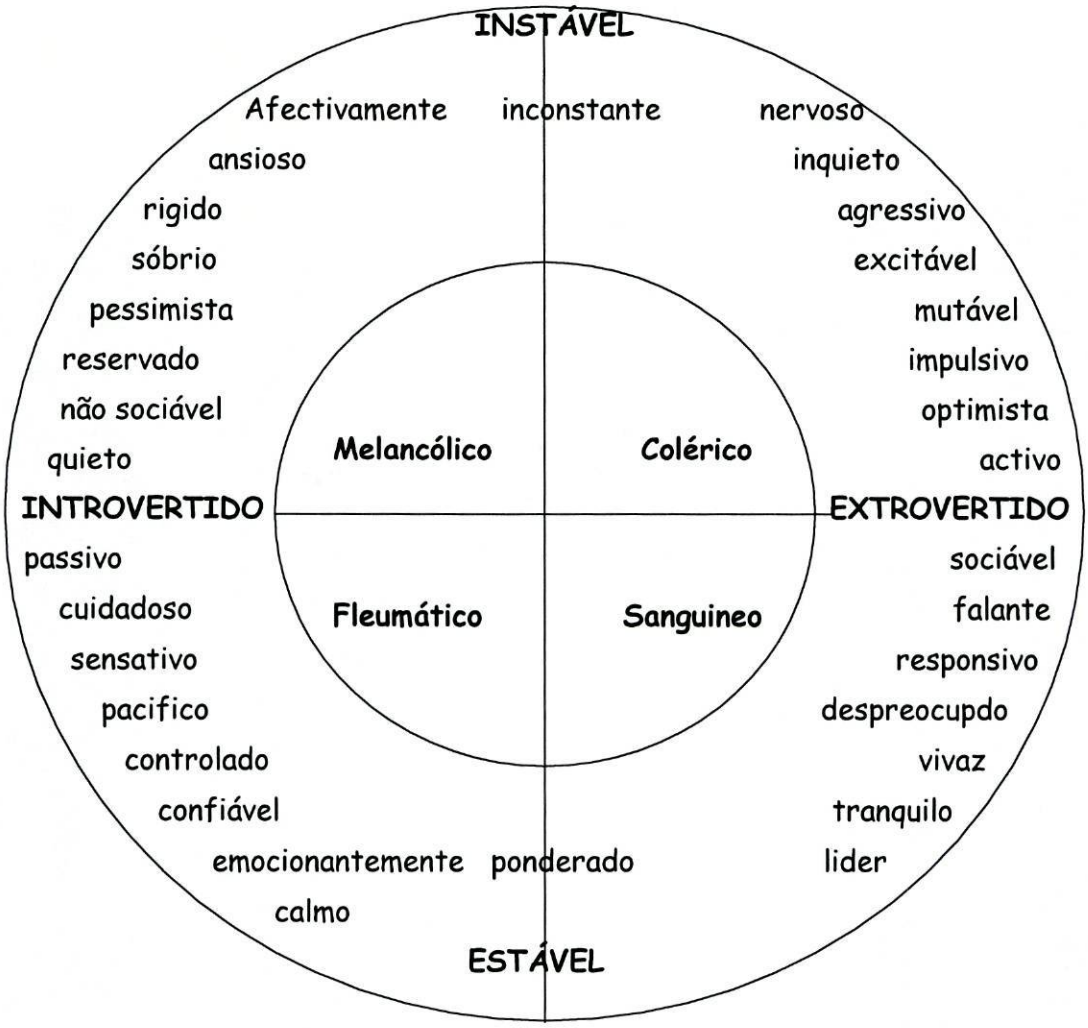
Assim no que diz respeito à estrutura genético-fisiológica, a dimensão neuroticismo/estabilidade está relacionada com o sistema de feedback que se estabelece entre o sistema límbido e o sistema reticular activador do sistema nervoso central responsável pela estabilidade/instabilidade emocional.

A dimensão extroversão/introversão relaciona-se com outro sistema de feedback entre o sistema reticular activador e as áreas corticais, que regula a activação cortical e os processos de tratamento de informações.

A introversão/extroversão refere-se ao grau em que a orientação básica da pessoa está voltada para si mesma ou para fora, para o mundo exterior. No extremo de introversão, da escala, estão indivíduos tímidos que preferem trabalhar sozinhos; tendem a retrair-se para dentro de si mesmos, particularmente em momentos de stress ou conflito emocional. No extremo da extroversão estão os indivíduos sociáveis, que preferem ocupações que lhe permitam trabalhar com outras pessoas; em momentos de stress eles procuram companhia. O neuroticismo ou instabilidade-estabilidade é uma dimensão da emocionalidade, com indivíduos temperamentais, ansiosos e mal adaptados, no extremo neurótico instável; e indivíduos calmos, bem ajustados no outro extremo.

Na figura seguinte estas duas dimensões combinam-se para organizarem diversos subtraços que estão correlacionados com os factores. O eixo estável-instável define o factor neuroticismo; o eixo introvertido-extrovertido define o factor da extroversão. Os outros termos do anel externo indicam onde os outros traços são colocados em relação a esses dois factores. O anel interno mostra como os "quatro temperamentos" de Hipócrates poderiam corresponder ao sistema mais contemporâneo (Eysenck).

Figura nº. 5 - Dimensões da personalidade



Fonte - Atkinson, Leslie - Fundamentos de Enfermagem

Vaz Serra (1972) citado por Matos (1995) citou as seguintes descrições do tipo de personalidades desenvolvidas por Eysenck:

"O tipo extrovertido é sociável, gosta de festas, tem muitos amigos, necessita de ter pessoas com quem falar e não gosta de ler ou estudar por ele mesmo. Aprecia situações excitantes, como riscos, actua segundo o estimulo do momento e é, regra geral, um indivíduo impulsivo.

Gosta de anedotas práticas, tem sempre uma resposta pronta e, geralmente, aprecia mudanças; é livre de cuidados despreocupado, optimista e gosta de rir e ser feliz. Prefere movimento e realizações, tende a ser agressivo e perde facilmente o auto-domínio; os seus sentimentos não se mantêm sob controlo rígido e nem sempre é pessoa de confiança.

Em contraste, o tipo introvertido é um indivíduo retraído e sossegado, introspectivo, mais amigo dos livros do que das pessoas; mostra-se habitualmente reservado e reticente, excepto com os amigos íntimos. Estabelece adiantadamente planos para o futuro, olha antes de saltar e não confia no impulso do momento. Não gosta de excitação, toma os acontecimentos da vida diária com a devida seriedade e prefere levar um forma ordenada de vida. Mantém os seus sentimentos sob controle estrito, raramente se comporta de forma agressiva e não perde o seu domínio com facilidade. É de confiança, um pouco pessimista e dá grande valor aos padrões éticos.

Wilson,1976 citado por Matos (1995) descreveu a dimensão neuroticismo / estabilidade emocional da seguinte maneira: "as pessoas com elevado grau de neuroticismo têm tendência para serem nervosas, ansiosas, de humor variável, susceptíveis, agitadas, excitáveis, e muitas vezes emocionalmente instáveis em contraste com as pessoas estáveis, que são geralmente serenas, sempre com a mesma disposição, calmos e em quem se pode confiar".

Assim, a dimensão neuroticismo/estabilidade, traduz particularmente a instabilidade emocional em que o neuroticismo constitui a tendência inata de certos indivíduos, para responder com o seu sistema nervoso autónomo mais intenso e

rapidamente do que outros, a estímulos fortes, dolorosos e súbitos, incidindo sobre os órgãos dos sentidos.

Eysenk desenvolveu uma teoria fisiológica segundo a qual, devido a diferenças biológicas inatas, os indivíduos com neuroticismo elevado apresentam uma maior actividade do sistema nervoso autónomo do que de neuroticismo baixo e os introvertidos são mais activados corticalmente, apresentando, por isso, limiares mais baixos de respostas à estimulação sensorial, enquanto que nos extrovertidos predomina a inibição.

De acordo com esta teoria, a activação excessiva dos introvertidos leva-os a ter comportamentos mais comedidos, reprimidos e inibidos e a procurar situações sociais não activadoras, num esforço para reduzir a estimulação extrema. Pelo contrário, a activação mais baixa dos extrovertidos leva-os a emitir comportamentos mais impulsivos e a procurar situações sociais que sejam activadoras, para aumentar a estimulação externa.

O mesmo autor ao referir-se a uma revisão de estudo sobre as emoções mostra a existência de dois factores : emoção negativa e emoção positiva, e conclui: "qualquer tentativa para relacionar as diferenças individuais na susceptibilidade ao stress com a personalidade devem basear-se nas duas grandes dimensões da personalidade: extroversão e neuroticismo ou ansiedade. Estas duas dimensões têm um estatuto especial, não só devido à sua proeminência na maior parte dos estudos de análise factorial, mas também porque são fortemente predicativas de níveis de emoção positiva e negativa, respectivamente. É surpreendente que a maior parte da investigação nesta área se foque na dimensão ansiedade ou neuroticismo, porque ela parece estar mais directamente associada com a susceptibilidade ao stress".

O neuroticismo e a extroversão nos doentes coronários

Duma forma geral, os autores têm mencionado que em algumas investigações encontram associações positivas do neuroticismo com a angina de peito (AP). Contudo, a existência de uma relação entre esta dimensão da personalidade e os outros quadros clínicos da DC é mais controversa. Salientam ainda que os estudos mostram que o neuroticismo parece associar-se mais com uma tendência para referir sintomas, por exemplo queixas de dor tipo angor , do que com a DC real (ou seja, diagnosticada através de exames clínicos), não querendo dizer com isso, que existe uma relação de causa efeito.

Pensa-se que nesta área de investigação, o facto de se terem utilizado medidas diferentes de neuroticismo (p. ex., medidas de ansiedade, depressão, etc.) podem ter contribuído para a discrepância dos resultados obtidos.

Quanto à dimensão da extroversão, os autores salientam que tem sido pouco estudada e que não existem resultados conclusivos, apontando ainda diversas fragilidades nos estudos de selecção entre a personalidade e a doença:

- poucas investigações são prospectivas;
- os estudos retrospectivos são susceptíveis de erros de memória;
- nos estudos transversais ou resultados podem ser influenciados pelo conhecimento que a própria pessoa tem que estar doente.

Sugerem ainda que o neuroticismo deve ser medido e controlado na investigações que estudam os factores psicológicos na doença física e que devem ser estudados outros aspectos da personalidade, tais como: o coping e a auto-estima.

De entre alguma conclusão da relação entre as dimensões da personalidade, neuroticismo é extroversão e a DC salienta alguns autores que são referenciados por Matos (1995):

Siltaneu (1979):

a) - o neuroticismo, a ansiedade, a depressão, as perturbações do sono, a somatização e a exaustão geral associam-se com a DC, mas mais com a AP do que com o EM;

b) - existem investigações que sugerem a existência duma correlação positiva entre a esclerose das artérias coronárias e a ansiedade e a depressão;

Eaker (1988) diz que os estudos transversais, embora apresentando problemas metodológicos, indicaram que as características da personalidade (especialmente a ansiedade e o neuroticismo) se relacionam com a DC, particularmente com AP e a EM e a hipertensão.

Os estudos prospectivos com populações saudáveis não confirmaram a existência duma relação entre a personalidade e o EM, a morte súbita ou a hipertensão, mas revelam uma relação positiva entre certas variáveis da personalidade a AP (não sendo claro, no

entanto, se as avaliações da AP correspondem à verdadeira DC ou a uma propensão para referir sintomas).

Frirdman (1987) refere que existe uma tendência muito ligeira para uma maior extroversão estar associada à DC em geral, mas quando estudamos separadamente o EM e a AP, os resultados não se revelaram significativos.

Rimé e Bonami (1973) através de estudos retrospectivos comparativos referem que: os doentes coronários são mais extrovertidos, enquanto que as hipertensos são mais introvertidos; estes dois grupos não se destinguiram no neuroticismo:

Os doentes coronários, comparativamente com os doentes com fracturas, apresentam valores superiores de neuroticismo, de ansiedade e de introversão.

Costa et al (1985) conclui que o neuroticismo não se relaciona significativamente com a DC, mas correlaciona-se com algumas variáveis da dor pré-cordial, ou seja, o neuroticismo parece influenciar a apresentação de dores no peito mas não prediz a verdadeira DC.

Costa (1987), através de estudos prospectivos, concluiu que não se comprovou que a instabilidade emocional ou as queixas somáticas fossem preditivas da DC, mas eram preditivas de diagnóstico de AC em indivíduos que não mostravam outros sinais de D.

O neuroticismo relaciona-se com queixas anginosas, mas não com os sinais objectivos ou evidência patofisiológica da DC.

O Freuch–Belgian cooperative Groupe (1982) estudou a relação entre o neuroticismo e a prevalência e a incidência da DC nos homens de meia idade, em dois grupos tendo chegado às seguintes conclusões: no estudo da prevalência, verificou-se que o neuroticismo era mais elevado nos indivíduos com DC do que nos que não tinham esta doença; no entanto, quando se consideravam somente os indivíduos que apresentavam modificações electocardiográficas, sem terem outro qualquer sintoma, o neuroticismo deixou de apresentar diferenças significativas nos dois grupos.

No estudo da incidência, não se encontraram diferenças significativas no neuroticismo entre os indivíduos que sofrem acontecimentos clínicos graves e os que permanecem livres de DC, sendo o neuroticismo mais elevados nos homens que sofrem AP.

Uma análise multivariada mostrou que o neuroticismo se associava fortemente com a incidência da AP, independente das outros factores de risco (idade, hipertensão, colesterol , tabagismo, etc.).

Destas investigações, retrospectivas e prospectivas, poderemos concluir que, duma forma geral, o neuroticismo relaciona-se mais com as queixas da DC (ou seja da AP) do que com a verdadeira DC, documentada por registos objectivos que avaliam a gravidade da doença.

6 - ANSIEDADE

A resposta mais comum a um factor de stress é a ansiedade, podendo ser considerada como uma reacção psicológica ao stress.

A ansiedade como conceito, tem sido um termo muito utilizado e motivo de interpretações diferentes. Para uns, ela é um aspecto importante na existência e desenvolvimento da vida humana e funciona como um processo normal, para outros ela é a angústia estruturante e faz parte da maturação e desenvolvimento do indivíduo.

Por ansiedade, queremos dar a entender a emoção desagradável caracterizada por termos como: preocupação, apreensão, tensão e medo que todos nós sentimos ocasionalmente em variados graus.

Na gíria corrente utiliza-se o termo ansiedade com os mais variados pontos de vista.

Assim, ouvimos indivíduos referir que estão ansiosos quando estão para apresentar um discurso ou uma sessão em público; outros estão ansiosos porque têm que enfrentar mais um dia dos transportes públicos; há pessoas que ficam ansiosas e mudam de passeio para não cruzarem com alguém que estão de relações cortadas; outros ficam ansiosos e angustiados quando se sentem desamparados nos hospitais, devido não só à sua situação de doente, mas também porque são "atropelados" por uma série de actos e aparelhagem que eles desconhecem, etc.

Atksinson (1989) refere que as pessoas que passam por eventos além da faixa de experiências normais de sofrimento humano (por exemplo desastres naturais, estrupo, sequestro) às vezes desenvolvem um conjunto severo de sintomas relacionados com a ansiedade, conhecido como transtorno de stress pós-traumático. Os principais sintomas incluem:

a) - a sensação de torpor em relação ao mundo, com uma falta de interesse pelas actividades anteriores e um senso de alienação quanto aos outros;

b) - revivência do trauma repetidamente, em recordações e sonhos;

c) - perturbações do sono, dificuldade para a concentração e hiper- vigilância;

O transtorno do stress pós-traumático pode desenvolver-se ime-diatamente após o incidente , ou pode ser trazido à superfície por algum stress menor, semanas, meses ou até mesmo anos depois, e pode durar por muito tempo.

Embora não podendo afirmar com clareza para um indivíduo acometido por uma doença coronária pela primeira vez, necessitando de internamento numa UCIC,(unidade altamente constrangedora devido a alta tecnologia e maquinaria que rodeia o doente); vendo-se na contingência de muitas vezes ter que alterar os seus padrões de vida familiar, social e profissional; serão talvez factores preponderantes que, no seu conjunto, poderão tornar-se como eventos que provocam os transtornos ansioso de stress pós-traumático.

Por conseguinte, a ansiedade como resposta psicológica ao stress poderá ser não só causa da DC como também , neste caso, uma consequência não só da doença, mas também do internamento que essa doença necessita.

A ansiedade é a mais universal de todas as emoções humanas e é experimentada por todas as pessoas, nalgum momento, durante as suas vidas. Apesar da sua natureza totalmente abrangente, entretanto, a ansiedade não pode ser observada directamente, no entanto, a sua presença pode ser inferida apenas pelo comportamento.

A ansiedade é, simultaneamente, uma adaptação e um stress. Funciona como adaptação no sentido em que é uma resposta a um desequilíbrio do sistema e, inicialmente, reduz o nível da tensão, obscurecendo a natureza do stress.

Também serve como stressor o sentido em que, diferente de qualquer outra emoção, é percebida como negativa. Assim, a sua presença lança o sistema num estado de tensão. Uma vez que ansiedade é sempre percebida como negativa, o sistema emprega uma variedade de mecanismos para lidar com ela e que são, eles mesmos, adaptações.

Taylor (1992) refere-se à ansiedade como um senso vago de catástrofe iminente, uma apreensão ou sentimento de pavor que aparentemente não tem base na realidade.

A mesma autora considera que a ansiedade apresenta algumas características específicas:

- é a única emoção que é sempre percebida como negativa

- possui uma extrema comunicabilidade, em que é transmitida com uma incrível rapidez de um indivíduo para outro, frequentemente abaixo do nível de percepção consciente.

- quando uma pessoa experimenta a ansiedade, não consegue distingui-la do medo, estado emocional que ocorre como resposta a uma ameaça ambiental que pode ser identificada especialmente.

- a ansiedade ocorre em graus variados . Quando o nível de ansiedade é extremamente alto, o indivíduo pode ser incapaz de agir, ou pode reagir com um comportamento incomum ou aparentemente irracional chamado estado de pânico.

A maioria dos estudiosos acredita que a ansiedade ocorre mais frequentemente como uma adaptação à integridade biológica, um conflito simbólico.

Freud citado por Taylor (1992) , acreditava que a ansiedade seria uma resposta à emergência dos impulsos do id inaceitáveis ao superego. Por outras palavras, o ego detecta um conflito real ou potencial entre o id e o superego, o que resulta ansiedade e , deste modo, alerta o ego quanto à necessidade de intervenção.

Sullivan citado pela mesma autora via a ansiedade sempre num contexto interpessoal, isto é, a ansiedade é gerada quando o indivíduo prevê ou realmente recebe indicadores que sinalizam a desaprovação de uma ou mais pessoas significativas.

Alguns autores apresentam uma diferença entre a ansiedade normal e ansiedade patológica dizendo que se reporta à natureza do stress que precipita a resposta da ansiedade, em vez de à natureza da própria ansiedade. A ansiedade normal surge de uma apreensão irrealista de uma situação jamais encontrada antes e que tem um significado simbólico para o indivíduo.

A ansiedade patológica, na maioria das vezes, é uma resposta a pensamentos, sentimentos, desejos ou vontades que, se conscientes, seriam inaceitáveis para o indivíduo ou que, se conhecidos, causariam a perda da aprovação ou amor de outras pessoas significativas. Por isso, as situações que evocam esses pensamentos, sentimentos, desejos ou vontades inaceitáveis estão associados com a ansiedade contra a qual deve defender-se para manter a sua auto-imagem.

No Dicionário Enciclopédico da Medicina, a ansiedade e a angústia são dois termos difíceis de distinguir. Considera que a ansiedade se caracteriza mais por um sentimento de mal-estar acompanhado de conteúdo psíquico e a angústia por um mal-estar físico, referindo esta última como um mal-estar difuso ou localizado no tórax, abrangendo o coração e o aparelho respiratório acompanhado por um sentimento de insegurança e perigo iminente, podendo este estado atingir o pânico.

Vários autores utilizam o termo ansiedade para designar tanto a angústia como a própria ansiedade.

Como refere Vaz Serra (1980), ambos os termos fazem parte do mesmo constructo, referindo-se a ansiedade mais à componente cognitiva e a angústia mais à componente vegetativa.

Diz ainda que em psicologia ou em literatura, a ansiedade é considerada como uma emoção ou como um impulso ou ainda como uma resposta emocional. Daí que o mesmo conceito possa ser considerado de formas diferentes. Nalguns casos é interpretado como força desencadeante de alguns comportamentos; noutros, como resposta emocional desenvolvida por certos estímulos; noutros, como impulsos desagregadores de comportamentos adequados; noutros, como um traço de personalidade; e noutros ainda, como uma simples emoção.

Rodrigues (1984), citado por Barroco (1995) perspectiva que a ansiedade se exterioriza e se sente como sendo uma emoção de carácter desagradável. Diz ainda, que o desenvolvimento atingindo pelo homem se, por um lado lhe permitiu dominar o universo através das suas capacidades de previsão, de raciocínio abstracto, de determinação própria e voluntária, por outro, veio trazer-lhe dúvidas nas suas actuações, receios em encarar o dia de amanhã e o regresso à sua insignificância. Esta capacidade de previsão é susceptível de provocar, às vezes, um mal-estar que, quando moderado pode ser útil, pois motiva o homem para nobres e novos valores, quando exagerado, pode tornar-se insuportável, alterando o comportamento.

Assim, o mesmo autor sugere que a ansiedade resultará de condicionamentos de emoção de medo consequentes de uma situação objectiva, desagradável e anterior, mas pode surgir devido a manifestações de angústia existencial ou por conjectura imaginada de prováveis situações penosas. Neste sentido, a ansiedade será tida como uma manifestação

psíquica do indivíduo que, desde que não ultrapasse os limites normais (inquietação simples) actua como impulso motivador para a resolução de situações que tendem a valorizar o próprio indivíduo. Caso contrário, passará a manifestar-se como patológica e consequentemente a precisar de ser tratada.

Para Bandeira (1988), a ansiedade é o estado de apreensão, antecipado a possíveis situações ameaçadoras. A ser assim, a ameaça é o resultado da incongruência entre as capacidades entendidas de controlo e a possibilidade de perigo perante o indivíduo. Então, para compreender as avaliações do indivíduo face às ameaças do meio, assim como as manifestações afectivas a essas ameaças, torna-se indispensável avaliar as percepções acerca das suas capacidades de confronto que, de certo modo, irão determinar o perigo subjectivo dos acontecimentos do meio.

As pessoas que se consideram capazes de controlar potenciais ameaças não se perturbam por cognições apreensivas, enquanto que, as que acreditam não ter capacidades para lidar com essas ameaças, podem experimentar altos níveis de ansiedade e tendem a perpetuar as suas deficiências de confronto e a classificarem muitos aspectos do seu meio como ameaçadoras, acabando por debilitar o seu nível de funcionamento.

Por seu lado, Casal & Caballo (1991), citados por Barroco (1995), referem a ansiedade como um conjunto de transtornos com grande prevalência e notável repercussão em diversas áreas da saúde. Perspectivam, no entanto, que a ansiedade é desprovida de uma definição suficientemente precisa e de um critério de limites adequado.

Perspectivam que a prevalência deste tipo de transtorno é relativamente alto na sociedade ocidental, pois os vários estudos epidimiológicos, têm fornecido dados que oscilam entre 2,9% e 8,4%.

Basicamente, o termo ansiedade refere-se a um estado emocional temporário (Pinto Gouveia, 1982). No entanto Vaz Serra (1980) interpreta-a como sendo a força desencadeadora de alguns comportamentos, uma resposta emocional a estímulos ou situações, um impulso desagregador de comportamentos adequados, uma simples emoção ou ainda um traço específico que caracteriza uma personalidade.

COMPONENTES DA ANSIEDADE

Perante uma determinada situação, qualquer pessoa desencadeia uma determinada resposta. Para se saber se é do tipo ansioso, precisamos de saber se é ou não adaptada às circunstâncias, porque só é motivo de cuidados, a ansiedade geradora de comportamentos inadequados. A análise dessas respostas pode ser explicitada sob três componentes diferentes: cognitivo, vegetativo e motor (Vaz Serra , 1980).

O comportamento cognitivo é fundamentalmente de natureza subjectiva. Está relacionado com tudo aquilo que o indivíduo diz ou percepciona sentir na situação ansiosa, como sejam os seus sentimentos e pensamentos que caracterizam essa situação.

Actualmente tem-se dado grande importância ao componente cognitivo sendo assim a perspectiva teórica dominante e que mais influencia o domínio da ansiedade. De facto, segundo Cruz (1988:4), o estudo da cognição humana torna-se basicamente a investigação das formas como os seres humanos recolhem, arquivam, modificam, interpretam, compreendem e usam a informação ambiental ou interna.

O componente vegetativo traduz as modificações fisiológicas dependentes do sistema nervoso vegetativo que o indivíduo experimenta quando está ansioso. Nesta situação de busca de tensão psicológica, o sistema ergotrófico é activado dando origem a sinais e sintomas de várias ordem: aumento de frequência cardíaca e de tensão arterial, sudação excessiva, alterações de motilidade gástrica, secura da boca, palidez e urgência urinária. É um componente importante sobretudo por ser devido a estas perturbações que o indivíduo procura o apoio de um especialista.

O componente motor relaciona-se com as respostas de fuga e de evitamento desenvolvidas pela própria ansiedade. É um factor que limita as actividades da vida diária do sujeito e, por isso, o incapacita. Com efeito, o indivíduo ansioso não só evita, ou foge às situações a que se sente sensibilizado, como também se apresenta inibido a outras actividades, nomeadamente: relações interpessoais, funções profissionais, vida familiar, etc.

Vaz Serra et al. (1982), menciona um quarto componente - é o que se relaciona com a resposta da ansiedade do sistema nervoso central e que se traduz por perturbações do sono e do descanso durante a noite, fundamentalmente.

Isard, (1977) citado por Barroco (1995) sugere que a ansiedade é constituída por um conjunto de emoções. A emoção dominante é o medo, à volta do qual se associam a cólera, a culpa, a amargura, a vergonha, entre outras.

Sendo o medo uma emoção sempre presente nos estados ansiosos, compreender porque surge o medo na vida humana é entrar na compreensão das razões que levam a pessoa a ficar ansiosa.

O medo gera-se devido a dois principais factores, um de natureza inapta, ou seja o indivíduo nasce predisposto a ter emoções de medo perante determinadas situações específicas, o outro é um factor adquirido ou apreendido.

Nos mecanismos inaptos, Gray, citado por Vaz Serra (1980), advoga que se podem caracterizar quatro situações de estímulos capazes de desencadear o medo: a intensidade da situação, a novidade, os perigos específicos a que se ficou sensibilizado pela transmissão filogenética, assim como as circunstâncias provenientes da interacção social específica.

Assim, uma dor ou um ruído que despertam medo são exemplos do primeiro caso; um animal selvagem ou até uma pessoa estranha que aparece bruscamente, são exemplo do segundo, o medo das grandes alturas pode ser um exemplo de situações hereditárias; a reacção de medo perante uma pessoa que manifesta ameaça é exemplo do quarto caso.

Nas situações de medo associadas aos mecanismos apreendidos podem interferir tanto condições de condicionamento clássico, como condicionamento operante, como ainda de modelação (Vaz Serra 1980).

No condicionamento clássico as respostas de medo são devidas à associação de um estímulo neutro com o estímulo incondicionado. Exemplo da pessoa que tem medo de ir ao dentista, porque sofreu dores na sua primeira visita.

No condicionamento operante, o reforço de um comportamento numa situação ameaçadora pode desencadear respostas de medo. Exemplo, a criança que foge do lume quando se aproxima dele e esse comportamento é reforçado pela mãe, posteriormente desencadeia resposta de medo quando se aproxima do fogo.

Na condição de modelação o medo é apreendido pela imitação de modelos. Há pessoas que funcionam como modelos para outras, às quais se encontram expostas durante muito tempo . Exemplo da mãe que tem uma resposta de medo perante um embriagado,

uma criança que estiver ligada a ela e pela simples observação também desenvolve respostas de medo semelhantes.

Pinto Gouveia (1982) fala-nos em dois tipos de ansiedade muitas vezes confundidas entre si, mas para as quais é necessário estabelecer algumas diferenças: ansiedade traço e ansiedade estado.

A ansiedade traço é definida, de acordo com o autor referido, como sendo a tendência para reagir ansiosamente, ou seja, as diferenças individuais para perceber um conjunto de situações e responder com ansiedade estado de forma desproporcionado, em relação à amplitude do perigo.

A ansiedade estado, por seu turno, será a reacção que é provocada num indivíduo que percebe uma situação particular como pessoalmente perigosa ou ameaçadora para ele, e é independente da presença ou ausência do perigo real ou objectivo. Este tipo de ansiedade traduzir-se-ia por sentimentos de apreensão, tensão e activação do sistema nervoso vegetativo.

Numa analogia aos componentes da ansiedade anteriormente referidos poderíamos dizer que a ansiedade traço estaria mais relacionado com a componente cognitiva e a ansiedade estado com a componente vegetativa.

Estes dois tipos de ansiedade manifestam-se diariamente num grande número de pessoas nas mais díspares situações, principalmente em situações de vida desencadeadoras de stress. Em todas elas, porém, a forma como da pessoa se sentir mais o menos ansiosa, está dependente das características da sua personalidade, o que leva a supor que existe uma relação muito forte entre as activações fisiológicas e as ansiedades: ansiedade traço e estado (Pinto Gouveia,1982)

Como se viu a propósito das características da personalidade, na dimensão do neuroticismo o sistema de feedback regula o nível de activação do sistema nervoso autónomo e na dimensão extroversão/introversão a actividade cortical e os processos de tratamento e informação; deste modo, indivíduos com alto neuroticismo têm habitualmente fortes respostas do seu sistema nervoso autónomo e os introvertidos altos níveis de activação cortical.

Assim, se um introvertido possuir níveis altos de neuroticismo (que corresponde à ansiedade traço) tenderá a reagir com a activação do seu sistema nervoso a um número

crescente de estímulos devido à sua alta activação cortical. Já no extrovertido, com neuroticismo elevado, existe um baixo nível de activação cortical, o que a ansiedade se traduz por aspectos somáticos.

Em suma, pelo exposto, é de referir que a intensidade e a frequência da ansiedade estão relacionados com as activações do sistema nervoso autónomo (neuroticismo), e o tipo de ansiedade com a combinação desta tendência para uma baixa ou alta activação cortical, assim , predomina nos extrovertidos a ansiedade somática e nos introvertidos a ansiedade estado na sua componente psíquica (Pinto Gouveia,1982).

TEORIAS DA ANSIEDADE

As características da ansiedade como emoção consiste em ser perturbadora e pela indefinição das suas causas.

Strongman (1998), refere que embora exista uma considerável sobreposição das diversas teorias da ansiedade, é possível classificá-las em graus. Integram-se em grupos que podem ser muito simplesmente designados como: psicanalítico, aprendizagem, comportamento, fisiológico, fenomelógico, existencialista, cognitivo e, finalmente e talvez mais importante, os que se baseiam na ideia de incerteza, um conceito teórico que em certa medida permeia as outras categorias.

Teoria Psicanalítica

As teorias psicanalíticas da ansiedade começam com Freud. Ele produziu duas teorias considerando, em ambas, a ansiedade como um fenómeno quotidiano e como uma forma de explicar as neuroses. A ansiedade quotidiana é a ansiedade realista que se refere a objectos reais; ela tem sido referida frequentemente como medo e não como ansiedade. A ansiedade neurótica pode tomar a forma de se estar a pairar livremente, de se estar fónico ou envolvido num ataque de pânico.

Na sua primeira formulação, Freud considerou que a ansiedade era uma líbido transformada e que essa transformação provinha de recalcamentos. Assim, se uma pessoa for impedida ou ameaçada de realizar qualquer acto instintivo (impulso sexual) através do recalcamento, o resultado é a ansiedade.

Na sua segunda formulação, Freud inverteu a relação ansiedade-recalcamento e concluiu que o recalcamento ocorre devido à ansiedade. Na sua teoria a ansiedade é um sinal do EU acerca do perigo real ou potencial. O desagrado de uma ameaça causa ansiedade e esta leva ao recalcamento, como forma da pessoa se colocar a salvo do perigo.

Assim, no contexto psicanalítico, a ansiedade é um aspecto significativo da forma de lidar com o ambiente ameaçador e é também necessária para o desenvolvimento do comportamento neurótico (Strongman, 1998).

O mesmo autor refere, que psicanalistas posteriores como Sullivam (1953), acentua o ambiente social e descreve a ansiedade mais como fenómeno social e interpessoal e não intrapsíquico. Contudo teóricos como Bowbly (1973) destacam o significado do relacionamento com a mãe, afirmando que esta se baseia no receio de que a mãe não esteja presente.

Teoria da aprendizagem /comportamento

As teorias da ansiedade cuja proveniência se apoia na área da aprendizagem derivam originalmente de Pavlov e de Watson. Seja qual for a forma que tomam, a sua principal função é explicar o castigo. Posto com simplicidade, o argumento em que os organismos aprendem a evitar estímulos aversivos, por meio de qualquer mecanismo mediador. Este mecanismo de mediação é normalmente chamado medo ou ansiedade.

Análises, posteriores consideram que um estímulo condicionador que esteja associado a um estímulo incondicionado (que seja aversivo e provoque dor) causará, após várias repetições, uma resposta condicionada que consiste no medo ou ansiedade.

Uma vez instalado, o medo/ansiedade podem funcionar como um impulso secundário e estabelecer novos comportamentos através de redução do impulso (Mower,1953 e Doelard e Miller,1950) citados por Strongman (1998).

O último teórico a ser considerado sob o título de aprendizagem/comportamental é Hans Eysenck. A sua teoria de aprendizagem da ansiedade apoia-se na sua teoria mais fundamental da personalidade que depende de duas dimensões principais: extroversão/introversão e neurotismo.

Neste contexto, o indivíduo neurótico é particularmente sensível aos estímulos causados pela ansiedade, baseando-se esta sensibilidade no sistema nervoso autónomo. Assim, nesta perspectiva, a propensão para a ansiedade é herdada.

Porém, a ansiedade também pode ser adquirida. Os eventos traumáticos provocam medo incondicionado, mas que pode tornar-se condicionado, resultando em novos estímulos que provoquem as respostas ansiosas desadaptativas originárias. Aqui a ansiedade é considerada como medo condicionado.

Uma pessoa herda um desequilíbrio excitação-inibição. Se tal fizer com que a pessoa fique à mercê da influência da aprendizagem social, ou seja, se torne introvertida, então a pessoa é mais propensa à ansiedade, assim como a outras emoções, como a culpa.

De acordo com Eysenk citado por Strongman (1998), a ansiedade é parcialmente herdade e parcialmente adquirida. A aquisição depende em primeiro lugar do medo condicionado e em segundo lugar do estado de sistema nervoso.

Teoria fisiológica

As teorias fisiológicas ou neurofisiológicas baseiam-se largamente no estudo da identificação das partes do sistema nervoso central que podem estar envolvidas na emoção em geral e no medo, pânico ou ansiedade em particular.

A teoria fisiológica mais importante é a de Gray que desenvolve um extenso trabalho sobre o medo e, bastante adequado, integra nele a ansiedade.

Este autor considera que o sistema de inibição do comportamento sustenta a ansiedade em contraste com outros que consideram a ansiedade num sistema de conflito/fuga. O contraste entre estas duas concepções consiste em a ansiedade envolver a supressão da resposta do sistema de inibição do comportamento ou a fuga em consequência da mediação dos circuitos do hipotálamo.

Afirma ainda que o sistema de inibição do comportamento suprime qualquer comportamento que ameace ter um resultado indesejável, mas só o faz se houver um outro sistema que medir a ameaça. Trata-se provavelmente do sistema conflito/fuga, e o resultado é provavelmente negativo quando o sistema que está a ser suprimido é o de conflito/fuga. O teórico fala de um sistema complexo septo-hipocampo que está na base da

ansiedade (e de outras emoções) e que em particular actua como interface entre a emoção e cognição.

Contudo, outras partes do cérebro estão também envolvidas na ansiedade, sendo o sistema septo-hipocampo o mais importante. Dá também atenção à projecção neocortical no sistema septo-hipocampo no lobo frontal e aos aferentes monoaminérgicos que têm origem no tronco cerebral.

Teoria fenomenológica/existencialista

Strongman (1998), refere que as teorias fenomenológicas e existencialistas da ansiedade tiveram origem em Kierkegaard há cerca de 150 anos. Neste caso considera-se que a ansiedade é um estado que ocorre naturalmente na pessoa.

A partir do nascimento, apresentam-se-nos uma série de escolhas, como componente natural da vida. Em cada momento de escolha existe ansiedade. Para nos actualizarmos verdadeiramente devemos fazer face a esta ansiedade e lidar com ela , dado que a ansiedade é inevitável.

Kirkegaard fez uma distinção entre o medo e a ansiedade que é muito semelhante à que ainda hoje é frequentemente traçada. O medo existe em relação a um objecto especifico, enquanto que a ansiedade é independente de qualquer objecto sendo, em vez disso, uma condição essencial da escolha.

A ansiedade só se desenvolve após o desenvolvimento da autoconsciência permitir que a pessoa forme a sua individualidade.

Uma pessoa receosa afasta-se do objecto receado, enquanto que uma pessoa ansiosa está em conflito e insegura. Para que a pessoa se desenvolva adequadamente, deve fazer face à ansiedade e lidar com ela.

Posteriormente Fucher citado por Strogman (1998) combina todas as teorias anteriores em termos de experiência ansiosa, demonstrando que esta envolve cinco componentes:

1) - há uma identidade que forma de marcos orientadores para uma tipologia de vida. Se qualquer destes marcos for ameaçado de tal modo que se possam impedir, surge ansiedade;
2) - existe, para cada marco, um mundo que consiste numa rede de relações e envolvimentos. Se qualquer coisa nesse mundo parecer insuperável e por isso o mundo ficar ameaçado, mais uma vez surge a ansiedade;
3) - existe uma motivação na qual o mundo e a identidade das pessoas se perpetuam;
4) - existe uma acção envolvida na consecução de um marco e que expressa o ser;
5) - finalmente existe a aptidão, que é a avaliação vivida de uma competência incerta.

Teoria Cognitiva

Strongman (1998) aponta duas teorias com posição central e evidente para a cognição; as teorias de Michael Eysenck 1990 e Ohman 1993.

Eysenck afirma que o sistema cognitivo actua como porta para o sistema fisiológico e, assim, para entender a ansiedade, é importante considerar ambos os sistemas.

Fundamenta a sua teoria dizendo que existem diferenças entre as pessoas que têm fortes ou fracos traços de ansiedade na informação gerada na memória a longo prazo.

Este conceito é apoiado pelo trabalho sobre a recuperação da informação dependente do humor e do estado e sobre a aprendizagem congruente com o humor. As pessoas com ansiedade elevada ou baixa também variam os seus estados de humor e por isso o conteúdo da sua memória deve também variar.

Afirma ainda que os que têm alta ou baixa ansiedade de traço podem também diferir na lateralização do processamento bem como na estrutura dos sistemas cognitivos.

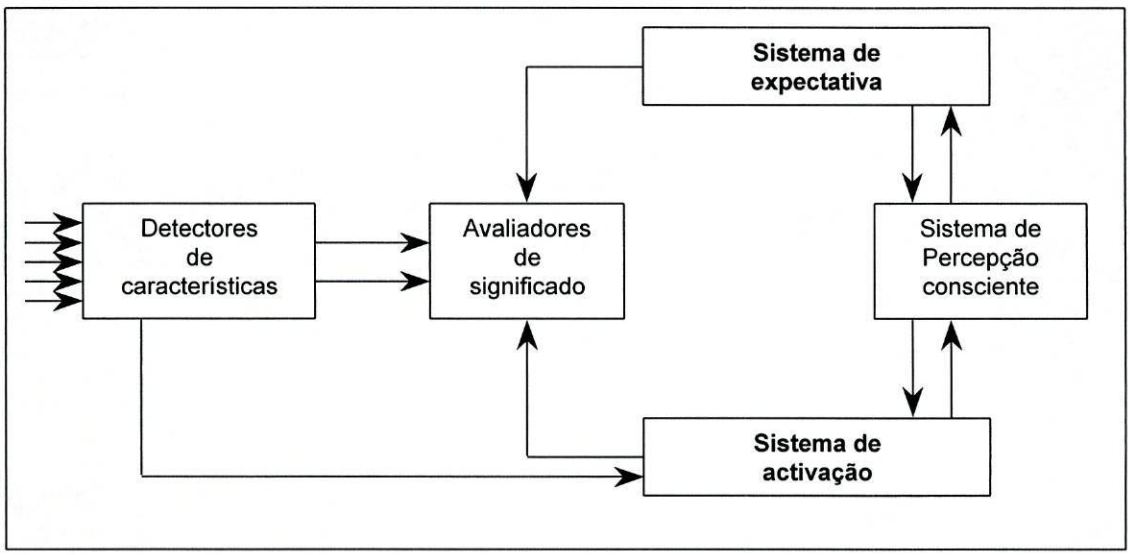
A teoria propriamente dita começa pela consideração dos motivos pelos quais as pessoas diferem na sua susceptibilidade ao stress. O autor demonstra que os que têm forte ou fraca ansiedade diferem de facto na estrutura (conteúdo) e processos de cognição. A sua memória é diferente tanto nos esquemas alargados como nas partes específicas. Propõe duas razões pelas quais os que têm maior ansiedade de traço se preocupam mais do que dos que têm menor. Em primeiro lugar, têm conjuntos de preocupações mais frequentes e mais

organizadas na memória a longo prazo. Em segundo lugar, as preocupações dos fortemente ansiosos podem ser mais acessíveis devido ao facto do seu estado de humor mais negativo ajudar a recuperação dependente do estado e do humor.

De acordo com a teoria, deduz-se que as pessoas muito ou pouco ansiosas deferirão também na avaliação cognitiva da ambiguidade. Além disso, uma pessoa pode ser mais susceptível ao stress e à ansiedade nalgumas situações de stress, do que noutras.

Ohman propõe o que designa como teoria do processamento de informação da ansiedade, embora afirma que as fontes do processamento de informação conduzem a defesas de base biológica que, por sua vez, provocam ansiedade.

Figura nº. 6 - Modelo de processamento de informação da ansiedade (adaptado de Ohman, 1993)



Fonte - Strongman Kemeth – A psicologia das emoções (1998)

A teoria /modelo de Ohman consiste em cinco aspectos principais:

1 - A informação do estímulo passa por detectores de características que transferem a informação para avaliadores de significado. Algumas características do estímulo podem estar directamente ligadas ao sistema de activação, que emite um alarme. Os detectores de características estão ajustados para descobrirem ameaças nos estímulos biológicos significativos. A informação segue também deste nível para o sistema de percepção consciente.

2 - Os avaliadores de significado ponderam automaticamente a relevância dos estímulos, as expectativas ajustam o sistema para procurar determinados sinais. O significado é neste momento analisado e a memória desempenha um papel importante,

Assim, tornam-se necessários recursos cognitivos neste estágio, mas não tem de haver nessariamente qualquer acesso consciente ao que se está a passar. A implicação importante para a ansiedade é que a descoberta não consciente de uma potencial ameaça através do avaliador de significação não resulta da entrada em funcionamento do sistema de activação, a menos que haja uma percepção consciente de ameaça.

3 - O sistema de activação pode afinar o avaliador de significado e também alimentar o sistema de percepção consciente. Baseia-se em reacções emergentes do sistema nervoso autónomo.

4 - O sistema de expectativa baseia-se em a emoção se organizar na memória. Trata-se de um sistema cognitivo normalizado com redes e nódulos, que predispõe os avaliadores de significado a reagirem à informação que se ajuste aos nódulos de memória activa, que por sua vez transferem a informação para o sistema de percepção consciente. Tudo isto contribui para manter a predisposição para detectar ameaças no ambiente. Assim, o sistema de expectativa influência a informação de entrada e compõe um contexto para a interpretação do que se está a passar no sistema de percepção consciente.

5 - O sistema de percepção consciente faz parte de um sistema muito maior - a mente, a consciência, o sistema cognitivo-interpretativo. Ele integra a informação proveniente do sistema de activação, dos avaliadores de significados e dos sistemas de expectativa e escolhe a acção adequada para resolver a ameaça apercebida. Caso contrário o resultado é a ansiedade. Assim, mais uma vez e como acontece em muitas teorias, considera-se que o medo tem um objecto e resultados tangíveis e a ansiedade não.

Ohman refere que a sua teoria sugere a existência de dois tipos de ansiedade, que se distinguem do medo. O medo é uma emoção que tem a ver com o evitamento consciente e com a fuga. Se essas respostas forem bloqueadas surge então a ansiedade. Contudo, um tipo de ansiedade mais básico do que este pode resultar das informações inconscientes que entram no sistema de percepção consciente vinda dos avaliadores de significado e do sistema de activação. O resultado de tudo isto é uma ansiedade indefinida cuja causa não é conhecida pela pessoa.

Neste contexto, considera-se que as fobias e as perturbações de pânico têm origem em raízes fisiológicas, enquanto que a ansiedade generalizada tem base cognitiva.

Teoria da incerteza

Em certo sentido, todas as teorias até agora consideradas perspectivam a incerteza como um factor nuclear de ansiedade, pelo menos no que se refere à insegurança quanto ao futuro e ao curso de acção a tomar em face de uma ameaça. Contudo, Izard, Lazarus e Mandler citados por Strongman (1998) referem-se mais directamente à importância da incerteza nos seus estudos da ansiedade.

Izard, sugere que a sensação comum em qualquer estado de ansiedade é o medo, embora afirme que a ansiedade está ligada a outras emoções em diferentes alturas e em diferentes circunstâncias, como por exemplo interesse/excitação, tristeza, vergonha e culpa. Através da sua teoria das emoções diferenciais ele insiste em que, embora a ansiedade deva ser tratada como um fenómeno unitário, as outras emoções isoladas que a ele estão ligadas de tempos a tempos, devem ser levadas em conta. O mais importante neste contexto é que ele considera que a ansiedade depende da incerteza.

Esta noção da incerteza é levada mais longe por Lazarus, que coloca no mesmo plano a ansiedade e o susto. Este ocorre quando existe um perigo físico eminente, enquanto que a ansiedade se caracteriza por uma ameaça incerta e ambígua à existência.

A incerteza como núcleo da ansiedade provoca um forte impulso para a objectivar, para verificar se a ameaça é externa e objectiva, de modo a reduzir a incerteza, sendo também incerta a aptidão que a pessoa tem para se ajustar.

Finalmente, Mandler proporciona a explicação mais sofisticada sobre a ansiedade baseada na incerteza, caracterizado-a por três abordagens dominantes. Na abordagem causal considera que a ansiedade é adquirida por aprendizagem, distingue-a do medo e considera que ela se preocupa com os estímulos que sinalizam as ameaças à integridade. Na abordagem organicista-hipotética considera a ansiedade como um estado susceptível de observação ou hipotético, umas vezes puramente teórico outras vezes um estado do sistema nervoso. Por fim a abordagem experiencial/comportamental preocupa-se principalmente por via dos relatos subjectivos, com a ansiedade, definida pelo comportamento expressivo,

actividade geral e uma série de sintomas fisiológicos e do comportamento, à medida que ela afecta uma série de funções.

Características da ansiedade

Como ansiedade é um sinal de aviso desconfortável e de intensidade variável referente a perigo subjectivo iminente cuja origem pode ser desconhecida. Esta ansiedade pode ser experimentada a um nível consciente e pré-consciente. As causas incluem ameaças à integridade biológica de pessoa (exemplo: o suprimento diminuído de comida) ou ameaças à auto-segurança da pessoa (exemplo necessidades insatisfeitas de pertencer a um grupo, metas inalcansadas ou culpa). A resposta à ansiedade pode ser construtiva (comportamento orientado por tarefas) ou destrutivas (reacções orientadas para a defesa). Quando o nível de ansiedade excede as estratégias de adaptação da pessoa, podem resultar padrões desadaptativos de comportamento . O mesmo agente gerador não levará a ansiedade ao mesmo nível de ansiedade em todas as pessoas (Suddarth, 1985).

O mesmo autor apresenta-nos algumas características da ansiedade através de uma subdivisão da própria ansiedade:

a) - ansiedade normal - não envolve repressão ou outros mecanismos de defesa

b) - ansiedade neurotica - envolve repressão e outros mecanismos de defesa, pode manifestar-se através de distúrbios fóbicos, estados ansioso ou outros comportamentos desadaptativos.

c) - ansiedade leve - caracteriza-se por um leve desconforto e aumento de capacidade de lidar com o agente gerador; aumento da consciência; da capacidade de resolução de problemas, do campo preceptivo e capacidade vigil e da capacidade de ver mais conexões entre os eventos; perda da necessidade de sono; curiosidade e perguntas repetitivas; busca constante de atenção; compreensão erróneas, hostilidade flutuante, inquietação e instabilidade; aumento da atenção sobre a situação problemática.

d) - ansiedade moderada - caracterizada por desconforto moderado; aumento da capacidade de concentrar e focalizar a sua atenção sobre a situação problemática, concentrar-se sobre os dados sensoriais relevantes para o problema, mais alerta; estreitamento do campo preceptivo, desatenção selectiva, alguma capacidade para perceber

e compreender as conexões entre os eventos; tremores vocais e alterações no tom de voz; aumento de frequência respiratória cardíaca e tensão muscular; tremores.

e) - ansiedade grave - caracterizada por tendência em dissociar os sentimentos desconfortáveis para proteger o eu; campo perceptivo grandemente reduzido, foco em pequenos fragmentos e detalhes, incapacidade de ver as conexões entre os eventos ou detalhes; desatenção selectiva; verbalização difíceis e inadequadas. Incapacidade de se concentrar, actividades sem propósito, incapacidades em aprender; sentimento de catástrofe iminente; hiperventilação, frequência miccional aumentada e de urgência; náuseas, cefaleias e vertigens.

f) - ansiedade extrema (pânico) - caracterizada por um desconforto extremo; percepção irreal da situação; distorção aumento dos detalhes e deformação do campo selectivo; incapacidade de falar, com comunicação inteligível; vómitos, sentimento de desintegração pessoal, imobilidade.

Taylor (1992) vai mais longe, referindo-se a transtornos de ansiedade caracterizadas por sintomas de extrema ansiedade e comportamentos evitativos, categorizando-os em sete grupos: pânico com ou sem agrofobia; fobia social; fobia simples, transtorno obcessivo-compulsivo; stress pós-traumático e ansiedade generalizada.

Os transtornos de pânico - são caracterizados por ataques recorrentes de medo intenso ou desconforto inesperado e que não estão obviamente associados a uma situação conscientemente percebida como provocadora de ansiedade. Aparentemente estes "ataques" ocorrem sem mais razões plausiveis e os sintomas experimentados são: falta de ar ou sensação de sufoco, tonturas, sentimento de falta de força ou perda dos sentidos, asfixia, palpitações ou taquicardia, tremores, suores, náuseas ou aflição abdominal, ondas de calor ou calafrios, desconforto torácico ou dor, medo de morrer, medo de ficar louco ou de fazer algo incontrolável.

Agorafobia - uma fobia é uma reacção de medo patológico desproporcional ao estímulo. A sensação dolorosa foi automática e inconscientemente deslocada da sua fonte interna original vinculando-se a um objecto ou a uma situação externa específica. Pode focalizar-se sobre qualquer coisa que sugira morte, doença ou desastre.

Por conseguinte, a agorafobia consiste no medo de lugares abertos, expressando-se por medo de ficar sozinho ou de sair de casa, evita multidões e lugares públicos pois prevê alguma forma terrível de colapso. Torna-se incapacitante, porque interfere na capacidade do indivíduo viver uma vida normal em sociedade.

Fobia social - é um temor persistente de qualquer situação de grupo, onde a pessoa será o foco de atenção e na qual teme agir de um modo que lhe cause humilhação ou embaraço. Temos como exemplo o medo de falar em público em que as pessoas se podem sentir aterrorizadas ante a ideia que podem sofrer um colapso na frente da audiência ou de que ficarão mudos.

Fobia simples - é caracterizada por um medo persistente de um objecto ou situação específicos. Exemplo: medo de lugares abertos, corredores estreitos, salas pequenas, águas correntes, lugares altos, escadas, animais variados, etc.. Quando exposto ao objecto ou situação, a pessoa responde com sintomas de intensa ansiedade que desaparecem com a mesma rapidez no momento em que se aposta no objecto ou situação.

Transtorno obcessivo-compulsivo é aquele em que o indivíduo é levado a pensar ou fazer algo que reconhece ser inapropriado ou tolo.

Uma obsessão é um pensamento ou ideia indesejável, mas persistente, que se apresenta de forma forçada à consciência, sendo esse pensamento carregado com grande, mas inconsciente, importância emocional. Exemplo: dúvidas insistentes, desejos, temores, impulsos, advertências e comandos.

Uma compulsão é um impulso irresistível para realizar um acto ou ritual contrário aos desejos e padrões comuns do indivíduo.

Subjacente a estes estados compulsivos ou obsessivos está uma personalidade geralmente sensível, conscienciosa, tímida, meticulosa e precisa sobre as funções corporais, vestuário, deveres religiosos e rotina diária.

Este transtorno é uma doença emocional séria, dado que essas ideias imperativas controlam tanto o indivíduo que este se torna escravo da sua preocupação mórbida e quase não consegue desempenhar o seu trabalho normal ou actividade social.

Transtorno do stress pós-traumático - caracteriza-se pela experiência repetida de temor associado a um evento psicologicamente opressivo que foi vivido num momento anterior da vida.

Transtorno da ansiedade generalizada - caracteriza-se por uma ansiedade irrealista ou excessiva e preocupação acerca de duas ou mais circunstâncias de vida. Exemplos: o pai que se preocupa por não ter dinheiro para formar o filho, jovens que pensam que vão falhar nos exames ou em provas desportivas.

Taylor (1992) fala-nos ainda em mais dois tipos de transtornos de ansiedade: os tratamentos somatoformes e os dissociativos.

Os transtornos somatoformes - caracterizam-se pela presença de sintomas físicos generalizados e de longa duração na ausência de patologia orgânica demonstrável.

Como exemplos deste tipo de transtornos de ansiedade temos:

a) - transtorno corporal dismórfico, no qual uma pessoa de aparência normal tem uma preocupação com algum defeito imaginário.

b) - hipocondria, na qual uma pessoa se preocupa e teme ou crê ter uma doença séria, como resultado de sintomas físicos, vagos e numerosos.

c) - transtornos de somatização, no qual uma pessoa busca constante atenção médica para o tratamento de queixas somáticas recorrentes não provocadas por qualquer transtorno físico.

d) - transtorno conversivo, consiste numa reacção psicológica deliberada, embora inconsciente, na qual um indivíduo usa um sintoma físico como disfarce de tentativa de solucionar algum problema agudo ou satisfazer alguma vontade, cuja satisfação aberta ou consciente é para ele inaceitável.

Os transtornos dissociativos - caracterizam-se por uma perturbação nas funções de identidade, memória ou consciência, que normalmente estão integradas no indivíduo saudável.

Como exemplo dramático, temos o transtorno da personalidade múltipla, que se caracteriza pela existência dentro de uma pessoa, de duas ou mais personalidades distintas, cada uma assumindo de forma recorrente o controlo sobre o comportamento da pessoa.

Cada personalidade é distinta em si mesma, frequentemente apresentando atitudes e comportamentos opostos.

Acredita-se que esse transtorno é causado por um trauma no início da infância, provavelmente de natureza sexual, que resultou numa quantidade excessiva de ansiedade que ameaçava destruir o indivíduo. Como defesa, o indivíduo "dissocia" partes da personalidade.

Taylor (1992) diz-nos que um número crescente de pesquisa indica a probabilidade da existência de predisposição fisiológica ou neuroquímica para o desenvolvimento dos transtornos da ansiedade. Por outras palavras, algumas pessoas parecem ter sistemas nervosos mais irritáveis que outros, tornando-os menos capazes de processar o input para atingir um equilíbrio psicológico.

Os transtornos a ansiedade originam-se nas experiências no início da infância. A maioria dos autores concorda que representam um conflito entre duas pulsões ou desejos divergentes que foram recalcados no inconsciente. Acredita-se que o conflito gira em torno de impulsos primitivos inaceitáveis para a pessoa e da sua necessidade simultânea de aceitação por outras pessoas significativas.

Esse conflito não causa, necessariamente, dificuldades, desde que o indivíduo tenha energia psíquica suficiente para mantê-lo reprimido. Entretanto, quando a energia é desviada pela necessidade de lidar com outros stressores, o ego não pode efectuar um compromisso entre esses desejos divergentes, e a ansiedade ameaça tornar-se consciente. Nesse ponto, os sintomas desenvolvem-se como uma adaptação à ansiedade.

Adaptação à ansiedade

Para que os estados de ansiedade prolongada, em níveis que variam de médio a alto, não possam ser fatais para o sistema humano, é essencial haver algum método para o alívio da ansiedade, para que esse sistema obtenha novamente o equilíbrio. O ser humano geralmente é capaz de aliviar a ansiedade através de uma forma de adaptação a que se chama mecanismos mentais:

Segundo Taylor (1992), os mecanismos mentais são padrões de pensamento e comportamento usadas para proteger o indivíduo de aspectos ameaçadores de seu ambiente

ou dos seus próprios sentimentos de ansiedade. Por outras palavras, são processos defensivos específicos, empregados na busca da resolução do conflito emocional e libertação da ansiedade.

Os mecanismos mentais são apreendidos como adaptações afectivas à ansiedade durante uma das fases do desenvolvimento da personalidade. O uso destes mecanismos é uma questão de recorrer-se aos padrões anteriores de pensamento e comportamento que já provaram ser úteis para o alívio da ansiedade.

Existem três tipos de mecanismos mentais para se proceder à adaptação de ansiedade. Dois deles são respostas inconscientes : mecanismos de defesa do ego e as operações de segurança, e um deles com resposta consciente : mecanismos de manejo (Taylor, 1992).

1 - Os mecanismos de defesa do ego são um dos tipos de mecanismos mentais habitualmente usados quando o indivíduo inconscientemente experimenta um conflito básico entre os impulsos do id e as demandas do superego. O ego usa, de maneira inconsciente, parte da sua energia para iniciar um mecanismo de defesa que efectue um compromisso entre as demandas do id e do superego, aliviando pois, a ansiedade.

Os mecanismos de defesa do ego são:

- Compensação - é um padrão de comportamento adaptativo pelo qual a ansiedade resultante de sentimentos de inadequação ou fraqueza é aliviada, enquanto o indivíduo salienta algum atributo pessoal ou social que obscurece a inadequação ou fraqueza percebida e ganha aceitação social.

É um mecanismo mental, operando inconscientemente, pelo qual o indivíduo tenta compensar deficiências reais ou imaginárias; ou um processo consciente pelo qual um indivíduo luta para compensar esses defeitos em áreas como o desempenho, habilidades ou atributos psicológicos. Estes dois processos, o inconsciente e o consciente, misturam-se frequentemente. Exemplo um empresário fisicamente pequeno, mas bem sucedido no mundo dos negócios devido à suas práticas agressivas.

Deslocamento - refere-se a um mecanismo de defesa usado quando um indivíduo inconscientemente acredita que estaria sob grande perigo se os seus sentimentos acerca de outra pessoa fossem conhecidos por ela . A adaptação à ansiedade resultante é a descarga dos sentimentos sobre uma pessoa ou objecto inteiramente diferentes daquela a quem devem ser dirigidos.

Mecanismo mental, operando inconscientemente, pelo qual uma emoção é transferida ou deslocada do seu objecto original para um objecto substituto mais aceitável. Exemplo : dar um pontapé num gato após uma discussão com uma pessoa.

Negação - mecanismo mental, operando inconscientemente, usado para a resolução de um conflito emocional e para o alívio da ansiedade subsequente, negando algum dos elementos importantes; os sentimentos negados podem ser pensamentos, desejos, necessidades ou factores da realidade externa; o que é conscientemente intolerável é desfeito pela negação automática e inconsciente da sua existência.

É a adaptação empregada para defender o sistema contra a tensão do aparecimento súbito de uma forte ansiedade. Processo pelo qual o indivíduo realmente deixa de reconhecer a existência de um evento ou sentimento. Exemplo: uma mulher coloca um lugar na mesa para o marido que morreu há pouco tempo.

É importante reconhecer que o mecanismo da negação opera numa base totalmente inconsciente em resposta ao aparecimento súbito de uma grande ansiedade, não devendo ser confundida com a mentira, que é um esforço consciente para evitar a responsabilidade por uma situação.

Fixação - diz respeito a uma paralisação da maturação psicossexual em um nível imaturo, que dependendo do grau, pode ser normal ou patológico.

O desenvolvimento do indivíduo que em certos aspectos de desenvolvimento emocional deixa de produzir e, por razões geralmente obscuras, o desenvolvimento posterior parece ser bloqueado. Exemplo de alguns indivíduos fixados neste estágio de desenvolvimento da personalidade, podem consumir grandes quantidades de álcool ou ingerir compulsivamente alimentos e líquidos, porque esses estão intimamente ligados com o amor e segurança na vida emocional inconsciente.

Sublimação - mecanismo mental, operando inconscientemente, através do qual os impulsos conscientes inaceitáveis são desviados para canais pessoal e socialmente aceitáveis.

Na sublimação , a energia envolvida nos impulsos primitivos que produzem a ansiedade e anseios é inconscientemente redireccionada para coisas mais aceitáveis. Exemplo: um homem colérico e hostil torna-se lutador de boxe; um jovem que perdeu a sua amada começa a escrever poesia sobre o amor.

Formação reactiva - mecanismo mental, operando inconscientemente, onde as atitudes de comportamento são adoptadas de modo oposto aos impulsos que o indivíduo nega tanto consciente como inconscientemente.

Ela surge quando um indivíduo experimenta uma ansiedade resultante de sentimentos ou desejos inconscientes que lhe são inaceitáveis e alivia essa sensação expressando uma atitude ou acção de modo directamente oposto aquele como realmente se sente. Exemplo: o indivíduo que cresce num lar desorganizado e é compulsivamente organizado em sua casa.

Identificação - mecanismo mental, operando inconscientemente, pelo qual o indivíduo dedica a moldar-se conforme outra pessoa .

Através deste mecanismo, o indivíduo defende-se contra a ansiedade resultante dos sentimentos de inadequação, assumido inconscientemente os atributos desejáveis encontrados nas pessoas pelas quais sente admiração e afecto, integrando esses atributos na sua própria personalidade.

Este mecanismo é muito usado e extremamente útil, porque exerce um grande papel no desenvolvimento da personalidade da criança e no processo da aculturação. Exemplo: uma adolescente tímida penteia-se como uma estrela do rock popular.

Introspecção - mecanismo mental, operando inconscientemente, pelo qual os objectos amados ou detestados, externos, são assumidos dentro do próprio indivíduo simbolicamente; pode servir como defesa contra o reconhecimento consciente de impulsos hostis intoleráveis.

Encontra-se intimamente ligada com a identificação. No entanto, enquanto que a identificação acrescenta algo à introjeção tende a substituir parte ou toda a personalidade. Exemplo: a pessoa psicóticamente deprimida tenta o suicídio para matar algo, que afirma estar dentro do seu corpo.

Anulação - mecanismo de defesa primitivo, operando inconscientemente, pelo qual algo inaceitável que já ocorreu é simbolicamente representado ao contrário, geralmente da forma repetitiva na esperança de desfazer e, assim, aliviar a ansiedade. Exemplo: uma pessoa torna-se professora do Jardim de Infância, após ter abortado.

Isolamento - mecanismo mental pelo qual a emoção é separada do evento na memória do indivíduo, possibilitando assim que esse evento seja recordado sem a ansiedade associada a ele. Este mecanismo está evidente em situações onde alguém relata

uma experiência traumatizante sem qualquer evidência de emoção. Exemplo: pai que fala sem emoção sobre o terrível acidente do seu filho .

Racionalização - mecanismo mental, operando inconscientemente, pelo qual o indivíduo tenta justificar ou tornar conscientemente toleráveis por meios plausíveis, aqueles sentimentos e motivos, que de outra forma , seriam intoleráveis. É a tentativa de fazer com que o próprio comportamento pareça ser o resultado do pensamento lógico, em vez de resultar de desejos ou anseios inconscientes que produzem ansiedade. Exemplo: um indivíduo que dá uma desculpa para não ajudar em algo que lhe provoque ansiedade.

Repressão - mecanismo mental, operando inconscientemente, no qual existe um relegar involuntário de ideias ou impulsos insuportáveis para o inconsciente, onde não estão sujeitos a recordações voluntárias , mas podem emergir de uma forma disfarçada. É amplamente usado e completamente inconsciente em que as experiências dolorosas, pensamentos, impulsos inaceitáveis, recordação desagradáveis são retiradas da consciência para o alívio da ansiedade a eles associada. Exemplo: a pessoa que não recorda que foi violada quando era jovem.

Regressão - retorno parcial ou simbólico a modos de gratificação mais infantis. Ocorre quando o indivíduo se depara com uma ansiedade que deriva de um conflito que não pode ser seleccionado com os mecanismos adaptativos com os quais geralmente soluciona os problemas. A regressão é um retorno a padrões de comportamento que era efectivo de um estágio de desenvolvimento anterior.

Projecção - mecanismo mental, operando inconscientemente, onde aquilo que é inaceitável para o indivíduo é rejeitado e atribuído (projectado) sobre os outros. É frequentemente usado para aliviar a ansiedade através de uma transferência de responsabilidades, ideias , impulsos, desejos ou pensamentos inaceitáveis sobre outra pessoa. Exemplo : O aluno que culpa o professor pelo seu próprio fracasso.

Simbolização e condensação - mecanismo mental, operando inconscientemente, no qual uma pessoa forma uma representação abstracta de um determinado objecto, ideia ou constelação. O símbolo carrega, de uma forma mais ou menos disfarçada, os sentimentos aplicados no objecto ou ideias iniciais.

Um símbolo é uma ideia ou objecto real que, se conscientemente percebido causaria ansiedade. Os desejos instintivos podem aparecer através de símbolos, cujos significados não são claros para a mente consciente. Exemplo: O indivíduo que

inconscientemente abriga sentimentos inadequados sobre a sua masculinidade, pode defender-se contra essa ansiedade possuindo automóveis grandes.

Conversão - mecanismo mental, operando conscientemente, no qual os conflitos emocionais geralmente resultantes em ansiedade, são reprimidos e transformados em sintomas físicos simbólicos que não têm base orgânica.

O uso deste mecanismo é precedido pelo uso da repressão, onde a ansiedade usualmente do conflito emocional foi previamente adaptada ao recalcar o conflito no inconsciente. Quando o conflito reaparece, como um sintoma físico, o indivíduo não tem consciência de qualquer conexão entre os dois fenómenos. Exemplo: uma jovem desperta paralisada da cintura para baixo na manhã do seu casamento.

2 - Operações de segurança são os mecanismos mentais, que são chamados à acção quando a ansiedade é uma resposta a uma ameaça à auto-imagem . Como exemplo de operação de segurança temos:

Apatia - ocorre quando o indivíduo se defende contra a ansiedade não experimentando a emoção associada com o evento causador da ansiedade. Existe a manifestação de extrema indiferença. Assim, o indivíduo que utilize a apatia, manifesta uma grande indiferença a um evento que geralmente causaria um alto grau de emoção. Exemplo: uma jovem esposa que fala, sem qualquer emoção, do marido que foi preso e condenado.

Distanciamento sonolento - tem as suas origens na infância, onde o indivíduo adormece quando confrontado com uma experiência altamente ameaçadora e causadora de ansiedade.

Embora este distanciamento sonolento seja uma defesa primitiva, pode ser observado em adultos que estão em estado de grande stress. Exemplo: uma jovem que espera sentada a hora do seu exame para obter a licenciatura e adormece após o exame começar.

Desatenção selectiva - mecanismo onde o indivíduo não permite o acesso dos aspectos causadores de ansiedade de uma situação ao nível da consciência.

Preocupação - estado de auto-retraimento ou envolvimento com os próprios pensamentos, tipicamente num grau que impede o contacto efectivo ou o relacionamento

com a realidade externa. Manifesta-se por um interesse exaustivo por uma pessoa, pensamento ou evento em detrimento da realidade que causa a ansiedade.

3 - Mecanismo de manejo - são formas de adaptação à ansiedade baseada num conhecimento consciente de um problema. Como resultado, o indivíduo engaja-se em actividades que buscam solucionar os problemas e são orientados para a realidade com o objectivo de reduzir a tensão. Por esta razão, este tipo de adaptação são formas mais saudáveis de segurança.

A variedade e o número de mecanismos de manejo são tão grandes quanto a criatividade e os recursos dos seres humanos. Não podem ser listados e definidos, mas podem ser categorizados em adaptações de curto e longo prazo, baseando-se não apenas no factor tempo mas também sobre o objecto e o efeito da adaptação.

Mecanismos a curto prazo - são manobras conscientes focalizadas sobre a ansiedade em si mesma, em vez da sua fonte, e visam trazer alívio relativamente imediato à ansiedade. Consequentemente, estes mecanismos representam comportamentos de evitamento ou escape . O mecanismo mais habitualmente usado é o da supressão, sendo este o ignorar consciente e intencional, na mente pré- consciente, dos impulsos, sentimentos e pensamentos desagradáveis à mente consciente. Exemplos: decisão de beber e comer quando se está ansioso, evitar uma situação de conflito alegando doença.

No entanto em mecanismo de manejo de curto prazo frequentemente usado pode ele próprio tornar-se um stressor. Exemplo: A ingestão exagerada e consciente de alimentos pode levar à obesidade.

Mecanismos a longo prazo - são caracterizados por esforços para abordar a fonte da ansiedade. Portanto , a ansiedade não é aliviada imediatamente, continuando a existir enquanto se procura a sua fonte.

Estes mecanismos tendem a representar comportamentos de confrontação, no sentido de que a fonte da ansiedade é manejada, em vez de evitada. Exemplo: O indivíduo que decide estudar novamente, preparando-se para ficar financeiramente independente do conjugue, dado que essa dependência lhe causava ansiedade.

Este tipo de mecanismos são mais funcionais do que os de curto prazo, já que oferecem ao indivíduo padrões de comportamento que aumentam a auto-estima e podem ser usados em futuras situações causadoras de ansiedade.

Considerações finais

A maioria das pessoas levam vidas normais, livres de ansiedade, através de uma adaptação bem sucedida tanto à tensão como à própria ansiedade, usando várias estratégias e mecanismos, tanto conscientes como inconscientes.

Por outro lado, a incidência de disfunções relacionadas com a ansiedade aumentou acentuadamente nas últimas três décadas. Não existem dúvidas que esse aumento está relacionado com a tensão crescente, associada com a sociedade pós-industrial, altamente complexa, competitiva e constrangedora na qual vivemos. Talvez por isso, a segunda metade do século XX tem sido chamada por muitos a "era da ansiedade".

Talvez para complicar ainda mais a situação, existem outros factores que podem desencadear ou aumentar (incentivar) o aparecimento dos sinais da ansiedade levando por vezes a comportamentos desadaptativos por parte do indivíduo. De entre esse factores podemos apontar alguns eventos de vida por onde o indivíduo passa, tais como : a doença a que foi acometido; a necessidade de internamento, com o consequente desligar do seu meio familiar e social; o ambiente hospitalar, altamente constrangedor para o utente devido a grande quantidade de maquinaria sofisticada que o rodeia , levando muitas vezes à desumanização.

Pensamos que um entendimento sob o conceito de ansiedade e sobre os mecanismos mentais que os indivíduos empregam, nas suas alternativas, para lidar com essa emoção é necessário para que o enfermeiro compreenda o comportamento humano.

Para isso, tem que fazer uma avaliação constante não só dos factores ambientais com que o doente se depara, mas também do próprio utente, devendo assim avaliar-se o nível de ansiedade que o utente manifesta, a respostas adaptativas ou desadaptativas comportamentais à ansiedade, quais os agentes de tensão ou anexa geradora de ansiedade, quais as alterações comportamentais e sinais de ansiedade que estão presentes.

No seu dia a dia, o enfermeiro deve desenvolver actividades tendo por objectivo uma diminuição da ansiedade do utente tendo, para isso, que ser um bom ouvinte; desenvolver uma relação interpessoal positiva com o utente; encorajar a conversa sobre sentimentos, tendo em conta a preparação do utente; ser calmo, incutindo confiança e evitar tornar-se ansioso; transmitir empatia, consideração positiva incondicional e coerência;

oferecer segurança, incluindo o uso de comportamentos não verbais tais como presença física tranquila e uso de contacto corporal; evitar situações provocadoras de ansiedade, tais como ameaças, insinceridade, focalização de incertezas, uso indiscriminado de terminologia médica, uso indiscriminado da confrontação com o comportamento, indiferença ou bloqueio face aos direitos ou objectivos do utente, atitude crítica, impaciência, etc.; desenvolver mutuamente a programação diária de actividades, incorporando as preferências e pontos fortes do utente; transmitir uma atitude realista de que o problema não é catastrófico e de que uma resolução positiva pode ser encontrada; fornecer informações simples, concisas e claras acerca das experiências a serem vividas durante a hospitalização, nomeadamente no que diz respeito à doença e meios técnicos e humanos necessários ao tratamento; ajudar o utente a reconhecer a sua ansiedade; identificar com o utente as relações existentes entre a ansiedade e certos factores desencadeantes (meios de diagnóstico, tratamentos, etc.); explorar com o utente os meios para lhe resolver os problemas que lhe causam ansiedade; identificar com ele alguns mecanismos utilizados em situações difíceis (sono, trabalho, alimentação, álcool, tranquilizantes, refúgio, negação, cólera, manipulação,...); reforçar os mecanismos de adaptação saudáveis, desenvolvendo um programa diário de actividades e incorporando as preferências e pontos fortes do utente.

Em suma, deveremos criar um clima de compreensão empática, tendo em vista cuidados mais humanizados e de melhor qualidade, usando para isso um acolhimento global e eficaz do utente, desde a sua integração na unidade até a alta.

7 - ACOLHIMENTO

Antes de nos determos especificamente sobre o acolhimento, convém abordar um aspecto sobre o que esse mesmo acolhimento tem uma grande influência. Estamos a referir-nos especificamente à humanização dos hospitais.

Nunca a humanidade se viu tão ameaçada pela desumanização como nos dias de hoje. Até há bem pouco tempo os cidadãos eram identificados pelo seu nome próprio. Neste momento, mais importante que o nome são os códigos traduzidos por números; é o beneficiário nº X, é o contribuinte número Y, é o processo número Z, etc. A informática está a transformar os nomes em número, a robótica a substituir o braço humano pelo mecânico. Isto passa-se também a nível da saúde, particularmente nos hospitais : o utente tem um número de cama e o número do processo; quando precisa de algo, toca a campainha para chamar o enfermeiro e é atendido pelo intercomunicador e nalguns estabelecimentos através de vídeo; a vigilância dos sinais vitais monitorizada humanamente, dá lugar à monitorização computorizada; a observação clínica , objectiva, directa (o olho clínico) dá lugar, em parte, às máquinas, desde a tomografia axial computorizada, ressonância magnética, ecografia, etc.

Esta perspectiva de desumanização não tem sido encarada de forma optimista. Sabe-se que o homem não pode sobreviver sem toda esta tecnologia, pois tem trazido benefícios incalculáveis para a humanidade. Posto o problema desta forma, podemos dizer que todo o desenvolvimento tecnológico é bem vindo, desde que o homem não perca nunca a noção de que nada pode substituir o contacto humano, a comunicação, a solidariedade, sobretudo quando se trata de cuidar a pessoa doente.

No entanto, o problema da desumanização assume outras dimensões , como nos aponta Carvalho (1991). Afirma que é reconhecido que a tecnificação contraria a humanização. Há que recear ainda outros elementos com eventuais efeitos: as dificuldades decorrentes de peso crescente da administração, da burocracia e da hierarquia hospitalar, a diluição do processo das decisões, os vínculos precários e a instabilidade profissional do pessoal, a padronização e a regulamentação em excesso, a gestão norteada sobretudo pelos

indicadores de estrutura, de processo e de produtividade bem mais fáceis de medir do que os de impacto.

Poderemos dizer que as novas tecnologias são, sem dúvida, nossas aliadas nos cuidados a prestar aos utentes, mas não dispensa, de forma alguma, uma maior atenção e disponibilidade em relação ao outro, à sua pessoa, ser único como um todo pertencente ao seu meio, à sua família e ao seu contexto sócio-económico e cultural.

Embora não seja muito simples enunciar completa e definitivamente o conceito de humanização, a evolução técnica e científica dentro dos hospitais veio ajudar, não só a prestação de cuidados, mas também a desenvolver-mos uma noção diferente da verdadeira humanização.

Este conceito pode pois ter contornos mais amplos ou mais estreitos, de acordo com a formação, a educação e o conhecimento das pessoas. Dentro dele cabem perfeitamente a sensibilidade à dor dos outros, ao sofrimento alheio, à indigência ou à solidão, a disponibilidade para ouvir os outros, o compartilhar das suas preocupações e angústias procurando minimizá-las.

Humanização significa acto de humanizar, ou seja, de tornar humano, bondoso, compassivo. Um vocábulo proveniente da humanização em termos de atitude é o humanismo que consiste em centralizar os seus interesses no homem (Costa e Melo,1992).

Martinet (1985) num estudo sobre a humanização procuram transmitir algumas definições de termos relacionados com a humanização e as suas finalidades, dos quais destacamos:

Humanismo – toda a teoria ou doutrina que tem por fim a pessoa humana, e o seu desenvolvimento (psíquico e moral);

Bem-Estar – Sensação agradável procurada para a satisfação de necessidades psíquicas, ausência de tensões psicológicas;

Segurança – estado de paz moral que não é perturbada;

Tranquilidade – estado tranquilo, estabilidade moral (em oposição à angústia, apreensão, inquietude).

A humanização dos hospitais tem que ser vista sempre à luz dos direitos humanos, como nos afirma Martins (1991): "Humanizar é adaptar às necessidades e direitos do ser

humano. Depende das noções que se tem do que é ser humano e de quais os seus direitos . Depende portanto da informação científica, da ideologia, dos sistemas de crenças e das características psicológicas de quem detem o poder para humanizar".

A mesma opinião é partilhada por Fernandes (1991) que em termos simples diz que humanização nos serviços de saúde é criar um sistema de saúde adaptado ao ser humano; é criar um sistema caloroso, respeitar a pessoa humana como ser sensível e simultaneamente favorecer a autonomia do indivíduo face ao seu meio, muito em especial, face à organização dos serviços.

Estes dois conceitos englobam uma vertente importante dos direitos do ser humano e consequentemente dos direitos como doente, dado que esses direitos têm como finalidade única a humanização, isto porque o homem doente não deixa de ser homem e deve ser tratado como tal, ou seja, de forma humanizada.

Sendo assim, humanizar um hospital é criar um estado de espírito de compreensão entre o doente e o pessoal.

Martinet (1985) vê o problema da desumanização dos hospitais em termos da qualidade das relações entre o doente e o pessoal, defendendo que a melhoria da qualidade da vida dos doentes nos hospitais depende essencialmente das relações entre o pessoal e os doentes e em particular, das relações entre o doente e o enfermeiro.

A humanização começa no primeiro contacto do utente com a instituição ou seja no acolhimento, sendo este um factor primordial em qualquer serviço (Carvalho 1991).

Para Martinet (1985) a humanização começa também pelo acolhimento porque "é do primeiro contacto que depende em grande parte o clima de confiança e a qualidade da estadia da pessoa hospitalizada".

O acolhimento é um factor primordial que pode levar à aceitação ou rejeição.

Sendo a nossa perspectiva que o acolhimento deve ser de aceitação, de humanização, calculado e planeado, tal como nos refere Martins (1991): " as condições de atendimento são fundamentais na humanização e, em geral devem ser planeadas detalhadamente para garantir o bem – estar do utente e da família e evitar consequências prejudiciais resultantes das condições em que é realizado o tratamento".

O acolhimento não se deve confinar somente ao acto de receber o utente, mas englobar todo o contacto e acompanhamento com esse mesmo utente desde que entra até à alta.

O bom acolhimento é o primeiro passo para a recuperação da saúde, dado o efeito que produz no utente, sendo também a primeira condição para a humanização dos serviços de saúde.

A primeira impressão de quem, pela primeira vez, se dirige a um serviço de saúde, é, muitas vezes, determinante para o relacionamento posterior com esse serviço. Quando um utente tem necessidade de recorrer a um Centro de Saúde ou um Hospital fá-lo, certamente, em condições físicas e /ou psicológicas debilitadas. Tem, por isso, necessidade absoluta de encontrar de outro lado um interlocutor simpático, compreensivo e disponível para o receber e lhe prestar todo o apoio de que carece.

Na maioria dos casos, o doente desconhece completamente o que vai encontrar, o que lhe vai acontecer e os passos que terá de dar até ver o seu problema resolvido. Cada pessoa é um caso diferente, e até os pequenos problemas, para o próprio, são grandes, porque são os seus.

Diz Elharth (1983) que " a adaptação do doente ao hospital pode afectar a sua disposição para aceitar o tratamento que lhe compete. Uma pessoa que não esteja acostumada à doença pode mostrar apreensão em relação ao tratamento e medo de ter complicações e até queixar-se muito, mesmo que a sua doença ou incapacidade seja de menor importância".

É crucial, neste momento, ter alguém que o esclareça, que lhe preste a melhor atenção, que interiorize o seu problema e que a leve a confiar nas indicações e nos serviços.

É-nos exigido que saibamos receber, mas também ouvir, aconselhar, orientar. Dar informações objectivas é importante mas difícil sobretudo se as dúvidas do utente também são as nossas.

Não podemos dar falsas esperanças, mas também não podemos desiludir de imediato. A objectividade pede-nos que sejamos prudentes e por vezes saibamos dizer que não sabemos, sem o receio de perder a confiança do doente. Relegar determinadas informações para o médico não significa ignorância ou cobardia, mas antes a garantia da objectividade e a preservação da nossa consciência.

Não podemos esgotar as informações e orientações esperando que o doente fique definitiva e completamente informado, mas antes, deixar a porta aberta ao diálogo e ao esclarecimento a qualquer momento (indicando a quem recorrer).

Destruir fantasmas ou tabus em relação à doença e ao Hospital é uma das tarefas do acto de acolhimento, promovendo a confiança na equipa, garantindo o espaço, a individualidade e o autocuidado, promovendo a auto confiança.

Se isto acontecer, o doente ficará psicologicamente bem, sendo esta situação, quantas e quantas vezes, o primeiro passo para uma predisposição diferente em relação ao tratamento e até ao alívio da dor física.

Para facilitar a adaptação ao Hospital é necessário que se faça um acolhimento eficaz, dado que um bom processo de humanização começa com o acolhimento.

Iremos abordar o tema do acolhimento sob duas perspectivas que se inter-relacionam. Primeiro sob a perspectiva teórica, ou seja, *acolher porquê*; seguidamente tendo uma perspectiva prática: *acolher por quem* e *acolher como*. Esta sistematização resulta do facto de entendermos que há que definir com rigor, não só as razões do acolhimento dos utentes, mas também a forma desse acolhimento e a quem cabe fazer esse acolhimento.

Trata-se de um problema relacionado com a filosofia e a prática da humanização dos hospitais que para Martinet (1985) citado por Lopes (1993), "pode definir-se concretamente nos serviços com uma prática tendente à personalização dos cuidados: cuidar cada doente como ser humano único".

ACOLHER PORQUÊ ?

A doença e o internamento envolvem uma série de riscos que condicionam a adaptação do doente ao meio hospitalar. Podemos enumerar alguns factores que contribuem para a ansiedade, insegurança e medo que o doente experimenta durante a hospitalização, factores esses que constituem riscos nos quais o doente está envolvido, e que o enfermeiro deve compreender para os procurar minimizar. De entre eles:

- perda ou violação da internidade e ou privacidade;

- perda da independência e autonomia na realização de determinadas actividades da vida diária;

- mudança da rotina de vida e do atendimento das suas necessidades;

- modificação das funções dentro do seio familiar;

- problemas económicos, quer pelo aumento dos gastos, quer pela interrupção do trabalho;

- impossibilidade de controlar as relações com os outros doentes, com o ambiente hospitalar e com o equipamento;

- isolamento pelo afastamento dos amigos e família;

- desconhecimento do diagnóstico, das alterações físicas e sociais que poderão surgir com a doença.

O acompanhamento do doente sob o ponto de vista das suas necessidades como pessoa humana, é na maior parte dos casos, primordial para a sua recuperação clínica.

Os dicionários definem o acolhimento como dar guarida, acoutar, receber, proteger (Costa e Melo, 1992).

Diochon (1988), após a elaboração de pesquisa sobre o tema diz que "acolher é um verbo transitivo significando: comportar-se de uma certa maneira com uma pessoa que se apresenta; receber favoravelmente uma pessoa através de palavras, ideias e sentimentos... É facilitar a comunicação, reduzir a ansiedade, escutar, acertar o outro, reencontrar o outro".

É também, como afirma a autora, não só uma luta contra o isolamento, mas também uma etapa indispensável para que o doente aceite melhor a hospitalização. O verdadeiro acolhimento é consciente e voluntário; não é um fim em si mesmo, mas o prelúdio, a mudança e uma introdução à comunicação. É uma primeira etapa indispensável que permite ao doente aceitar melhor a sua hospitalização. Daí a importância dada na nossa actividade profissional ao acolhimento.

Se o acolhimento é importante no quotidiano das nossas relações, ele é extremamente mais importante quando o utente se dirige ao Hospital. Não é só pelo facto de se tratar de uma pessoa doente e, sobretudo porque vem contrariado, mas também porque carrega um sem fim de problemas para além da própria doença.

Todas as pessoas que pela primeira vez têm necessidade de recorrer aos serviços hospitalares, começam por ver o hospital como um lugar que representa a doença, o sofrimento, a morte, tornando-os desta forma "hospitalófobos", como nos refere Martinet (1985), porque na sua concepção, para o doente, o hospital está cheio de histórias e de lendas que remontam ao tempo de infância. O ambiente familiar é decisivo para a rejeição

ou aceitação do Hospital, como nos refere Bernardo (1982): "Quanto mais profundo, privado e afectivo for o ambiente familiar, maior será a sua influência negativa ou positiva relativamente à necessidade de internamento".

Como já foi referido, a ideia que se tem do Hospital tem uma grande influência na sua aceitação ou rejeição. Por vezes o utente tem que ponderar entre a esperança e o medo, como nos refere Silva (1980):

"A ideia de que o Hospital é sentido muitas vezes como misto de respeito e mistério, é um local de esperança onde se vai tentar recuperar a saúde, mas ao mesmo tempo, pode ser um local em que a dor e o sofrimento muitas vezes estejam presentes. Assim, o Hospital, para o doente representa uma faceta agradável que o leva a aceitá-lo pelo interesse de ficar bom, mas, por outro lado, recusa-o para evitar a dor, mal-estar, a ansiedade e o desconforto".

Não pode ser ignorado o facto de situações que poderemos chamar de "hospitalização", em oposição à aceitação antes referida, constituam, no entanto, uma excepção à regra. É o caso dos doentes extremamente dependentes que numa primeira experiência encontram no Hospital tudo aquilo que o lar não lhes pode proporcionar: ambiente calmo, higiéne, conforto, alimento e segurança. Mas repetimos, é uma excepção à regra e não vamos reflectir mais sobre ela.

Refere Roxo (1989), que "poucas situações na vida são tão marcantes como a mudança de uma pessoa da sua casa para o hospital, só pelo facto de estar doente uma pessoa sentir-se-á aterrorizada, insegura e extremamente angustiada".

Esta será efectivamente a regra que nos é confirmada por Bernardo (1982): " O utente que chega ao hospital, além da sua problemática pessoal, física, psíquica, espiritual e social, carrega com os cargos que a comunidade lhe insufla. Tanto pode ser positiva, de confiança, esperança e colaboração, como de pânico, esmagamento, desconfiança generalizada e retraimento".

É pacificamente aceite que qualquer pessoa sente "medo" em determinadas situações. Este medo provém , em relação à hospitalização, do facto de se desconhecer o próprio hospital, com repercussões quase sempre negativas, como nos documenta Bernardo (1988):

"Sendo o hospital um lugar possível e frequentemente indispensável para os membros da comunidade, estes ignoram praticamente o seu funcionamento por falta de esclarecimento adequado e efectivo contacto. Esta situação está na origem de autêntica angústia, quando acontece que chega o momento do internamento. O que pode agravar emocionalmente, devido a conflitos psíquicos, a já frágil e precária resistência do utente necessitando de internamento. Estes estados de conflito têm um peso negativo e por vezes impeditivo da evolução favorável e reintegração pessoal sadia".

Por esta razão, os responsáveis pela saúde de vários países, incluindo Portugal, têm insistido na abertura total dos hospitais para a comunidade (Cf. Dec. Lei 19/88).

Poderiam enumerar-se um sem número de problemas relacionados com a necessidade de hospitalização. Elharth (1983) põe em relevo o problema do afastamento da família e dos amigos, afirmando que esse afastamento "causa por vezes mais sofrimento que a própria doença física".

Uria e Lopes (1988) abordam esta problemática apresentando alguns exemplos:

1 - Separação da família e comunidade do indivíduo. Por vezes o utente é o chefe da família, o único que com o seu salário faz face às despesas quotidianas do lar. Por certo não será apenas o problema da doença que o incomoda, mas também a subsistência dos seus familiares . Outra vez o doente é uma mãe com os filhos pequenos, dependentes dos seus cuidados. Quem vem tomar conta deles? Como vão suportar a sua falta? Por vezes é ainda uma criança dependente dos seus pais e irmãos, etc. Por melhor que seja o ambiente hospitalar, por mais carinhosos que sejam os que tratam dele, não são os seus familiares;

2 - Alterações dos hábitos de higiene, alimentares, de repouso, de lazer, etc.;

3 - Sofrimento por sujeição a actos terapêuticos ou diagnósticos médicos ou cirúrgicos, mais ou menos agressivos;

4 - Compromissos assumidos e impossíveis de cumprir, como por exemplo a compra de um veículo a prestações, a execução de um determinado trabalho dentro de determinado prazo, por vezes até um casamento que tem que ser adiado".

Estes autores acrescentam uma afirmação importante relacionada com a indução do problema "... seja qual for a idade, estado civil, a raça, o sexo, o nível social e cultural do indivíduo, quando separado do seu meio familiar por razões de doença, induz nos seus familiares os outros problemas".

Esta mesma opinião é defendida por Continaud (1975):

" A hospitalização é sentida por todos como um choque, no seio de um mundo novo em que se aniquilam todos os projectos para o futuro e em que domina um sentimento de solidariedade face aos outros doentes e ao pessoal que faz os tratamentos. Choque porque há uma ruptura no quadro habitual de vida, sem preparação para o que espera o doente hospitalizado"

No hospital, o doente não só é obrigado a adaptar-se a uma cama estranha, sons estranhos e desconhecidos, como também tem que estar pronto a cooperar com quem quer que seja que entre dentro do seu quarto, às horas mais imprevistas, para lhe fazer um tratamento ou dar-lhe uma mediação.

Daí a grande importância que os primeiras momentos passados no hospital assumem para o doente. Por isso, deve-se envidar os maiores esforços no sentido de revelar interesse, simpatia e compreensão.

ACOLHER, POR QUEM ?

Tradicionalmente o processo de admissão do doente ao estabelecimento hospitalar é muitas vezes uma experiência impessoal, descuidada, mecânica e frustrante para a pessoa que a ela se sujeita (Elharth, 1983).

Este processo de admissão que se limita apenas a pedir a identificação do utente para preenchimento da folha de admissão e a indicar-lhe o local onde deve aguardar o atendimento, ou a cama onde vai ficar, é pouco dignificante e não respeita minimamente os preceitos de uma relação humana, por melhores que sejam os cuidados técnicos prestados nesse hospital.

Rodrigues (1984), refere que "na verdade, pode um hospital ou serviço prestar os melhores cuidados técnicos, mas o doente não pode sentir satisfação ou bem estar se não lhe for dispensada uma atenção respeitosa e delicada que, como pessoa lhe é devida, e se não lhe for proporcionada a comunicação a que tem direito e a informação que carece".

Também Salgueiro (1991) depois de enaltecer o acolhimento como "momento único, em que o doente chega angustiado, com a necessidade de ser escutado, confortado, acalmado e informado" e privilegiado porque o enfermeiro tem a grata possibilidade de

ver, de imediato, compensado o seu trabalho: Como infelizmente nem sempre acontece, a autora acrescenta uma triste constatação:

" o acolhimento ainda é algumas vezes um ritual, impessoal, anónimo, frio, desligado da realidade, indiferente, não planeado pela equipa de enfermagem, não obedecendo a regras preestabelecidas, não se inscreve num protocolo de cuidados, deixa-se a iniciativa a cada um (que acolhe segundo a sua vontade, disponibilidade e humor ou nem sequer acolhe".

Está muito em voga em praticamente todos os países, a distribuição aos utentes de uma guia de acolhimento. Acolher não é de forma alguma algo que dispense o contacto humano, a comunicação. Nós consideramos importante este gesto, mas ele poderá ter um papel idêntico ao de um guia turístico, que se não for complementado com a comunicação não tem o valor real para o utente.

Esta também é a opinião de Silva (1980) que refere "alguns hospitais têm um pequeno livro que no acto de admissão lhe é entregue e contém uma série de considerações úteis. Entretanto, mesmo que tal exista, é importante para a relação e grato para o doente, que o enfermeiro o conduza à enfermaria, o apresente aos outros doentes, o informe sobre as rotinas do serviço, localização dos gabinetes, refeitório, quarto de banho, horário das visitas médicas e familiares, horário das refeições, etc. E lhe preste ajuda à mudança de indumentária, aproveitando para o escutar e esclarecer com verdade, dissipando os seus receios e inspirando-lhe confiança".

Já Clarcke (1977) fazia referência a este guia, mas não como substituto do acolhimento, dizendo que " um livrete com informações acerca dos pormenores tais como horas das visitas, facilidades de compras, o que trazer para o hospital, qual a pessoa indicada para tratar dos vários assuntos, pode dar ao doente, antes da entrada, uma certa familiaridade com o enfermeiro".

Mais uma vez ressalta que é preciso mais que o simples acto de dispensar o referido guia de acolhimento, que pode estar muito bem formulado, mas se não for acompanhado por contacto humano e por um bom sistema de comunicação não tem a eficácia pretendida.

Quem acolhe os clientes das grandes empresas são as pessoas melhor preparadas para o efeito.

Nos hospitais, outrora a " admissão era uma função normalmente delegada ao pessoal com menor preparação (Elharth, 1983). Talvez houvesse a preocupação de poupar recursos. Mas, efectivamente assim havia admissões, mas não acolhimento.

Roxo (1989) explica a razão : "durante os primeiros momentos é o hospital que mais inquieta os doentes; estes sentem-se perdidos e assustados num universo estranho. Nesta fase tornam-se difíceis as coisas fáceis, tais como dar o próprio nome, seguir as instruções sobre os lugares para onde se devem dirigir, etc.,. Os pequenos pormenores adquirem uma importância enorme, o ficar sem roupa passa a ser equivalente ao ficar sem a própria identidade... nesta fase a maioria dos doentes sente que uma simples gentileza que reconheça a sua individualidade é capaz de aliviar os seus sentimentos de inadequação..."

Coloca-se, assim, o problema de que estará preparado para estes gestos. Uma Circular do Ministério de Saúde Francês, divulgada no sentido da prática de um autêntico acolhimento nos serviços de saúde daquele país, refere:

O acolhimento que propomos deve ser consequentemente, tranquilizador, personalizado, evidenciando pontos importantes como a descrição. A finalidade é diminuir a ansiedade ligada à hospitalização (circ. DGS/DH, nº 132, de 16-03-88).

Efectivamente não há, salvo muito raras excepções, hospitalização sem ansiedade, porque... " só a sugestão do internamento causa medo; desconfiança e angústia à maioria das pessoas (Silva, 1980).

Por esta razão é aconselhado, que se faça um acolhimento prévio ao internamento, sempre que este seja programado. É o que alguns serviços hospitalares no nosso país estão a fazer, com o objectivo da redução do medo, da angústia e da ansiedade.

Em França, nalguns hospitais, o internamento dos jovens constitui um exemplo que bem pode ser seguido por nós:

" Logo que a hospitalização é prevista para um jovem que vem à consulta, existe uma demanda particular. Se for hospitalizado, nas horas seguintes ou alguns dias mais tarde, o jovem virá acompanhado pelo seu médico ou enfermeiro da consulta visitar o hospital e fará um primeiro contacto com a equipa.

Assim, quando for internado ele não será um desconhecido. (Circ. DGS/DH, nº132, de 16-03-88).

É de notar que esta expressão de acolhimento, prévio ao internamento existe uma ideia de continuidade, o que vem confirmar a observação de Altschul (1977):... os utentes

parecem referir o enfermeiro que estava presente quando deram entrada no hospital. Talvez isso se deva ao facto de ele ser a mais facilmente identificável nos casos geral que cerca o utente e também aceite mais acríticamente".

A opinião da continuidade é também defendida por Bernardo (1988), ao referir: " a insegurança é acelerada quando entramos num ambiente desconhecido e tanto mais quanto é diferente do habitual. Daí a necessidade de ambientá-lo física e psicologicamente. A presença com certa continuidade da pessoa que o reconhece já pelo próprio nome é fonte de calma e segurança efectiva.

A equipa hospitalar e em particular a equipa de enfermagem deve ter como preocupação, não apenas, restaurar a saúde, mas procurar que o tempo de internamento seja uma experiência positiva na vida do indivíduo, a qual recorda com bom grado.

Essa experiência começa com a admissão ou entrada do doente no hospital. A partir desse momento o doente começa a reatar as suas impressões, boas ou más, sobre o ambiente totalmente estranho. Da qualidade do acolhimento vai depender o tipo de experiência para o doente e o êxito dos objectivos do tratamento.

Ao enfermeiro, elemento fundamental na equipa multi-disciplinar, e também porque é ele que está de serviço durante as 24 horas do dia, cabe elevada responsabilidade no processo de acolhimento do doente.

O Acolhimento como função de enfermagem

" A enfermagem é uma actividade essencialmente humana e constitui, quando é organizada, uma ama de saúde, independente tal como medicina, a farmácia, etc..." (Hall citado por Stussi, 1985).

Em termos funcionais, Henderson (1978), define a enfermagem:

"A função única do enfermeiro é assistir o indivíduo, doente ou são, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou a sua recuperação (ou para a morte tranquila) que ele realizaria sem auxílio se para tal tivesse a força necessária, a vontade ou os conhecimentos. Deve fazer-se tudo de modo a ajudá-lo a conquistar a independência tão rapidamente quanto possível"

O acolhimento dos utentes no Hospital é um acto de assistência de enfermagem.

Na nossa realidade é ao pessoal de enfermagem que compete fazer o acolhimento, como nos refere Salgueiro (1991) :

"...Considero o acolhimento como um cuidado de enfermagem, e um cuidado por excelência, síntese de alguns particularidades técnicas e de uma grande carga de relação / comunicação ".

São desta mesma opinião vários autores:

Martinet (1985) expõe a razão da sua posição da seguinte forma:

" O acolhimento é o momento privilegiado da comunicação entre o enfermeiro e o doente. São estes primeiros minutos que trarão satisfação ao recém - chegado e desdramatizará a hospitalização."

Também Clark (1977), nos afirma que é ao enfermeiro que compete acolher os doentes, porque :

" Uma vez que o enfermeiro deve contribuir, tanto quanto possível, para a recuperação do doente, é óbvio que deve fazer tudo o que poder para lhe diminuir ao máximo o medo, a ansiedade, a preocupação e ajudá-lo a suportar o que for inaceitável. Pode ajudar a diminuir a sua ansiedade, assegurando-lhe que será informado sobre o que lhe irá acontecer. Isto evitará a insegurança e portanto reduzirá as apreensões do doente sobre o desconhecimento. Por outras palavras, o enfermeiro deve comunicar com o doente e essa comunicação será mais eficaz se o informar".

Diz ainda " que quando o doente chega ao hospital, o enfermeiro é responsável por assegurar-lhe o tratamento prescrito pelo médico que sejam satisfeitas as suas necessidades fisiológicas, e que o facto de estar hospitalizado não lhe venha a causar prejuízos".

Se alguma dúvida subsiste de que é ao enfermeiro que compete acolher os utentes, para a dissipar, passaremos a enumerar algumas razões:

1) - O enfermeiro é o agente da humanização.

"um ditado popular com sentido metafísico e experimental diz que ninguém dá o que não tem, o que equivale a dizer que cada pessoa, fundamentalmente, exprime-se e age segundo aquilo que é. Daí que falando da humanização de algo, pressupõe, implica que as pessoas, agentes da humanização, devem humanizar-se a si mesmas, fazendo desabrochar as virtualidades pessoais e assimilando os valores humanos

universais que tornam a pessoa adulta, auto e hetero - avaliativa, aberta, disponível, acolhedora e conscientemente participativa (Bernardo, 1988)

2)- O enfermeiro conhece as variáveis que podem exercer influência nos doentes.

" Quando o enfermeiro pondera todas as variáveis possíveis de exercer influência no doente que dá entrada no estabelecimento hospitalar ou num centro de tratamento, o facto da admissão constituir uma experiência positiva para o doente, afigura-se determinante para todos os objectivos da assistência (Elhart, 1983).

3) - O acolhimento é um cuidado de enfermagem por excelência.

"... há que reflectir quanto à responsabilidade que nos cabe na humanização, dado que somos o extracto profissional mais numeroso e aquele que, mais tempo permanece junto do doente..."(Rodrigues,1984),

4) - O enfermeiro é um técnico em relações humanas.

"As primeiras impressões são as que mais perduram, pelo que se deverão desenvolver esforços no sentido de exteriorizar interesse, simpatia e compreensão durante os primeiros momentos que o doente passa no Hospital." (Roxo,1989)

5) - O enfermeiro sabe inspirar confiança.

"...a hospitalização deverá fazer-se nas melhores condições de relacionamento afectivo para desencadear confiança, esperança e anular as situações de medo que frequentemente atinge o candidato ao internamento." (Bernardo,1988)

6) - O enfermeiro conhece os mecanismos da comunicação.

"O acolhimento personalizado e atento faria baixar a ansiedade. É fundamental conhecer e ter bem assimilado as leis da comunicação humana, conscientes de que a pessoa que chega, além de diminuída pela doença, vem marcado por sofrimentos de retraimento e medo que dificultam o atendimento e perturbam a capacidade de codificação e descodificação" (Bernardo, 1988).

7) - O enfermeiro conhece em rigor as vantagens de um bom acolhimento

" A experiência das primeiras horas de hospitalização pode exercer no doente um poderoso efeito: pode afectar favoravelmente a adaptação ao internamento ou, se a experiência for desfavorável , pode atrasar ou mesmo anular o êxito de adaptação ao estado de enfermidade " (Elhart, 1983)

8) - O enfermeiro preocupa-se com o cliente, família e comunidade

" O processo de relação inicia-se no primeiro momento em que o enfermeiro-doente e família se encontram. É um factor de grande ajuda e marca logo o cariz de selecções futuras, a forma como o doente é recebido" (Silva,1980).

ACOLHER, COMO ?

O sucesso de uma recuperação começa, muitas vezes, quando o doente transpõe a porta do hospital. Aí o doente sente, naturalmente, que está a entrar num mundo desconhecido, onde irá ser submetido a um conjunto de observações, exames e/ou tratamentos, mais ou menos dolorosos e que ele não domina.

O acompanhamento humano do doente deve começar aqui. Se a ansiedade e o natural nervosismo forem atenuados por uma palavra amiga, por uma informação adequada, pelo interesse demonstrado pelo seu caso concreto, pela tentativa de aproximação à realidade, o doente sentirá que afinal o tal mundo, apesar de desconhecido, não lhe será hostil.

Como referimos, o processo de acolhimento inicia-se pelo relacionamento entre o enfermeiro e o utente. Para isso, o enfermeiro deve adoptar um conjunto de atitudes extremamente importantes e que têm como objectivo inspirar a confiança do utente e família no hospital e no tratamento que irá receber. Essas atitudes caracterizam a acção do enfermeiro:

- mostrar aos doentes e familiares segurança na execução dos cuidados;

- manifestar disponibilidade e simpatia, boa vontade e compreensão em resolver todos os problemas do doente;

- lidar com o doente de forma a mostrar interesse e empenhamento;

- prestar informações correctas e adequadas ao seu nível sociocultural e estado de saúde, esclarecendo todas as dúvidas;

- saber ouvir as suas preocupações;

- permitir a expressão dos seus sentimentos e emoções, compreendendo que o choro, nervosismo, agitação e apatia poderão ser reacções normais e que permitem aliviar a ansiedade e o medo.

Nos fins do ano de 1992 é criada em Portugal a Comissão Nacional para a Humanização e Qualidade em Saúde, a qual elaborou o plano Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde onde são apontadas medidas concretas a implementar em relação à recepção e acolhimento dos clientes dos Serviços de Saúde.

Neste plano é referido que:

"O acolhimento do doente, deverá obedecer aos seguintes princípios, a serem encarados como direitos:

- Disponibilidade para informar e facilitar, com o apoio logístico possível, nomeadamente ao doente internado;

- Identificação e atribuição do respectivo cartão, vulgarmente designado por cartão do utente;

- Acompanhamento por pessoal hospitalar nos vários circuitos, de acordo com as necessidades;

- Acompanhamento por parte, de pelo menos , um familiar sempre que essa seja a vontade do doente e critérios técnicos fundamentais não o desaconselhem;

- Possibilidade de utilização do telefone, pelo que deverá ser promovida a instalação de telefones portáteis;

- Serviços de refeições ligeiras, aos doentes ambulatórios, em caso de demora não evitável;

- Garantia de privacidade e dignidade do doente, de acordo com os condicionalismos vigentes e as suas necessidades;

- Informação do seu estado de saúde, bem como os tratamentos que lhe serão ministrados;

- Se for criança, tem direito a estar acompanhada por um dos pais, ou quem o substitua;

- Após a alta do doente, deverá ser-lhe remetida uma carta em que se afirma o quanto, apesar da situação, foi gratificante recebe-lo e trata-lo e se afirme, sobretudo, a total disponibilidade e como o doente pode continuar a contar com a instituição".

Para além do acolhimento do doente são referidos naquele plano normas para o acolhimento dos familiares, onde se apela essencialmente à afabilidade, compreensão e desburocratização, assente num princípio de que "o homem é alguém que pensa, sofre e tem medo sobretudo quando não sente o conforto de uma visão ou de uma presença de ternura e simpatia".

Numa análise ao exposto, o que nos ocorre, é que há uma inovação e preocupação em relação aos utentes dos serviços de saúde, por parte das entidades responsáveis.

Sem deixarmos de reconhecer um grande mérito, este plano não é específico para a Enfermagem , nem tão pouco vai a pormenores que os autores têm referido sobre a problemática do acolhimento, particularmente ao nível dos serviços de internamento.

O acolhimento deve ser planeado como qualquer cuidado de Enfermagem, devendo evitar-se sempre situações idênticas às referidas por Mcghie (1979): "quando uma enfermaria tem muito movimento, o pessoal pode estar muito ocupado a tratar os seus doentes, e um novo doente com os seus familiares podem ter que esperar ansiosamente à porta da enfermaria durante um certo tempo, antes de serem notados".

" ... a boa organização de uma enfermaria poderá assegurar que um elemento do pessoal esteja livre para coordenar as actividades da enfermaria e para atender as visitas e os novos doentes."

Nos hospitais o ambiente tem que estar permanentemente preparado, porque sabemos que a todo o momento somos visitados por pessoas muito especiais. Desta forma, alguns autores afirmam que o primeiro cuidado a ter no acolhimento é a preparação do ambiente. Como por exemplo Beland (1978) refere que : " o respeito ao utente é demonstrado ao criar um ambiente em que este possa expressar os seus sentimentos e ao interpretar o seu comportamento como uma necessidade não satisfeita".

Também Bernardo (1988), para além de salientar que o acolhimento deve ser atento, personalizado, inspirador de confiança, põe grande ênfase no ambiente, dizendo até como ele deve ser preparado:

" O ambiente deve primar pela ordem, silêncio, limpeza, e decoração agradável de forma a tornar-se acolhedor e calmo. E porque a primeira imagem é determinante no estilo de mútuo relacionamento posterior, é essencial cuidar os serviços de recepção de modo que o acolhimento seja atento e personalizado, inspirando confiança e fundando a esperança de que será tratado com competência e desvelo, num ambiente sadio e respeito recíproco. O tempo dedicado à entrevista, ao ser tratado pelo nome próprio, à qualidade da escuta activa e atenta devem levar à secreta conclusão de que o seu caso é importante e será tratado com seriedade, cuidadosamente. E, é normal que os profissionais de saúde intermediários entre a administração, a família e a sociedade, devem fazer pelo beneficiário tudo o que ele faria se soubesse, pudesse e quisesse, respeitando a verdade, a justiça e auxiliando cada um a ser ele mesmo, ajudando-o a aceitar os seus limites e logo que possível reintegrar-se na sua vida familiar profissional e social."

Ainda acerca do ambiente é importante observar as recomendações de Maghie (1979), porque este ambiente também tem a ver com o comportamento das pessoas:

"todos os elementos do pessoal deverão ser aconselhados a sentir-se investidos num corpo de relações públicas quando caminham por corredores do hospital e no recinto deste. Pode muito bem acontecer que os vários membros de pessoal sejam detidos por um doente ansioso que lhes pergunte o caminho para a enfermaria; responder-lhe de maneira afável, com instruções claras, pode ser de grande ajuda."

Todas as pessoas gostam de ser recebidas com um sorriso nos lábios. Muchielli citado por Sara (1993) explica porquê:

" Entre sinais que desencadeiam comportamentos instintivos no homem, notemos o sorriso de acolhimento agradável, que desencadeia comportamentos de aproximação."

Estes comportamentos de aproximação são fundamentais para poder incutir confiança :

" O acolhimento, a estimulação as exigências recíprocas dinamizam a participação, dão confiança nos outros membros e desencadeiam fundamentais sentimentos de pertença e solidariedade.

Estes dois sentimentos facilitam as relações afectivas, o empenhamento e eficácia em busca dos objectivos..."(Bernardo,1988).

É ainda com um sorriso nos lábios que se devem dar as boas-vindas:

" É extremamente importante que o enfermeiro dê as boas-vindas ao novo doente, apresentando-o aos outros doentes que estejam instalados na mesma área e ao restante pessoal. Estas atenções iniciais podem representar o ponto de partida para um útil relacionamento entre o enfermeiro e o doente, e também auxiliar este último a desenvolver o seu sentido de sociabilidade, além de constituírem uma oportunidade de iniciar a orientação do doente dentro do novo ambiente hospitalar (Elhart,1983)."

Também Meghie (1979) põe grande ênfase na recepção e apresentação do enfermeiro ao doente:

" Uma amigável recepção por parte do enfermeiro, enquanto se apresenta, ajudará o doente a sentir-se em casa. Depois, podem sentar-se com os seus familiares, enquanto o enfermeiro recolhe quaisquer informações que sejam necessárias."

Tem que colocar-se o problema do doente que pelo seu estado não vê, não fala, não ouve. Nem mesmo assim devem ser dispensadas as expressões de boas vindas, no sentido de exteriorização de algo que faça reconhecer ao doente de que é bem vindo:

"A comunicação não verbal, as vezes até a única praticável, e à que os doentes são praticamente sensíveis. Logo, pelo tom de voz, expressão facial, onde nem sempre o sorriso é importante , os gestos, o andar, a postura, o saber ouvir e até com simples contacto das mãos o enfermeiro pode exprimir uma relação de respeito, atenção, delicadeza, apoio, empatia e afecto. O enfermeiro respeita o utente como uma pessoa humana, dirigindo-se-lhe correctamente pelo seu nome e posição social." (Rodrigues, 1984)

O tratamento pelo nome e posição social referida pelo autor antes citado é importante, porque há pessoas que habitualmente são tratadas por "Senhor Enfermeiro X" ou " Senhor Dr. Y" e não seria para eles normal um tratamento apenas de senhor X ou Y. Isto assume grande importância em relação às senhoras. È frequente tratarem-se por " D. Maria " ou "Dona". A experiência diz-nos que as senhoras não gostam deste tratamento, preferindo "senhora D...".

Mas tão importante como tratar o utente pelo seu próprio nome é a apresentação do enfermeiro pelo seu nome também o que substituirá o uso de identificação em local acessível, do enfermeiro, como nos refere Altschul (1977):

" Às vezes os enfermeiros usam chapas com o nome. Isto é útil pois ajuda o utente a lembrar-se como se chamam, mas não substitui as apresentações pessoais. O enfermeiro deve dizer o seu nome claro e distintivamente e talvez tenha até de o repetir várias vezes antes do utente o saber usar com confiança."

No entanto, deve repetir para si o nome do utente, tantas quantas vezes forem necessárias, a fim que nunca caia na tentação de chamar o doente por um nome errado ou por um número, como nos adverte Silva (1980):

" Nunca chamar um doente por um número ou nome a que não esteja habituado e muito menos por diminuitivos ou familiaridades. Em caso de dúvida, perguntando, ele dir-nos-á como gosta que o tratem."

Certamente o doente não gostará que o chamem de "avozinho", de "tiozinho", de "queridinho", de "velhinho", como por ternura (mas erradamente), algumas pessoas o fazem, tratando o doente como se ele fosse uma criança, subestimando a sua inteligência, É importante que em todos os momentos o enfermeiro respeite a individualidade do doente e mostre que gosta dele pelo que ele é.

Alguns autores referem ainda (e nós sabemos que assim é) que alguns hospitais ainda se utiliza o calão das patologias para identificar os doentes: o fígado doente, a apendicite, o coração afectado (...) e não uma pessoa. (Meghie, 1979)

Outro aspecto não menos importante, explicito nas várias teorias de enfermagem , tem a ver com a relação de ajuda: o enfermeiro não deve fazer ao utente aquilo que ele pode fazer.

Clarke (1977), diz que "um enfermeiro nunca deverá fazer a um doente o que ele puder fazer sozinho, mesmo que seja algo que pode executar mais depressa."

O acolhimento não deverá ser um acto mecânico, rotinizado, mas cada utente deverá ser visto como um ser único e diferente de qualquer outro. Altschul (1977) refere que " é erro dizer ao utente muitas coisas de uma só vez. Pode dar-se logo algumas informações sobre a forma de panfleto." Este panfleto corresponde ao guia de acolhimento e, como já referimos, embora sendo importante, não deve ser substituto do acolhimento.

Daqui se depreende que o acolhimento planeado e sistematizado é algo mais englobante e duradouro que esse panfleto.

Em termos de síntese, apresentamos o que Elhart (1983) pensa acerca dos principais deveres do enfermeiro em relação ao acolhimento dos utentes no hospital:

1) - Apresentar-se ao doente;
2) - orientar o doente dentro da enfermaria ou do quarto, e explicar-lhe os aspectos gerais do ambiente hospitalar e clinico;
3) - explicar-lhe as funções das pessoas encarregadas da sua assistência;
4) - explicar-lhe quais os direitos que lhe assistem como doente;
5) - dever explicar ao doente as dificuldades e particularidades das autorizações e outros documentos que ele tenha assinado;
6) - assegurar-se que o doente sabe quem é o seu médico assistente durante o internamento;
7) - Recolher os elementos que julgue necessários para obter um conjunto de dados básicos referentes ao doente;
8) - Em colaboração com o doente, formular a curto, médio e longo prazo e faça o seu plano inicial da alta.
9) - tomar a seu cuidado a elaboração do cardex; aproveitando os dados que recolheu inicialmente para estabelecer o seu plano de assistência.

Particularmente no caso do nosso estudo, é extremamente importante explicar ao doente as funções e objectivos de toda a maquinaria (aparelhagem) que o rodeia diminuindo assim todo o medo provocado pelo ambiente tecnológico das UCICs; explicar-lhe ainda que a sua doença não é limitativa nem incapacitante para a sua vida futura, que embora, nalguns casos, tenha que fazer algumas adaptações pode fazer uma vida normal.

Destaque-se ainda a importância de se falar ao doente e aos seus familiares na alta. Isto é sem dúvida um objectivo que desfaz muito as preocupações. Fala-se de esperança do retorno à vida normal, mas por vezes tem que ser muito bem planeada:

" A alta do doente geralmente é sempre desejada por este e pela família , mas quando se aproxima a data pode ser motivo de grande preocupação para ambos pelas alterações que vai dar lugar no seu modo de vida (Silva, 1980).

Por aqui se vê que o acolhimento tem que ir para além do simples auto de receber bem o doente. Deve ser mais englobante e permanente em toda a fase de internamento.

Não poderíamos dar este capitulo por concluído sem nos debruçarmos também na família do utente, no momento do acolhimento. Já se deixou patente a opinião de alguns autores sobre os reflexos da doença no seio familiar e esses reflexos podem ainda ser mais nefastos que a própria doença. Sobre este assunto Silva (1980) refere que " a relação com a família deve ser sempre amistosa, correcta, prestando e pedindo as informações julgadas de interesse para o tratamento do doente e para acalmar a ansiedade e medos doentios da hospitalização".

Sobre o direito à privacidade, o mesmo autor defende que " o doente tem direito à privacidade no que diz respeito à sua pessoa e nós temos que respeitar essa privacidade como um direito do doente e como um dever nosso."

Poderemos, no entanto, acrescentar que essa privacidade assiste ao familiar do utente. Saber ouvir, aconselhar, ajudar, orientar, ajudar a expor problemas ou simplesmente indicar o gabinete dos serviços sociais, podem ser soluções eficazes a problemas surgidos.

Regra áurea para o enfermeiro será aquilo que Bernardo (1988) nos refere como um dever ético universal:

"aprender a ser o que se pode, a comunicar com verdade e pertinência e a acolher o outro com empatia."

Para tal é necessário que de forma expontânea, o Enfermeiro aprenda a gostar de ser Enfermeiro, o que implica que " em todos os momentos respeite a individualidade do doente e mostre que gosta dele pelo que ele é ", independentemente da sua situação clinica, da sua raça, sexo, condição social e do seu estado de espirito (Lopes ,1883 citando Meghie,198-79;Elhark, 1983; Bernardo, 1988) .

7.1 - O ACOLHIMENTO COMO FACTOR DE RELAÇÃO DE AJUDA

Qualquer comportamento motivado é como um canal pelo qual muitas necessidades fundamentais podem ser expressas ou satisfeitas conjuntamente.

Qualquer frustração ou possibilidade de frustração na satisfação de necessidades passa a ser considerada como uma ameaça biológica, sendo essas ameaças que produzem a reacções gerais de emergência no comportamento humano.

Segundo Felix (1994), " o pessoal de saúde deve reconhecer as carências dos utentes, para prestar todo o apoio, satisfazendo as necessidades destas. Este apoio deve preservar a dignidade do utente, consciente que cada utente representa uma pessoa em particular, com diferentes padrões de comportamento, e a reacção à doença é diferente de um para o outro."

Por conseguinte, o comportamento humano relaciona-se muitas vezes com o seu estado de saúde.

Para qualquer indivíduo, o nível de comportamento inerente ao estado de saúde é determinado pelo significado dos sintomas; capacidade de avaliação; a evidência e a incerteza em relação a ele; temor do desconhecido; a habilidade e assistência clinica; o grau de confiança nas pessoas a quem é solicitado o auxilio; expectativas quanto ao estado da doença, em que contam as experiências adquiridas em doenças anteriores.

Todas as percepções individuais sofrem influência de factores como a educação, profissão, nível de vida, tensão psíquica e amor próprio.

" O técnico de saúde, ao permitir uma atmosfera terapêutica, permite ao doente a autocompreensão" (Felix,1994).

Silva (1988), considera que os factores dessa atmosfera são a segurança e o calor afectivo, sendo o calor afectivo uma qualidade que não pode ser muito intensa, nem demasiadamente fraca, permitindo ao utente sentir-se satisfeitos na sua necessidade vital de ser amado como ser único, livre e criador, sem regressões , dependências ou ameaças para a sua integridade pessoal."

O comportamento dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, aguando da admissão do doente, é decisivo para a segurança no indivíduo, para o grau de confiança que ele irá ter em relação às pessoas e à instituição. Por isso o acolhimento que lhe é feito marcará positiva ou negativamente a relação utente/funcionário e utente/hospital.

Por outro lado, as novas tecnologias são, sem dúvida, nossas aliadas, mas não dispersam, de forma alguma (e até pelo contrário, exigem-nos cada vez mais) uma maior atenção e disponibilidade em relação ao outro, como um todo pertencente ao seu meio, à sua família e ao seu contexto sócio-económico e cultural.

Sabemos que homem não é uma ilha; é, sim, um emissor-receptor de informação, ou melhor; de comunicação com Os outros e o seu meio ambiente. Nessa permanente

interacção com o meio, que por sua vez está em continua mudança, ele adapta-se, cresce e desenvolve-se realizando actividades, tentando ser independente e saudável na sua vida.

Quando por qualquer motivo, doença ou acidente não consegue realizar as suas actividades normais, necessita de ajuda.

Fazenda (1993) diz que esta será talvez uma das situações em que a enfermagem pode dar o seu contributo. Refere ainda, "que a enfermagem deve ajudar as pessoas a realizar essas actividades de forma a que o faça o mais rapidamente possível por si só; deve identificar os problemas e actividades daí subsequentes em que a pessoa precisa de ajuda para as realizar a tornar-se independente e saudável; esse identificar de problema não pode ser feito maquinalmente, mas individualizando e personalizando, porque cada pessoa é única e diferente, como é também diferente o seu contacto sócio-económico, familiar e cultural."

Com um acolhimento ao utente através do diálogo estabelecendo entre ele e o enfermeiro, entre a família e o enfermeiro, através do estabelecimento de uma relação franca e clara de igual para igual, sem subterfúgios de relação ou linguagem poderemos estabelecer uma ajuda eficaz que permita ao utente ultrapassar alguma ansiedade motivada pela doença e internamento.

Pensamos, por isso, que uma boa relação terapêutica ou relação de ajuda ligada a todo o processo de acolhimento do utente será, como nos diz Phaneuf (1995), um elemento de competência de enfermagem.

A relação de ajuda, nascida ao lado da psicologia, muito rapidamente é transportada para os diferentes domínios da educação, das ciências humanas e dos cuidados ao utente. No sector dos cuidados de enfermagem, esta transplantação revelou-se particularmente fértil, conhecendo adaptações que fizeram dela um meio poderoso de intervenção.

Phaneuf (1995) refere que "aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o seu caracter de respeito e confiança no homem, mas assenta numa filosofia holistica que tem em conta todas as dimensões da pessoa".

Define-a como uma relação particularmente significativa que se instaura entre o ajudado, isto é, uma pessoa que passa pela experiência de um problema, de um sofrimento, e que sente dificuldades em os enfrentar sozinho, em encontrar os meios de os aceitar de se adaptar ou de sair deles; e um ajudante, na ocorrência um enfermeiro, que em dado momento o ajuda a encará-los e em encontrar em si próprio os recursos necessários para lhe fazer face. É uma troca, tanto verbal como não verbal que permite criar um clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónoma e evoluir para um melhor bem estar físico ou psicológico.

Perante esta definição constatamos que a relação de ajuda no processo de acolhimento dos utentes torna-se importante porque permite uma ajuda aos problemas do utente, ao seu sofrimento ou dificuldades em ultrapassar a sua doença e as emoções negativas do internamento.

A palavra ajuda toma aqui um sentido particular, não significando oferecer ás pessoas a solução pronta, mas significa orientá-la e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução ou no seu progresso através de diferentes fases do processo de resolução de problemas.

Phaneuf (1995) ilustra-nos o percurso de relação de ajuda da seguinte forma:

. Fase do primeiro contacto de abertura	O enfermeiro orienta-se para a experiência de outrém; abre-se, observa, escuta, olha, toma conhecimento, recolhe dados, toma consciência das expectativas e necessidades da pessoa
. Adaptação de atitude de cuidados pelo enfermeiro	Esta oferece ás pessoas a sua disponibilidade, exprime-lhe o seu interesse, sensibilidade face ao sofrimento, responde ás sua expectativas e ás suas necessidades. É o momento do enfermeiro de encarregar da pessoa; a pessoa cuidada sente que pode confiar no enfermeiro.

. Desenvolvimento da relação de confiança	A pessoa abre-se á relação de confiança, que lhe serve de suporte para a sua evolução.
. Utilização da relação de ajuda	A relação de ajuda pode instalar-se, se necessário; o enfermeiro adopta o quadro de referência de outrém, manifesta a sua consideração positiva, respeito, aceitação e empatia. O enfermeiro transforma a relação de acompanhamento num processo de evolução da pessoa.

Através deste tipo de relação conseguimos ajudar a pessoa de quem se cuida:

- a enfrentar os seus problemas presentes, a encarar-se como interveniente activa da sua situação;

- a ver o seu problema mais claramente, a chegar a uma compreensão mais profunda, mas também mais realista da sua dificuldade e a descrevê-la segundo as suas próprias percepções;

- a comunicar os seus sentimentos, as suas opiniões e a satisfazer as suas necessidades fundamentais fisiológicas, mas sobretudo as suas necessidades de segurança de pertença e consideração;

- a estabelecer contactos sociais e relações significativas, servindo a relação com a enfermeira de terreno de ensaio;

- a encontrar um sentido para a sua dificuldade (física ou psicológica), isto é, a identificar nela a motivação que a ajudem a vivê-la com coragem e a fazer dela uma experiência positiva. (Phaneuf, 1995)

A mesma autora refere-se a dois tipos de relação de ajuda: a formal e a informal.

A relação informal instaura-se de forma espontânea, à medida das necessidades de cada momento. Perante uma dificuldade, o ajudante pode intervir nesse momento. Tem, então como objectivo imediato levar a pessoa a verbalizar o seu problema, a ventilar as suas emoções e de lhe testemunhar a sua compreensão empática. Esta relação possui, todavia, todas as qualidades fundamentais duma verdadeira relação de ajuda e o enfermeiro pode utilizar todas as suas habilidades mas ela é sobretudo devida à capacidade de escuta, de respeito, de aceitação e de empatia. É o tipo de relação mais usado no âmbito dos cuidados globais.

A relação formal, é o tipo de relação que a enfermagem estabelece no decurso de encontros mais estruturados, sendo no entanto um pouco diferente, dado que também pode adaptar-se ao contexto dos cuidados de enfermagem. É baseada em objectivos simples de libertação de emoções de diminuição da ansiedade, de aceitação de um diagnóstico difícil. Este tipo de relação formal existente nos cuidados de enfermagem situa-se neste momento entre a relação informal e a verdadeira relação formal que se estabelece no decurso das entrevistas bem estruturadas ditas entrevistas face a face.

Na base, estes dois tipos diferentes de relação de ajuda, baseiam-se nas mesmos princípios; as diferenças situam-se ao nível das modalidades de aplicação. Mas na entrevista face a face a pessoa que ajuda deve desenvolver habilidades interpessoais mais profundas e a sua bagagem de competências profissionais relativas à relação de ajuda deve ser mais importante.

No processo de acolhimento aos utentes não poderemos estabelecer um tipo de relação único. Se por um lado o acolhimento deve ser estruturado e planeado e por conseguinte a relação formal poderá estar aconselhada, não poderemos esquecer os aspectos importantes da relação informal no contacto diário com esses utentes.

Características da Relação de ajuda

Este tipo de relação tem condições, atitudes ou elementos que deveremos ter em conta ao estabelecermos relação de ajuda. Assim, Phaneuf (1995) refere os seguintes:

a) - A não directividade - dado que o seu papel não é senão criar o clima, oferecer condições nas quais o processo de mudança pode crescer. No interior da relação a pessoa que ajuda não procura dar conselhos, fazer incitações directas ou sugerir soluções para o problema;
b) - A consideração positiva - sendo esta uma manifestação de estima, de interesse para com o doente e a comunicação do valor que a enfermeira lhe reconhece;
c) - Não julgamento - neste tipo de relação não pode haver lugar a julgamento de valores sobre as pessoas.

d) - Centralização sobre o ajudado - a sua forma de viver o problema, em função da sua própria sensibilidade e dos seus valores pessoais. Uma vez estabelecidas certas condições resta ao ajudante utilizar a relação criada com o doente para alcançar os objectivos que se fixaram. Para isso é preciso adoptar determinadas atitudes e habilidades que lhes permitirão explorar a relação e torná-la produtiva. Algumas serão mais fortalecedoras (aceitação incondicional, a empatia e a revelação de si próprio), outras são mais estruturantes e visam levar a pessoa a responsabilizar-se face aos seus actos, a determinar a ineficácia dos seus comportamentos ou inconsequências do seu agir (autenticidade, a confrontação e a mediação).

e) - aceitação incondicional da pessoa doente - sem avaliação e julgamento por parte do ajudante. Deve aceitar-se o doente agressivo ou aquele que é exigente tal como qualquer outro doente.

f) - respeito caloroso - reconhecer no doente uma pessoa humana investida de dignidade e de valor. Reconhecer no doente a presença de recursos, percebendo-o como sendo capaz e tendo o direito de tomar as suas próprias decisões.

g) a autenticidade - ressalta da relação consigo próprio e manifesta-se pela capacidade do enfermeiro, permanecer ele próprio nos seus intercâmbios com a pessoa doente, de ultrapassar as atitudes convencionais, e de lhe mostrar o que há de mais verdadeiro e de mais sentido. Esta atitude supõe a espontaneidade, a sinceridade e ausência de comportamentos defensivos.

h) - empatia - compreensão profunda realizada pela aptidão do enfermeiro em entrar no universo de outrem, para o compreender como se ele se colocasse no seu lugar a fim de aprender o que este vive, como vive e de lhe comunicar esta compreensão a fim de lhe levar conforto e apoio e de estimular, assim, a energia interior para o ajudar a evoluir.

Barreiras à relação

Phaneuf (1995) diz que numerosos inconvenientes podem entravar a aplicação da relação de ajuda:

- primeiro é certamente o tempo. É verdade que os recursos de enfermagem são limitados e que o trabalho se torna cada vez mais pesado. A falta de tempo, torna-se assim um belíssimo pretexto, porque como se viu, esta relação pode estabecer-se sem muitas exigências enquanto se pratica um cuidado ao doente. A relação de ajuda faz parte integrante das intervenções de enfermagem autónomas e necessárias ao doente, no entanto, a quase total subordinação à medicina torna os enfermeiros incapazes de autodeterminar o trabalho devido ao tempo escasso.

Um outro inconveniente é o próprio estilo de comunicação do enfermeiro que presta cuidados. Alguns enfermeiros são mais atraídas para cuidados técnicos, pouco inclinados a escutar o doente e, portanto, pouco interessados na relação de ajuda. Outros, porém, são mais atraídos pelas pessoas, mais inclinados a escutar e a partilhar as dificuldades do doente, portanto mais favoráveis à relação de ajuda.

Em nosso entender nada há a opôr aos cuidados técnicos, que são extramente importantes nas UCIC, no entanto o outro tipo de cuidados também é importante e o ideal é encontrar um bom equilíbrio entre os dois.

Outra das dificuldades relativas a esta relação estão, antes de mais, ligados aos filtros que ocasionam as nossas diferenças culturais, as nossas diferenças de idades, mas as principais barreiras têm origem sobretudo nos nosso preconceitos, nos nossos valores pessoais omnipresentes e às resistências do doente.

As resistências do doente face à ajuda oferecida pode ser uma barreira à relação. Quanto maior for a ansiedade da pessoa, mais ela tem necessidade de se defender tanto contra a realidade interior com exterior. Procura proteger-se evitando sentir e exprimir sentimentos, recordações ou ideias que o perturbam e portanto evita tomadas de consciência dolorosas sobre o que viveu. São de certa forma mecanismos de auto-alineação que podem por um lado ser respeitados e por outro ser ultrapassados em seguida pela instauração de uma intervenção progressiva e cheia de habilidade.

O desenvolvimento das atitudes de relação podem também trazer, por vezes, certos problemas para o enfermeiro. Interiorizou-se, de certa maneira, que um bom profissional encontra sempre soluções para todas os problemas. A empatia pode, é verdade, proteger-nos duma certa forma, centrando-nos nas emoções dos outros, mas não podemos sempre calar as nossas próprias emoções.

É importante lembrarmo-nos que:

- a relação de ajuda é uma intervenção limitada no tempo e que não se está sempre em situação de relação;

- existem pessoas para quem a relação de ajuda que lhe possamos oferecer nunca será satisfatória e devemos evitar ver isso como um fracasso;

- há pessoas que quereriam sempre agarrar-se à relação de ajuda e no seu interesse e para nos protegermos a nós próprios, devemos evitar criar essa dependência;

- perante certas situações emotivamente difíceis, é preciso também admitir que nós temos necessidade de suporte emotivo de colegas ou de outras pessoas que nos ajudem;

- nem sempre podemos darmo-nos sem nos fortalecermos, recorrendo, por exemplo a relações interpessoais valorizantes, distracções, períodos ao ar livre que nos permitam conservar o nosso equilíbrio e evitar o esgotamento profissional. É importante permanecermos vigilantes.

Competência profissional e relação de ajuda

O trabalho de enfermagem dominado pelos gestos técnicos não manifesta sempre toda a sua riqueza. A relação de ajuda pelas suas qualidades humanas vem acrescentar-lhe uma mais valia. Tomou mesmo uma tal importância no decorrer dos anos que se tornou uma condição "sine quanon " dos cuidados de enfermagem de qualidade (Phaneuf, 1995).

Numa preocupação de profissionalismo, a sua aplicação faz parte das normas de competência dos cuidados de enfermagem de vários países. O enfermeiro tem a responsabilidade de aplicar cuidados eficazes e personalizados, dar apoio à pessoa e acompanhá-la no seu processo de adaptação à doença ou à morte, e a relação de ajuda é um factor susceptível de concorrer para isso.

Esta relação trás, assim, aos cuidados de enfermagem qualidades que fazem com que se reconheça nos enfermeiros verdadeiros profissionais.

Schoen (1994) citado por Phaneuf (1995) sublinha que o que demarca o profissional dos outros trabalhadores é o grau de reflexão, de responsabilidade e de autonomia que acompanha o que este faz. Assim a relação de ajuda, pelo seu acento na

observação, na escuta, e no aprofundamento das trocas, trás ao trabalho de enfermagem um espaço de reflexão muito fértil.

A sua aplicação torna-se também uma manifestação no sentido alargado das responsabilidades que não pode aplicar-se senão num clima de liberdade e de autonomia.

Portanto, mesmo se esta decorre na intimidade da relação enfermeiro-doente, pelo benefícios que traz, confere uma maior visibilidade e um caracter de profissionalismo aos cuidados de enfermagem. As suas vantagens humanas e profissionais tornam-se verdadeiramente um elemento de competência da enfermagem.

A implementação alargada da relação da ajuda nos cuidados de enfermagem não é, entretanto, necessariamente evidente, porque esta supõe primeiro por parte do enfermeiro, uma mudança de perspectiva ao nível da percepção da própria identidade. Supõe, com efeito, que este não mais se considere unicamente como executante fiel de um papel de colaboração, mas também como um profissional imbuído de importância do seu papel autónomo.

Supõe também, de algum modo, uma mudança de cultura ao nível do estabelecimento de saúde em que o peso relativo das tarefas tecnológicas e da racionalização dos recursos deve ser contrabalançado por um interesse real na qualidade humana dos cuidados. Esta mudança pode, de algum modo, permitir-nos reencontrar e reintegrar o nosso inconsciente colectivo de profissão de ajuda.

Pensamos, por isso, que nos cuidados a prestar aos utentes das UCIC não devem ser descurados os cuidados tecnológicos, mas que toda a riqueza da relação de ajuda deve estar presente nesses cuidados, fazendo ela parte integrante do acolhimento aos utentes contribuindo deste modo para aumentar o papel autónomo dos cuidados de enfermagem.

7.2 - ACOLHIMENTO E COMUNICAÇÃO

A comunicação continua a ser um ponto crucial da prática da enfermagem, uma vez que constitui uma componente essencial do relacionamento entre os enfermeiros e outros trabalhadores da saúde. A presença ou ausência de uma comunicação eficaz determina um ambiente em que os cuidados de saúde são prestados e recebidos.

A comunicação é uma actividade humana básica, se ela desaparecesse de repente, toda a nossa maneira de viver extinguir-se-ia.

De uma maneira geral, a comunicação consiste numa troca de mensagens carregadas de significado. Ela é um processo essencial, não só da socialização, mas também da formação do indivíduo na medida em que este adquire consciência de si interiorizando os comportamentos na troca de mensagens significativos.

"Como se disse, na enfermagem, a comunicação faz parte integrante da sua prática, tanto como receptor, ou seja, capacidade de apreensão das mensagens significativas dos doentes, tentando responder às suas necessidades individuais através do contacto quotidiano; e como emissor, o enfermeiro, é um técnico de saúde especializado e como tal deverá transmitir atitudes de atenção, compreensão e ajuda pois é esta a imagem que se espera dele como técnico" (Rosas, 1989).

O papel do enfermeiro como técnico de saúde não se circunscreve só á prestação de cuidados mas, sobretudo, à forma como esses cuidados são prestados, ou seja, na relação que o enfermeiro estabelece com os doentes é importante que à sua competência técnica esteja aliada uma atitude de atenção pois, se isso acontecer, o doente sentir-se-á em segurança e diminuirá a sua ansiedade, logo encontrar-se-á o caminho aberto para uma boa relação comunicativa.

Rosas (1989) diz que etimologicamente comunicar é tornar comum. A comunicação é, portanto, no seu princípio a passagem do individual ao colectivo e a condição de toda a vida social.

Megginson (1986) define a comunicação como o fornecimento ou troca de informações, ideias ou sentimentos, através da palavra escrita ou oral, sinais ou gestos.

Este sentido de troca é-nos referido também por Bernardo (1980), em que "Comunicar é relacionar-se. Há verdadeira comunicação quando a relação se torna ir e vir, proposta e adesão, pergunta e resposta, emissão, recepção e retransmissão resultante do eco provocado pela mensagem enviada, escolhida e descodificada.

Esta definição leva-nos já à compreensão de que para haver comunicação são necessários alguns elementos: - emissor, receptor, mensagem, retransmissão e descodificação. Estes elementos constituem o chamado processo de comunicação ou seja o método pelo qual o emissor alcança o receptor.

No processo de comunicação existem:

. emissor ou transmissor - pessoa que deseja enviar a mensagem;

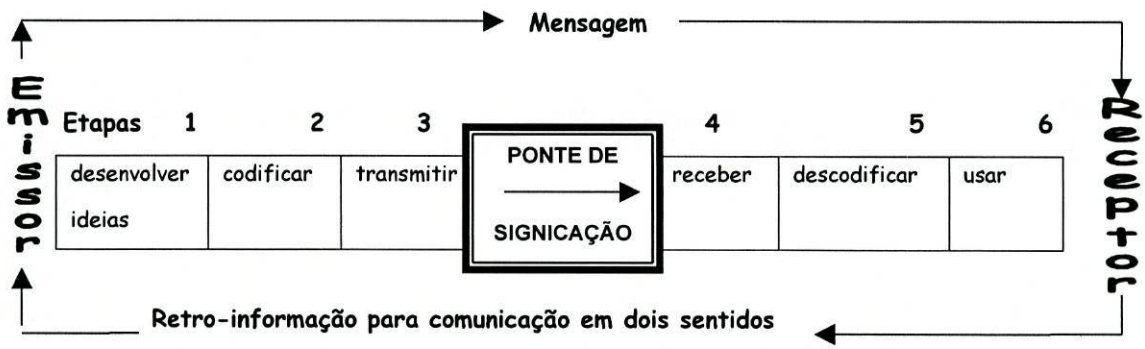
. mensagem - pensamento ou ideia que o emissor pensa enviar;

. receptor - pessoa a quem a mensagem é dirigida;

. retransmissão ou "feed-back" - efeito que a mensagem produz no receptor e leva o emissor a perceber até que ponto a mensagem foi descodificada;

. descodificação . percepção ou tradução do código utilizado pelo receptor;

Na figura nº. 7, apresentamos o modelo do processo de comunicação proposto por Werther (1983) em que para comunicar é necessário primeiramente desenvolver a ideia, codificá-la e só depois transmiti-la:



Fonte: Adaptado de Werther, William B - Administração de Recursos Humanos (p. 374)

O emissor deverá ter consciência da intenção que pretende comunicar e traduzi-la em mensagem; deverá cuidar a mensagem e verificá-la em função do destinário. Deverá obter a confirmação ou "feed-back".

O "feed-back" ajuda a perceber eventuais obstáculos e a reformular a mensagem (exemplo o uso de linguagem demasiado técnica poderá não ser percebida pelo receptor tornando-se necessário usar uma linguagem mais acessível).

Quanto à mensagem ela é o veículo da intenção do emissor e assume duas formas:

. conteúdo objectivo - aquilo que é transmitido;

. conteúdo subjectivo - o modo como é transmitida a informação.

Quanto mais próximos estiverem estes conteúdos das intenções mais clara será a mensagem e mais fácil para o receptor compreender e responder.

O receptor recebe a mensagem, descodifica-a e por sua vez emite a informação ao emissor (feed-back).

Factores que interferem no processo de comunicação

Se a comunicação é basicamente uma relação entre dois ou mais intervenientes, então o seu processo é um fenómeno complexo na medida em que interferem múltiplos factores desde aqueles que podem afectar o individual (biológicos, fisiológicos e psicossociais) como factores do meio ambiente (ruído, falta de privacidade, de espaço, etc.) e até factores socioculturais (níveis de cultura diferentes, expectativas diferentes, etc.).

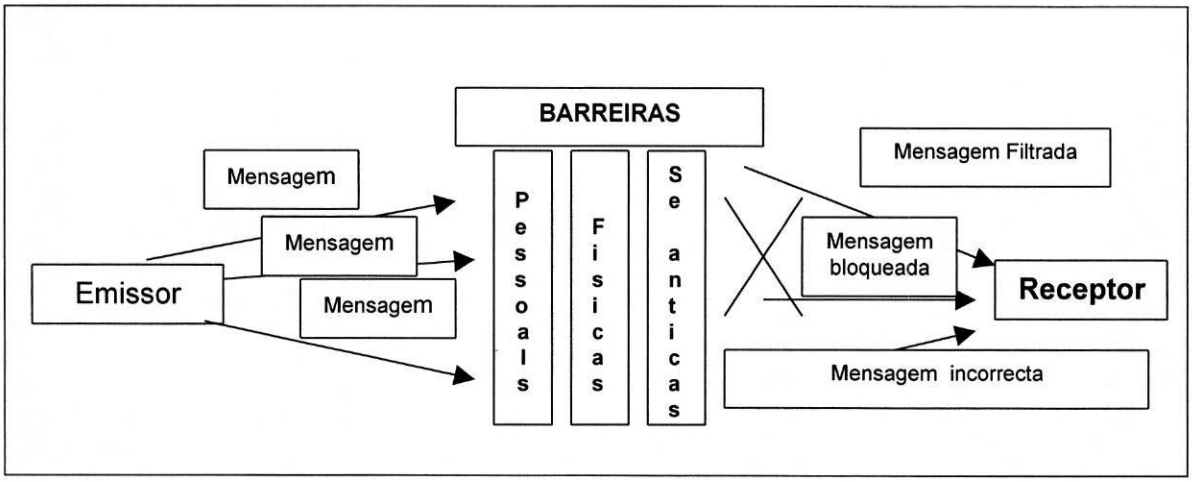
Rosas (1989), aponta os factores intrínsecos ao indivíduo: a ansiedade, dificuldades de expressão, compreensão ou articulação (afasia, lesões cerebrais); factores extrínsecos ao indivíduo: como por exemplo o tipo de código usado (palavras ou caracteres), perceptividade dos caracteres escritos, símbolos usados; e por fim o contexto, como exemplo de discrepância dos quadros de referência dos participantes em que se pode observar duas pessoas a comunicarem mas uma delas desconhece o significado dos termos utilizados pela outra; por fim os factores do meio ambiente como por exemplo o ruído, falta de condições físicas.

As interferências à comunicação podem surgir em qualquer das etapas do processo e constituem verdadeiras barreiras à comunicação. De acordo com Werther(1983), elas podem ser barreiras pessoais, físicas e semânticas.

As barreiras pessoais são as emoções, valores e limitações.

- As barreiras físicas ocorrem no ambiente em que tem lugar a comunicação, como por exemplo o ruído e as distâncias.
- As barreiras semânticas estão relacionadas com a interpretação de palavras.

Figura nº. 8 - Barreiras à operação comunicação

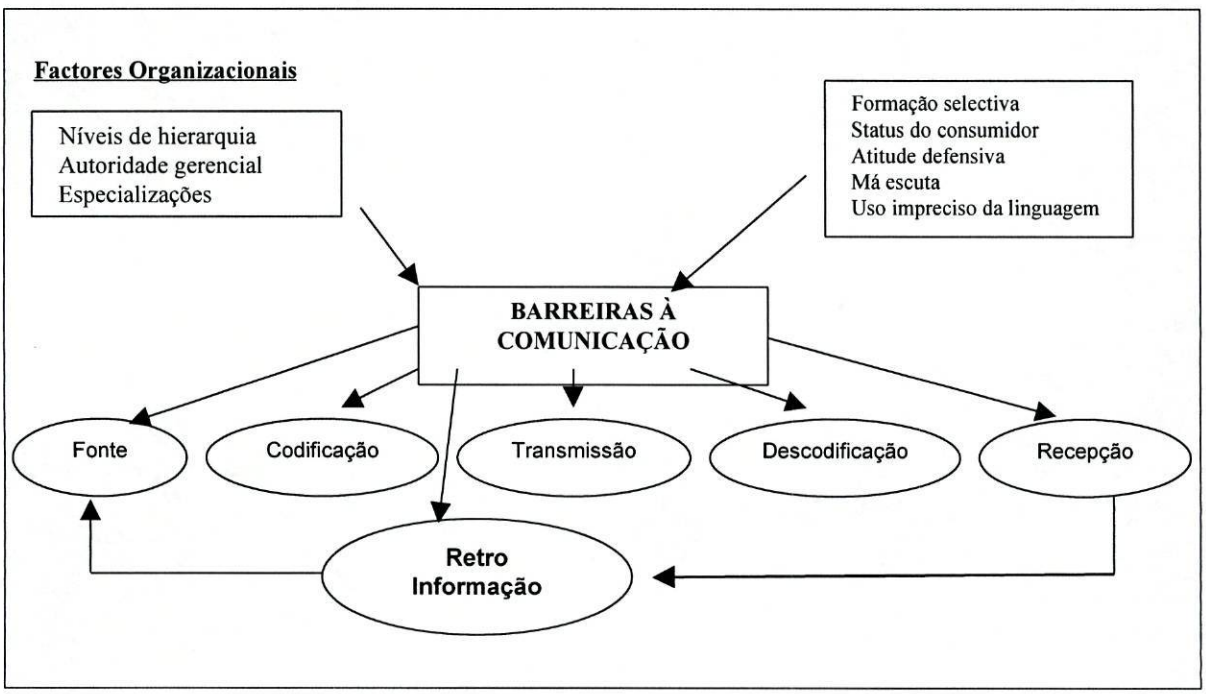


Fonte: Adaptada de Werther, William B - Administração de pessoas e recursos humanos (pag. 377)

No entanto Megginson (1986), refere que há barreiras interpessoais que é preciso conhecer para controlar e poder estabelecer-se uma boa comunicação.

Estas barreiras esquematizam-se da seguinte forma.

Figura nº. 9 - Como as barreiras afectam o processo de comunicação



Fonte: Adaptado de Megginson - Administração: Conceitos e aplicações (pag. 280)

Alguns factores agem no sentido de influenciar tanto a mensagem enviada como a recebida no processo de comunicação e podem aplicar-se tanto ao emissor como ao receptor.

Atkinson (1989) sobre este facto aponta:

- **A idade** - por exemplo o vocabulário limitado das crianças e aquele que é muito mais elaborado pelos adultos;
- **O papel** - as expectativas de cada pessoa dentro do relacionamento são determinadas, até certo ponto, pelos papeis que assumem;
- **O momento certo** - a mensagem da comunicação deveria estar relacionada ao interesse primário da pessoa, no momento em que o significado compartilhado máximo pode ocorrer;
- **Territorialidade** - este factor considera as questões de quem é o terreno onde ocorre a comunicação. Quem é que detém o poder e dita as regras na situação

de comunicação. O controle e o poder frequentemente pertencem à pessoa que actua numa situação ou num território familiar;

- **Distância** - a distância entre o emissor e o receptor reflecte o tipo de relacionamento que há entre duas pessoas. Geralmente, uma violação das regras de distância, não escritas, deixa as pessoas pouco à vontade, embora tenham dificuldade em identificar a origem desse constrangimento;
- **Sexo** - A comunicação pode ser influenciada pelo sexo, sejam emissor ou receptor do mesmo sexo ou de sexo oposto. Exemplo duas mulheres podem ter uma conversa mais intima;
- **Cultura** - Dentro de cada cultura, existem algumas directriz simples relacionadas com a comunicação. Exemplo aquela que proíbe que os seus membros discutem problemas familiares com estranhos. Embora tenham a mesma língua (Português) existem culturas que têm idiomas próprios compreendidos pelos membros dessa cultura.
- **Credibilidade** - este factor refere-se à credibilidade ou confiabilidade do emissor e no modo como é avaliado pelo receptor. Quando o emissor não oferece credibilidade ao receptor existe influência na comunicação.
- **Atitude defensiva** - Numa tentativa de lidar com o medo a ansiedade ou outro aspecto desagradável de uma situação, o indivíduo pode assumir esta posição , interrompe efectivamente a comunicação interpessoal.
- **Afecto** - estado de espírito, ou estado emocional geral que um indivíduo transmite a outro e que influência a comunicação . Este aspecto é primeiramente transmitido por meios não-verbais.
- **Atitudes** - a tendência para responder de certa forma representa a influência das atitudes . Estes são claramente demonstrados no nosso comportamento não-verbal, indicando a aceitação ou rejeição das pessoas, interferindo deste modo na comunicação. Algumas das atitudes que podem interferir na comunicação entre enfermeiros e o doente são (Atkinson,1989):

a) Superioridade - esta superioridade transmite ao doente que o enfermeiro é mais inteligente e que detém a posição de poder na comunicação. Esta atitude não encoraja o doente a fazer perguntas, a participar no planeamento da assistência ou a tomar decisões.

b) Regidez extrema - refere-se ao grau excessivo de autoritarismo e precisão na adesão à rotina hospitalar. Esta atitude é frequentemente observada nos enfermeiros inexperientes que têm dificuldade em estabelecer prioridade e de agir segundo o seu próprio e melhor juízo.

c) Desatenção - Quando o enfermeiro não se concentra naquilo que o doente diz esquece informações importantes. Esta atitude transmite ao doente a sensação de que algo mais importante esta na mente do enfermeiro.

d) Estereotiparem - estabelece expectativa em que todos os membros de um grupo agem de uma certa forma. A dificuldade ocorre quando um indivíduo não age de maneira antecipada. Esta situação ocorre quando uma pessoa é tratada como membro de um grupo em vez de ser tratada como indivíduo único.

Por outro lado, e ainda segundo o mesmo autor , o enfermeiro pode dar respostas tanto verbais como não verbais que desencorajam a comunicação. De entre as respostas não verbais incluem-se: a ausência de contacto visual, gestos muito rápidos, braços cruzados ou mãos nos quadris, ficar de pé e de costas para o doente, etc. Estes gestos desencorajam o doente a participar na comunicação.

As respostas verbais que afectam a comunicação podem ser :

a) Falsa segurança de declaração de conforto e encorajamento por parte do enfermeiro na tentava de ajudar o utente numa situação de stress que produz ansiedade.

b) Respostas discriminatórias do enfermeiro que interferem na comunicação, quando oferece um julgamento ou uma avaliação do utente ou da sua comunicação.

c) Mudança de assunto quando o utente introduz um tópico legitimo em que o enfermeiro não se sente bem em discutir, quer por não saber a resposta ou por ser emocionalmente pesado. Estas respostas mostram ao utente, de uma forma evidente, que não existe interessem em discutir esse tópico.

d) Negação ou depreciação dos sentimentos do utente, embora não intencionalmente, numa tentativa de o ajudar e dar-lhe esperança, quando este

está deprimido. O resultado mais frequente é o utente não expressar mais os seus sentimentos e portanto não receber a ajuda necessária.

e) Colóquio unilateral em que o enfermeiro faz várias perguntas em sequência sem aguardar uma resposta. O doente fica confuso sem saber a que pergunta deve responder primeiro e portanto não responde ou fá-lo de forma parcial.

f) Elaboração de perguntas fechadas que requerem somente um sim ou um não, não dando lugar a esclarecimentos e elaborações adicionais.

g) Perguntas conducentes que tendem a dirigir a resposta do utente.

Outro factor extremamente negativo é o efeito da doença sobre a comunicação. Quando uma pessoa fica doente, muitos outros factores agem para influenciar a habilidade em comunicar.

A ansiedade talvez represente a experiência mais comum para os utentes hospitalares e, ainda assim, é o sentimento mais individualizado quando se apresenta no comportamento. Alguns indivíduos ficam muito irritáveis quando ansiosos tendo uma atitude crítica tanto com a equipa de enfermagem como com a hotelaria do hospital.

Outros há em que a ansiedade os inibe de tomar decisões ou têm uma menor capacidade em se concentrar e compreender as instruções. Sendo assim, os doentes ansiosos têm grande dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz.

A dor também afecta a habilidade de alguém para comunicar tanto como emissor, ou como receptor. Os medicamentos que um doente, com dor, recebe também podem deprimir a consciência senhorial e a função cognitiva. A medicação pode permitir que o doente durma ou repouse, eliminando a comunicação efectiva.

A doença pode produzir egocentrismo, ou seja, uma capacidade de pensar apenas em si mesmo. Enquanto se encontra no papel de doente, a pessoa pode ser capaz de pensar nos seus interesses e necessidades pessoais. A comunicação focaliza-se quase totalmente no eu, desencorajando a respectiva comunicação e o relacionamento com os outros.

A doença pode ainda produzir depressão o que faz com que o doente se afaste do contacto humano. Por outro lado poderá ficar com cólera expressando raiva na sua comunicação.

Comunicação terapêutica

Uma das armas que a enfermagem utiliza para conseguir ultrapassar alguns destes problemas é usar uma comunicação terapêutica eficaz.

Segundo Atkinson (1989), mais de 70% do dia de trabalho do profissional de Enfermagem é dedicado a actividades relacionadas com a comunicação, que incluem ensinar, fazer anotação nos processos, anotar referências, fazer histórico de Enfermagem, solucionar problemas do utente e do grupo, fazer ensinos individuais e de grupo.

Mesmo que a maioria dos adultos comunique eficazmente e o bastante para satisfazer as suas necessidades, o profissional de Enfermagem pode e deve adquirir outras técnicas de comunicação a fim de proporcionar cuidados de Enfermagem de forma mais eficiente possível. Existem técnicas que o enfermeiro pode usar para promover a comunicação. Em contrapartida, existem respostas comuns , prontamente identificáveis, que podem ter o efeito de interromper a comunicação enfermeiro-doente. O enfermeiro pode aprender não só as técnicas positivas como as negativas para obter uma habilidade pessoal máxima.

A comunicação interpessoal faz parte do relacionamento dos seres humanos. Parte da comunicação entre o enfermeiro e o doente é chamada a comunicação terapêutica sendo a base de relação entre os dois. Esta é definida como a comunicação planeada e deliberada que o enfermeiro utiliza com a finalidade de ajudar a identificar e atender as necessidades de assistência à saúde dos utentes.

Este tipo de comunicação contrasta com a comunicação social que forma a base dos relacionamentos sociais ou de amizade.

Para Atkinson (1989), algumas destas características que distinguem a comunicação terapêutica da comunicação social são:

Comunicação social	Comunicação terapêutica
Iniciação - por qualquer uma das partes	- por aquele que presta assistência (enfermeiro
Finalidade - não claramente declarada (recreio, amizade, relaxamento)	- meta claramente declarada (melhorar ou manter a saúde, solucionar ou aliviar os problemas de saúde)
Obrigação - recíprocas	- unilaterais em que aquele que presta assistência aceita a responsabilidade do planeamento e implementação
Ênfase - qualquer tipo de acordo mútuo	- assistência à saúde e tópicos relacionados
Término - pode ser contínuo, por um afastamento gradual ou de fim súbito. Pode ser decidido por uma pessoa, ou de acordo mútuo	- é decisão do utente aceitar ou suspender o serviço de assistência á saúde

A comunicação terapêutica constitui uma técnica de Enfermagem muito complexa. É uma técnica que é ensinada e, a partir de então, deve ser praticada, se o enfermeiro realmente quer usá-la para beneficiar os utentes.

Quase sempre os utentes decidem falar sobre os seus problemas relacionados com a saúde, enquanto o enfermeiro lhe presta cuidados (exemplo: banho no leito), será este, portanto, o momento íntimo, não interrompido, que conduz à conversação.

Noutras ocasiões, o enfermeiro planeará um período de tempo que usará apenas com a finalidade de comunicação terapêutica. Existe situações nas quais este tipo de comunicação será a única técnica que o enfermeiro pode oferecer (exemplo: um utente que foi informado de um diagnóstico que envolve o risco de vida; ajudar o utente a tomar uma decisão de alternativa terapêutica). Em qualquer das situações, o enfermeiro não oferece conselhos, não apresenta soluções ou orienta o utente naquilo que deve fazer. Deve, no entanto, ajudar o utente na solução dos problemas e na procura de soluções pessoais.

Atitudes e técnicas que intensificam a comunicação

Sendo a comunicação " um elemento fundamental nas relações entre as pessoas " (Abreu, 1991), torna-se " uma necessidade social e traduz-se pela troca de impressões, de mensagens e de significações (Tabard, 1986).

Porém, quando pretendem comunicar, devemos ter presentes alguns princípios, aos quais Abreu (1988) chama de pontos - chave da comunicação:

1 - Quando comunico há coerência entre os meus objectivos e as minhas motivações ?

2 - Sou coerente com aquilo que vou dizer ?

3 - A minha percepção das coisas é a mesma que a do outro ?

4 - Qual a importância da informação a transmitir ?

5 - Será que a minha mensagem pode ser ambígua ?

6 - Qual o impacto afectivo da minha mensagem ?

7 - Possuímos eu e o outro, um vocabulário comum ?

8 - O conteúdo e o estilo serão apropriados ?

9 - O modo de me exprimir e a minha dicção facilitam a escuta ?

10 - O que dificulta a escuta ?

11 - O outro está em condições de me ouvir e de me entender bem ?

12 - Como é que o outro descodifica a minha mensagem ?

13 - De que maneira o outro estrutura e interpreta aquilo que ouve ?

14 - O que acrescenta o outro para tornar lógico aquilo que ouve ?

15 - Quais as instruções que o outro me atribui ?

16 - Qual é, para o outro, o valor das suas justificações ?

17 - Sabemos o que queremos comunicar realmente ?

Diriam então que saber comunicar é uma arte, que exige antes de tudo, saber o que comunicar . Este saber não é menos importante que a arte em si :

Por conseguinte, se soubermos o que vamos comunicar e conseguimos comunicar com arte alcançaremos uma boa comunicação e faremos dela uma eficaz comunicação. Isto porque, segundo (Apolinário, 1992) a boa comunicação ocorre quando o receptor

compreende bem a mensagem que o emissor lhe quis transmitir. Na boa comunicação o alvo a ser atingindo é a correcta compreensão da mensagem pelo destinatário.

A comunicação é eficaz quando o interlocutor (receptor) compreender a informação que o emissor lhe quis transmitir e actuar em consequência. A comunicação eficaz depende muito de uma boa comunicação.

Na enfermagem, para que se consiga estabelecer uma boa e eficaz comunicação na relação enfermeiro utente, no acolhimento, precisamos de ter atitudes e técnicas que intensifiquem essa comunicação.

Para (Atkinson ,1980) essas atitudes são:

- O interesse que é demonstrado em tudo o que diz respeito ao utente. O Enfermeiro deve interessar-se por tudo o que o doente faz e diz procurando incutir uma relação de confiança.
- A aceitação descrita como um processo discernente e indulgente o enfermeiro embora reconheça características indesejáveis no utente, baseia todo o seu relacionamento com ele nas características positivas, mostrando tolerância neutra aos aspectos negativos. Ele reconhece a natureza Humana do doente e aceita-o em função de um comprometimento com o código ético da profissão de enfermagem e comprometendo-se a cuidar dele independentemente dos aspectos negativos da personalidade do indivíduo evitando fazer julgamentos.
- Objectividade nas suas atitudes não quer dizer que a Enfermagem seja fria e insensível. Indica, de facto, que a sua actuação é metódica e inteligente. A Objectividade, no caso da Enfermagem associa-se no uso do processo cientifico de resolução de problemas, ou seja, o processo de cuidados de enfermagem.
- Comprometimento ao paciente em lhe prestar a melhor assistência possível de enfermagem. Esta atitude é demonstrada pela habilidade com que assiste o utente. Segundo o mesmo autor, o enfermeiro também deve desenvolver comportamentos e respostas que representam as técnicas de comunicação a empregar na comunicação terapêutica:
- Escuta activa - considerada uma técnica de alto nível em que o enfermeiro, conscientemente se localiza no doente cujos interesses e necessidades são primários. É importante que se estruture tanto o ambiente físico (privacidade,

ambiente calmo, conforto do utente, etc.) como o interpessoal, de modo a que sejam conducentes à escuta activa.

A escuta activa consome muita energia. Não é um tempo de relaxamento ou um intervalo de descanso para o enfermeiro. É um processo exigente que requer a utilização de uma base de conhecimentos extensos. A escuta activa é difícil de dominar e é a parte principal da comunicação terapêutica, sendo um pré requisito na aprendizagem de outras técnicas de comunicação. Em primeiro lugar é preciso saber escutar antes que se possa responder de forma apropriada e segura:

- Reflexão - Ao utilizar a reflexão, o enfermeiro tenta repetir os sentimentos, pensamentos ou declarações do doente, usando as suas palavras exactas. A finalidade desta técnica é ajudar os doentes a considerar as suas próprias declarações, e então prosseguir para uma exploração e desenvolvimento mais profundo dessas declarações.
- Perguntas abertas - As perguntas abertas são usadas com a finalidade de permitir que o doente tenha a liberdade de resposta, ou então para colher dados adicionais. O doente pode adoptar por dar uma resposta detalhada, seleccionando a direcção da conversa, sem que o enfermeiro dê opinião.
- Esclarecimento - Por meio da utilização do esclarecimento , o enfermeiro procura eliminar dúvidas sobre qualquer declaração ou factos que partiram do doente, e que não são totalmente compreendidos. Estas técnicas são úteis quando existe um conflito entre as mensagens verbais e não verbais transmitidas pelo doente. Esta técnica apresenta o beneficio adicional ao deixar claro, para o doente, que o enfermeiro realmente está a ouvir e a interessar-se o suficiente procurando uma interpretação correcta.
- Sumário - O enfermeiro pode resumidamente contar, por outras palavras, os sentimentos e o conteúdo de determinada conversa com o doente. Embora isso possa ser usado como mais um meio para esclarecer o conteúdo, também pode ser usado para concluir uma interpretação.
- Silêncio - O uso do silêncio na comunicação tanto pode intensificar como interferir na interacção. Durante uma conversa deve haver um silêncio suficiente para que o doente fale e formule pensamentos e perguntas.

- Respostas à comunicação imprópria - Por vezes o enfermeiro tem que lidar com conversas impróprias, sendo esta uma questão individualizada, dado que aquilo que pode ser muito ofensivo para uma pessoa pode ser aceitável para outra. Atkinson (1989) citando Gazda (1982) refere dois princípios gerais que podem ser usados para lidar com conversa imprópria:

  1 - delicadamente recusar-se a participar;

  2 - acompanhar a resposta verbal com um comportamento não verbal apropriado.

Embora seja difícil recusar-se a participar, esta atitude realmente evita que partes inocentes sejam feridas, passando-se o mesmo com a modelagem de um comportamento adequado à comunicação. Ao apresentar uma recusa, esta deve ser breve e directa, esta declaração não deve ser acompanhada de sorrisos nem expressões faciais punitivas. Após a declaração ter sido feita muda-se a conversa para um tema apropriado.

O acolhimento pressupõe uma relação enfermeiro-utente, relação essa que para funcionar é necessário estabelecer-se uma boa comunicação. Para que esta se torne eficaz, é para isso necessário que o enfermeiro estabeleça atitudes e competências de comunicação interpessoal.

Atitudes e Competências em Comunicação

Essencialmente, comunicar é exprimir-se (transmitir uma mensagem) de uma forma verbal ou não verbal. Importa, por isso, reflectir como o enfermeiro pode utilizar estes dois tipos de comunicação no seu relacionamento com o indivíduo, particularmente a pessoa doente. A comunicação, neste caso pressupõe uma atitude de compreensão e ajuda ao seu semelhante e a satisfação das suas necessidades.

Pela importância que assume no contexto da comunicação será importante que o enfermeiro desenvolva determinado tipo de competências verbais e não verbais para que a prestação dos seus cuidados sejam um êxito no atendimento do indivíduo.

" A primeira atitude, para a comunicação, deverá ser tomada da consciências dos comportamentos não verbais utilizados e que nos darão informações acerca da maneira de como a comunicação está a ser seguida (com ou sem interesse)", (Rosas,1989).

Ainda segundo o mesmo autor, "as competências em comunicação visam essencialmente a aquisição de determinado tipo de comportamentos, de modo a serem utilizados de uma forma pessoal e sistemática nas interacções quotidianas".

Importa realçar que a aquisição destes comportamentos, feita através de técnicas de aprendizagem, deve ser adaptada à pessoa.

Para além da melhoria das relações interpessoais, a aquisição de competências em comunicação contribui para o êxito de toda a metodologia de trabalho do enfermeiro que assenta no "Processo de Enfermagem".

Para Rosas (1990), as competências em comunicação podem dividir-se em dois grandes grupos:

A - Competências ao nível do envolvimento - referem-se ao conjunto de comportamentos que envolvem e facilitam a interacção, ou seja, que criam um clima propicio para que haja troca de mensagens significativas.

B - Competências ao nível do atendimento - que se referem ao conjunto de comportamentos que permitem explorar todas as mensagens significativas.

A - Competências ao nível do envolvimento

O comportamento não verbal é um factor primordial para o envolvimento do indivíduo na sua relação comunicativa, na medida em que ao manifestar esses comportamentos, o indivíduo é encorajado a revelar-se.

A primeira atitude para a comunicação é a tomada de consciência dos comportamentos que estão a ser utilizados. Os comportamentos não verbais que permitem ao enfermeiro demonstrar interesse, atenção e compreensão situam-se a três níveis (Rosas, 1990):

1) ao nível da postura do corpo;

2) ao nível das características verbais e vocais;

3) ao nível do contexto.

1) Ao nível da postura do corpo pode utilizar-se comportamentos não verbais que permitem comunicar, tais como:

- totalidade do corpo, isto é, o modo como se coloca o nosso corpo em relação ao utente poderá transmitir a prontidão para o atender, (exemplo : uma ligeira inclinação para a frente). O espaço existente entre os dois interlocutores não deve ser demasiado distante nem demasiado perto, dependendo de pessoa para pessoa, do grau cultural, da intimidade entre os dois, etc.;
- A utilização de expressões faciais que são uma fonte variada de rectro-informação na relação interpessoal, (exemplo: contacto ocular, o manejo de cabeça e o jogo dos músculos faciais);
- o contacto ocular: a direcção do olhar constitui a primeira abertura para que ocorra interacção comunicativa. Ao focalizar a nossa atenção em alguém com quem queremos comunicar, estamos a estabelecer um contacto. A fuga ou divagação do olhar pode ser revelador de uma atitude de desinteresse; um olhar fixo ou voltado para baixo pode querer manifestar inibição. Manter um bom contacto ocular é uma competência básica de relacionamento interpessoal;
- maneios da cabeça : são fontes de encorajamento para que o utente se envolva na interacção; a sua importância é maior nos momentos em que o utente nos dirige o olhar na esperança de descobrir em nós qualquer tipo de reacção às sua comunicações;
- jogo dos músculos faciais: uma cara vazia ou de expressão de sentimentos contrários ao do outro manifesta uma atitude de desinteresse. As nossas expressões faciais devem estar animadas, de modo que funcionem como espelho dos sentimentos do utente;
- movimentos e gestos são úteis e ajudam a esclarecer os conteúdos verbalmente expressos. O enfermeiro deverá estar atento aos movimentos e gestos do utente, que são muitas vezes reveladores de conteúdos emocionais que devem transparecer na comunicação.

2) - Ao nível das características verbais e vocais. Em tudo aquilo que dizemos há sempre duas dimensões: a dimensão do conteúdo e a dimensão da forma. Uma mesma frase dita de diferentes formas produz significados completamente diferentes.

Uma dimensão importante na nossa comunicação tem a ver com o tom de voz utilizado. Um tom demasiado elevado poderá ser sentido como agressivo, ao passo que se for demasiado baixo pode transmitir inibição ou ser imperceptível; deve ser modelado segundo as circunstâncias. O mesmo acontece quanto ao ritmo de voz; deve sempre ter-se o cuidado de evitar falar demasiado rápido de modo que não se perca a clareza da informação que se quer transmitir.

Outro aspecto a ter em conta é o tipo de linguagem utilizada; uma linguagem demasiado técnica torna-se um obstáculo para a compreensão da mensagem quando o outro interlocutor não se encontra ao mesmo nível conceptual, daí a importância do conhecimento concreto do doente que está ao cuidado do enfermeiro para que a linguagem verbal utilizada seja eficaz.

Outro factor importante da comunicação é a capacidade de escuta que consiste em estar atento ao conteúdo profundo das mensagens, ou seja, ser capaz de avaliar a ressonância afectiva das mensagens. Muitas vezes quando dialogamos com o utente ele manifesta-nos determinados sentimentos que só serão perceptíveis se nos dispusermos a escutar activamente toda a sua mensagem.

3) - Ao nível do contexto, é importante que o local que se dispõe para comunicar seja protegido de ruídos exteriores, fique assegurada a intimidade e seja o mais confortável e agradável possível. É necessário que haja o mínimo de privacidade quando se comunica com os utentes.

B - Competência ao nível do atendimento

Para além destes factores de envolvimento na comunicação interpessoal com o utente, o enfermeiro deverá possuir estratégias quanto ao atendimento.

As situações de atendimento com que o enfermeiro se depara são as mais variadas e constituem, ao mesmo tempo, um aspecto central da sua actividade.

Assim, depois de envolver o utente na relação e o encorajar a exprimir-se (revelar necessidades, problemas e sentimentos), o enfermeiro poderá utilizar diversos tipos de estratégias:

- Numa situação de atendimento, o objectivo é a recolha de informações, logo as perguntas abertas serão aquelas que o preocupam. Este tipo de perguntas são habitualmente

utilizadas para iniciar uma conversa, dar oportunidade para que se revelem os aspectos importantes que deseja focar, fornecer informação e tranquilizar.

- As perguntas abertas são mais importantes que as fechadas, porque oferecem ao utente a possibilidade de introduzir tópicos relevantes, enquanto que as fechadas limitam muito esta possibilidade. Geralmente as perguntas fechadas centram-se sobre informações mais especificas com interesse em clarificar.

Um dos efeitos notados no utente quando se utilizam perguntas abertas é o sentir-se tranquilo e minimamente satisfeito, já que lhe permitiram discutir os seus problemas.

Deve-se, no entanto, ter cuidado no modo como se utilizam as perguntas abertas evitando:

. O bombardeamento de questões múltiplas, que podem ocasionar uma atitude defensiva no interlocutor;

. O uso de questões múltiplas, que pode confundir o interlocutor;

. O uso de questões tipo afirmações que podem ser uma forma de impor o nosso ponto de vista;

. O uso exagerado de "porquês " pode ocasionar uma atitude defensiva no interlocutor.

- Outro aspecto importante ao nível do atendimento é o uso de encorajamentos mínimos. Estes encorajamentos dão a perceber ao utente que estamos atentos e compreendemos o que ele transmite. Aumentamos assim a probabilidade de ele nos falar daquilo que o preocupa.

- Torna-se importante, também, a capacidade de reflectir sentimentos. Quando se está num processo de interacção enfermeiro-utente é importante que o enfermeiro consiga identificar as emoções do seu interlocutor através, não só daquilo que diz, mas também de como transmite a mensagem . A postura, o tom de voz e maneirismo oferecem importantes informações acerca das emoções. Trata-se, assim, de uma capacidade que influência muito a ajuda ao outro.

- Por último a reflexão de conteúdo refere-se ao parafraseamento de simples declarações ou sumarizações de declarações que o utente foi transmitindo ao longo da entrevista.

Esta reflexão deve-se referenciar ao essencial e assegura ao utente que o entendemos na sua mensagem e mostramos atenção e interesse pela sua pessoa.

Estas sumarizações são uma integração sistemática de importantes pontos declarados pelo utente. Ajuda o utente a rever o que já havia dito e estimula-o a explorar temas particulares.

Em jeito de conclusão, o enfermeiro, na sua qualidade de emissor, deverá transmitir atitudes de atenção e compreensão, mesmo quando presta cuidados, pois isso é a imagem que se espera como técnico. Por outro lado, como receptor, o enfermeiro tem que estar preparado para decifrar a mensagem do doente, e isto requer atenção focalizada, poder de observação, avaliação correcta e resposta eficaz à comunicação do doente de forma adequada a cada situação.

È importante que conheça o doente, e não apenas na sua vertente clínica, para tentar descobrir o significado oculto da sua comunicação. Para que a sua actuação tenha êxito é importante que o enfermeiro possua estabilidade emocional e maturidade intelectual que lhe permita saber diferenciar as situações pessoais.

Deve desenvolver competências comunicativas nas interacções com o utente: ao nível do envolvimento com um conjunto de comportamentos não verbais que demonstram interesse, atenção e compreensão pelo utente através de um contacto ocular apropriado, uma posição natural e relaxada do corpo, tom e ritmo de voz adequado, capacidade de escuta e poder de observação. Ao nível do atendimento, todo um conjunto de comportamentos verbais tais como saber formular perguntas abertas e fechadas, com o objectivo de recolher informação e ajudar a clarificar problemas do utente.

A utilização de encorajamentos mínimos permite mostrar interesse e compreensão pela mensagem, assim como incentivar o utente a prosseguir na sua comunicação.

Reflectir sentimentos, ajuda o utente a conhecer-se melhor, a aceitar e explorar os seus sentimentos, assim como melhorar o relacionamento interpessoal.

Reflectir conteúdos permite sistematizar informações, clarificar dados, e estimular a exploração de novos dados.

Pensamos, por isso, que a utilização de todas estas técnicas e competências comunicativas num processo sistematizado de acolhimento aos utentes das UCIC, permitem a esses utentes lidarem melhor com as suas emoções, principalmente com o stress e ansiedade provocado pelo ambiente das unidades e pela própria doença.

7.3 - PROCESSO SISTEMATIZADO DE ACOLHIMENTO

Antes de nos debruçarmos sobre o tipo de comportamento que deve se adoptado pelo enfermeiro na sua relação diária com o doente é importante focar alguns aspectos, que embora já sejam conhecidos, devem, no entanto, ser recordados.

Por vezes o nosso quotidiano hospitalar pode tornar-se em algo mecanizado, relegando aspectos importantes para o nosso subconsciente e que, apenas se tornam conscientes quando algum estimulo mais forte os desperta, ou quando conseguimos parar para pensar as nossas atitudes e comportamentos como pessoas e profissionais.

Soares (1991) afirma que o primeiro aspecto que é preciso relembrar, é que todo o indivíduo doente, tem que realizar adaptações necessárias e que frequentemente se defronta com insegurança física e social.

Por outro lado as reacções das pessoas que o rodeiam são ambíguas, obrigando o indivíduo a um sem número de situações interpessoais:

- Aceitação ou rejeição;
- Solidariedade ou pena;
- Confiança ou apreensão;
- Curiosidade ou aversão;
- Estima ou desprezo;

O segundo aspecto diz respeito à ansiedade, sendo esta uma reacção emocional presente e causada por uma ameaça ao funcionamento do organismo-sobrevivência física e integridade psicossocial. As manifestações características da ansiedade abrangem:

- Introspecção:

- Mudez ou falar excessivamente;

- Agressão verbal;

- Queixas e choro

O terceiro aspecto diz respeito a nós enfermeiros, que para a grande maioria dos doentes desempenhamos um papel maternal ou paternal.

Por outro lado, muitas vezes vivemos problemas que dizem respeito à nossa motivação para agirmos, as atitudes de comunicação que resultam do modo de estarmos no mundo e aos traços de personalidade / identidade que possuímos.

A grande maioria das pessoas deseja uma vida longa e saudável. Uma doença ou traumatismo grave levanta incertezas e dúvidas quanto ao futuro. Seguidamente surge a esperança, podendo esta ser definida como um conjunto de pensamentos baseados na crença fundamental de que existem soluções para os problemas e necessidades importantes.

É aqui que surge a importância do nosso desempenho.

Qual a metodologia concreta para a comunicação a desenvolver ? Que tipo de suporte psico-emocional e esclarecimentos, o nosso utente necessita?

Pensamos que a metodologia mais correcta será a da comunicação não directiva e compreensiva, ou seja, uma comunicação eficaz e de relação terapêutica.

Ainda segundo Soares (1991), existem três atitudes básicas a assumir:

1) Atitude empática: significa ver e sentir o mundo como se fosse o nosso próprio mundo;

2) Atitude autêntica: o enfermeiro deve ser genuíno na relação de ajuda, expressando-se sem máscaras excessivas em relação ao doente e a si mesmo;

3) Aceitação incondicional e positiva: aceitação afectuosa de todas as experiências do doente, incluindo aquelas de que discorda.

A primeira impressão do doente é baseada numa experiência sensorial. Embora a posição inicial o afecte, é importante que tenhamos em conta que ela não é permanente, podendo ser modificada consoante o tipo de tratamento. Sendo assim, o primeiro passo, é a necessidade urgente de se construir à volta do doente, uma atmosfera compreensiva para que a relação inicialmente estabelecida baseada na experiência sensorial, dê progressivamente lugar a outra, a relação adulto / adulto. Este tipo de relação envolve as

necessidades de segurança. Promove a libertação do medo, da insegurança, dando lugar ao plano afectivo e permitindo a verbalização por parte do indivíduo doente das seus problemas.

A necessidade de saber é o segundo ponto e surge de imediato, estando presente no dia a dia da vida hospitalar.

Esta apetência por informações, deve ser satisfeita à medida da adaptação do doente, da evolução do tratamento e da possibilidade de compreensão do mesmo. Satisfeita esta necessidade ela pode constituir um agente fundamental para a persecução do tratamento.

A necessidade de saber segue-se a necessidade de pertença.

A ausência súbita do grupo familiar em que estava inserido, pode, por si só, trazer problemas afectivos. Face a esta situação, o enfermeiro terá que ser capaz de construir um clima de amizade, tolerância e aceitação.

Para Soares (1991) " é importante assegurar a livre expressão do doente, sem o agredir psicologicamente e apoiando todas as comunicações visto que são propícias à criação de situações imbuídas de um profundo sentido de nós"

Devemos no entanto colocar uma pergunta. Será que nas unidades de cuidados intensivos é possível por em prática este tipo de relação ? Se por um lado a Enfermagem tem que estar em permanente atenção às variadíssimas complicações que podem surgir no utente, por outro tem que dispensar parte do seu tempo na manutenção e vigilância de toda a aparelhagem de suporte dos cuidados.

Apesar disso, pensamos que a confiança, a abertura, a relação estabelecida e a comunicação que se instala entre enfermeiro / doente, as experiências vividas e integradas, são os condimentos necessários para uma boa adaptação ás unidades e à sua situação. Se o conhecimento do doente do local onde irá ficar, de todo o meio físico que o rodeia, for adequado às sua capacidades, a sua angústia irá diminuir. Por isso pensamos que o principal trabalho de adaptação do doente começa por um bom acolhimento.

Toda a relação enfermeiro-utente passa por uma boa comunicação, cuja porta de entrada é o acolhimento.

As primeiras impressões são por vezes as que mais perduram.

É no momento da admissão que o doente se sente mais desprotegido e inseguro, pelo que se deverão envidar os maiores esforços no sentido de exteriorizar interesse, simpatia e compreensão durante os primeiros momentos que o utente passa no hospital.

Por vezes, os hospitais são criticados pela maneira como tratam o doente e pela despersonalizarão que muitas das rotinas, consideradas essenciais, imprimem ao indivíduo. Sendo assim, o enfermeiro pode dar uma grande contribuição para evitar ou minimizar esse sentimento de despersonalizarão.

O conhecimento da estrutura do serviço de saúde, bem como das suas actividades diárias, ajudará o utente a sentir-se mais à vontade na sua nova situação de doente. Por conseguinte, uma assistência personalizada permite ao enfermeiro ajudar o doente a sentir-se uma pessoa importante no serviço de saúde.

Para Roxo (1994), "o enfermeiro pode ajudar dando informações permitidas pela sua condição, tanto ao doente como à família que o acompanhar ao hospital. Se for incapaz de fornecer informações suficientes para afastar a ansiedade reinante, deve procurar alguém capaz de suprir esse desconhecimento".

" O técnico de saúde ao permitir uma atmosfera terapêutica, permite ao doente a autocompreensão, sendo os factores dessa atmosfera: a segurança e o calor afectivo. Sendo o calor afectivo uma qualidade que não pode ser nem muito intensa nem demasiado fraca, permite ao utente sentir-se satisfeito da sua necessidade vital de ser amado como ser único, livre e criador, sem regressões, dependências ou ameaças para a sua integridade pessoal". (Silva, 1988).

O comportamento dos profissionais de saúde, em especial a Enfermagem, aquando da admissão do utente no hospital, é decisivo para a segurança do indivíduo, para o grau de confiança que ele irá ter em relação às pessoas e à instituição. Por isso, o acolhimento que lhe é feito marcará positiva ou negativamente a relação enfermeiro/utente e utente/hospital.

A situação de doença e todo o ambiente envolvente das UCIC poderá provocar ansiedade no utente, pelo que todo o nosso empenho deverá ser de modo a diminuí-la.

A aproximação inicial deve ser de franca camaradagem.

A doença pode ser uma experiência nova. Consequentemente as pessoas precisam de conhecer a sua doença e ser-lhes dada melhor oportunidade para se adaptarem. Muitos querem saber o que há de errado com eles e as providências que devem ser tomadas.

A explicação dos exames ou tratamentos a ser utilizados deve fazer-se em termos simples, dizendo ao doente o que se vai fazer e o porquê, podendo assim reduzir-se o medo do desconhecido.

Roxo (1994), afirma que "é importante a manutenção da personalidade. O nome as roupas, objectos de uso pessoal devem ser símbolo da sua identidade e representam igualmente a segurança, porque servem de elo entre o desconhecido e o familiar".

O enfermeiro pode ajudar a manter a sua identidade chamando-o pelo nome, encorajando-o a usar os seus próprios objectos e pertences, desde que seja permitido pelo hospital.

O conhecimento dos dados sociais dá um contributo importante na assistência ao doente. Incluem informações biográficas, informações sobre o seu nível de educação e as suas condições de trabalho.

Felix (1994) refere que é importante o enfermeiro ter em conta estes dados porque:

- na identificação, o nome pode dar-nos uma ideia da sua origem única, do seu local de nascimento e do seu direito de cidadania;
- o endereço dá-nos uma indicação do tipo, de meio ou de vida do utente;
- a idade, sexo e profissão pode dar-nos indicações da noção que o doente faz do seu estado de saúde.

O enfermeiro que recebe o doente necessita de, para além dos dados de admissão que foram colhidos, registar informações referentes à hora e modo de acolhimento, bem como os sintomas objectivos e subjectivos obtidos na análise da sua história.

Deve procurar saber se o utente tem alguma necessidade particular ou desejos que poderiam tornar a sua permanência no hospital mais agradável e confortável. Devido à sua religião ou padrão cultural, alguns requerem uma dieta específica e os nutricionistas devem ser informados.

As observações iniciais do enfermeiro são importantes na identificação dos problemas que o doente apresenta e o tipo de auxílio que pode oferecer. As primeiras

observações são parte da colaboração da Enfermagem, e estabelecem uma base sólida para o plano de assistência.

O enfermeiro transmite segurança e personaliza os cuidados, estabelece o diálogo de acordo com os interesses do doente durante o internamento. Deve assegurar-se que o utente sabe quem é o seu médico e o seu enfermeiro assistente durante o internamento.

Estas atenções iniciais podem representar o ponto de partida para um bom relacionamento entre o enfermeiro e o doente; vão auxiliar a desenvolver o seu sentido de sociabilidade, além de constituírem uma oportunidade de iniciar a situação do doente dentro do novo ambiente.

O doente necessita de uma explicação sobre as rotinas e regulamentos hospitalares. Ficará a saber o que poderá esperar da instituição e o tipo de cooperação que poderá oferecer.

Para Soares (1991), nas Unidades de Cuidados Intensivos, o indivíduo está completamente dependente, num ambiente que lhe é físico e moralmente agressivo (dor, posição incomodativa, desconfiança, separação do núcleo familiar, ansiedade, etc.), por estes motivos algo que veja, ouça ou sinta pode ser desvirtuado. Aqui, a nossa atitude empática terá de ser reforçada pelo tempo e disponibilidade que dedicamos a este doente, de modo a que seja informado do que está a viver, percepcionando-o.

É importante que nunca nos esqueçamos que tudo o que atinge a integridade da pessoa acarreta um certo grau de regressão. Pode acontecer que uma atitude de desconfiança seja suficiente para despertar, em nós, equipa, uma nebulosa complexidade de sentimentos que vão do afastamento à frontal hostilização.

Devido aos aspectos citados, pensamos que um bom processo de acolhimento poderá fazer baixar a ansiedade provocada não só pela situação de doença, mas também pelo constrangimento de todo o aparato que rodeia o doente.

Assim, o nosso processo de acolhimento terá dois objectivos principais:

- Colher dados que permitam a personalização dos cuidados.
- Favorecer a adaptação ao novo ambiente e situação com o mínimo de sofrimento.

Será composto por duas componentes : uma de caracter Geral e Comum a todos os serviços e outra mais específica das unidades de cuidados Intensivos Coronários.

A de caracter geral o enfermeiro deve:

- Apresentar-se ao doente;

- Cumprimentar (chamar) o doente pelo nome e nunca pelo número da cama ou caso de doença, e zelar para que os seus familiares e amigos sejam bem recebidos;

- Dar-lhe a conhecer o nome do seu médico e como ter acesso aos serviços de apoio (serviço social, religioso, etc.);

- Informá-lo dos regulamentos do serviço e hospital, quanto ao horário de visitas e refeições e que tipo de alimentos pode a família trazer;

- Informá-lo sobre o funcionamento dos telefones, do sistema de intercomunicação do serviço e como acender a luz;

- Informá-lo sobre a localização dos sanitários ou pedir a arrastadeira ou urinol, no caso do doente ter de permanecer na cama;

- Procurar saber a forma de como o doente reage ao internamento, tranquilizando-o quanto aos seus medos e ansiedades;

- Dar-lhe toda a possibilidade de exprimir as suas inquietudes e sentimentos;

- Informar, antes da alta, o doente e a sua família dos recursos da comunidade a que tem acesso, fazendo o ensino adequado à situação da saúde no momento.

As de caracter especifico das UCIC, o enfermeiro deve:

- Assegurar-lhes que antes de qualquer cuidado médico ou Enfermagem, o doente recebe toda a informação necessária e conveniente, procurando essa oportunidade para comunicar com ele;

- Elucidá-lo que as dores no peito que poderá sentir são características da própria doença e que mal elas começam deve alertar o pessoal de Enfermagem;

- Explicar-lhe a razão de por vezes ter que mudar de profissão ou simplesmente alterar hábitos de vida;

- Dizer-lhe qual a função de toda a aparelhagem que tem à sua volta, procurando elucidá-lo que as "máquinas" são somente um meio de vigilância por parte do pessoal e não um suporte de vida, ou seja, que a sua vida, na maior parte das vezes, não está dependente das máquinas a que está ligado;

- Em suma desmistificar um pouco os lugares chamados UCIC, que para muitos é assustador, explicando-lhe um pouco o que acontece nestes lugares.

Devemos procurar que o utente não entre em pânico quando é internado numa UCIC e em consequência ligado por fios a toda uma aparelhagem sofisticada , sentido dores, solidão e uma séria de atitudes "agressivas" por parte dos profissionais , o que vai aumentar ainda mais o seu grau de ansiedade.

Nada melhor que um bom acolhimento planeado e sistematizado, para, minimizar os efeitos adversos não só da doença, mas também do internamento numa unidade altamente constrangedora, comungando um pouco a ideia de Rodrigues (1984) " Está em nós a responsabilidade de criar e formular as melhores relações humanas, empenhando-nos, pois, em. **Preservar o Humanismo Dentro da Tecnologia**.

II PARTE

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO I - METODOLOGIA

O método define o caminho a percorrer para chegar a determinado fim. É neste contexto que Barros e Lehfeld (1986) e Gil (1989) definem a metodologia como o "estado da melhor maneira de abordar determinados problemas no estudo actual do nosso conhecimento".

Para os mesmos autores, a "metodologia não procura soluções mas escolhe a maneira de encontrá-las integrando os conhecimentos a respeito dos métodos em vigor nas diferentes disciplinas científicas e filosóficas".

É através da metodologia que se estuda, descreve e explica os métodos que se vão utilizar ao longo do trabalho.

Tendo como referência a problemática e os objectivos em causa consideramos a abordagem quantitativa a que melhor se adequa ao nosso estudo.

Nos primeiros capítulos foi elaborado o quadro teórico de referência que nos pareceu pertinente à nossa questão de investigação.

Especificámos os critérios utilizados na selecção da amostra e as suas características gerais; as variáveis em estudo; os instrumentos utilizados; os procedimentos de colheita de dados e, a finalizar, as análises estatísticas utilizadas.

1 – OBJECTIVOS E CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

As características do nosso estudo permite-nos identificá-lo como uma pesquisa transversal do tipo quase experimental.

Conceptualizámos um estudo transversal dado termos recorrido a uma pesquisa, descritiva do tipo correcional, dado termos como objectivo a descrição das características de determinada população ou fenómeno e o estabelecimento de relações entre variáveis (Gil, 1989).

Polit (1995) diz que este tipo de estudos quase experimentais envolvem a manipulação de uma variável independente, no entanto carece de distribuição aleatória, aspecto que caracteriza os estudos experimentais.

A variável por nos manipulada é o acolhimento. Assim, aplicou-se um processo sistematizado de acolhimento ao grupo de estudo, tendo sido feita, uma avaliação da ansiedade antes e após a aplicação desse processo.

Desconhecemos qualquer outro estudo que aborde a influência do acolhimento, na diminuição da ansiedade, o que nos pode permitir afirmar que a nossa pesquisa tem uma vertente exploratória.

Optámos neste nosso estudo por métodos de análise quantitativos, uma vez que pretendemos "garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando consequentemente uma margem de segurança quanto às interferências" (Richardson, 1989).

Tendo em conta os nossos objectivos, tentámos controlar ao máximo – variáveis potencialmente confundentes (variáveis concorrentes ou parasitas com o objectivo de eliminar eventuais ameaças à validade interna, assim como outros acontecimentos geradores de ansiedade, que nada tinham a ver com as variáveis por nós seleccionadas.

Por esse motivo, e também por outras razões aludidas adiante a propósito dos "procedimentos" o protocolo para o nosso estudo inclui um conjunto de escalas e questionários administrados a cada doente em duas fases, para que possamos avaliar o estado de ansiedade após o internamento na unidade e alguns dias após (5 dias) esse

internamento, estabelecendo relações entre estes estados e algumas variáveis pessoais e situacionais.

Pretendemos, assim, atingir os seguintes objectivos:

- Identificar a maneira de sentir a situação de doença/internamento em doentes com patologias coronárias;
- Avaliar o impacto do acolhimento nos níveis de ansiedade em doentes com patologias coronárias.
- Comparar os níveis de ansiedade em doentes com doença coronária, a quem foi prestado um acolhimento sistematizado com outros doentes com integração rotinizada na UCIC.

2 – HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

As hipóteses são para Quivy Campenhouddt (1992) "proposições de resposta provisória à pergunta de partida (...) que fornece à investigação o fio condutor e (...) o critério para seleccionar de entre a infinidade de dados que um investigador pode, em princípio, recolher sobre um determinado assunto, mais pertinente".

A nossa pergunta de partida ou questão de investigação que se nos depara, no início da nossa investigação foi: "será que o processo sistematizado de acolhimento diminui os níveis de ansiedade nos doentes com doença coronária".

O mesmo autor, por outras palavras, diz que hipóteses são formulações provisórias e prováveis, utilizadas para tentar dar resposta a um problema, procurando explicar pi predizer o que se desconhece.

De acordo com a problemática em estudo e em conformidade com a fundamentação efectuada, procuramos estabelecer relações entre as variáveis, constituindo deste modo um corpo de hipóteses que pretendemos testar e que são:

H1 - O processo sistematizado de acolhimento contribui para a diminuição dos níveis de ansiedade do doente coronário.

H2 - A ansiedade do doente coronário difere consoante o sexo.

H3 - Há relação entre a ansiedade dos doentes coronários e as dimensões da personalidade.

H4 - As variáveis demográficas (grupo e sexo) e de personalidade (extroversão e neuroticismo) são preditoras dos estados de ansiedade face à doença e internamento (factor 1, factor 2, factor 3 e factor 4).

H5 - As variáveis demográficas e de personalidade são preditoras das diferenças de média dos factores entre a primeira e a segunda avaliação.

3 – VARIÁVEIS

Por forma a tornar mais compreensíveis este estudo, sentimos necessidade, de em função do protocolo aplicado, definir as variáveis que nos possibilitarão seleccionar os dados a colher.

O termos variável é entendido por Barros e Leffeld (1986) como "aspectos observáveis de um fenómeno, os quais podem apresentar variações, mudanças e diferentes valores em relação a um fenómeno ou entre fenómenos". Lakatos e Marconi (1992) acrescentam que "... uma variável discernível em um objectivo de estudo deve ser passível de mensuração".

Assim, tornou-se importante definir com clareza, objectividade e de forma operacional as variáveis, pois, como afirma Polit e Hungler (1994) elas "são conceitos operacionalizados", acrescentando Richardson (1989) que a sua definição operacional deve conter necessariamente os seus indicadores.

As variáveis do estudo seleccionados em função da questão de investigação, hipóteses e análises exploratórias formuladas.

Variáveis Dependentes

As variáveis centrais do estudo, constituindo o núcleo da questão de investigação e assumindo nos hipóteses o papel de variável dependente é a "ansiedade dos doentes das UCIC", organizada por factores ou dimensões de acordo com um processo de derivação racional e empírica que à frente se descreve, e podendo ser operacionalizada (figura nº. 10).

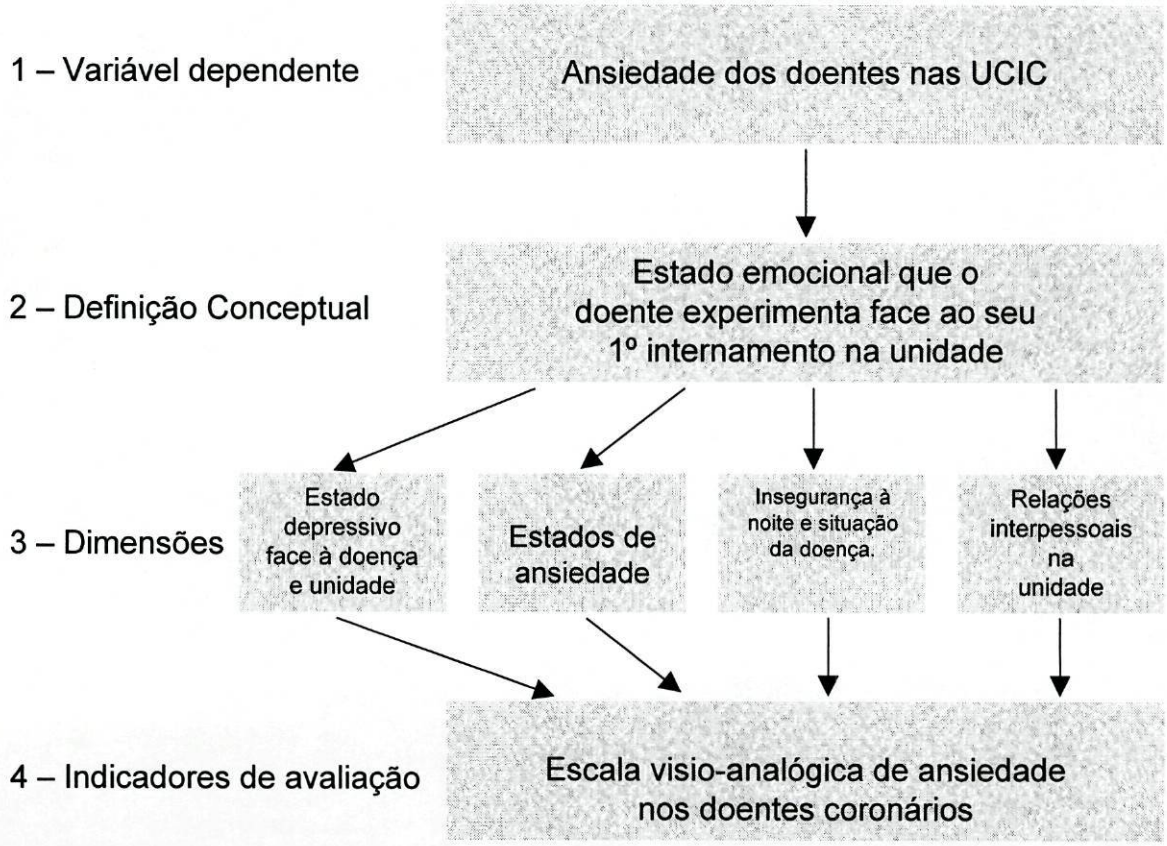


Fig. nº 10 – Operacionalização da variável dependente

Variáveis Independentes

Atendendo ao conteúdo das hipóteses, foram considerados as seguintes variáveis independentes:

- "O Acolhimento", isto é, existência ou não de um processo sistematizado e ou ordenado que será explicado aquando da entrada e estadia do doente.
- "A personalidade dos utentes", isto é, a organização do carácter, temperamento, parte intelectiva e física que permite o seu ajustamento ao meio ambiente. É classificada em duas dimensões principais (Lysenck, 1973): neuroticismo e, extroversão/introversão. Cada uma destas dimensões é dividida em 3 partes: os emocionalmente estáveis os emocionalmente instáveis e os intermédios, para o neuroticismo e os introvertidos, extrovertidos e intermédios para a outra dimensão.

Variáveis Sócio-demográficas

Foram estudadas as variáveis sócio-demográficas consideradas mais relevantes no sentido de caracterizar a amostra e de permitir a análise exploratória das relações destas com a ansiedade dos utentes nas UCIC:

- sexo
- idade
- estado civil
- categoria sócio-profissional (profissão)
- patologia

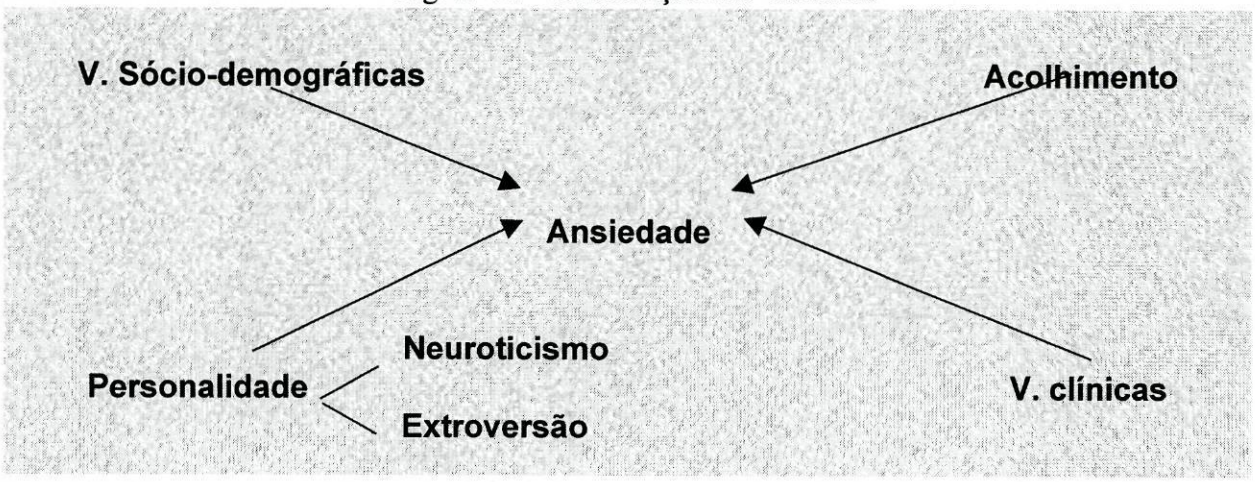
Variáveis clínicas

Foram ainda estudadas algumas variáveis clínicas do doente, que tal como as anteriores tinham, como finalidade caracterizar a amostra e permitir uma análise exploratória das suas relações com a ansiedade dos utentes das UCIC:

- acontecimento de vida (há menos de 6 meses) que o estejam a perturbar
- expectativa da qualidade recebida
- benefício das informações recebidas
- preocupação durante o internamento
- medicação de ansiolíticos e analgésico

A articulação das variáveis pode ser esquematizada da seguinte forma:

Fig. nº 11 – Articulação das variáveis



4 – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO, SUA FIDELIDADE E VALIDADE

Considerando a natureza dos fenómenos e a população a que se destina optámos por colher os dados através de um questionário sócio-demográfico e clínico (anexo 1); uma escala analógica com barras de cor (anexo 2) e o inventário de personalidade de Eysenck (traduzido e adaptado por Silva; Azevedo; Dias, 1994).

Tal como refere Gil (1989) "as escalas são instrumentos constituídos com o objectivo de medir a intensidade das opiniões e atitudes de maneira mais objectiva possível".

4.1 – ESCALA PARA MEDIR A ANSIEDADE

Por não conhecer-mos nenhum instrumento para medir a ansiedade em doentes com patologia coronária, construímos uma escala da qual excluímos os parâmetros referentes a "aspectos fisiológicos" característicos que nestes doentes podem não ser indicativos de estados ansiosos, mas sim sinal/sintoma da patologia.

Assim construímos uma escala que denominamos de Escala Analógica de ansiedade para Doentes Coronários (EAADC). Trata-se de uma escala tipo visuo-analógica, com a particularidade de em vez de ter números ou preposições, ela está construída com cores, que vão da cor branca à cor mais intensa. Optámos pela construção da escala em cores, para abarcar todos os elementos, independentes do seu grau de instrução ou não, isto porque, as escalas com números ou preposições levam a que os inquiridos se coloquem numa situação (zona) de média responsabilidade.

Foi pedido a cada indivíduo pesquisado que assinalasse dentro de cada afirmação representada por uma cor (desde o branco à mais intensa) aquela que melhor corresponde á sua percepção (maneira de estar ou sentir) acerca do facto pesquisado.

A escala está concebida de forma a que a pontuação de ansiedade vá subindo da esquerda para a direita (1 a 5) da cor branca à cor intensa, obtendo-se no final a soma total dos itens, sendo que as pontuações podem variar de 24 a 120.

Algumas questões, porém, são elaboradas de forma positiva (5, 7, 10, 12, 18, 20, 22).

Procedimentos

Após a escolha da "poule" dos itens, efectuamos a passagem da escala à população do estudo preliminar.

A cada sujeito foi aplicada a escala de avaliação e dada a respectiva informação de modo de funcionamento.

Todos os utentes foram informados de que as respostas dadas eram confidenciais e que não se destinavam a análises individualizadas mas apenas e fins de investigação científica.

Deste ensaio, verificámos que a forma de construção e, avaliação não dificultava o preenchimento da escala. Em nenhum dos itens os inquiridos apresentavam dificuldades na sua compreensão.

Tratamento psicométrico dos itens

As qualidades psicométricas de um instrumento, são habitualmente avaliadas através dos estudos de fiabilidade que, no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar (Kline, 1993), isto é, a "forma e o significado dos valores obtidos transcende a sua própria ocorrência" (Sechust, 1984).

Face ao exposto, iremos de seguida descrever os procedimentos efectuados no estudo das propriedades psicométricas da EAADC.

Estudos de Fiabilidade

A fiabilidade dos resultados num teste, diz-nos algo sobre o grau de confiança ou de exactidão que podemos Ter na informação obtida (Almeida e Freire, 1997). O conceito apresenta duas significações mais habituais: o teste avalia o mesmo quando aplicado em dois momentos diferentes aos mesmos indivíduos (conceito de estabilidade temporal) e os itens que compõem o teste apresentam-se como um todo homogéneo) consistência interna

ou homogeneidade dos itens). A avaliação de qualquer uma delas implica aspectos estritamente técnicos e constitui um pré-requisito para a validade de um teste.

A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência existente entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova. Os vários coeficientes que a avaliam, pretendem avaliar a forma como um item específico, escolhido no universo dos itens, altera os resultados obtidos, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item.

Nos estudos da consistência interna, utilizámos diversos indicadores. Escolhemos os que parecem mais adequados ao tipo de escala em questão. Optámos pela sua utilização conjunta pelo facto de permitirem avaliar diferentes aspectos dessa consistência, o que faculta a análise da convergência dos resultados e não apenas informações parciais. Nesta ordem de ideias, para o estudo da homogeneidade dos itens realizámos os seguintes passos:

- Determinação do teste U de Mann-Whitney, que nos permite fazer um estudo de homogeneidade dos itens, tendo em conta as diferenças do sexo (médias dos grupos). Quando se utiliza este teste, deve considerar-se a mediana como medida de tendência central mais correcta para comparar os grupos, visto neste se poderem encontrar muitos indivíduos com o mesmo posto (também designado por Rank). Como as diferenças são avaliadas através de postos, aceitámos, de acordo com Vaz Serra (1994) que elas se tornam mais expressivas através da indicação das médias dos grupos;
- Determinação do Coeficiente de alfa de Cronbach tanto para os factores como para o total da escala. Este coeficiente é importante dado permitir medir a variância devido à cronogeneidade dos itens. É tradicionalmente utilizado nas escalas tipo Likert. Kline (1993) defendeu que este coeficiente constitui o índice mais importante de fiabilidade de um teste. Sechrest (1984) referiu que se trata da solução mais geral para a avaliação da consistência interna e indica que os seus valores devem situar-se entre 0,70 e 0,80;
- Determinação da Correlação Split-half. Este indicador constitui a forma de provar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. Deve Ter-se em conta que, sendo um método de bipartição, muitas vezes subestima a verdadeira fiabilidade da escala, dado considerar um menor número de itens.

As análises de validade ganham sentido e viabilidade só quando os resultados relativos aos estudos de fiabilidade são positivos. No caso da corrente investigação, os resultados encontrados, como se poderá verificar, levaram a prosseguir os estudos de validade.

Estudos de Validade

Como para a fiabilidade, verifica-se hoje, uma dupla significação para o termo validade. Em primeiro lugar, o termo significa em que medida os resultados do teste estão a medir aquilo que pretendem medir,; sendo este o sentido tradicional da validade. Em segundo lugar, o termo significa o conhecimento que possuímos daquilo que o teste está a medir (Anastasi, 1990).

De acordo com Simões (1994) aquilo que se avalia "não é tanto o teste mas as inferências que é possível formular a partir dos resultados", o que poderá levar a referir que, contrariamente aos procedimentos de fiabilidade, os de validade não são apenas técnicos mas supõem a utilização de critérios.

Classicamente os autores fazem referência a três tipos de validade. Validade de Conteúdo e Facial, Validade de Critério e, por último, Validade de Constructo (Striner e Norman, 1989).

A Validade de Constructo, também designada validade do conceito, subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão: "este instrumento de medida mede realmente o constructo que procura medir?". Neste sentido a validade do constructo nunca é provada; é simplesmente aceite na medida em que as provas a favor se evidenciam como superiores às provas contrárias (Jaeger, 1983).

Em consonância com o exposto, a metodologia usada para a apreciação da validade do constructo dos resultados num teste é diversa e acumulada a informação proveniente de diferentes fontes. No entanto, segundo Almeida Freire (1997), um método tem revelado maior uso e reconhecimento entre os autores: análise factorial dos itens e dos resultados.

No entanto da EAADC, este foi o método utilizado associado à determinação da matriz de correlações.

Assim com o duplo objectivo de avaliar a validade do instrumento e conhecer as dimensões factoriais subjacentes, realizámos análises factoriais, seguidas de rotações axiais ortogonais do tipo Varimax, isto é, procurámos obter deste modo um conjunto diferenciado de dimensões de onde se pudessem extrair as mais importantes, tanto no que respeita às proporções de variância explicada, como nas que fossem dotadas de maior coerência e compreensibilidade.

Optou-se por utilizar a análise factorial tipo Varimax e não uma análise factorial oblíqua, por considerarmos que a primeira se enquadrava melhor no modelo subjacente á construção do instrumento, dado que permite a independência das dimensões encontradas.

O procedimento deste tipo de análise factorial transforma segundo Canavarro (1997) um conjunto de variáveis correlacionadas (itens) num conjunto de variáveis não correlacionadas (factores ou componentes principais).

A versão final da EAADC, resultante dos procedimentos descritos anteriormente ficou composta pelos 24 itens que resultaram do primeiro estudo, o que significa que nenhum item foi eliminado pelos critérios de exclusão utilizados no estudo das propriedades psicométricas da escala.

Resultados do processo de construção da Escala

Vamos apresentar agora os resultados obtidos nas diversas etapas referidas anteriormente sendo mesmo descritos pela ordem que foram anunciados.

Estudos de Fiabilidade. Consistência Interna

Para fazer uma análise da consistência interna do instrumento de medida, efectuamos um estudo de homogeneidade dos itens através do teste de U Man Whitney tendo em conta o sexo (cf. quadro 5).

Mantemos assim os itens 6, 7, 13, e 23 na medida em que, embora haja diferenças estatisticamente significativas as diferenças qualitativas não são significativas (de 03 e 05 entre os dois sexos).

Considerámos ainda o facto de a nossa amostra ser significativamente mais pequena do que a de alguns autores consultados, o que obviamente poderá terá ter alguma influência nos resultados obtidos.

Por ser uma escala inicial com uma amostra que não abrange as explicações dadas por Brymar e Cramer (1992), e uma vez que se trata de um estudo piloto e exploratório, não é possível fazer uma validação da própria escala, razão pela qual se mantiveram os itens que descriminavam o género.

Quadro 5 - Teste de U Man Whitney para consistência interna do instrumento de medida tendo em conta o sexo

Sexo / Itens	Masculino		Feminino		P.
	Média	dp	x	dp	
A1	3.806	0.623	3.973	0.645	0.222
2	4.044	0.638	3.973	0.716	0.592
3	4.000	0.701	4.052	0.695	0.714
4	3.887	0.655	3.815	0.651	0.596
5	2.903	0.469	2.815	0.512	0.372
6	3.293	0.567	3.526	0.556	0.043
7	3.161	0.578	2.973	0.563	0.033
8	4.161	0.578	4.078	0.587	0.497
9	4.370	0.606	4.552	0.603	0.185
10	4.146	0.538	4.157	0.698	0.897
11	4.145	0.673	4.368	0.589	0.110
12	3.645	0.629	3.473	0.646	0.208
13	3.664	0.631	3.821	0.649	0.036
14	4.209	0.630	4.210	0.576	0,.951
15	3.935	0.674	4.000	0.657	0.634
16	4.016	0.869	4.157	0.546	0.307
17	4.229	0.693	4.308	0.679	0.232
18	4.129	0.613	4.157	0.436	0.903
19	4.293	0.697	4.395	0.464	0.136
20	3.048	0.381	2.947	0.324	0.175
21	4.325	0.598	4.405	0.645	0.133
22	3.790	0.604	3.763	0.633	0.757
23	3.790	0.630	4.078	0.712	0.042
24	3.774	0.711	3.973	0.636	0.136

Ainda relativamente à consistência interna, a escala revelou ser um instrumento de medida com um certo grau de homogeneidade.

O quadro 6 mostra-nos as correlações obtidas entre cada questão e a nota global quando esta não contêm esse item específico, foram positivas, excepto no item 7, 12 e 20.

Através da análise da média dos itens e dado que os desvio padrão variam entre .362 e .696 podemos verificar que todos eles se encontram bem centrados.

Constatamos ainda que o alfa de Cronbach é de .800, o que vai de encontro ao defendido por Sechrest (1984).

Quadro 6 – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna de Cronbach da "Escala analógica de ansiedade para doentes com patologia coronária"

Itens	Média	Desvio Padrão	Correlação	α
1	3.870	0.645	0.523	0.700
2	4.020	0.666	0.580	0.697
3	4.020	0.696	0.589	0.696
4	3.860	0.651	0.581	0.697
5	2.870	0.485	0.180	0.713
6	3.410	0.551	0.436	0.704
7	3.060	0.571	-0.152	0.723
8	4.130	0.580	0.329	0.708
9	4.430	0.607	0.385	0.705
10	4.150	0.479	0.142	0.714
11	4.230	0.649	0.400	0.704
12	3.580	0.638	-0.103	0.722
13	3.740	0.641	0.498	0.700
14	4.210	0.607	0.426	0.704
15	2.290	0.665	0.225	0.710
16	4.070	0.639	0.453	0.702
17	4.260	0.635	0.555	0.699
18	4.140	0.550	0.190	0.712
19	4.340	0.648	0.578	0.697
20	3.010	0.362	-0.146	0.720
21	4.360	0.642	0.469	0.702
22	3.780	0.612	0.152	0.713
23	3.900	0.674	0.444	0.702
24	3.850	0.687	0.643	0.694

Alfa de Cronbach: 0.800

Pelo quadro 7 poderemos observar os resultados da correlação de Split half e valores de coeficiente de & de Cronbach, apresentando estes valores tanto entre os itens pares e ímpares como para o total da escala dentro de intervalos considerados normais.

Assim, podemos afirmar que o instrumento apresenta uma boa consistência interna dado que o valor de Guttman Split-half foi de 0.714 com o & de 0,759.

Quadro 7 – Consistência interna dos itens pares e ímpares e total da escala através da correlação de Split-half

N=100	IMPAR	PAR
Média (X)	**47.050**	**46.110**
Desvio Padrão (Dp)	**3.688**	**3.072**
Alfa (α)	**0.708**	**0.598**

Guttman Spli-half = 0.71498 α *total = 0.759*

Estudo da Validade. Análise Factorial

Com o objectivo de se obter um conjunto diferenciado de dimensões de onde se pudessem extrair os mais importantes, tanto no que respeita às proporções da variância explicada, como nos que fossem dotadas de mais coerência e compreensibilidade, realizámos com os 24 itens da escala uma análise factorial, primeiro exploratória (elaborada de acordo com o mencionado neste capítulo) e posteriormente confirmatória.

A solução final apresentada no quadro 8, permitiu a selecção de 4 factores com Eigenvalues (raízes latentes) entre 1, 6 e 5.4, que no seu conjunto explicam 47,729% da variância total.

Quadro 8 – Análise factorial, tipo Varimax

Variável	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1		0.722255*		
2		0.728674*		
3		0.716891*		
4		0.645038		
5		0.443588		
6			0.611020	
7			-0.738962*	
8			0.586595	
9			0.361416	
10				0.595338
11	0.518390			
12	-0.587560			
13	0.499309			
14			0.442073	
15	0.611513			
16	0.407540			
17	0.772998*			
18				0.739472*
19	0.685067			
20	-0.386428			
21	0.690883			
22				0.508241
23			0.483678	
24	0.518445			
Eigenvalue	5.405813	2.365231	2.062498	1.621437
% Variânc. Explic.	22.52422	9.85513	8.59374	6.75599

Total da variância explicada 47.729%

O factor 1 foi designado por "estado depressivo face à doença e unidade" é o mais importante, pois apresenta uma variância explicada de 22,5%.

O factor 2 foi tradutor do estado de "ansiedade" e explica 9,9% da variância total.

O factor 3 denominado de "Insegurança à noite e face à doença", contribuindo para 8,6% da variância.

Por último o factor 4, "ambiente de relação na unidade" 6,8% de variância total.

Cada um destes factores engloba os itens (cf. quadro 9).

Quadro 9 – Distribuição dos itens da escala face a cada factor e sua percentagem explicada (variância explicada)

Factor 1 ⇒ **Estado depressivo face à doença e unidade** ⇒22,5%
A 11 – Tem medo da morte e complicações que podem surgir.
A 12 – Tem esperança numa evolução favorável do seu estado.
A 13 – Tem sensação de solidão, sente-se desamparado de tudo e de todos.
A 15 – O medo do desconhecido deixa-o nervoso.
A 16 – As consequências da doença deixam-no perturbado.
A 17 – Tinha a sensação de prisão quando se encontra ligado aos monitores.
A 19 – O ambiente da unidade deixa-o descansar.
A 20 – Sente-se dependente das máquinas a que se encontra ligado.
A 21 – Tem a sensação que tudo vai piorar a partir de agora.
A 24 – A aparelhagem provoca-lhe medo
Factor 2 ⇒ **Estados de ansiedade** ⇒ 9,9 %
A 1 – Sente-se mais nervoso e ansioso que o costume.
A 2 – Sente-se com medo sem razão para isso.
A 3 – Sente-se facilmente perturbado ou em pânico.
A 4 – Sente-se como se estivesse para rebentar.
A 5 – Sente que tudo corre bem e nada de mal lhe vai acontecer
Factor 3 ⇒ **Insegurança à noite e face à doença** ⇒ 8,6 %
A 6 – Costuma Ter pesadelos ou insónias.
A 7 – Adormece facilmente e descansa bem durante toda a noite.
A 8 – Neste momento encontra-se triste.
A 9 – Encontra-se aflito e angustiado com o que lhe pode acontecer.
A 14 – Está aborrecido e irritado com o que lhe aconteceu.
A 23 – Sente-se mais preocupado durante a noite
Factor 4 ⇒ **Ambiente de relação na unidade** ⇒ 6,8 %
A 10 – Tem confiança na equipa que cuida de si.
A 18 – O pessoal que cuida de si transmite-lhe segurança.
A 22 – As pessoas que o visitam deixam-no calmo e tranquilo

Após a definição dos factores com a inclusão dos itens da escala, procedemos à avaliação da consistência interna desses factores, tanto na 1ª como na 2ª avaliação tendo apresentado um certo grau de homogeneidade.

Os quadros 10 (1ª avaliação) e 11 (2ª avaliação) mostram-nos as correlações obtidas entre cada factor e a nota global, tendo sido todas positivas nas 2 avaliações.

Através da análise das médias dos factores e dado que os desvios padrões variam entre 9.47 e 11,63 na 1ª avaliação e 10.00 e 13.40 na 2ª avaliação, podemos verificar que todos eles se encontram bem centrados.

Constatou-se ainda que o alfa de Cronbach é de .784 na 1ª avaliação e de .824 na 2ª avaliação o que vai de encontro ao que é defendido por Sechrest (1984).

Quadro 10 – Estatísticas de homogeneidade dos factores e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da escala na 1ª avaliação

Factores	Média	Desvio padrão	Correlação com nota global	α
Factor 1	146.90	9.47	0.724	0.663
Factor 2	167.68	10.30	0.680	0.707
Factor 3	163.29	10.69	0.617	0.734
Factor 4	174.25	11.63	0.212	0.806

Alfa de Cronbach padronizado ⇒ 0.784

Quadro 11 – Estatísticas de homogeneidade dos factores e coeficientes de consistência interna de alfa de Cronbach da escala na 2ª avaliação

Factores	Média	Desvio padrão	Correlação com nota global	α
Factor 1	132.05	10.20	0.904	0.646
Factor 2	149.31	12.13	0.757	0.760
Factor 3	145.81	11.63	0.855	0.725
Factor 4	153.55	13.40	0.054	0.848

Alfa de Cronbach padronizado ⇒ 0.824

Inventário de Personalidade de Eysenck

Elaborado em escala tipo Likert, o Inventário de Personalidade de Eysenck é constituído por 12 itens, havendo para cada um deles quatro alternativas de resposta.

É uma versão curta do Eysenck Personality Inventory que resultou de extensas análises factoriais e, tal como a sua versão original, mede as duas dimensões da personalidade: extroversão e neuroticismo. À extroversão correspondem os itens a, c, e, g, i e k e ao neuroticismo os itens b, d, f, h, j e l (Silva e cols. 1995). A tradução é da responsabilidade do autor citado e colaboradores.

Entre a versão curta e a escala original determinaram-se correlações, tendo-se obtido valores de "r" de 0,82 e 0,79 respectivamente para a extroversão e neuroticismo, o que revela a existência duma correlação positiva significativa nos dois factores. Também se determinaram correlações entre o neuroticismo e a extroversão da versão curta, tendo-se obtido um valor de "r" de 0,5 (Barton e cols. 1992, citado por Silva e cols. 1995).

A cotação faz-se somando os valores dos itens de cada uma das dimensões. Para o efeito, a cada item são atribuídos os valores de 1 a 4 que correspondem às respostas no sentido de "nunca" para "sempre". Valores baixos indicam níveis baixos nas dimensões (Silva e cols. 1995).

Esta escala poderá também utilizar uma cotação bimodal (Silva e cols. 1995). Basta para isso converter os valores dos itens de 1 e 2 em 0 (zero), e os valores 3 e 4 em 1 (um), somando-se de seguida os valores dos itens de cada factor.

A análise dos resultados finais é igual à anterior, valores baixos indicam níveis baixos nas dimensões.

Os pesos para medir cada dimensão encontram-se no quadro 12.

Quadro 12 – Distribuição dos pesos e categorias pelas duas dimensões do inventário de personalidade

Dimensões	Pesos	Categorias
Extroversão	6-12	Introvertido
	13-18	Intermédio
	≥ 19	extrovertido
Neuroticismo	6-12	Estável
	13-18	Intermédio
	≥ 19	Emocionalmente instável

- Questionário socio-demográfico

Relativamente aos dados socio-demográficos, o questionário pretende obter informações do indivíduo, tais como a idade, o sexo, o estado civil, categoria socio-profissional (profissão) e a patologias que o levou à UCIC.

Pretendemos assim, obter dados gerais da nossa amostra que consideramos de alguma importância para a análise do nosso estudo e podendo fazer algumas relações com a variável dependente (anexo 1).

- Questionário sobre factores situacionais e clínicos

Tal como no anterior pretende-se fazer uma análise exploratória e tentar analisar a sua relação com a ansiedade dos utentes das UCIC, procurando caracterizar um pouco a nosso amostra (anexo 3).

Procurámos através de perguntas dicotómicas saber como os doentes vivenciaram a sua situação de internamento, saber algumas das suas preocupações durante esse internamento e alguns tipo de medicação que ele tomou e que poderá influenciar o nível de ansiedade.

5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população alvo do nosso estudo foram os doentes adultos, internados no serviço de UCIC do Hospital S. Teotónio de Viseu, com patologia coronária (Enfarte Agudo do Miocárdio e Angina de Peito/Angor Instável) no 1° semestre de 1999.

Procedeu-se a uma amostragem não probabilística intencional e consecutiva (Pallas, Villa, 1991) que constitui na selecção pelo investigador de todos os doentes internados nas condições de inclusão estabelecidos, no tempo reservado para o efeito. Estes autores consideraram que desta forma se consegue uma amostra livre de enviesamentos e representativa da população de referência, por conseguinte, válida para efeitos de estatística inferencial.

Como condições de inclusão temos: ser submetido a dois momentos de avaliação da sua transferência para a enfermaria de cardiologia; ser o primeiro internamento/contacto com unidades deste género; não terem comprometimento das suas funções vitais; boa orientação no tempo e no espaço; ausência de patologia psiquiátrica diagnosticada; e capacidade manifesta para interpretarem e darem respostas ao questionário.

A participação dos doentes foi voluntária, sendo o seu consentimento de resposta precedido de informação sobre o âmbito e finalidade do estudo.

De acordo com estes critérios dos 126 doentes internados no período citado, 6 (4,76%) foram excluídos por terem falecido e por conseguinte não terem sido submetidos ao 2° momento de avaliação; 20 (15,87%) por terem tido já anteriores internamentos neste tipo de unidade e 5 (3,98%) por não cumprirem as restantes condições de inclusão. Sendo, assim, restaram 100 elementos que constituíram a nossa amostra do estudo (79,39%).

De acordo com os objectivos e o tipo de estudo efectuado a amostra foi dividida em 2 grupos de 50 elementos cada, o grupo de estudo ao qual foi aplicado o processo sistematizado de acolhimento entre a 1ª e a 2ª avaliação e outro o grupo de controle.

No decurso do trabalho estas sub-amostras serão designadas respectivamente por grupo 1 e grupo 2.

5.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

No seu aspecto global a amostra é constituída por 62 homens e 38 mulheres, sendo a representação dos homens (62%) bastante superior à das mulheres (38%). A idade mínima é de 40 anos e a máxima 84 anos com uma média de 65,10 e desvio padrão de 11,027 anos. No sector masculino a idade mínima é de 40 anos e a máxima de 83 anos com uma média de 61,09 e um desvio padrão de 11,34.

No sector feminino a idade mínima é de 59 anos e máxima de 84, com uma média de 71,63 e um desvio padrão de 6,5 anos (cf. quadro 13)

Quadro 13 – Características gerais da amostra relativas à idade

Idade / Sexo	Mínimo	Máximo	X	Dp	Sk	K
Masc.	40	83	61,09	11,34	0,028	-0,96
Fem.	59	84	71,63	6,51	0,168	-0,77
TOTAL	40	84	65,10	11,027	-0,405	-0,63

No que diz respeito à caracterização das sub-amostras, isto é, no grupo de estudo (grupo 1) e o grupo de controle (grupo 2) a sua distribuição relativamente ás variáveis socio-demográficas revelou que (cf. quadro 14):

O sexo predominante é o masculino (62%) sendo um pouco superior ao feminino (38%), havendo uma distribuição mais ou menos equitativa entre os dois grupos (31% e 19%) para homens e mulheres;

- os grupos etários dominantes são os de 60-70 anos e 70-80 anos 34% e 29%, respectivamente), havendo também uma distribuição homogénea no que diz respeito ao grupo de estudo e o grupo de controle (18% e 16%, respectivamente). A incidência da doença coronária na nossa amostra está de acordo com as estatísticas nacionais, dado serem os grupos etários com maior prevalência destas doenças (Gonçalves, 1994);

- na grande maioria (59%) a sua doença coronária foi o enfarte agudo do miocárdio, enquanto o restante (41%) foi portador de angor/angina de peito;

- a quase totalidade da nossa amostra apresenta como estado civil, 89% casados, 7% de viúvos e divorciados 4%.

No que se reporta à categoria socio-profissional, 58% são reformados (30% e 28%, respectivamente para o grupo 1 e 2), a categoria dominante, o que está de acordo com os grupos etários prevalecentes. Há no entanto um aspecto curioso, que são os agricultores (14%), talvez devido ao grande esforço despendido por estes na execução dessas tarefas.

Quadro 14 – Características gerais da amostra relativamente ao sexo, idade, diagnóstico, estado civil e categoria socio-profissional em função do grupo

Grupos / Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	**50**	**50,00**	**50**	**50,00**	**100**	**100,00**
Sexo						
- Masculino	31	31,00	31	31,00	62	62,00
- Feminino	19	19,00	19	19,00	38	38,00
Grupo Etário						
40-50	5	5,00	6	6,00	11	11,00
50-60	9	9,00	8	8,00	17	17,00
60-70	18	18,00	16	16,00	34	34,00
70-80	13	13,00	16	16,00	29	29,00
80-90	5	5,00	4	4,00	9	9,00
Diagnóstico						
Enfarte Agudo do Miorcárdio	31	31,00	28	28,00	59	59,00
Angor ou angina	19	19,00	22	22,00	41	41,00
Estado Civil						
- Casado	43	43,00	46	46,00	89	89,00
- Viúvos	5	5,00	2	2,00	7	7,00
- Divorciados	2	2,00	2	2,00	4	4,00
Categoria Sócio-profissional						
- Reformados	30	30,00	28	28,00	58	58,00
- Funcionário Público	4	4,00	2	2,00	6	6,00
- Professor	3	3,00	3	3,00	6	6,00
- Trolha	1	1,00	3	3,00	4	4,00
- Empresário	2	2,00	1	1,00	3	3,00
- Bancário	2	2,00	2	2,00	4	4,00
- Agricultor	6	6,00	8	8,00	14	14,00
- Doméstica/empr.	1	1,00	3	3,00	4	4,00

As características clínicas da nossa amostra são apresentadas no quadro 15 e 15a.

Considerámos pertinente saber se haveria algum acontecimento perturbador além da doença, pelo facto desse acontecimento poder provocar por si só níveis de ansiedade. Detectámos não haver diferença significativa entre as respostas afirmativas 53 (53,00) e negativas 47 (47,00), no total das duas amostras e dentro dos grupos essa diferença também

não é muito marcante. Dentro dos acontecimentos perturbadores referenciados pelas respostas afirmativas, tanto num grupo como no outro, o acontecimento mais marcante foi a existência de familiar doente (12; 22,6% no grupo 1 e 16, 30,2%, no grupo 2), havendo no entanto a realçar que, no grupo 1 o acontecimento de morte de familiar também é bastante referido (11 vezes; 20,8%).

No que diz respeito à expectativa da qualidade dos cuidados ela corresponde quase inteiramente aquela que era esperada pelos utentes com 96 (96%) respostas afirmativas.

Sobre o benefício das informações, a totalidade dos inquiridos no grupo de estudo (Grupo 1) considera que ela foi benéfica.

Quadro 15 – Características da amostra, relativamente aos acontecimentos perturbadores, à qualidade dos cuidados, informações, ansiolíticos e analgésicos em função de cada grupo

Grupos / Variáveis	Grupo 1		Grupo 2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
N	50	50,00	50	50,00	100	100,00
Acontec. perturbador						
- Sim	25	25,00	28	28,00	53	53,00
- Não	25	25,00	22	22,00	47	47,00
Qualidade de Cuidados						
- Sim	50	50,00	46	46,00	96	96,00
- Não	-	0,00	4	4,00	4	4,00
Informações						
- Sim	50	50,00	14	14,00	64	64,00
- Não	-	0,00	11	11,00	11	11,00
- Não sabe	-	0,00	25	25,00	25	25,00
Ansiolíticos						
- Sim	29	29,00	33	33,00	62	62,00
- Não	21	21,00	17	17,00	38	38,00
Analgésicos						
- Sim	37	37,00	38	38,00	75	75,00
- Não	13	13,00	12	12,00	25	25,00

Quadro 15a *– Distribuição dos acontecimentos perturbadores nos respondentes afirmativos em função do grupo.*

Acontecimento perturbadores	Grupo 1		Grupo 2		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Familiar doente	12	22,6	16	30,2	28	52,8
- Morte de familiar	11	20,8	6	11,3	17	32,1
- Reforma	1	1,9	3	5,7	4	7,6
- Perda de negócio	-	0,0	1	1,8	1	1,8
- Perda de emprego	1	1,9	2	3,8	3	5,7
TOTAL	**25**	**47,2**	**28**	**52,8**	**53**	**100,0**

6 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

De entre vários hospitais e serviços de UCIC possíveis para a realização do nosso estudo, optámos pela unidade do Hospital de S. Teotónio de Viseu, não por ser a nossa área de residência e de trabalho o que facilitaria a colheita de dados, mas também foi nela que detectamos as preocupações já descritas, julgando assim com o nosso trabalho contribuir para modificar alguns comportamentos tendo em vista a melhoria dos cuidados.

Seleccionados os utentes (por patologias), contactámos o Director de serviço e Direcção do Hospital, a quem, em traços gerais, demos a conhecer os objectivos do trabalho, as razões científicas do nosso interesse e as inaplicações práticas que os resultados poderiam ter.

Comprometemo-nos que seria garantida a completa confidencialidade, quaisquer que fossem os resultados, e que, a ser aceite, todo o trabalho de colheita seria desenvolvido por forma a não perturbar o normal funcionamento do serviço e dos doentes, e que estes só participariam voluntariamente.

O protocolo de colheita de dados foi aplicado à nossa amostra em duas fases:

- a 1ª aquando do seu internamento da unidade e logo após a sua estabilização hemodinânica.
- A 2ª passado algum tempo (± 5 dias) de internamento na unidade e antes da sua transferência para a enfermaria.

Pretendia-mos, assim, saber se existia diferenças de ansiedade entre a 1ª e a 2ª fase de colheita.

A amostra, como já foi dito, incluía todos os doentes acumetidos por doença coronária, que tinham o primeiro contacto com este tipo de unidade altamente diferenciados, dividida em 2 grupos, cada um composto por 50 doentes. Ao grupo 1, ou grupo de estudo, foi-lhe aplicado o processo sistematizado de acolhimento entre a 1ª e a 2ª fase de colheita. Ao grupo 2 ou grupo de controle a 1ª e 2ª fase de colheita foi efectuada sem manipulação de variável acolhimento.

Sendo assim, após a estabilização hemodinâmica do doente, era aplicado o processo sistematizado de acolhimento ao grupo de estudo que constava, além de uma explicação de todo o espaço físico e normas da unidade, efectuava-se um esclarecimento do porquê e da utilidade de se encontrar "ligado" a toda a aparelhagem que para ele era constrangedora; dos sinais e sintomas que poderiam ter durante o internamento, da possível mudança de hábitos que poderia ter que efectuar na sua vida profissional, em suma, desmistificar um pouco os medos e receios das Ucic que para muitos é um lugar assustador.

Após uma observação e entrevista ao utente verificava-se o grau de comprometimento das funções vitais e equilíbrio emocional e caso se concluísse que o doente tinha condições (físicas e emocionais) suficientes para responder, a entrevista prolongava-se com a apresentação do âmbito e finalidade do estudo e era solicitada a sua colaboração pessoal para responder ao questionário.

Nestes casos , o doente era informado que a sua participação era estritamente pessoal e voluntária e de que as respostas seriam mantidos em absoluto anonimato.

O preenchimento do instrumento, principalmente a escala analógica foi feita pelo investigador, no acto da entrevista, era feita coma presença do doente, sendo previamente apontado pelo utente a cor que melhor caracterizava a sua maneira de estar e sentir naquele momento e naquela situação, evitando assim anomalias no preenchimento do questionário e consequente anulação.

7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Após a sua colheita, os dados foram lançados numa base e posteriormente processados no programa de estatística SPSS (Statistical Package for The Sciences) versão 9.0, para o Windows.

Os dados para caracterização da amostra foram dispostos em quadros onde são salientados os dados mais relevantes, compostos de distribuição de frequências e, quando adequado, estas foram complementadas com médias, desvio padrão e coeficiente de variação.

Omitiu-se nas mesmas, o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos através do protocolo aplicado aos doentes do já referido serviço e hospital.

Para a selecção e organização por dimensões dos itens incluídos na versão final da "Escala Analógica de Ansiedade para doentes coronários" aplicada no âmbito deste trabalho, foi realizada uma análise de homogeneidade dos itens e da consistência interna da escala. Para tal, recorreu-se à opção scale do referido programa de estatística e calculando as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total da escala e a sua influência sobre o coeficiente alfa, de cronbach, utilizado como medida de fidelidade interna da escala.

A inclusão dos itens do instrumento em dimensões distintas foi fruto de análise factorial em componentes principais com rotação ortogonal pelo método varimax, realizada através da opção "Data Reduction" do referido programa.

No que diz respeito à estatística analítica utilizámos:

- Testes de t para comparação de médias (emparelhado e não emparelhado);
- Matrizes de correlação para avaliar eventuais relações entre variáveis;
- Regressões múltiplas para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente.

Nas análises estatísticas utilizámos os seguintes valores de significância:

$p < 0.05$* - diferença estatística significativa

$p < 0.01$** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$*** - diferença estatística altamente significativa

$p > 0,5$ - *n. s.* – não significativa

Todo o tratamento estatístico processou-se através do programa referido.

CAPÍTULO II - RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se às análises estatísticas dos dados recolhidos, organizados no sentido de dar resposta às questões e testar as hipóteses formuladas São ainda apresentados os resultados relativos às análises exploratórias realizadas.

Neste capitulo consideramos a existência de duas grandes rubricas. Na primeira iremos procurar descrever os aspectos gerais relacionados com a amostra que entrou para o nosso estudo, reservando a segunda para análise das relações que poderão existir entre as diferentes variáveis em questão.

Esta apresentação e análise terá um carácter descritivo, ficando a interpretação dos resultados obtidos para o capitulo da discussão.

Durante a apresentação dos resultados, a nossa escala para medir a variável dependente apresenta quatro factores, sendo estes, que aparecerão nos diversos quadros, e que correspondem às seguintes descrições da variável:

Factor 1 (estado depressivo face à doença e unidade)
Factor 2 (estados de ansiedade)
Factor 3 (Insegurança à noite e face à doença)
Factor 4 (Ambiente de relação na unidade)
A Total (Total da escala)

Para proporcionar uma melhor análise e compreensão dos dados optou-se por a fazer a sua apresentação confrontando os resultados da 1.ª e 2.ª avaliação, tendo em conta, não só diversas variáveis, mas também os grupos em estudo.

1 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1.1 - ANÁLISE DESCRITIVA DA RELAÇÃO ENTRE OS GRUPOS E OS FACTORES

Através da análise do quadro 17 1.ª e 2.ª avaliação respectivamente verificámos que no que diz respeito ao grupo de estudo a redução nas Médias (M) dos factores foi acentuada, sendo para o factor 1 de 40,66 para 31,44; de 18,94 para 15,54 no factor 2 e 23,02 para 18,60 no factor 3; isto no que se refere aos factores com carga negativa em relação à doença. No que diz respeito ao factor 4, que representa um aspecto positivo, entre as duas avaliações, existe um ligeiro aumento da M, sendo de 11,92 na 1.ª e 12,50 na 2.ª avaliação.

Daqui poderemos sugerir que existe uma influência directa do acolhimento destes doentes na redução das médias dos factores.

Todos os itens apresentam curvas de distribuição aproximadamente normal, pois apresentam valores de kurtoses entre -2 e +2.

Quadro 17 - Distribuição dos X factores pelo grupo de estudo na 1.ª e 2.ª avaliações

		N	X	Dp	SK	K
1.ª AVALIAÇÃO	FACTOR 1	50	40.66	2.291	-.072	-.195
	FACTOR 2	50	18.94	2.207	.198	-.868
	FACTOR 3	50	23.02	1.647	.081	-.226
	FACTOR 4	50	11.92	1.307	-.989	.410
2.ª AVALIAÇÃO	FACTOR 1	50	31.44	2.349	-.251	.522
	FACTOR 2	50	15.54	1.232	.143	.521
	FACTOR 3	50	18.60	1.340	-.435	-.507
	FACTOR 4	50	12.50	.931	-.395	-.061

No que diz respeito ao grupo 2 de controle (quadro 18), a redução dos médias dos factores entre e 1.ª e a 2.ª avaliação não foi tão marcante, sendo para o factor 1 de 38,18 para 36,30; para o factor 2 de 18,34 para17.68; de 23,04 para 21,62,para o factor 3 mantendo-se praticamente inalterável a média para o factor 4.

Também neste grupo, os desvios padrões mantiveram uma descida de acordo com as médias e os itens também apresentam curvas de distribuição normal.

Poderemos referir que este ligeiro decréscimo das médias dos factores se poderá dever ao facto da adaptação dos utentes ao ambiente da unidade.

Quadro 18 - Distribuição dos factores pelo grupo 2 (grupo de controle entre a 1ª e 2ª. avaliações)

		N	X	Dp	SK	K
1.ª AVALIAÇÃO	FACTOR 1	50	38.18	3.367	-.069	-.511
	FACTOR 2	50	18.34	2.219	.017	-1.279
	FACTOR 3	50	23.04	2.060	.251	-.167
	FACTOR 4	50	12.22	.910	-.122	-.405
2.ª AVALIAÇÃO	FACTOR 1	50	36.30	2.816	-.046	-.145
	FACTOR 2	50	17.68	1.490	.194	.233
	FACTOR 3	50	21.62	1.640	.270	.407
	FACTOR 4	50	12.24	.870	.083	-.760

Com o intuito de verificarmos a existência de diferença de médias entre os quatro grupos, efectuámos testes para amostras independentes na 1.ª avaliação e verificámos haver diferença estatística altamente significativa ($t = 4.306$; $p = 0.000$) no 1.° factor e diferença estatística significativa ($t = 2.357$; $p = 0.020$) em relação ao total da escala (cf e quadro 19).

Quadro 19 - Teste de t para amostras independentes em relação ao grupo na 1.ª avaliação

	Grupo 1 (50)		Grupo 2 (50)		t	p
	X	Dp	X	Dp		
FACTOR 1	40.66	2.291	38.18	3.367	4.306	.000^{xxx}
FACTOR 2	18.94	2.207	18.34	2.218	1.355	.178^{ns}
FACTOR 3	23.02	1.647	23.04	2.059	-.054	.957^{ns}
FACTOR 4	11.92	1.306	11.22	.910	-1.332	185^{ns}
TOTAL	94.54	5.261	91.78	6.393	2.357	.020^{x}

Já em relação à diferença dos factores em função do grupo na 2.ª avaliação verificou-se haver diferença altamente significativas nos factores 1 (t = -9.372; p = 0.000); factor 2 (t = -7.824;p = 0.000); factor 3 (t = -10.083; p = 0.000) e total da escala (t = -10.384; p = 0.000) não sendo significativa apenas no factor 4 (cf quadro 20).

Quadro 20 - Teste de t para diferença de média em amostras independentes em relação ao grupo na 2.ª avaliação

	Grupo 1 (50)		Grupo 2 (50)		t	p
	X	Dp	X	Dp		
FACTOR 1	31.44	2.357	36.30	2.816	-9.372	.000^{xxx}
FACTOR 2	15.54	1.232	17.68	1.491	-7.824	.000^{xxx}
FACTOR 3	18.60	1.340	21.62	1.640	-10.083	.000^{xxx}
FACTOR 4	12.50	0.931	12.24	0.870	1.442	.152^{ns}
TOTAL	78.08	4.499	87.84	4.892	-10.384	.000^{xxx}

Em suma, estes resultados sugerem que entre a 1ª. e a 2ª. Avaliações houve mudanças mais significativas no grupo 1.

1.2 – COMPARAÇÃO DOS FACTORES EM FUNÇÃO DO SEXO

Através da análise do quadro 21, na 1.ª avaliação verificamos que a média dos factores é ligeiramente superior no sexo feminino em todos os factores, variando entre 40,63 no factor 1 e 12,79 no factor 4, enquanto que no sexo masculino varia entre 38,68 e 12,06 respectivamente no factor 1 e factor 4.

Todos os factores apresentam curvas de distribuição normal.

Quadro 21 - Distribuição dos factores pelo sexo na 1.ª avaliação

		N	X	Dp	SK	K
MASCULINO	FACTOR 1	62	38.68	3.406	-.136	-.378
	FACTOR 2	62	18.65	2.174	.207	-.818
	FACTOR 3	62	22.87	1.860	.289	.088
	FACTOR 4	62	12.06	1.253	-1.004	.839
FEMININO	FACTOR 1	38	40.63	2.136	-.104	-.082
	FACTOR 2	38	18.63	2.329	-.041	-.125
	FACTOR 3	38	23.89	1.844	.067	-1.223
	FACTOR 4	38	12.79	.911	-.388	-1.251

Já na distribuição dos factores pelo sexo na 2.ª avaliação constatámos que a diferença entre os sexos é praticamente nula, cifrando-se as médias entre 33,29 no factor 1 e 12,44 no factor 4 no sexo masculino e 34,81 no factor 1 e 12,26 no factor 4 no sexo feminino.

Como se pode verificar, existe uma ligeiríssima superioridade das médias no sexo feminino, praticamente nula.

Também na 2.ª avaliação os factores apresentam todos curvas de distribuição normal (cf quadro 22).

Quadro 22 - Distribuição dos factores pelo sexo na 2.ª avaliação

		N	X	Dp	SK	K
MASCULINO	FACTOR 1	62	33.29	3.447	.272	.289
	FACTOR 2	62	16.47	1.627	.071	-.648
	FACTOR 3	62	19.98	1.929	-.061	-.696
	FACTOR 4	62	12.44	.968	-.203	-.511
FEMININO	FACTOR 1	38	34.81	3.563	-.056	-.886
	FACTOR 2	38	16.84	1.896	.465	.290
	FACTOR 3	38	20.32	2.428	.363	-.019
	FACTOR 4	38	12.26	.795	-.179	-.756

Procuramos analisar se a ansiedade dos doentes coronários deferia consoante o sexo.

Efectuamos testes t para amostras independentes com todos os factores e constatamos que existe diferença estatisticamente bastante significativa (t= -3.172; p=0,002) apenas no factor 1 (cf quadro n° 23), havendo no entanto uma significância marginal no total da escala, isto na 1.ª avaliação.

Quadro 23 - Teste t para diferença de médias em relação ao sexo, 1.ª avaliação (entre factores e sexo)

	SEXO M. (62)		SEXO F.(38)		t	p
	X	Dp	X	Dp		
A TOTAL	92.26	6.340	94.63	5.106	-1.951	.054^{ns}
FACTOR 1	38.68	3.406	40.63	2.136	-3.172	.002^{xx}
FACTOR 2	18.66	2.174	18.63	2.330	.029	.976^{ns}
FACTOR 3	22.87	1.860	23.29	1.844	-1.095	.275^{ns}
FACTOR 4	12.06	1.252	12.08	.912	-.062	.950^{ns}

Do mesmo modo, para a 2.ª avaliação, para se verificar a existência de diferença de médias em relação ao sexo (cf. quadro 24) realizou-se o teste t para amostras independentes e verificou-se haver somente diferença estatística significativa apenas no 1° factor (t=-2.121; p=0,036) não sendo significativa nos outros.

Daqui poderemos concluir que, em relação ao sexo, não existem diferenças estatísticas significativas entre as médias dos factores na 1.ª e 2.ª avaliações.

Quadro 24 - Teste de t para diferenças de médias em amostras independentes em relação ao sexo na 2.ª avaliação

	SEXO M. (62)		SEXO F. (38)		t	p
	X	Dp	X	Dp		
FACTOR 1	33.29	3.447	34.82	3.563	-2.121	.036*
FACTOR 2	16.47	1.626	16.84	1.896	-1.048	.297ns
FACTOR 3	19.98	1.929	20.32	2.428	-.756	.451ns
FACTOR 4	12.44	0.968	12.26	0.795	.922	.358ns
A TOTAL	82.18	6.450	84.24	7.182	-1.484	.141ns

Para sabermos como os diversos factores se correlacionavam com a nota global efectuamos uma matriz de correlação de Pearson e verificamos que todos os factores se correlacionam positivamente e apresentam diferenças estatísticas altamente significativas nos factores 1, 2 e 3 e significativos no factor 4, variando o factor 4 com o factor 3 em sentido inverso (p = -0,04) o que significa que o aumento de um deles implica a diminuição do outro. (cf quadro 25).

Quadro 25 - Correlação entre os diferentes factores e a nota global na 1.ª avaliação

	A TOTAL	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
A TOTAL	_____				
FACTOR 1	.836***	_____			
FACTOR 2	.773***	.422***	_____		
FACTOR 3	.708***	.442***	.475***	_____	
FACTOR 4	.301**	.111ns	.183ns	-.044*	_____

1.3 - RELAÇÃO DA PERSONALIDADE COM OS GRUPOS E SEXO

No que diz respeito à dimensão da personalidade "extroversão" no que diz respeito ao sexo, verifica-se que no sexo masculino a classe que obteve maior pontuação foi a intermédia com 36 (58,07%) seguido da classe "introvertido" com 22 elementos (35,48%). No sexo feminino a maior classe foi a "introversão" com 25 elementos (65,79%) seguidos dos intermédios com 13 elementos (34,21%).

A nível total da população estes dois grupos praticamente equiparam-se, sendo de 47% para os introvertidos, 49% de intermédios e somente 4% de extrovertidos, sendo estes todos do sexo masculino. (cf quadro 26).

Quadro 26 -Distribuição da dimensão da personalidade " Extroversão" por sexo

Sexo / Extroversão	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Introvertido	22	35.48	25	65.79	47	47.00
Intermédio	36	58.07	13	34.21	49	49.00
Extrovertido	4	6.45	___	0.00	4	4.00
TOTAL	62	100.00	38	100.00	100	100.00

- % São referentes ao total de cada Sexo

No que se refere à dimensão da personalidade "Neuroticismo", verifica-se que a existência de 49 elementos (79,03%) sexo masculino no grupo intermédio, 8 elementos (12,90%) no grupo estável e 5 elementos (8,07%) no grupo instável. No sexo feminino 33 elementos (86,84%) no grupo intermédio e 5 elementos (13,66%) no grupo instável.

A nível global temos 82% no grupo intermédio, 10% no grupo instável e 8% no grupo estável, sendo estas ultimas todas do sexo masculino (cf. quadro 27).

Quadro 27 -Distribuição da dimensão da personalidade "Neuroticisno" por sexo

Sexo / Neuroticismo	MASCULINO		FEMININO		TOTAL	
	N-°	%	N-°	%	N-°	%
Estável	8	12.90	___	0.00	8	8.00
Intermédio	49	79.03	33	86.84	82	82.00
Instável	5	8.07	5	13.16	10	10.00
TOTAL	**62**	**100.00**	**38**	**100.00**	**100**	**100.00**

Comparando grupos, no que se relaciona com a dimensão da personalidade "Extroversão", verifica-se que dos 47 elementos (47%)introvertidos, são 20 do grupo 1 e 27 do grupo 2 e dos 49 elementos "intermédios" (49%), 29 pertencem ao grupo 1 e 20 ao grupo 2.

Dos quatro elementos (4%) extrovertidos, 3 são do grupo 2 e 1 elemento do grupo 1. (cf. quadro 28)

Quadro 28 - Distribuição da dimensão da personalidade Extroversão por grupos

Grupo / Extroversão	GRUPO 1		GRUPO 2		TOTAL	
	N-°	**%**	**N-°**	**%**	**N-°**	**%**
Introvertido	20	40.00	27	54.00	47	47.00
Intermédio	29	58.00	20	40.00	49	49.00
Extrovertido	1	2.00	3	3.00	4	4.00
TOTAL	50	100.00	50	100.00	100	100.00

- % são referentes ao total de cada grupo

Em relação à dimensão "Neuroticismo", 82 elementos (82%) pertencem à classe intermédia, sendo 42 do grupo 1 e 40 do grupo 2. Dos restantes elementos, 10 (10%) são da classe instável (6 do grupo 2 e 4 do grupo 1) e 8 (8%) na classe estável (4 elementos para cada grupo). (cf. quadro 29)

Quadro 29 - Distribuição da dimensão da personalidade Neuroticismo por grupos

Grupo / Neuroticismo	GRUPO 1		GRUPO 2		TOTAL	
	N-°	%	N-°	%	N-°	%
Estável	4	8.00	4	8.00	8	8.00
Intermédio	42	84.00	40	80.00	82	82.00
Instável	4	8.00	6	12.00	10	10.00
TOTAL	50	100.00	50	100.00	100	100.00

- % são referentes ao total de cada grupo

No que diz respeito à distribuição das médias das duas dimensões da personalidade, verificamos que a extroversão apresenta no grupo 1 uma média de 13.68 com Dp de 3,478 e no grupo 2 uma média de 12,74 com Dp=3,480.

Em relação ao sexo, a mesma dimensão apresenta no sexo masculino uma M=14,26 e Dp=3,435 e no sexo feminino M=11,50 e Dp=2,892.

Referente à dimensão neuroticisno , o grupo de estudo apresenta uma média de 15,62 e Dp=2,364 e o grupo de controle apresenta uma média de 15,86 e Dp=2,390. Ainda em relação à mesma dimensão, o género masculino apresenta uma média de 15,09 e Dp de 2,393 e o feminino uma média de 16,79 e Dp=1,933. (Cf. quadro 30).

Tanto a dimensão neuroticismo como a extroversão apresentam uma distribuição normal tanto nos grupos de estudo e controle como em relação aos dois géneros, variando as Kurtosis entre valores de –2 e +2.

Quadro 30 - Distribuição das médias das dimensões da personalidade pelos grupos de estudo e pelo sexo

	EXTROVERSÃO				NEUROTICISMO			
	GRUPO 1	**GRUPO 2**	**SEXO MASC.**	**SEXO FEMIN.**	**GRUPO 1**	**GRUPO 2**	**SEXO MASC.**	**SEXO FEMIN.**
N	50	50	62	38	50	50	62	38
X	13.68	12.74	14.26	11.50	15.62	15.86	15.09	16.79
Dp	3.478	3.480	3.435	2.892	2.364	2.390	2.393	1.933
SK	-.271	.360	-.294	.382	.138	-.079	.282	.078
K	-1.169	-1.099	-.220	-.944	.189	-.995	-.532	.343

Efectuamos posteriormente testes t para observar as diferenças de médias na personalidade entre os sexos e verificamos que os elementos do sexo masculino são mais extrovertidos que os do sexo feminino, com diferença estatística altamente significativa (t=4.130; p=0.000).

Em relação à dimensão neuroticismo, os elementos do sexo feminino (x=16,79; Dp=1,933) são mais "neuróticas" que os do sexo masculino (x=15,10; Dp=2,393) também com diferenças estatísticas altamente significativas (t=-3,682; p=0,000). (Cf quadro 31).

Quadro 31 - Teste de t para diferença de médias entre a personalidade e o sexo

	Sexo Masculino (62)		Sexo Feminino (38)		t	p
	x	Dp	x	Dp		
Extroversão	14.26	3.435	11.50	2.892	4.130	.000
Neuroticismo	15.10	2.393	16.79	1.933	-3.682	.000

Em relação às diferenças de médias da personalidade entre os grupos, verificamos que não há diferenças estatísticas significativas. (Cf. quadro 32)

Quadro 32 - Teste de t para diferença de médias entre a personalidade e grupo

	Grupo 1 (50)		Grupo 2 (50)		t	p
	x	Dp	X	Dp		
Extroversão	13.68	3.478	12.74	3.480	1.351	.179
Neuroticismo	15.62	2.363	15.86	2.390	-.504	.614

1.4 – CORRELACÃO ENTRE VARIÁVEIS ENVOLVIDAS NO ESTUDO

Para verificarmos como os factores, a idade e as dimensões da personalidade se correlacionavam entre si na 1.ª avaliação, determinámos uma matriz de correlações de Pearson (Cf. quadro 33), tendo-se verificado que:

- A idade correlaciona-se positivamente com todas as variáveis, excepto a extroversão, (correlação negativa) e o factor 4 (não apresenta significância);
- Em relação à extroversão, correlaciona-se negativamente com o neuroticismo, o factor 3 e o total da escala;
- Em relação ao neuroticismo, correlaciona-se positivamente com todos os factores, excepto com o factor 4 em que não existe significância;
- O factor 1 correlaciona-se positivamente com todas as variáveis restante, excepto o factor 4 e a extroversão;
- O factor 2 correlaciona-se positivamente com as restantes variáveis, excepto com o factor 4;
- O factor 3 apresenta correlação com a idade, o neuroticismo, o factor 1 e o factor 2.

Quadro 33 - Matriz de correlação entre os factores, a idade e as duas dimensões de personalidade e a nota global da 1.ª avaliação pelo grupo em geral (N=100)

	Idade	Extroversão	Neuroticismo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	TOTAL
Idade	_____							
Extroversão	-.450^{xxx}	_____						
Neuroticismo	.531^{xxx}	-.667^{xxx}	_____					
Factor 1	.371^{xxx}	-.172^{ns}	.229^{x}	_____				
Factor 2	.359^{xxx}	-.193^{x}	.314^{xxx}	.422^{xxx}	_____			
Factor 3	.356^{xxx}	-.123^{ns}	.275^{xx}	.442^{xxx}	.475^{xxx}	_____		
Factor 4	.127^{ns}	-.027^{ns}	.184^{ns}	.112^{ns}	.183^{ns}	-.044^{ns}	_____	
A TOTAL	.461^{xxx}	-.204^{x}	.356^{xxx}	.837^{xxx}	.773^{xxx}	.708^{xxx}	.313^{x}	_____

Para verificarmos como os factores, a idade e as dimensões da personalidade se relacionavam entre si na 2.ª avaliação efectuamos uma matriz de correlação de Pearson (cf quadro 34) que nos revelou um padrão idêntico ao obtido na primeira avaliação.

Quadro 34 - Matriz de correlação entre os factores , Idade e Dimensões de Personalidade e a Nota global na 2.ª avaliação pelo grupo em geral (N = 100)

	Idade	Extroversão	Neuroticismo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	TOTAL
Idade	_____							
Extroversão	-.450^{xxx}	_____						
Neuroticismo	. 531^{xxx}	-.667^{xxx}	_____					
Factor 1	.377^{xxx}	-.231^{x}	.232^{x}	_____				
Factor 2	.193^{x}	-.255^{xx}	.243^{x}	.662^{xxx}	_____			
Factor 3	.253^{xx}	-.188^{ns}	.184^{ns}	.793^{xxx}	.672^{xxx}	_____		
Factor 4	.080^{ns}	-.012^{ns}	.125^{ns}	.025^{ns}	-.036^{ns}	-.053^{ns}	_____	
A TOTAL	.337^{xxx}	-.247^{xx}	.259^{xx}	.946^{xxx}	.809^{xxx}	.895^{xxx}	.121^{ns}	_____

Realizamos o mesmo procedimento em cada grupo separadamente (Cf. quadros 35, 36, 37 e 38).

Podemos constatar da comparação das quatro matrizes que o grupo dois é o que apresenta padrões semelhantes ao da amostra total.

Quadro 35 - Matriz de correlação entre factores, variáveis e a nota global na 1.ª avaliação no grupo 1 (grupo de estudo) N=50

	Idade	Extroversão	Neuroticismo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	TOTAL
Idade	———							
Extroversão	-.369^{xx}	———						
Neuroticismo	.596^{xxx}	-.703^{xxx}	———					
Factor 1	.092^{ns}	-.134^{ns}	.307^{x}	———				
Factor 2	.178^{ns}	-.141^{ns}	.293^{x}	.262^{ns}	———			
Factor 3	.019^{ns}	.108^{ns}	.138 ^{ns}	.434^{xx}	.309^{x}	———		
Factor 4	.312^{x}	-.185^{ns}	.314^{x}	.495^{xxx}	.352^{xx}	-.008^{ns}	———	
A TOTAL	.198^{ns}	.129^{ns}	.378^{xx}	.804^{xxx}	.718^{xxx}	.629^{xxx}	.609^{xxx}	———

Quadro 36 - Matriz de correlação entre os factores, variáveis e a nota global na 2.ª avaliação pelo o grupo 1 (grupo de estudo) N=50

	Idade	Extroversão	Neuroticismo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	TOTAL
Idade	———							
Extroversão	-.369^{xx}	———						
Neuroticismo	.596^{xxx}	-.703^{xxx}	———					
Factor 1	.454^{xxx}	-.197^{ns}	.406^{xx}	———				
Factor 2	-.014^{ns}	-.102^{ns}	.163^{ns}	.403^{xx}	———			
Factor 3	.129^{ns}	.077^{ns}	.183^{ns}	.563^{xxx}	.556^{xx}	———		
Factor 4	.258^{ns}	-.265^{ns}	.209^{ns}	.476^{xxx}	.257^{ns}	.327^{x}	———	
A TOTAL	.325^{x}	-.163^{ns}	.354^{x}	.899^{xxx}	.644^{xxx}	.757^{xxx}	.624^{xxx}	———

Quadro 37 - Matriz de correlação entre os factores, variáveis e a nota global na 1.ª avaliação pelo grupo 2 (grupo de controle) N=50

	Idade	Extroversão	Neuroticismo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	TOTAL
Idade	_____							
Extroversão	-.526^{xxx}	_____						
Neuroticismo	.474^{xxx}	-.632^{xxx}	_____					
Factor 1	.615^{xxx}	-.334^{x}	.256^{ns}	_____				
Factor 2	.531^{xxx}	-.290^{x}	.355^{xx}	.514^{xxx}	_____			
Factor 3	.598^{xxx}	-.309^{x}	.387^{xx}	.514^{xxx}	.622^{xxx}	_____		
Factor 4	-.107^{ns}	.244^{ns}	-.004^{ns}	-.099^{ns}	.003^{ns}	-.092^{ns}	_____	
A TOTAL	.686^{xxx}	-.341^{x}	.383^{xx}	.856^{xxx}	.818^{xxx}	.796^{xxx}	.061^{ns}	_____

Quadro 38 - Matriz de correlação entre os factores, idade e dimensões de personalidade e a nota global na 2.ª avaliação no grupo de controle. N=50

	Idade	Extroversão	Neuroticismo	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	TOTAL
Idade	_____							
Extroversão	-.526^{xxx}	_____						
Neuroticismo	.474^{xxx}	-.632^{xxx}	_____					
Factor 1	.535^{xxx}	-.188^{ns}	.164^{ns}	_____				
Factor 2	-.410^{xx}	-.319^{x}	.359^{xx}	.422^{xx}	_____			
Factor 3	.496^{xxx}	-.304^{x}	.236^{ns}	.617^{xxx}	.459^{xxx}	_____		
Factor 4	.082^{ns}	.216^{ns}	.056^{ns}	-.097^{ns}	-.096^{ns}	-.149^{ns}	_____	
A TOTAL	.586^{xxx}	-.286^{ns}	.293^{x}	.894^{xxx}	.684^{xxx}	.804^{xxx}	.043^{ns}	_____

Os três primeiros factores relativos às reacções emocionais foram os que mais correlação revelaram com a idade (correlações negativas), o neuroticismo (correlações positivas) e com a extroversão (correlação negativas).

Em suma, de um modo geral quanto mais velhos e extrovertidos são e quanto menos neuroticismo apresentam, menor a depressão a ansiedade e a insegurança.

2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Para a análise inferencial, que no dizer de Polit e Hungler (1995) "é uma explicação da relação entre duas ou mais variáveis" ou que, por outras palavras, procura traduzir o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados, utilizamos os testes paramétricos, que para Fortin (1999) "requerem a distribuição normal das variáveis na população, a estimação de pelo menos um parâmetro e medidas de nível métrico".

Neste sentido, e tendo em conta o que as matrizes de correlação sugerem, decidimos testar o valor preditivo das variáveis independentes (grupo, idade, sexo, neuroticismo e extroversão) em relação às variáveis dependentes que são o factor 1 (estado depressivo face à doença e unidade) factor 2 (estado de ansiedade), factor 3 (insegurança à noite e doença) e o factor 4 (ambiente de relação na unidade). Procurámos igualmente comparar grupos e momentos (mediante testes t) a fim de inferir o efeito da variável acolhimento.

2.1 – ESTUDO DA DIFERENÇA DE MÉDIAS ENTRE A 1.ª e 2.ª AVALIACÃO

Procurando saber a diferença de médias entre a 1.ª e a 2.ª avaliação no grupo em geral no que se refere aos factores efectuou-se um teste de t emparelhado obtendo-se os seguintes resultados: (Cf. quadro 39).

- O factor 1 na 1.ª avaliação apresenta uma média de 39,42 e na 2.ª avaliação de 33,87, apresentando assim uma diferença de 5,55, diferença estatística altamente significativa;
- O factor 2 apresenta na 1.ª avaliação uma média de 18,64 e 16,61 na 2.ª avaliação, portanto 2,03 de diferença, com diferença estatística altamente significativa;

- O factor 3, na 1ª. avaliação tem média 23,03 e 20,11 na 2ª., diferença estatística altamente significativa;
- O factor 4 tem na 1.ª avaliação 12,07 e na 2.ª 12,37 de média, uma diferença negativa de –0,30 (deve-se ao facto de este factor ser positivo. Também neste caso há uma diferença estatística altamente significativa.

Quadro 39 - Teste de t emparelhado entre os vários factores na 1.ª e 2.ª avaliação no grupo em geral.

	M			Dp					
Factores	1.ª Av.	2.ª Av.	Diferença	1.ª Av.	2.ª Av.	Diferença	t	P	N
Factor 1	39.42	33.87	5.55	3.124	3.552	4.479	12.389	0.000	100
Factor 2	18.64	16.61	2.03	2.222	1.734	2.030	9.154	0.000	100
Factor 3	23.03	20.11	2.92	1.855	2.126	2.368	12.329	0.000	100
Factor 4	12.07	12.37	-.30	1.130	.906	7453	-4.025	0.000	100
Total Factores	93.16	82.96	10.20	5.988	6.776	7.615	13.393	0.000	100

Para testarmos a nossa hipótese em que procuramos saber se o processo sistematizado de acolhimento diminuía os níveis de ansiedade dos doentes coronários efectuamos testes t emparelhados tanto no grupo de estudo como no grupo de controle na 1ª e 2ª avaliação e obtivemos os seguintes resultados:

Em relação ao estudo da diferença de médias dos vários factores entre a 1ª e a 2ª avaliação no grupo de estudo (grupo com acolhimento) constatamos existir uma diferença acentuada em todos os factores sendo no factor 1 de 40,66 na primeira e 31,44 na 2ª avaliação, 9,22 de diferença, altamente significativa.

O factor 2 apresenta uma diferença de média de 3,40, tendo 18,94 na 1ª e 15,54 na 2ª avaliação, diferença estatística altamente significativa.

O factor 3 entre a 1ª (23,02) e a 2ª avaliação (18,60) apresenta uma diferença de 4,42 de média sendo essa diferença estatística altamente significativa.

Em relação ao factor 4, a média da 1ª avaliação (11,92) é menor que a da 2ª avaliação (12,50) sendo essa diferença .

Daqui poderemos concluir que parece existir uma influência directa do processo sistematizado de acolhimento na diminuição das médias dos factores no grupo de estudo e consequente diminuição da ansiedade. (Cf. quadro 40).

Quadro 40 - Teste de t emparelhados entre as vários factores na 1ª e 2ª avaliação no grupo 1 ou grupo de estudo (com acolhimento)

	M			Dp					
Factores	1.ª Av.	2.ª Av.	Diferença	1.ª Av.	2.ª Av.	Diferença	N	t	p
Factor 1	40.66	31.44	9.220	2.291	2.348	2.936	50	22.200	0.000
Factor 2	18.94	15.54	3.40	2.207	1.232	2.000	50	12.021	0.000
Factor 3	23.02	18.60	4.42	1.647	1.340	1.970	50	15.864	0.000
Factor 4	11.92	12.50	-.58	1.306	.931	.921	50	-4.420	0.000
Total Factores	94.54	78.08	16.46	5.261	4.498	4.482	50	25.967	0.000

Na diferença de média dos factores entre a 1.ª e a 2.ª avaliação no grupo de controle (grupo sem acolhimento) verificamos que essa diferença é praticamente nula em todos os factores, apesar das significâncias estatísticas nos três primeiros factores.

Quadro 41 - Teste de t emparelhado entre os vários factores na 1.ª 2.ª avaliação no grupo 2 ou grupo de controle (sem acolhimento)

	M			Dp					
Factores	1.ª Av.	2.ª Av.	Diferença	1.ª Av.	2.ª Av.	Diferença	N	t	p
Factor 1	38.18	36.30	1.88	3.366	2.815	2.105	50	6.313	0.000
Factor 2	18.34	17.68	0.66	2.218	1.490	1.451	50	3.215	0.002
Factor 3	23.04	21.62	1.42	2.059	1.639	1.691	50	5.936	0.000
Factor 4	12.22	12.24	-.02	.910	.870	.318	50	-.444	0.659
Total Factores	91.78	87.84	3.94	6.392	4.892	4.137	50	6.734	0.000

RESUMO

Pela análise do estudo da diferença de médias entre a 1.ª e a 2.ª avaliação, parece-nos que o grupo de estudo (grupo 1), ou seja o grupo que foi submetido ao processo sistematizado de acolhimento sofreu uma influencia directa da manipulação de variável, dado que houve uma diminuição das médias de todos os factores, uns com mais peso que outros, com valores que oscilam entre -0,58 no factor 4 e 9,22 no factor 1 isto em relação à diferença de médias entre a 1.ª e a 2.ª avaliação.

Em relação ao grupo de controle (grupo 2), embora tenha havido diminuição estatisticamente significativas, entre 1.ª e a 2.ª avaliação, as diferenças são extremamente pequenas, com valores que oscilam entre –0,02 no factor 4 e 1,88 no factor 1. Também aqui os valores de t são bastante mais baixos e somente três valores apresentam diferenças estatísticas altamente significativas.

Estas pequenas diferenças poderão ser devida à adaptação que os doentes fazem ao local de internamento.

Destes dados deduzimos que o acolhimento parece ter uma influência directa na diminuição dos níveis de ansiedade dos doentes com patologia coronária.

2.2 - ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE AS VARIAVEIS INDEPENDENTES E OS FACTORES

Seguidamente serão apresentados os resultados das análises de regressão múltipla passo a passo em função dos factores estudados (variável dependente).

A ordem de apresentação dos resultados obedecerá à seguinte sequência: Factor 1 (estado depressivo face à doença e unidade), factor 2 (estado de ansiedade) e factor 3 (insegurança à morte e à doença).

A relação entre o factor 4 não será apresentada, dado que não apresentou correlações significativas.

Esta sequência de relações será feita primeiro em relação a 1.ª avaliação e de seguida em relação à 2.ª avaliação.

Nestas análises de regressão para variáveis correlacionadas entre si, introduzimos como variáveis independentes o grupo e o sexo (como variáveis mudas) a idade e as dimensões da personalidade: neuroticismo e extroversão.

O facto de se tratar de uma regressão passo a passo quer dizer que permite apenas a entrada no modelo das variáveis que contribuem com um incremento significativo de variância explicada, sendo assim excluídas todas as varáveis que não contribuem para explicar a variância dos factores (Pinto Gouveia, 1990).

Serão assim excluídas dos quadros todas as variáveis que não sejam preditivas.

ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE VARIAVEIS INDEPENDENTES COM O FACTOR 1 (REGRESSÃO MULTIPLA PASSO A PASSO)

Para sabermos se as variáveis demográficas e da personalidade influenciavam os níveis de ansiedade no doente coronário, efectuamos análise de regressão múltipla e obtivemos os seguintes resultados.

Os resultados da regressão do quadro 42 revelam que existem duas variáveis preditoras, a primeira variável é o grupo sendo também a que explica maior percentagem

de variância do factor 1 (15,9%; p= 0,000). Em segundo lugar aparece a idade com 14,4% (p= 0,000). É importante referir o sentido da contribuição que as variáveis têm na correlação com o factor 1. A idade correlaciona-se positivamente (β=.379), isto é, quanto maior é a idade, maior é a depressão.

As duas variáveis explicam, no seu conjunto, um total de 30,3% da variância da variável dependente. Estes resultados evidenciam um modelo de regressão bem aceite (F= 21,073; p= 0,000.

O facto do "grupo" entrar no modelo, confirma o efeito do acolhimento na depressão face à doença.

Quadro 42 - Análise de regressão múltipla passo a passo: as variáveis independentes na predição do factor 1 (estado depressivo face à doença e unidade) na 1ª avaliação

Variável Dependente = Factor 1 (Estado Depressivo face à doença) N = 100
R múltiplo = 0,550
R^2 = 0,303
R^2 Ajustado = 0,289
Erro padrão da estimativa = 2,64

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO

Variável Independente	R^2	Incremento De R^2	F	P
Grupo	0,159	0,159	18,544	,000
Idade	0,303	0,144	20,006	,000

PESOS DE REGRESSÃO

Variáveis Independentes	Coeficiente padronizado	Erro Padrão do coeficiente padronizado	t	p
Grupo	-0,406	0,527	-4,794	,000
Idade	0,379	0,024	4,473	,000

ANALISE DA VARIÂNCIA

Efeito	Soma dos Quadros	G. L.	Média Quadrática	F	P
Regressão	292,702	2	146,351	21,073	,000
Residual	673,658	97	6,945		
TOTAL	966,360				

Os resultados do quadro 43 mostram que as variáveis preditoras na segunda avaliação são as mesmas da 1ª avaliação, tendo no entanto o grupo aumentado a sua percentagem de explicação de variáveis para 47,3%, mantendo a idade sensivelmente a mesma percentagem (13,2%) ambas com um p=0,000, explicando as duas no seu conjunto 60,4% da variância da variável dependente.

Os pesos de regressão são para o grupo de 68% e para a idade de 36,3%, tendo sido alterada a sua forma de correlação.

Os resultados apresentam um modelo de regressão muito bem aceite (F= 74,125; p= .000).

Quadro 43 - Analise de regressão múltipla passo a passo: as variáveis independentes na predição do factor 1 (estado depressivo face à doença e unidade) na 2ª avaliação

Variável Dependente = Factor 1 (Estado Depressivo face à doença e unidade) N = 100
R múltiplo = 0,777
R^2 = 0,604
R^2 Ajustado = 0,596
Erro padrão da estimativa = 2,26

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO

Variável Independente	**R^2**	**Incremento De R^2**	**F**	**P**
Grupo	0,473	0,473	87,836	,000
Idade	0,604	0,132	32,332	

PESOS DE REGRESSÃO

Variáveis Independentes	coeficiente padronizado	Erro Padrão do coeficiente padronizado	t	p
Grupo	0,680	0,451	10,650	,000
Idade	0,363	0,021	5,686	,000

ANALISE DA VARIÂNCIA

Efeito	**Soma dos Quadros**	**G. L.**	**Média Quadrática**	**F**	**P**
Regressão	755,189	2	377,594	74,125	,000
Residual	494,121	97	5,094		
TOTAL	1249,310				

ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES COM O FACTOR 2 (REGRESSÃO MÚLTIPLA PASSO A PASSO)

Também neste caso existem duas variáveis que são preditoras (Cf. quadro 44) sendo a idade aquela com maior percentagem de variância (12,8%; p= .000), em segundo lugar aparece o sexo com uma explicação de variância de 3,7%, (p= .041). A idade apresenta, uma correlação positiva (B= .460) com um p altamente significativo.

As duas variáveis explicam, no seu conjunto, somente um total de 16,5% da variância. O modelo de regressão possui um valor explicativo reduzido (F= 9,609) embora bem aceite (p= .000).

Pinto Gouveia (1990) refere que este valor é, nesta regressão para variáveis correlacionadas entre si, diminuído artificialmente pelo que na realidade lhe corresponde um valor mais elevado.

Em suma, na 1ª. avaliação, os homens e mulheres distinguem-se quanto às respostas de ansiedade face à doença e são os mais velhos que ficam mais ansiosos.

Relativamente a este factor, o grupo não entrou mo modelo de regressão.

Quadro 44 - Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo; as variáveis independentes na predição do factor 2 (estado de ansiedade) na 1ª Avaliação

Variável Dependente = Factor 2 (Estados de ansiedade) N = 100
R múltiplo = 0,407
R^2 = 0,165
R^2 Ajustado = 0,148
Erro padrão da estimativa = 2,05

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO

Variável Independente	R^2	Incremento De R^2	F	P
Idade	0,128	0,128	14,442	,000
Sexo	0,165	0,037	4,291	,041

PESOS DE REGRESSÃO

Variáveis Independentes	Coeficiente padronizado	Erro Padrão do Coeficiente padronizado	t	p
Idade	-0,460	0,021	4,384	,000
Sexo	0,217	0,478	-2,071	,041

ANÁLISE DA VARIÂNCIA

Efeito	Soma dos Quadros	G. L.	Média Quadrática	F	P
Regressão	80,868	2	40,434	9,609	,000
Residual	408,172	97	4,208		
TOTAL	489,040				

Pela análise do quadro 45, verificamos que as duas variáveis que são preditoras do factor 2 na 2ª avaliação são o grupo com 38,4% de variância explicada (p=.000) e o neuroticismo com 4,5 de variância explicada (p=.007).

O neuroticismo correlaciona-se positivamente com os estados de ansiedade.

Estes resultados continuam a revelar um modelo bem aceite de regressão (F=36,488; p=.000) com um valor global de variância explicada de 42,9%.

É de realçar que entre a 1ª e a 2ª avaliação houve alteração das duas variáveis preditoras.

Quadro 45 - Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis independentes na predição do factor 2 (estados de ansiedade) na 2ª avaliação

Variável Dependente = Factor 2 (Estados de ansiedade) N = 100
R múltiplo = 0,655
R^2 = 0,429
R^2 Ajustado = 0,418
Erro padrão da estimativa = 1,32

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO

Variável Independente	R^2	Incremento De R^2	F	P
Grupo	0,384	0,384	61,211	,000
Neuroticismo	0,429	0,045	7,626	,007

PESOS DE REGRESSÃO

Variáveis Independentes	Coeficiente padronizado	Erro Padrão do coeficiente padronizado	t	p
Grupo	0,609	0,265	7,933	,000
Neuroticismo	0,212	0,056	2,762	,007

ANALISE DA VARIÂNCIA

Efeito	Soma dos Quadros	G. L.	Média Quadrática	F	P
Regressão	127,851	2	63,926	36,488	,000
Residual	169,939	97	1,752		
TOTAL	297,790				

ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E O FACTOR 3 (REGRESSÃO MULTIPLA PASSO A PASSO)

Pela análise do quadro 46 verificamos ser a idade somente a única variável preditiva, com uma explicação de variância de 12,7% (p=.000), apresentado uma correlação com um peso de regressão de B=0,356 (p=.000).

O resultado apresenta um modelo de regressão relativamente bem aceite (F=14,245; p=.000) apenas do seu reduzido valor explicativo.

Quadro 46 - Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis independentes na predição do factor 3 (insegurança à noite e doença) na 1ª avaliação

Variável Dependente = Factor 3 (Insegurança à noite e doença) N = 100
R múltiplo = 0,356
R^2 = 0,127
R^2 Ajustado = 0,118
Erro padrão da estimativa = 1,74

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO

Variável Independente	R^2	Incremento De R^2	F	P
Idade	0,127	0,127	14,245	,000

PESOS DE REGRESSÃO

Variáveis Independentes	coeficiente padronizado	Erro Padrão do coeficiente padronizado	t	p
Idade	0,356	0,016	3,774	,000

ANALISE DA VARIÂNCIA

Efeito	Soma dos Quadros	G. L.	Média Quadrática	F	P
Regressão	43,264	1	43,264	14,245	,000
Residual	297,646	98	3,037		
TOTAL	340,910				

Ao analisarmos o quadro 47 que transcreve o estudo da relação entre as variáveis independentes e o factor 3 na 2ª avaliação verificamos que passaram a ser duas as variáveis preditoras sendo o grupo com uma variância explicada de 50,9% (p=.000) e a idade com 5,7% (p=0,001) de explicação de variância.

O peso da regressão referente à idade baixou para 23,9%, aparecendo o grupo com um peso bastante grande de 70,9%.

Estes resultados revelam um modelo de regressão bem aceite (F=63,271; p=.000).

Globalmente as duas variáveis que entraram no modelo explicam 56,6% da variância do factor 3 (insegurança à noite e doença).

Aqui, o grupo reaparece, o que sugere a eficácia do acolhimento no que diz respeito à insegurança.

Quadro 47 - Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis independentes na predição do factor 3 (insegurança à noite e doença) na 2ª avaliação

Variável Dependente = Factor 3 (Insegurança à noite e doença) N = 100
R múltiplo = 0,752
R^2 = 0,566
R^2 Ajustado = 0,557
Erro padrão da estimativa = 1,42

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO

Variável Independente	R^2	Incremento De R^2	F	P
Grupo	0,509	0,509	101,670	,000
Idade	0,566	0,057	12,717	,001

PESOS DE REGRESSÃO

Variáveis Independentes	Coeficiente padronizado	Erro Padrão do Coeficiente padronizado	t	p
Grupo	0,709	0,283	10,595	,000
Idade	0,239	0,013	3,566	,001

ANÁLISE DA VARIÂNCIA

Efeito	Soma dos Quadros	G. L.	Média Quadrática	F	P
Regressão	253,484	2	126,742	63,271	,000
Residual	194,306	97	2,003		
TOTAL	447,790				

RESUMO

Ao analisarmos os vários estudos de regressão múltipla efectuadas entre a 1ª e a 2ª avaliações verificamos que o grupo, como variável preditora passa, na 2ª avaliação, a ser

influenciadora em todos os factores da variável dependente. Enquanto na 1ª avaliação esta variável não aparecia como preditora, na 2ª avaliação altera essa predição e sempre com maior peso de regressão que qualquer outra variável. Temos como exemplo na predição do factor 2 em que na 1ª avaliação aparecia a idade e o sexo e na 2ª avaliação aparece o grupo e o neuroticismo; na predição do factor 3, na 1ª avaliação aparecia somente a idade e na 2ª avaliação aparece o grupo e a idade.

Por outro lado no factor 1 e na 1ª avaliação, o grupo já aparecia juntamente com a idade a predizer alteração na variável, contudo na 2ª avaliação esse grupo aumenta o seu peso de regressão de B=.406 para B=.680.

Daqui podemos deduzir que o grupo é uma variável que influencia a variável dependente em praticamente todos os seus factores, dado que somente o factor 4 não tem variáveis preditivas tanto na 1ª como na 2ª avaliação.

2.3 – ESTUDO DA DIFERENCA DOS FACTORES

Face às regressões anteriores, decidimos efectuar seguidamente um estudo descritivo e posteriormente analítico da diferença dos factores entre a primeira e a segunda avaliação e a sua relação com as diferentes variáveis independentes.

Através da análise descritiva verificamos que a diferença do factor 1 varia entre –4.00 e 16.00 com média de 5.55; a diferença do factor 2 varia entre –2.00 e 8.00, apresentando uma média de 2.030; a diferença do factor 3 oscila entre –2.00 e 9.00 apresentando uma média de 2.920 e por fim a diferença do factor 4 oscila entre –4.00 e 1.00, apresentando uma média de –0.30.

Pelos valores de assimetria (SK) e curtose (K), praticamente todas as diferenças entre os factores apresentam curvas de distribuição normal, excepto a diferença do factor 4 que tem uma curva de distribuição lecptocurtica e enviesada à esquerda (Cf. quadro 48).

Quadro 48 - Distribuição da diferença dos factores

	N	Mínimo	Máximo	M	Dp	SK	K
Diferença factor 1	100	-4.00	16.00	5.550	4.479	.278	-.845
" factor 2	100	-2.00	8.00	2.030	2.217	.426	-.368
" factor 3	100	-2.00	9.00	2.920	2.368	.418	-.139
" factor 4	100	-4.00	1.00	-0.300	.745	-2.733	8.511

Para verificamos a existência de diferença de médias em relação aos grupos, efectuou-se teste t para amostras independentes pela diferença dos factores e os grupos, e verificamos existir diferença altamente significativas em todas as diferenças de factores. (Cf. quadro 49).

Quadro 49 - Teste de t para diferença de médias entre a diferença dos factores e o grupo

Diferença dos factores	Grupo 1 (50)		Grupo 2 (50)		t	p
	M	Dp	M	Dp		
Diferença factor 1	9.22	2.936	1.88	2.105	14.363	.000
" factor 2	3.40	2.000	0.66	1.451	7.840	.000
" factor 3	4.42	1.970	1.42	1.691	8.170	.000
" factor 4	-0.58	.927	$-2.00E^{-02}$	0.318	-4.036	.000

O quadro 50 mostra-nos a diferença de médias entre a 1ª e a 2ª avaliação em relação à diferença dos factores e o sexo, e verificamos não existir diferença entre eles, ou a existir é praticamente insignificante com valores de t muito baixos em todas as diferenças de factores e não existindo diferença estatísticas significativas em nenhum deles.

Quadro 50 - Teste t para diferença de médias entre a diferença dos factores e o sexo

Diferença dos factores	Sexo Masc.(62)		Sexo Femin. (38)		t	p
	X	Dp	X	Dp		
Diferença factor 1	5.39	4.589	5.82	4.342	-0.463	.645
" factor 2	2.18	2.161	1.79	2.315	0.848	.399
" factor 3	2.89	2.416	2.97	2.319	-0.177	.860
" factor 4	-0.37	0.872	-0.18	0.457	-1.401	.164

ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE AS VARIAVEIS INDEPENDENTES E A DIFERENÇA DOS FACTORES ENTRE A 1ª E A 2ª AVALIAÇÕES

Para sabermos como as variáveis demográficas e da personalidade são preditoras da diferença de cada factor entre a 1ª e a 2ª avaliação efectuámos análise de regressão e obtivemos os seguintes resultados:

O resultado da regressão do quadro 51 revela que existe somente o grupo como variável preditora, apresentando uma variância explicada de 67,8% (p=.000).

Estes resultados evidenciam um modelo de regressão muito bem aceite (F=206,288; p=0.000), isto porque apresenta um efeito de regressão extremamente elevado e o efeito residual muito baixo.

Quadro 51 - Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis independentes na predição da diferença do factor 1

Variável Dependente – Diferença factor 1 entre a 1.ª e 2.ª avaliação N = 100
R múltiplo = 0,823
R^2 = 0,678
R^2 Ajustado = 0,675
Erro padrão da estimativa = 2,556

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO

Variável Independente	R^2	Incremento De R^2	F	P
Grupo	0,678	0,678	206,288	0,000

PESOS DE REGRESSÃO

Variáveis Independentes	Coeficiente padronizado	Erro Padrão do coeficiente padronizado	t	p
Grupo	0,823	0,511	-14,363	0,000

ANÁLISE DA VARIÁVEL

Efeito	Soma dos Quadros	G. L.	Média Quadrática	F	P
Regressão	1 346,890	1	1 346,890	206,288	0,000
Residual	639,860	98	6,529		
TOTAL	1 986,750				

Os resultados do quadro 52 mostram que as variáveis preditoras da variável dependente do factor 2 são o grupo, com uma variância explicada de 38,5%, a idade, com

4,9%, e o sexo com 4,5% de variância explicada, explicando no seu conjunto em total de 48% da variância da variável dependente.

Os pesos de regressão para cada uma das variáveis preditoras são para o grupo de 62,8%, para a idade de 33,3% e para o sexo de 24,1%, sendo este altamente significativas para o grupo e idade e bastante significativas para o sexo. De realçar que a idade tem um peso positivo, isto é quanto maior é a idade maior é a cotação na variável dependente, "diferença nos estados de ansiedade".

Este modelo de regressão pelos resultados que apresenta é bem aceite (F=29,491; p=.000).

Quadro 52 - Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis independentes na predição da diferença do factor 2

Variável Dependente – Diferença do factor 2 entre a 1.ª e 2.ª avaliação N = 100
R múltiplo = 0,693
R^2 = 0,480
R^2 Ajustado = 0,463
Erro padrão da estimativa = 1,625

SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO

Variável Independente	R^2	Incremento De R^2	F	P
Grupo	0,385	0,385	61,472	0,000
Idade	0,434	0,049	8,371	0,005
Sexo	0,480	0,045	8,359	0,005

PESOS DE REGRESSÃO

Variáveis Independentes	Coeficiente padronizado	Erro Padrão do coeficiente padronizado	t	p
Grupo	-0,628	0,325	-8,521	0,000
Idade	0,333	0,017	4,003	0,000
Sexo	-0,241	0,378	-2,891	0,005

ANÁLISE DA VARIÂNCIA

Efeito	Soma dos Quadros	G. L.	Média Quadrática	F	P
Regressão	233,523	3	77,841	29,491	0,000
Residual	253,387	96	2,639		
TOTAL	486,910				

Também o quadro 53 mostra que existe somente o grupo como única variável preditora da diferença do factor 3, evidenciando uma variância explicada de 40,5% e com um peso de regressão bastante influente de 63,7%.

Os resultados indiciam um modelo de regressão muito bem aceite com um F=66,745; p=.000.

Quadro 53 - Análise de Regressão Passo a Passo: as variáveis independentes na predição da diferença do factor 3

Variável Dependente – Diferença factor 3 entre a 1.ª e 2.ª avaliação N = 100 R múltiplo = 0,637 R^2 = 0,405 R^2 Ajustado = 0,399 Erro padrão da estimativa = 1,8360				
SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO				
Variável Independente	R^2	Incremento De R^2	F	P
Grupo	0,405	0,405	66,745	0,000
PESOS DE REGRESSÃO				
Variáveis Independentes	Coeficiente padronizado	Erro Padrão do coeficiente padronizado	t	p
Grupo	-0,637	0,637	-8,170	0,000

ANÁLISE DA VARIÁVEL					
Efeito	Soma dos Quadros	G. L.	Média Quadrática	F	P
Regressão Residual TOTAL	225,000 330,360 555,360	1 98	225,000 3,371	66,745	0,000

O quadro 54 revela-nos que também na diferença relativa ao factor 4, o grupo explica uma variância de 14,3% que nos parece reduzida, embora com um p=.000.

Apresenta no entanto um peso de regressão positivo de 37,8%.

Os resultados apresentam um modelo com um valor explicativo reduzido (F=16,292) embora bem aceite (p=.000).

Quadro 54 - Análise de Regressão Múltipla Passo a Passo: as variáveis independentes na predição do factor 4

Variável Dependente – Diferença factor 4 entre a 1.ª e 2.ª avaliação N = 100 R múltiplo = 0,378 R^2 = 0,143 R^2 Ajustado = 0,134 Erro padrão da estimativa = 0,6937				
SUMÁRIO DA ANÁLISE DE REGRESSÃO PASSO A PASSO				
Variável Independente	R^2	Incremento De R^2	F	P
Grupo	0,143	0,143	16,292	0,000
PESOS DE REGRESSÃO				
Variáveis Independentes	Coeficiente padronizado	Erro Padrão do coeficiente padronizado	t	p
Grupo	0,378	0,139	4,036	0,000

ANÁLISE DA VARIÁVEL					
Efeito	Soma dos Quadros	G. L.	Média Quadrática	F	P
Regressão Residual TOTAL	7,840 47,160 55.000	1 98	7,840 0,481	16,292	0,000

RESUMO

Ao analisarmos a diferença de cada factor entre a 1ª e a 2ª avaliação verificamos que tanto o factor 1, como o 2 e o 3 apresentam curvas de distribuição normais e o factor 4 apresenta uma curva lecptocurtica e enviesada à esquerda.

As médias oscilam entre –0.300 no factor 4 e 5,550 no factor 1.

Também neste caso a média da diferença dos factores é substancialmente superior no grupo 1 em relação ao grupo 2 onde praticamente é inexistente, apresentando valores de t que variam entre –4.036 no factor 4 e 14.363 no factor 1, apresentando em todos os factores, diferenças estatísticas altamente significativas.

Em relação à diferença de cada factor pelo género, não existe diferença entre o sexo masculino e feminino, apresentando valores de t muito baixos e sem diferenças estatísticas significativas.

Pelas análises de regressão verificamos que o grupo aparece como variável preditora em todas as diferenças de factores com pesos de regressão elevados que vão desde 37,8% no factor4; –62,8% no factor 2; -63,7% no factor 3 e –82,3% no factor 1.

Também aqui verificamos que em todas regressões, elas apresentam valores de F elevados que vão desde 16,292 a 206,288, sendo todos eles altamente significativos.

3 – DISCUSSÃO

Embora no capitulo anterior tenhamos introduzindo alguns comentários aos resultados obtidos, reservamos para este capitulo a sua discussão mais detalhada. Salientamos que a opção de termos comentado alguns resultados aquando da sua apresentação, teve como objectivo tornar mais fácil a sua interpretação e suavizar a acidez dos números.

Neste capítulo, debruçar-nos-emos essencialmente sobre a metodologia utilizada e a discussão dos resultados, procurando compará-las com as hipóteses por nós enunciadas e com os resultados de outros autores sempre que tal se torne possível.

3.1 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A nossa pesquisa efectuou-se em dois grupos, um o grupo de estudo (grupo 1) e o outro, o grupo de controle (grupo 2), ambos com as mesmas características. Em ambos os grupos foram efectuados dois momentos de avaliação (colheita de dados), sendo que, entre o primeiro e o segundo momento houve manipulação da variável independente "acolhimento" no grupo de estudo.

No decurso deste trabalho, os cuidados metodológicos mereceram da nossa parte uma atenção muito especial. Com efeito, uma das preocupações fundamentais foi o de controlar desde o seu início as variáveis "concorrentes ou parasitas", que poderão causar viezes nos resultados encontrados.

No que se refere às variáveis que citámos e que são potencialmente concorrentes como é o caso do sexo, a personalidade e o grupo, verificamos que o sexo, quadros 23 e 24, e a personalidade, quadros 31 e 32, não apresentam diferenças estatísticas significativas quer em relação aos factores da variável dependente quer em relação ao grupo.

Já em relação ao grupo, verificamos existir diferenças estatísticas altamente significativas em relação aos factores, principalmente, no que diz respeito aos valores

encontrados na 1ª e na 2ª avaliação, quadros 19 e 20, diferenças essas que poderão estar subjacentes à manipulação da variável acolhimento.

Entretanto, dado que o nosso estudo é de natureza metodológica correlacional, carecendo por isso de controle experimental de todas as variáveis independentes (Polit e Hungler, 1994), corremos o risco da interpretação dos resultados não ser exacta.

Contudo, esta situação não é impeditiva de fazer predições pois, tal como referem os autores citados, a finalidade deste tipo de estudo, é o de identificar a inter-relação entre as variáveis dependentes e independentes.

Deste modo, foi possível avaliar a eficácia preditiva das circunstâncias individuais, e de grupo e das variáveis pessoais (idade, sexo, grupo, personalidade) em relação às variáveis consequentes que são os factores da variável dependente.

Uma limitação do nosso estudo prende-se com a sua validação externa, dado que desconhecemos outros tipos de estudo em que a influencia do acolhimento na ansiedade dos doentes coronários ou de outro tipo de patologia já tivesse sido estudada, pelo que como refere Kiers e Bloomquist (1985), "nenhuma investigação isolada pode ser perfeitamente válida".

A avaliação pode ainda estar comprometida pela nossa amostra que pode não ser representativa e proporcional dos doentes com patologia coronária de outras UCIC. Contudo Fortin (1999) refere que em estudos gerais experimentais em que se usam instrumentos de medida com alguma precisão, o N pode ser de menor tamanho e, como afirma D'Hainaut (1990), a validação poderá estar comprometida não tanto pelo N da amostra mas por falta de replicação.

Gostaríamos de salientar também que a preocupação com o controle estatístico dos resultados fez com que a análise dos dados fosse sequencial, procurando, numa primeira fase, avaliar os efeitos principais, através de métodos estatísticos univariados e posteriormente confirmar os resultados e conhecer os efeitos das variáveis no seu conjunto, utilizando procedimentos multivariados. Procuramos reduzir ao mínimo o grau de abstracção entre a realidade empírica dos dados, os modelos teóricos e estatísticos e a posterior interpretação dos resultados.

Pensamos, no entanto, que os resultados do nosso estudo poderão fornecer "pistas" para uma melhor e adequada intervenção junto dos doentes no sentido de diminuir o grau de

ansiedade em situações de doença e internamento nas UCIC aumentando assim a qualidade dos cuidados prestados e o êxito no "tratamento".

3.2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é organizada sequencialmente de modo a dar resposta à questão de investigação em que se inclui os argumentos de confiabilidade e validade da Escala Analógica de Ansiedade para doentes coronários (EAADC), fazendo uma descrição sumária dos dados analíticos e passando de seguida aos resultados dos testes de hipóteses formuladas e das análises exploratórias levadas a efeito.

Consideramos que a análise de confiabilidade e validade da EAADC, é um aspecto fundamental pois, tendo sido esta escala utilizada para operacionalizar a variável central e dependente do estudo, o valor dos resultados obtidos, assim como das conclusões, deles retiradas, dependem naturalmente das suas qualidades psicométricas e conceptuais.

= *Estrutura da escala analógica de Ansiedade para Doentes Coronários* =

O questionário de colheita de dados confrontou os doentes com uma lista de 24 itens, referentes à escala que pretende medir os níveis de ansiedade do doente coronário face à doença e unidade. Estes itens surgiram da análise de algumas entrevistas realizadas com doentes internados em circunstâncias idênticas às dos sujeitos da amostra e também da nossa própria experiência como enfermeiros prestadores de cuidados neste tipo de unidade.

O primeiro aspecto que nos parece relevante é a boa receptividade manifestada pelos doentes perante o questionário, considerando como uma oportunidade de expressarem a sua vivência de internamento e de um modo geral, sendo capazes de lhe responder sem dificuldade de maior e raramente necessitando de algum esclarecimento suplementar. Este facto é sugestivo da validade facial da EAADC.

O estudo de homogeneidade dos itens que compõem a escala revelaram uma boa consistência externa, excepto em 4 dos itens que eram passíveis de serem eliminados.

Contudo, devido às suas diferenças qualitativas não serem significativas entre os dois sexos, decidimos manter os referidos itens, porque os achamos importantes para o estudo em questão.

Em relação à consistência interna do total dos itens revelou uma boa homogeneidade no seu conjunto com um α de Cronbach .800, que é superior a valores obtidos por outros inventários de uso comum em investigações de fenómenos de vivências subjectivas.

Após o agrupamento dos itens por 4 dimensões (estado depressivo face à doença e unidade, estado de ansiedade, insegurança à noite, situação de doença e ambiente de relação na unidade) a consistência interna permanece elevada apresentando na 1ª avaliação um α de Cronbach de .784 e na 2ª avaliação α de Cronbach de .824, o que vai de encontro ao defendido por Sechrest (1984).

Procurando confrontar cada metade da escala para saber se cada uma delas era tão consistente como a outra, ou seja, avaliar a consistência dos itens pares em relação aos impares, verificamos que o α de Cronbach se mantém elevado .759 com uma correlação de Gutman Split-hall de .71498, o que é a favor de uma boa fiabilidade e consistência interna.

A unidade conceptual e de constructo é revelada por uma estrutura factorial dos itens resultante da análise em componentes pela rotação de varimax; 4 factores apresentam um total de variância explicada de 47,72%.

Testes das hipóteses e características dos sujeitos

Relativamente aos dados da análise descritiva, constatamos que o que diz respeito à nossa amostra, no conjunto dos dois grupos, as mulheres apresentam uma média de idades (71,63) superior à dos homens (61,09), embora o numero de elementos do sexo masculino seja aproximadamente o dobro das mulheres.

As duas amostras apresentam curvas de distribuição normal. Os grupos etários dominantes e mais prevalecentes tanto no grupo de estudo como no grupo de controle (60-70 e 70-80 anos) estão de acordo com os dados estatísticos nacionais de prevalência de doença coronária (Gonsalves, 1994).

A grande maioria dos elementos da nossa amostra são casados e são na sua maioria de categoria sócio-profissional de reformado o que está de acordo com os grupos etários mais prevalecentes.

No que diz respeito às características clinicas da nossa amostra, e procurando saber se haveria alguns acontecimentos de vida susceptível de provocar ansiedade além da sua doença, verificamos que tanto num grupo com no outro referenciaram alguns desses acontecimentos perturbadores, e dentro deles os mais dominantes foram a doença de familiares e a morte de familiar directo.

A expectativa da qualidade de cuidados que foram prestados foram de acordo com aquilo que os doentes esperavam, excepto em quatro deles (pertencentes ao grupo de controle).

Em relação às informações prestadas, a totalidade dos doentes do grupo de estudo acharam-nos benéficos, enquanto que no grupo de controle a maioria é da opinião que "não" ou que "não sabe". Este aspecto está relacionado ao facto do grupo de controle não ter sido submetido ao acolhimento sistematizado.

No que se refere à toma de ansiolíticos e analgésicos que inicialmente nos propusemos estudar, não foi possível, pois a prescrição é da responsabilidade médica e estará presente em todos os indivíduos do estudo indiscriminadamente, o que nos leva a crer que não influenciou os resultados do estudo.

Antes de nos debruçarmos sobre a relação das nossas variáveis para confirmar ou infirmar as hipóteses formuladas teceremos algumas considerações sobre relação entre algumas variáveis.

Após a analise factorial efectuada aos itens da escala, sua divisão em quatro factores com variância explicada que variam ente 6,255 no factor 4 e 22,52 no factor 1, bem como a atribuição de nomenclatura a cada um deles, determinaram-se relações entre esses factores, o sexo e os grupos de estudo e de controle, tanto na 1ª como na 2ª avaliação e constatamos que:

A relação entre o grupo de estudo e os factores apresentam curvas de distribuição normal tanto na 1ª como na 2ª avaliação com médias que oscilam entre 11,92 no factor 4 e 40.66 no factor 1. De salientar que essas médias baixam substancialmente entre a 1ª e a 2ª avaliações. O mesmo não acontece em relação ao grupo de controle em que embora

mantenha todos os factores curvas de distribuição normal a diferença de médias em a 1ª e 2ª avaliações e praticamente insignificante.

Daqui poderemos inferir que a diferença de médias entre a 1ª e a 2ª avaliação no grupo de estudo se poderá explicar pelo processo sistematizado de acolhimento a esses doentes. Já no grupo de controle a ligeira diminuição nas médias pode justificar-se em parte devido à adaptação que os utentes fazem ao local onde estão internados, indo de encontro ao que refere King (1981) "os indivíduos são seres sociais, sensíveis, racionais, que controlam, que percebem, são úteis, orientados para a acção e orientados no tempo e espaço...".

Para confirmar o que foi descrito anteriormente efectuamos testes de t para amostras independentes em relação ao grupo e constatamos que na 1ª avaliação somente o factor 1 apresentava diferença estatística altamente significativas, não havendo significância nos restantes factores. Na 2ª avaliação praticamente todos os factores apresentam diferenças estatísticas altamente significativas, excepto o factor 4 em que não há diferença estatística.

Este facto vem dar consistência à influência do acolhimento sobre os factores de ansiedade, dado que a manipulação desta variável é efectuada entre a 1ª e a 2ª avaliações.

Já no que se refere à relação entre os factores e o sexo, embora os dois géneros, tanto na 1ª e na 2ª avaliação apresentam curvas de distribuição normal, a diferença de médias entre as duas avaliações não é muito grande. Por outro lado, nos testes de t para diferença de médias nas duas avaliações, somente o factor1 apresenta diferença estatística bastante significativa na 1ª avaliação e significativa na 2ª avaliação, não apresentando diferença estatística nos outros factores.

Este facto leva-nos a deduzir que o sexo, como variável independente não tem influência na ansiedade dos utentes, independentemente de terem sido submetidos a um processo de acolhimento sistematizado, ou não.

Por outro lado praticamente todos os factores se correlacionam positivamente entre si com diferenças estatísticas altamente significativas, excepto o factor 4 que não apresenta diferença estatística na sua correlação com os restantes factores e apresentando mesmo uma correlação negativa com o factor 3, o que implica que o aumento de um deles implica a diminuição no outro.

Este facto pressupõe que existe uma relação entre todos os factores indutores de ansiedade de ansiedade na nossa amostra tanto num grupo como no outro excepto o factor 4 em que os seus itens que o compõem têm uma conotação positiva face à ansiedade.

No que diz respeito às relações das variáveis da personalidade (extroversão e neuroticismo) com os grupos de estudo e controle e também com o género, verificamos que ambas apresentam curvas de distribuição normal com valores de médias sensivelmente iguais quer em relação aos grupos quer em relação ao sexo. Em relação à diferença de médias entre estes dois aspectos da personalidade verificamos que os homens são mais extrovertidos que as mulheres e, estas mais "neuróticas" que os homens, ambos com diferenças altamente significativas. O mesmo não se passa com as duas dimensões de personalidade e os grupos de estudo e de controle em que não existe diferença estatística significativa e a diferença de médias é praticamente irrelevante entre as dimensões e os grupos.

O objectivo da inclusão da variável personalidade no nosso estudo foi o de verificar a influência das duas dimensões nos factores da ansiedade dos doentes coronários, de acordo com a opinião de vários autores citados por Matos (1995) que defendem a existência de uma relação das dimensões neuróticas e extroversão com o aparecimento da DC.

Devido a este facto procuramos saber a existência e o tipo de relações entre as várias variáveis e verificamos através das matrizes de correlação que estas se correlacionavam entre si e a idade tanto na 1ª como na 2ª avaliação e nos dois grupos (de estudo e de controle), apresentando valores de correlação elevados e altamente significativas.

No entanto, efectuando essa correlação com os factores da ansiedade constatamos que os valores da correlação são substancialmente mais baixos sendo, no entanto, em alguns casos significativos.

Daqui poderemos deduzir que estas duas dimensões além de terem uma influência no aparecimento da DC (Siltaneu, 1979); Fridman, 1987; Costa, 1985; citados por Matos 1995) aparecendo como factores preditores, apresentam também uma influência preditiva na ansiedade.

No que se refere à confirmação ou não das nossas hipóteses, e em relação à hipótese 1, em que afirmamos que o processo sistematizado de acolhimento contribuía para

a diminuição da ansiedade dos doentes coronários, efectuou-se o teste de t emparelhado para diferença de médias dos vários factores na 1ª e 2ª avaliação no grupo de estudo ou seja naquele que foi aplicado o processo sistematizado de acolhimento e constatou-se que houve uma diminuição das médias dos factores 1, 2 e 3 e um ligeiro aumento do factor 4, isto porque este factor é considerado um aspecto positivo em relação à ansiedade. Apresenta valores de t elevados em alguns factores com diferenças estatísticas altamente significativas.

Já em relação ao grupo de controle a diferença de médias entre a 1ª e a 2ª avaliação é praticamente inexistente com valores de t muito baixos apresentando diferenças estatísticas altamente significativas no factor 1 e 3, bastante significativa no factor 2 e não significativas no factor 4.

Embora exista diferença estatística significativa nalguns factores no grupo de controle, tendo em conta que a diferença de médias entre a 1ª e a 2ª avaliação é substancialmente maior no grupo de estudo, podemos afirmar que o processo sistematizado de acolhimento contribui para a diminuição da ansiedade, confirmando assim a hipótese formulada.

Isto está de acordo ao defendido por Diochou (1988) em que "acolher é ... facilitar a comunicação, reduzindo a ansiedade, escutar, aceitar o outro, reencontrar o outro".

Devido a estes factores consideramos importante estabelecer planos e formas de acolhimento que contribuam para diminuir a ansiedade evitando assim aquilo que Elhart (1983). Refere que "a adaptação do doente ao hospital pode afectar a sua disposição para aceitar o tratamento ... apresentar medo das complicações e até queixar-se muito, mesmo que a sua doença ou incapacidade seja de menor importância".

Em relação à 2ª hipótese em que se previa que a ansiedade do doente coronário diferisse consoante o sexo e através do teste t para diferença de médias entre os factores e o sexo, verificamos que tanto no 1ª como na segunda avaliação as diferenças de médias não são significativas com valores de t muito baixos e não apresentando diferenças estatísticas significativas .

Mesmo através da análise de regressão múltipla o sexo só aparece como variável preditiva em relação ao factor 2 com um peso de regressão baixo (quociente padronizado β= 0,217), isto na 1ª avaliação. No entanto, na 2ª avaliação o sexo deixa de ter valor

preditivo, pelo que não podemos afirmar que o sexo é uma variável que influencia a ansiedade dos doentes coronários, pelo que temos que rejeitar a hipótese formulada.

Não podemos estabelecer comparações dos resultados por nós encontrados com a opinião de outros autores dado que, na bibliografia por nós consultada, não encontramos resultados de investigações que especificamente tenham estudado a relação do sexo com a ansiedade.

Para verificarmos qual a relação da ansiedade dos doentes coronários com as dimensões da personalidade (3ª hipótese) efectuamos matrizes de correlação em cada grupo, na 1ª e na 2ª avaliações.

Verificamos que em relação ao grupo de estudo na 1ª avaliação, extroversão correlacionava-se negativamente com todos os factores excepto com o factor 3, mas sem valores significativos. A dimensão neuroticismo apresentava uma correlação positiva significativa com os factores 1, 2 e 4 e não significativa com o factor 3. Na 2ª avaliação enquanto que a extroversão mantém as mesmas características na sua correlação com os factores, o neuroticismo somente apresenta diferença estatística significativa na relação com o factor 1 e não significativa com os restantes.

Em relação ao grupo de controle também existe uma redução nas diferenças estatísticas entre a 1ª e a 2ª avaliação na relação com estas dimensões e os factores da ansiedade dos doentes coronários.

Existindo relações significativas entre as dimensões da personalidade e os factores da ansiedade dos doentes coronários, confirma-se a hipótese formulada.

As diferenças entre a 1ª e a 2ª avaliações vêm demonstrar mais uma vez a influência que o acolhimento tem na diminuição da ansiedade.

Assim, os resultados do nosso estudo evidenciam aquilo que é defendido por Siltaneou (1979), citado por Matos (1995), "o neuroticismo, a extroversão, a ansiedade, a depressão, as perturbações do sono,... associam-se com a DC, mas mais com a AP do que com o EM, poderemos, assim, através de um acolhimento sistematizado e centrado no utente evitar muitas vezes que situações de AP evoluam para EM".

Ao analisarmos até que ponto as variáveis demográficas (sexo e grupo) e de personalidade (neuroticismo e extroversão) são preditores dos estados de ansiedade, verificamos que no que diz respeito ao factor 1 (estado depressivo face à doença e unidade)

apresenta como variáveis preditoras o grupo e a idade tanto na 1ª como na 2ª avaliação, aumentando o grupo o seu peso de regressão entre duas avaliações.

Em relação ao factor 2 (estado de ansiedade), enquanto na 1ª avaliação apresenta como variáveis preditoras a idade e o sexo, já na 2ª avaliação essa função passa para o grupo e o neuroticismo, apresentando o grupo um peso de regressão elevado (60,9%). Já em relação ao factor 3 a variável preditora, na 1ª avaliação é a idade e na 2ª avaliação além desta aparece novamente o grupo.

Daqui poderemos depreender que o grupo passa a ter uma influência directa na 2ª. avaliação. Isto deve-se ao facto de entre a 1ª e a 2ª avaliação haver manipulação desta variável através da aplicação do processo sistematizado de acolhimento.

De realçar no entanto que o factor 4 (ambiente de relação na unidade) não apresenta neste caso nenhuma variável preditora.

Deduzimos daqui e em relação à nossa hipótese, que o grupo é sempre uma variável preditora dos estados de ansiedade do doente coronário aparecendo as restantes como variáveis complementares dessa predição.

Com o objectivo de dar mais consistência ao nosso estudo procuramos saber quais as variáveis demográficas e de personalidade que eram preditoras da diferença de cada factor entre a 1ª e a 2ª avaliação, ficando mais uma vez demonstrado que o grupo é a única variável preditora em todos os factores, incluindo, também aqui, a diferença do factor 4, com pesos de regressão elevados praticamente em todas eles.

Para reforçar mais este facto, o teste t entre as médias das diferenças dos factores nos grupo verificamos existir uma diferença substancial de médias do grupo 1 (grupo de estudo) em relação ao grupo 2 (grupo de controle) com diferenças estatísticas altamente significativas, o mesmo não se passando em relação ao sexo em que não existe praticamente diferença nas médias e nem serem significativas estatisticamente.

Daqui podemos depreender que o grupo tem influencia directa em relação à diferença dos factores entre a 1ª e a 2ª avaliação, sendo também aqui e em relação à nossa hipótese, a única variável preditora consistente.

Como considerações finais e após análise e discussão dos resultados através dos vários testes efectuados, verificamos que o grupo é uma variável preditora de todos os factores constituintes da ansiedade e também das diferenças desses factores entre a 1ª e a 2ª avaliação.

Devido a este facto e dado que se efectuou a manipulação da variável independente acolhimento, aplicando-o como um processo sistematizado ao grupo de estudo e verificamos que os níveis de ansiedade diminuíram entre a 1ª e a 2ª avaliação com valores substancialmente superiores ao grupo de controle, podemos afirmar que o acolhimento quando planeado e dirigido contribui para diminuir os níveis de ansiedade dos doentes coronários.

Mcghie (1979) também defende que o "acolhimento deve ser planeado como qualquer cuidado de enfermagem""

"Deve ser atento e personalizado, inspirador de confiança e devendo ser devidamente preparado (Bernardo, 1988).

Sendo assim, o acolhimento deve ser considerado um cuidado de enfermagem fulcral a dispensar a todos os doentes dado que isso contribui para a sua recuperação.

Salgueiro (1991) considera o acolhimento como um cuidado de enfermagem, "um cuidado por excelência, síntese de algumas particularidades técnicas e de uma grande carga de comunicação/relação".

Mais por curiosidade do que para os objectivos finais do nosso estudo, questionamos as nossos utentes sobre o que mais os incomodou durante o internamento, e através da análise de conteúdo das respostas, verificamos que é importante e urgente que a enfermagem se preocupe em explicar ao utente todos os passos, todos os actos e a razão de ser de todo o ambiente que rodeia o doente. Vejamos as expressões usadas pelos doentes da nossa amostra.

"Incerteza do que podia acontecer" foi referida 25 vezes pelo grupo de estudo e 20 pelo grupo de controle; "ausência de familiares e amigos" 7 pelo grupo de estudo, 10 pelo grupo de controle; "a doença" 15 pelo grupo de estudo, 14 pelo de controle; "o barulho das pessoas e aparelhagem", foi referida 8 vezes pelo grupo de estudo e 19 pelo grupo de controle; 14 pessoas no grupo de estudo e 7 no grupo de controle referiram a "intensidade das luzes"; a "sensação de estar peso aos aparelhos" foi referida 5 vezes pelo grupo de estudo e 28 vezes pelo grupo de controle; " a solidão foi referida 5 vezes pelo grupo de estudo e 11 pelo grupo de controle; por último "o medo de morrer foi referido 13 vezes pelo grupo de estudo e 8 vezes pelo grupo de controle.

Através da análise destas respostas, verificamos que sugerem ter havido uma influência do acolhimento, dado que o número de vezes que são referidas é substancialmente menor no grupo de estudo do que no grupo de controle..

Já Clark (1977) afirmava que "o enfermeiro deve contribuir para a recuperação do doente ... diminuir ao máximo o medo, a ansiedade e a preocupação e ajudá-lo a suportar o que é inacreditável. Deve informá-lo sobre o que lhe irá acontecer, permitindo reduzir as apreensões sobre o desconhecimento ... deve comunicar com o doente e essa comunicação será mais eficaz se o informar".

Como os hospitais estão carregados de medos, receios e de aparelhagem altamente constrangedora, podemos através de um bom acolhimento e relacionamento contribuir para preservar o humanismo no seio da tecnologia dos hospitais.

O acolhimento bem feito é um processo que exige a aplicação de técnicas, conhecimentos e comportamentos de ajuda que têm como fim máximo o bem estar de cada doente.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Manuel – *Comunicação e atendimento*. In Atendimento Publico, Separata da Revista Dirigir, nº 18 Mai./Jun., 1991.
- ABREU, Manuel – *O publico e o seu atendimento*. In Dirigir, nº 3, Abr./Mai./Jun., 1988.
- ALMEIDA, L.S., C. Freire, T.: *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (pp. 69-170). Coimbra, APPORT, 1997.
- ALTSCHUL, A. - *Psicologia na enfermagem*. Mem Martins, Publicações Europa-América, 1977.
- ANASTASI, A. – *Psychological Testing* (6rd ed). New York: Macmildan, 1940
- APOLINÀRIO, J. M. Marques - *...Qualidade: ontem uma oportunidade, hoje um imperativo.* In Dirigir, nº 26, Set./Out., 1992.
- ATKINSON, Leslie D; MURRAY, Mary Ellen – *Fundamentos de enfermagem*. S. Paulo, Guanabara, 1989.
- ATKINSON, Rita C. et al – *Introdução à psicologia*. 11ª ed.. Porto Alegre, Arts Médias, 1995.
- BANDURA, A. - *Self-efficacy conception of anxiety.* Anxiety Research. (1), 1988.
- BARROCO, José – *Ansiedade perante a situação de estágio em estudantes de enfermagem,* Trabalho para prestação de professor coordenador, Viseu, 1995.
- BARROS, A.J.P.; Lelifeld, N.A.S. – *Fundamentos de metodologia*; um guia para a inovação cientifica. S. Paulo, Mc Frow-Hill, 1986.
- BELAND, Irene; PASSOS, Joyce – *Enfermagem Clinica*: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. 1º Vol., S. Paulo, E.P.V., 1988.
- BERNARDO, Frei – *O hospital a humanizar*. In servir, 30 (6), Nov./Dez., 1982.
- BERNARDO, Frei – *Relacionamento humano e saúde*. Porto, Edição Amigos do Frei Bernardo, O.P., 1988.
- BERNARDO, Frei–*Pessoa, saúde e ética*. Porto, Edição Amigos do Frei Bernardo, OP., 1988.

- BRYMAN, A C. Cramer, D: *Análise de dados em Ciências Sociais* – Introdução às técnicas utilizando o SPSS. Editora Celta, 1992.

- CANAVARRO, M.C. – *Relações Afectivas ao longo do ciclo de Vida e Saúde Mental.* Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra, 1997.

- CARVALHO, M. C. Afonso – *A humanização fora do hospital.* In Humanizar o atendimento à criança. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1991.

- CLARKE, Margaret – *Enfermagem geral*, vol. 1. Mem Martins, Publicação Europa-América, 1977.

- COLLIÈRE, Marie Françoise – *Promover a vida.* Lisboa, Printipo, 1989.

- CONTINAUD, Olivier – *Psicologia para enfermeiros.* Porto, Livraria Civilização Editora, 1975.

- COSTA, J. Almeida; MELO A. Sampaio – *Dicionário da Língua Portuguesa*, 6ª ed. Porto, Porto Editora, Lda, 1992.

- CRUZ, J. F. A. - *Uma abordagem cognitiva e transaccional à ansiedade.* Jornal de Psicologia. 7(3), p. 3 – 9, 1988.

- D'HAINAUT, L. – *Conceitos e métodos de estatística* – uma variável e uma dimensão. Vol.1, Lisboa Caloust Gulbenkian, 1990.

- DENNERLEY, Margaret – *Características da enfermagem da UCI* – in Nursing, nº 45, ano 4, Outubro 1991.

- DIOCHON, Danielle – *L'accueil du malade a l'hopital*: na soin infermier. Ravue de L'AMIEC nº 16, Avr./Mai./Juin., 1988.

- DIRECÇÃO-GERAL DOS HOSPITAIS – *Missão do hospital* (desdobrável), Lisboa, 1982.

- DONAHUE, M. P. – *História de la enfermaria.* Barcelona, Ed. Doyma,1985.

- ELHARTH, Doroty et al – *Princípios Científicos de Enfermagem.* Lisboa. Editora Portuguesa de Livros técnicos e Científicos, Lda., 1983.

- FAZENDA, Maria – *Cuidar Personalizado*: o futuro da Enfermagem em Portugal? – in Nursing, nº 64, ano 6, Maio 1993.

- FELIX, Maria do Carmo – *Acolhimento do utente nas unidades de adultos*, in Nursing, nº 72, ano 6, Janeiro 1994.

- FERNANDES, M. I. Lobo – *Enquadramento normativo.* In Humanizar o atendimento à criança. Lisboa. Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1991.

- FORTIM, Marie Fabienne – *O processo de Investigação* – da concepção à realização. Loures, Lusociencia, 1999.

- GIL, A. Carlos – *Métodos e técnicas de pesquisa social*, 2ª ed., S. Paulo, Atlas, 1989.

- GONSALVES, Armando – *Normas de actuação na unidade coronária*. Coimbra, Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Coimbra, 1994.

- HENDERSON, Virginia – *The concept of nursing*. In Journal of advances in nursing, nº 3, 1978.

- HUDAK, Carolyn; GALLO, Barbara – *Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holistica*. 6ª ed., Rio de Janeiro, ed. Guanabara Koogan, 1997.

- JACGER, R.M. – Statistics: *A Spectator Sport – Lage Publications* – beverly Hills. London: New Delhi, 1983.

- KAWOMOTO, Emilia; FORTES, Júlia – *Fundamentos de Enfermagem*. S. Paulo, E.P.V., 1986.

- KINE, Imógene – *Aheory for nursing: systems, concepts, process* New York, John Wiley & Sons, 1981.

- KLINE, P. *the handbook of psychological testing*. London: Routledge, 1993

- LAKATOS, E. M.; Marconi, M. A. – *Metodologia cientifica*, 2.ª ed., S. Paulo, Atlas, 1992.

- LEAL, M.ª F. Pinto – *Stress e Burnaut*, Porto, Sedoxil, 1998.

- LOPES, Sara – *Os enfermeiros e o acolhimento dos clientes no hospital*. Dissertação do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem. Coimbra, 1993.

- MAILLARD, Christian – *Histoire de Hôpital de 1940 à nou jours*. Paris, Editions Dunod, 1986.

- MARTINET, Patrícia – *Informer... humaniser... réconforter*. In Recherche en soins infermiers, nº 2-3, Nov. 1985.

- MARTINS, Alice – *Alguns aspectos psicológicos da humanização*. In humanizar o atendimento à criança. Lisboa, Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1991.

- MATOS, Ana Paula Soares – *Factores Psicológicos da Doença Coronária*. Tese de doutoramento, Coimbra, 1995.

- MCGUIE, Andrew – *Psicologia para estudantes de enfermagem*. Lisboa, Antidoto, 1979.

- MEGGINSON, Leon et al – *Administração, conceitos e aplicações*. S. Paulo, Editora Harper & Row do Brasil, Lda., 1986.

- MEYER, Charles – *Uma visão da UCI de amanhã* – in Servir, 43 (4), Julho/Agosto, 1995. (p.173 – 179).

- PALLÁS, J. M. A.; VILLA, J. J. – *Métodos de Investigation Aplicados a la Atention Primaria de Salud*. Barcelona: Doyma, 1991.

- PHANEUF, Margot – *Relação de ajuda: elemento de competência do enfermeiro*. Coimbra, Cuidar, 1995.

- PINTO GOUVEIA, J.A. – *Relação entre personalidade e ansiedade*. Psiquiatria clinica, 3 (1), 1982, p. 7-10.

- PINTO, Gouveia, J. L. – *Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão*. Tese de Doutoramento. Universidade de Coimbra, 1990.

- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermag*em, 3ª ed., Porto Alegre, Artes Médias, 1995.

- POLIT, D.; Hungler, B.P. – *Investigacion cientifica en ciências de la salud*, 4.ª ed., México, Interamericana, 1994.

- PORTUGAL, Assembleia da Republica – Lei nº 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde – Diário da República, nº 195, II série, de 24/08/1990.

- QUIVY, R.; CAMPENHOUDDT, L. – *Manual de Investigação em ciências sociais*. Lisboa, Gradiva, 1992.

- RICHARDSON, R. J. – *Pesquisa Social, métodos e técnicas*, 2.ª ed., S. Paulo, Atlas, 1989.

- RODRIGUES, Olivia – *A humanização e os cuidados de Enfermagem nos hospitais*. In Servir 32(4), Jul./Agost., 1984.

- RODRIGUES, Olivia A. R. Andrade – *A humanização e os cuidados de Enfermagem nos hospitais* – in Servir, 32 (4), Julho-Agosto, 1984.

- ROSAS, M. Joaquim – *A comunicação em Enfermagem*: atitude e competências - in Nursing, nº 30, Julho 1990.

- ROSAS, Manuel – *Comunicação em Enfermagem*, in Nursing, nº 14, ano 2, Março 1989.

- ROXO, J. Reis – *O enfermeiro e o hospital*: V Jornadas para enfermeiros. In Servir 37 (1) Jan./Fev., 1989.

- ROXO, José R. Santos – *O enfermeiro e o hospital* – in Servir, Lisboa p. 8 – 14, 1994.

- ROY, Callista – *The Roy adaptation model; Commente*, in Nursing outlook, nº 24, Nov. 1976.

- SALGUEIRO, Nidia – *Acolhimento e intervenção no programa de formação profissional para enfermeiros*. Coimbra, Julho, 1991.

- SECHREST, L. *Reliability, and valadity*. In A.S. Bellack & M. Hersen(Eds), Research methods in clinical psychology (pp. 24-54). New York, Pergamon Press, 1984.
- SILVA, C. F.; AZEVEDO, M.H.P.; DIAS, M.C.R. – *Cronologia e avaliação psicológica: estudo de trabalho por turnos*. Avaliação psicológica, (3), 1995, p. 35 – 42.

- SILVA, Caldeira – *Hospitais e saúde para todos no ano 2000*. In Revista Portuguesa de Saúde Publica, nº 112, Jan./Junho, 1988.

- SILVA, Manuel C. P. – *Humanização na comunidade de saúde*, in servir vol. 28(6), Nov./Dez. 1980.

- SIMÕES, M. *Investigação no âmbito da aferição do teste das matrizes Progressivas de Raven*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra, 1994.

- SOARES, Ana M. Mota – *Suporte Psico-emocional ao doente* – in Servir 39 (1), Janeiro – Fevereiro, 1991.

- SOUZA, Elmira F. – *Novo manual de Enfermagem*, 6.ª ed., Rio de Janeiro, Cultura Média, 1976.

- STREINER, D.L., C. *Norman. G.R. Health Measurement Scales: apratical guid to their developement and use.* Oxford Medical Publication, 1989.

- STRONGMAN, Kennlth T. – *A psicologia da emoção*, nº 4º e do, CLIMEPSI editores, 1998.

- STUSSI, Elizabeth – *A enfermagem na Europa, seu desenvolvimento e perspectivas de futuro*. In Enfermagem nº 1 – 1º trimestre, 1985.

- SUDDARTH, Doris; BRUNNER, Lillian – *Nova prática de enferma*gem. 3ª Ed., rio de Janeiro, Interamericana, 1985.

- TABARD, Hervé – *La comunication avec le blesse inconstant*: une recherch, une espoir. Recherch en soins infermier, nº 5, 1986.

- TAYLLOR, Cecilia M. – *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. 13ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

- THELAN, Lynne A.et al – *Enfermagem em Cuidados Intensivos: diagnóstico e intervenção,* Lisboa, Lusodidata, 1993.

- TOMLINSON, Anne – *Técnicos de comunicação*, in Nursing, nº 14, ano 2, Março 1989.

- URIA, Manuel; LOPES, Sara – *Curso de higiene hospitalar*. Núcleo de Formação do Distrito de Viseu, 1988.

- VAZ SERRA – *Um Modelo Descritivo de Stress*. Trabalho apresentado em 11 de Maio de 1992, em Praga, durante a Workshop sobre stress Management in the community settings.

- VAZ SERRA A.: *Inventário de Avaliação clinica de Depressão*: Psiquiatria Clinica. Coimbra, 1994.

- VAZ SERRA, A. – *A importância da atribuição das perturbações emocio*nais. Psiquiatria clinica 1(1), p. 5 – 13, 1982.

- VAZ SERRA, A. – *O que é a ansiedade*. Psiquiatria clinica 1(2), p. 93 – 104, 1980.

- WERTHER, Willian B. – *Administração de pessoal e recursos humanos*. S. Paulo, Mcgraw-Hill do Brasil, 1983.

ANEXOS

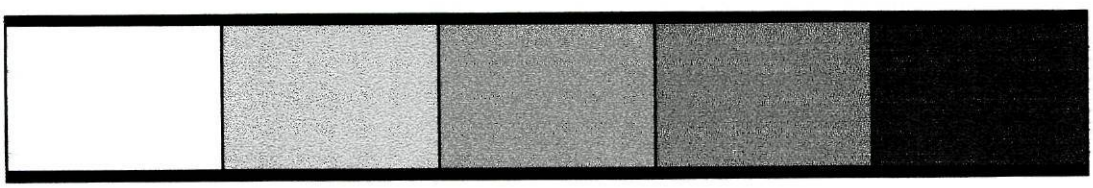
ANEXO I

Escala Visuo Analógica de ansiedade

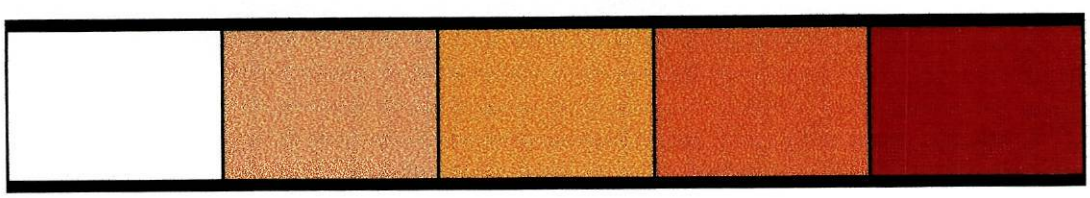
1 - SENTE-SE MAIS NERVOSO E ANSIOSO DO QUE O COSTUME



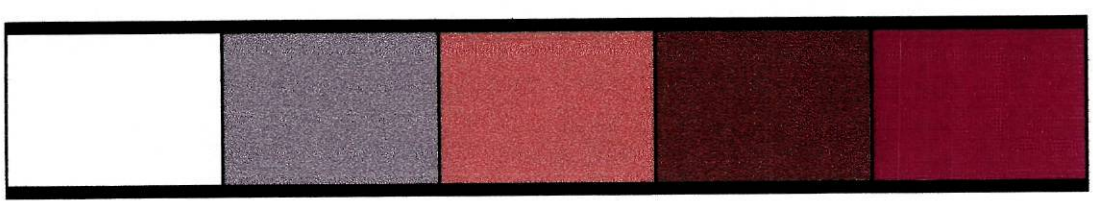
2 – SENTE-SE COM MEDO SEM RAZÃO PARA ISSO



3 – SENTE-SE FACILMENTE PERTURBADO OU EM PÂNICO



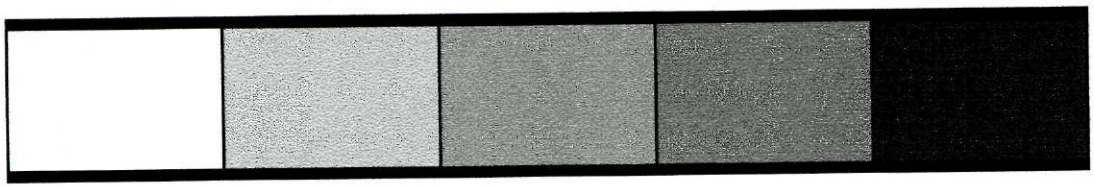
4 – SENTE-SE COMO SE ESTIVESSE PARA REBENTAR



5 – SENTE QUE TUDO CORRE BEM E QUE NADA DE MAL LHE VAI ACONTECER



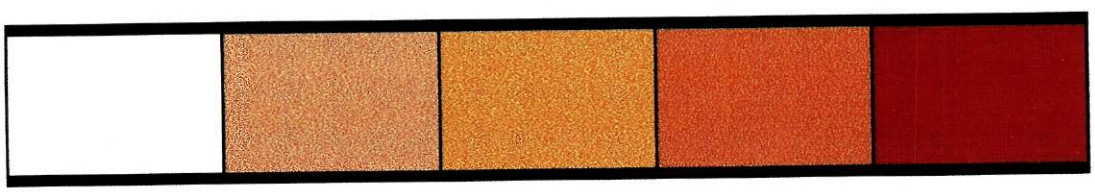
6 – COSTUMA TER PESADELOS OU INSÓNIAS



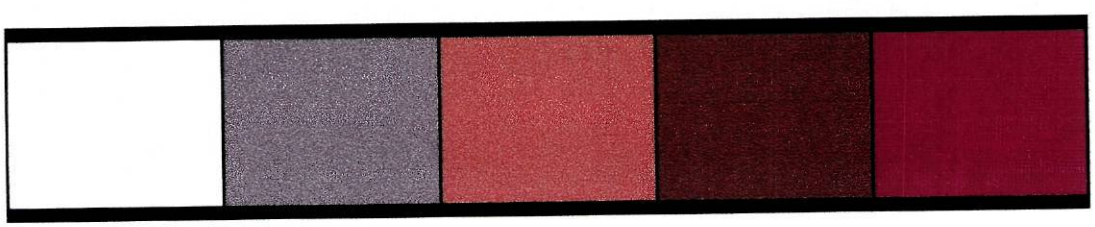
7 – ADORMECE FACILMENTE E CONSEGUE OBTER UM BOM DESCANSO DURANTE A NOITE



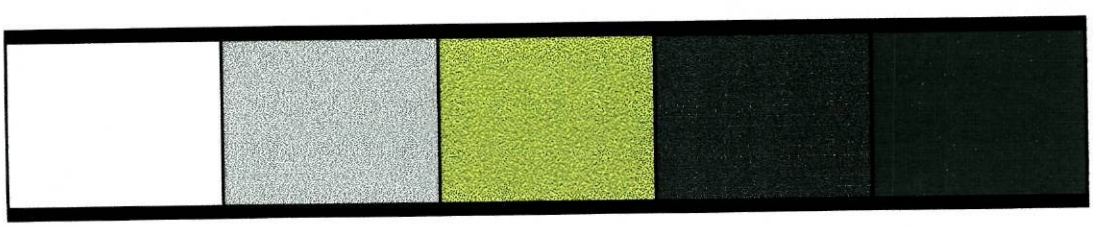
8 – NESTE MOMENTO VOCÊ ENCONTRA-SE TRISTE



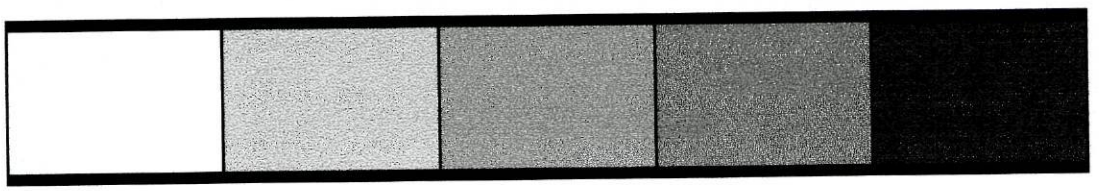
9 – ENCONTRA-SE AFLITO E ANGUSTIADO COM O QUE LHE PODE ACONTECER



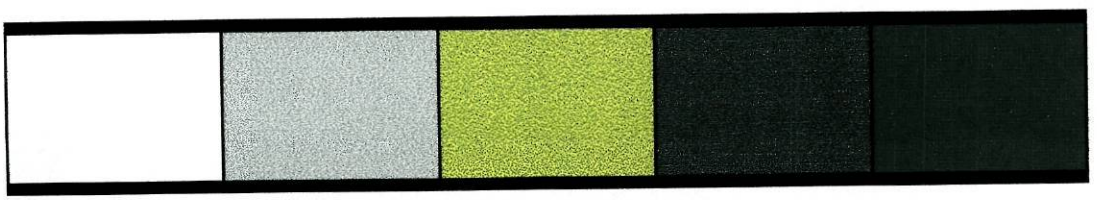
10 – TEM CONFIANÇA NA EQUIPA HOSPITALAR QUE CUIDA DE SI



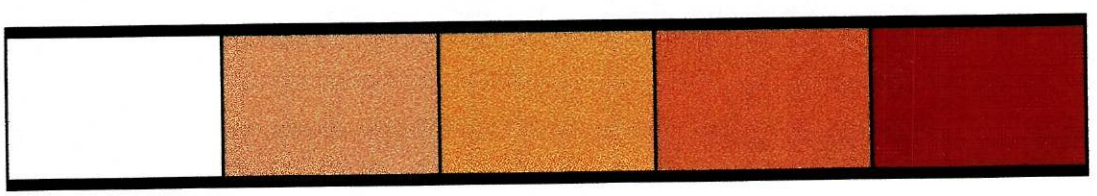
11 – TEM MEDO DA MORTE E COMPLICAÇÕES QUE PODEM SURGIR



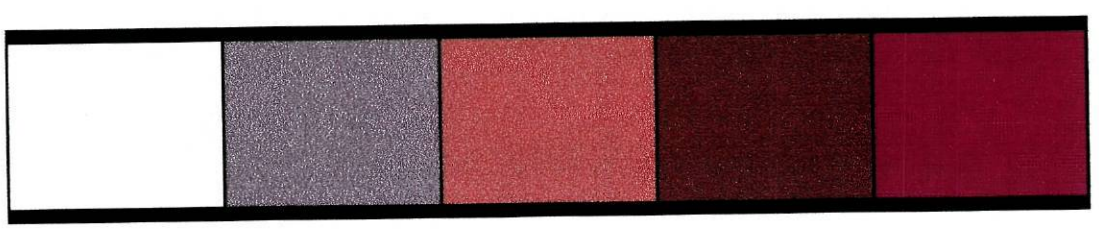
12 – TEM ESPERANÇA NUMA EVOLUÇÃO FAVORÁVEL DO SEU ESTADO DE SAÚDE



13 – TEM UMA SENSAÇÃO DE SOLIDÃO, OU SEJA, SENTE-SE DESAMPARADO DE TUDO E DE TODOS



14 – ESTÁ ABORRECIDO E IRRITADO COM O QUE LHE ACONTECEU



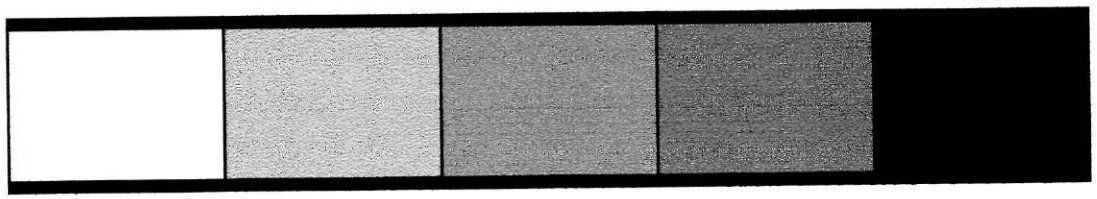
15 – O MEDO DO DESCONHECIDO DEIXA-O NERVOSO



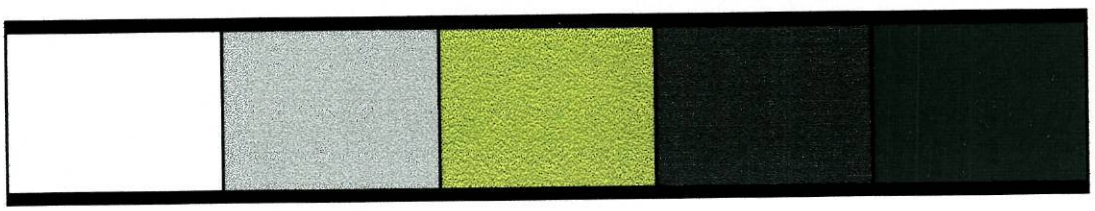
16 - AS CONSEQUÊNCIAS DA SUA DOENÇA DEIXAM-NO PERTURBADO



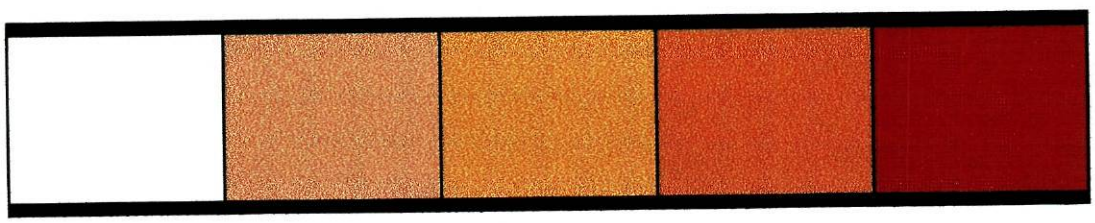
17 - A APARELHAGEM QUE O RODEIA PROVOCA-LHE MEDO



18 - O PESSOAL QUE CUIDADVA DE SI TRANSMITIA-LHE CONFIANÇA/ SEGURANÇA



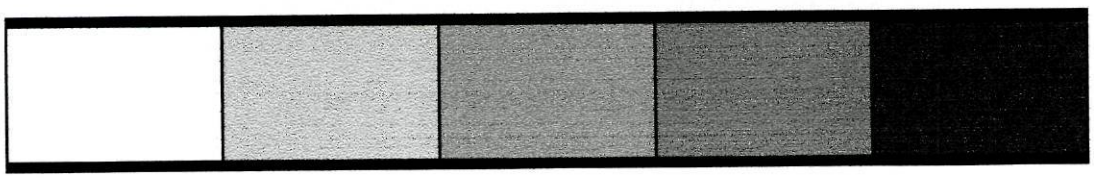
19 - TINHA A SENSAÇÃO DE ESTAR PRESO QUANDO SE ENCONTRAVA LIGADO AOS MONITORES



20 - O AMBIENTE DA UNIDADE DEIXAVA-O DESCANSAR



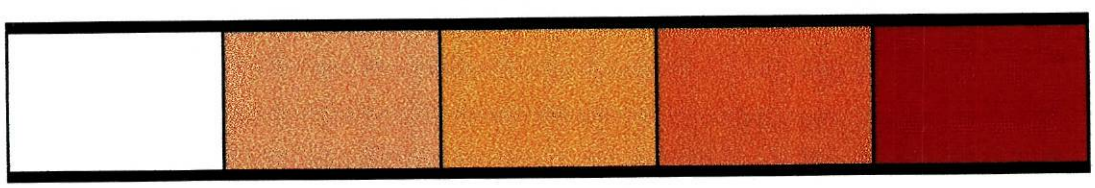
21 - SENTIA-SE DEPENDENTE DAS MÁQUINAS A QUE SE ENCONTRAVA LIGADO



22 - AS PESSOAS QUE O VISITAVAM DEIXAVAM-NO MAIS CALMO OU TRANQUILO



23 - SENTIA-SE MAIS PREOCUPADO DURANTE A NOITE



24 - TEM A APREENSÃO (SENSAÇÃO) DE QUE TUDO VAI PIORARA A PARTIR DE AGORA



ANEXO II

Inventário de Personalidade

INVENTÁRIO DE PERSONALIDADE DE EYSENCK (IPE)

INSTRUÇÕES

A seguir estão algumas perguntas que dizem respeito ao modo como reage, sente e actua. Para cada uma das questões procure indicar qual das respostas representa a sua maneira habitual de agir ou sentir, colocando um círculo no algarismo que melhor descreve o seu caso. Não há respostas certas ou erradas: o que nos interessa é a sua reacção imediata a cada uma das perguntas. Por favor, verifique se respondeu a todas as perguntas.

		Quase Nunca	Poucas Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
(a)	Gosta de muito excitação e alarido à sua volta?	1	2	3	4
(b)	O seu humor tem altos e baixos?	1	2	3	4
(c)	É uma pessoa cheia de vida?	1	2	3	4
(d)	Sente-se infeliz sem ter motivos para isso?	1	2	3	4
(e)	Gosta de se misturar com as pessoas?	1	2	3	4
(f)	Quando se aborrece precisa de alguém amigo para conversar?	1	2	3	4
(g)	Considera-se uma pessoa que confia na sorte?	1	2	3	4
(h)	É perturbado(a) por sentimentos de culpa?	1	2	3	4
(i)	Vai e diverte-se muito numa festa animada ?	1	2	3	4
(j)	Considera-se uma pessoa tensa ou muito nervosa ?	1	2	3	4
(k)	Gosta de pregar partidas?	1	2	3	4
(l)	Sofre de insónia?	1	2	3	4

© 1994 - C.F. Silva, M.H. Azevedo e M.R. Dias (trad. E adapt.)

EPTT

NORMAS DE INTERPRETAÇÃO DAS COTAÇÕES PARA DISCRIMINAÇÃO DE GRUPOS

(PONTOS DE CORTE)

UNIDADE DE PSICOFISIOLOGIA E COMPORTAMENTO MOTOR
LABORATÓRIO DE PSICOLOGIA

Prof. Doutor Carlos Fernandes
Departamento de Psicologia
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4719 Braga Codex

Fax: 053-604244

Email: cfernandes@iep.uminho.pt

NORMAS PARA INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ESCALAS

Os valores de corte a considerar na discriminação dos grupos em função dos valores encontrados nas respectivas dimensões são, para cada uma das escalas, os seguintes:

Questionário Compósito de Matutinidade:
Tipo Matinal: 22 ou menos; Tipo Intermédio: 23-43; Tipo Vespertino: 44 ou mais.*
* Operar ajustamentos caso as análises factoriais eliminem itens.

Inventário do Tipo Circadiano:
Factor Moleza-Vigor
Mole: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 4";
Ligeiramente mole: valor entre os produtos "n X 3" e "n X 4";
Ligeiramente vigoroso: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Vigoroso: valor inferior ao produto "n X 2".
FactorFlexibilidade-Rigidez
Flexível: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 4";
Ligeiramente flexível: valor entre os produtos "n X 3" e "n X 4";
Ligeiramente rígido: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Rígido: valor inferior ao produto "n X 2"

Inventário do Personalidade de Eysenck:
Extroversão
Extroveretido: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 3";
Intermédio: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Introvertido: valor inferior ao produto "n X 2".
Neuroticismo
"Neurótico": valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 3";
Intermédio: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Estável: valor inferior ao produto "n X 2".

Questionário de Coping:
Nos vários sectores ou global (excepto o coping espontâneo)
Controle elevado: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 5";
Controle moderado: valor entre os produtos "n X 4" e "n X 5";
Controle ligeiro: valor entre os produtos "n X 3" e "n X 4";
Controle muito ligeiro: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Ausência de controle: valor inferior ao produto "n X 2".

Questionário de Perturbação do Sono:
Valor global (somatório dos 8 itens)
Sem perturbações: 24 - 48;
Perturbação ligeira: 49 - 73;
Perturbação moderada: 74 - 98;
Perturbação acentuada: 99 ou mais.

Questionário de Fadiga Crónica:
Fadiga acentuada: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 4";
Fadiga moderada: valor entre os produtos "n X 3" e "n X 4";
Fadiga ligeira: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Sem fadiga: valor inferior ao produto "n X 2".

Questionário de Ansiedade Cognitivo-Somática:

Ansiedade Cognitiva

Acentuada: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 4";
Moderada: valor entre os produtos "n X 3" e "n X 4";
Ligeira: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Nula: valor inferior ao produto "n X 2".

Ansiedade Somática

Acentuada: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 4";
Moderada: valor entre os produtos "n X 3" e "n X 4";
Ligeira: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Nula: valor inferior ao produto "n X 2".

Questionário de Saúde Física:

Perturbações Gastrointestinais

Frequentes: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 3";
Pouco frequentes: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Inexistentes: valor inferior ao produto "n X 2".

Perturbações Cardiovasculares

Frequentes: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 3";
Pouco frequentes: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Inexistentes: valor inferior ao produto "n X 2".

Questionário Geral de Saúde:

Perturbação psíquica (*)

Acentuada: valor superior ao produto "n (número dos itens do factor) X 3";
Moderada: valor entre os produtos "n X 2" e "n X 3";
Nula: valor inferior ao produto "n X 2".
(*) Os valores numéricos correspondentes às colunas, da esquerda para a direita, são 1, 2, 3 e 4.

NOTA:

Estas normas assentam em considerações conceptuais (Barton e col, 1995) e não estatísticas. Do nosso ponto de vista, no que diz respeito à discriminação de níveis o critério conceptual deverá sobrepor-se ao critério estatístico, na medida em que este último flutua com as características das amostras.

Gualtar, 12 de Novembro de 1995

Carlos Fernandes, PhD

** Barton J, Spelten E, Totterdell P, Smith L, Folkard S & Costa G (1995). The Standard shiftwork index: a battery of questionnaires for assessing shiftwork-related problems. Work & Stress, 9 (1): 4-30.

ANEXO III

Inquérito de Colheita de dados biográficos e doença

Nome _____ Idade _____

Diagnóstico _____

Data Internamento _____ Avaliação nº: ____

Profissão _____

Estado Civil _____

A seguir encontra uma série de afirmações relacionadas com a sua situação de doença e internamento.

Cada uma é representada por uma sequência de cores que vai do branco (nunca acontece consigo), até uma cor intensa (acontece sempre consigo).

Não há cores boas ou más. Escolha aquela com que mais se identifica a sua maneira de estar ou sentir.

III

1 – NOS ÚLTIMOS 6 MESES HOUVE ALGUM ACONTECIMENTO NA SUA VIDA QUE O ESTEJA A PERTURBAR, PARA ALÉM DESTA DOENÇA

SIM ☐

NÃO ☐

SE SIM, QUAL _____

2 – AS QUALIDADES DOS CUIDADOS QUE LHE FORAM PRESTADOS CORRESPONDERAM À SUA EXPECTATIVA

SIM ☐

NÃO ☐

3 – AS INFORMAÇÕES QUE RECEBEU DURANTE O I NTERNAMENTO FORAM BENÉFICAS PARA SI

SIM ☐

NÃO ☐

4 – DURANTE O INTERNAMENTO O QUE É QUE MAIS O PREOCUPOU

_____

_____

_____

Medicação:
Ansiolíticos: _____
Analgésicos: _____