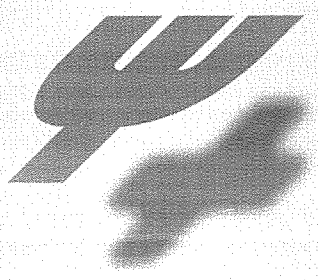
REVISTA DA

SBPH

Volume 3 - Nº 1 - Junho/2000



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

PSICOLOGIA
Ciência e Profissão

Esta obra foi financiada pelos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, com recursos da Revista Psicologia, Ciência e Profissão

Conselho Federal de Psicologia

Presidente: Ana Mercês Bahia Bock
Vice-Presidente: Marcos Ribeiro Ferreira
Tesoureiro: José Carlos Tourinho e Silva
Secretário: Iana Celi Silva Bezerra

Carta da Presidente

Estamos dando continuidade à história da SBPH e inaugurando um novo tempo, agora em um terreno cuja base sólida foi construída pela diretoria anterior.

Testemunhamos e aprendemos nos últimos dois anos a importância da dedicação, da determinação e da paciência. E é nesse terreno fértil que também pretendemos trabalhar.

Vivemos numa época em que a imagem e a pressa são fatores decisivos para a busca da eficácia e da competência.

A SBPH pretende ser um espaço de interlocução, a pausa necessária para a construção do saber, que tem como direção essa eficácia e competência.

Nestes tempos de grandes mudanças, como as que estamos vivendo, se faz premente também a necessidade de esforços que sustentem a criatividade, a esperança e a renovação do arcabouço teórico da prática do psicólogo no hospital geral, sabendo-se que, qualquer que seja a abordagem que sustente tal prática, se trata sempre de apreender o sentido da "invenção subjetiva".

Um abraço,

Marisa Decat de Moura
Presidente da SBPH

SBPH
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

SBPH
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

Av. Pasteur, 89 - sala 1.303 –
Santa Efigênia
30150-290
Belo Horizonte–MG
Telefax: (31) 224-6154

Diretoria

Presidente
Marisa Decat de Moura – MG

Vice-Presidente – Presidente da Comissão Científica Permanente
Patrícia Pereira Ruschel – RS

1ª Secretária
Ira Maria Santana Cardoso – BA

2ª Secretária
Lenice Pimentel Cabral – AL

Tesoureira
Silvia Maria Cury Ismael – SP

Diretora de Publicação
Maria de Fátima Praça de Oliveira – SP

Presidente da FAP
Léa Neves Mohallem – MG

Conselho Fiscal
Claire Terezinha Lazzaretti – PR
Maria Elenita C. Sampaio Favarato – SP
Miriam Catia Bonini Cordoniz – MS

Editorial

EditorialEditorialEditorial

A Psicologia Hospitalar vem tendo uma participação crescente junto ao sistema de saúde, sendo por isso necessário um novo canal para divulgação de suas atividades científicas.

A Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar foi criada há dois anos, tendo sido publicadas até agora três edições. Neste momento, decidimos dar a nossa revista uma nova dimensão, passando a seguir as normas editoriais internacionais a fim de em breve torná-la indexada.

As normas exigidas para a indexação encontram-se publicadas neste número. A atual diretoria da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar acredita que é chegada a hora de a entidade dar esse passo, objetivo para o qual trabalharemos na atual gestão. Para tanto, evidentemente não basta apenas a deliberação da diretoria, mas é preciso o engajamento dos profissionais da área para que o fluxo de produção intelectual possa ser registrado e constitua a matéria da revista. Na realidade, sabemos que há produção intelectual suficiente na área para manter tal fluxo.

Congressos, cursos e simpósios são realizados com grande freqüência, abordando temas das diversas áreas que compõem a Psicologia Hospitalar. Compete-nos, como entidade, canalizar essa produção intelectual sob a forma de artigos escritos e mais: vários serviços têm experiências valiosas que poderão e deverão ser difundidas entre todos os componentes da área em nosso país. Com isso, haverá um aumento do conhecimento científico, o que beneficiará a todos.

Essa jornada começa aqui, com a publicação dos seis artigos premiados no nosso último Congresso. Seguindo uma das exigências da indexação, os trabalhos foram avaliados por profissionais de inquestionável experiência nas áreas de Psicologia e Medicina.

Deixamos o nosso apelo para que a comunidade de psicólogos apóie esta iniciativa, contribuindo de modo sistemático com seus artigos para a nossa revista.

Maria de Fátima Praça de Oliveira

SBPH
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

Índice

indiceíndiceíndiceíndiceíndiceíndiceíndiceíndice

Representações da interdisciplinaridade: um estudo através do procedimento de desenhos-estórias com tema 03
1º lugar – Categoria Sênior

Estressores em unidade de terapia intensiva: percepção do paciente, família e equipe 13
2º lugar – Categoria Sênior

Modificação da imagem corporal ao longo do processo de transplante cardíaco 20
3º lugar – Categoria Sênior

Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia 27
1º lugar – Categoria Júnior

Inventário de desesperança de Beck: avaliação de candidatos ao transplante cardíaco – *inventário de desesperança - transplante cardíaco* 31
2º lugar – Categoria Júnior

O adolescente cardiopata e a percepção de suas limitações e possibilidades 37
3º lugar – Categoria Júnior

Agenda 46

EXPEDIENTE

Produção Gráfica e Editorial - BG Cultural. Rua Ministro Nelson Hungria, 239 - Sala 5 - 05690-050 - S. Paulo - SP. Telefax: (11) 3758-1787 / 3758-2197. E-mail: bg@uol.com.br. **Médico / Jornalista Responsável:** Benemar Guimarães - CRMSP 11243 / MTb 8668. **Assessoria Editorial:** Marco Barbato, Edmundo B. Sales Jr., Eliane R. Palumbo, Eduardo Vargas Sales. **Revisão:** Luzia Bonifácio, Márcio Barbosa, Eduardo Passos, Ricardo Delgado. **Coordenadoria de Atendimento:** Mabel Rigon.

Representações da interdisciplinaridade: um estudo através do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema

Ana Clara Duarte Gavião, Kátia Osternack Pinto

Resumo

A interdisciplinaridade no contexto hospitalar justifica-se pela necessidade prática de uma compreensão ampla dos múltiplos fatores inerentes ao processo de adoecer. Entretanto, nem sempre o trabalho cooperativo e integrado é alcançado pelas equipes de saúde, devido a diferentes níveis de interesse e compromisso dos profissionais. Este estudo teve por objetivo verificar a utilidade do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema como técnica de investigação das representações de equipe interdisciplinar em psicólogos atuantes no hospital e subsidiar a discussão sobre o tema. Os resultados mostram que o D-E com Tema facilita o acesso à subjetividade do campo interdisciplinar, configurando-se, nesta amostra, a tendência à postura intelectualizada, formal, contrapondo-se à emotividade; há um potencial criativo, mas o efetivo compromisso interprofissional parece ser ainda muito idealizado.

Introdução

A Psicologia Clínica Hospitalar é um campo extremamente fértil de trabalho para o psicólogo, tanto no que diz respeito a intervenções junto a amostras significativas de pacientes, quanto à produção e divulgação de conhecimentos na área da saúde. Entretanto, a pertinência e a qualidade do trabalho do psicólogo hospitalar dependem, em grande parte, do seu grau de inserção em atividades assistenciais, científicas e didáticas de caráter *interdisciplinar*.

A interdisciplinaridade justifica-se pela necessidade prática de uma compreensão ampla e profunda dos múltiplos fatores inerentes ao processo de adoecer. Podemos considerar que, quanto maior a interação interdisciplinar, mais preciso e abrangente será o que pode ser chamado de "diagnóstico interdisciplinar", a partir do qual definem-se planos de tratamento mais eficazes.

Endereço para correspondência:
Serviço de Psicologia – Hospital das Clínicas – FMUSP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255
05403-000 - São Paulo-SP

Na realidade, sabe-se que um grau satisfatório de cooperação entre os membros de uma equipe muitas vezes não é alcançado devido à inexperiência com relacionamentos interprofissionais e à interferência de fenômenos humanos na execução das tarefas (motivações, ansiedades, rivalidades etc.).

Considerando que o posicionamento do psicólogo em face deste tipo de trabalho depende de sua "bagagem interna", uma curiosidade nos moveu: *que determinantes psíquicos podem estar associados a diferentes atitudes do psicólogo diante do trabalho em equipe interdisciplinar?* Não satisfeitos com a superficialidade de respostas obtidas através de questionários padronizados, os quais detectam um plano mais consciente de conteúdos, interessamo-nos por verificar a utilidade do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema como técnica de investigação da *representação da interdisciplinaridade* entre psicólogos atuantes no hospital. Optamos por esta técnica projetiva por duas razões: simplicidade de aplicação e acessibilidade a conteúdos psíquicos inconscientes, cada vez mais comprovada na literatura sobre psicodiagnóstico e estudo de representações sociais[1,25].

Assim, pretendemos ampliar esta discussão e reafir-

mar o compromisso de nossa categoria profissional com tal atividade.

Revisão da literatura atual sobre interdisciplinaridade

Desde o Iluminismo e da Era Industrial, o conhecimento tem crescido numa velocidade espantosa, acelerada com o desenvolvimento da informática. Estimativas mostram que o conhecimento médico publicado duplica a cada quatro anos! Torna-se praticamente impossível um único cientista ir além do minúsculo campo de sua especialidade e, caso os profissionais não aprendam a cooperar através de pesquisa e educação interdisciplinares, o desenvolvimento científico pode ser bloqueado. Um obstáculo a essa aprendizagem está no modelo departamental típico da organização das universidades, segundo o qual as disciplinas são ensinadas e pesquisadas isoladamente. Em geral, não se aprende a pensar interdisciplinarmente, tornando-se cada vez mais necessário um novo perfil de profissional, capaz de interagir com diferentes especialistas[20].

Diversos autores referem-se à eficácia do trabalho interdisciplinar, tanto nas respostas terapêuticas dos pacientes em várias especialidades médicas como na redução de custos em relação à assistência individualizada, incluindo todas as faixas etárias[6,7,9,15,18,21,24,27]. Ressaltam a importância da intervenção do psicólogo em situações de crise, visando à adaptação do paciente à doença, à internação hospitalar e à adesão às terapêuticas.

Contudo, vários autores salientam a falta de consistência quanto aos paradigmas, valores e estratégias interdisciplinares. De modo geral, leva-se em conta a importância do *trabalho colaborativo*[12,13,17,22], da *relação de confiança* entre os membros, de *objetivos comuns*[11,19], *mudanças de atitude*[23], promoção de *"insights"*[2] e possibilidades de *consenso*[19]. São reconhecidas algumas barreiras ligadas aos problemas de liderança[2], às diferentes *filosofias* e sistemas de *crenças* sobre o tratamento[16,19,23] e ao próprio *conceito de colaboração*[19,22].

Segundo Crapeau[5], a articulação entre as diferentes habilidades profissionais na investigação de problemas e a elaboração de planos de tratamento integrado legalizam-se através das reuniões de equipe. O autor constatou que os profissionais têm diferentes *imagens* do significado das reuniões, identificando três tipos: (a) atividade racional e objetiva para definição de condutas; (b) atividade diagnóstica consensual e (c) atividade ritualística de afirmação da identidade grupal.

Alguns autores propõem técnicas para organização das tarefas, treinamento dos profissionais e avaliação de eficácia, sugerindo instrumentos como o "Interative Staff Training"[4] ou o "Team Climate Inventory"[26]. Em geral, combinam estratégias organizacionais e educativas, medindo mudanças comportamentais através de escalas graduadas do tipo "Likert"[4,10,26]. Outros autores propõem técnicas qualitativas pouco estruturadas como a dinâmica de grupo[17], ou, ainda, apenas ressaltam a necessidade de conceituação de práticas adequadas[13,14].

Nota-se que, dentre esses vários autores, não há estudos que proponham o uso de técnicas projetivas como instrumentos de avaliação do *conceito* ou *imagem* de equipe interdisciplinar, de suas representações e sistemas de crenças, os quais determinam as atitudes do profissional em relação aos colegas e sua capacidade de desenvolver um trabalho colaborativo e integrado.

Considerações psicanalíticas sobre grupos de trabalho

No trabalho em equipe interdisciplinar, como em qualquer grupo de trabalho, muitos dos fenômenos que interferem – positiva ou negativamente – na execução da tarefa são inconscientes. Vale destacar, portanto, algumas concepções psicanalíticas sobre grupos, como mais um subsídio teórico à interpretação dos dados obtidos neste estudo.

Freud[8] apresenta várias considerações interessantes sobre os fenômenos grupais; dentre as quais, que a peculiaridade mais notável de um grupo é que este constitui uma "mente coletiva", potencialmente apta a produções criativas, tal como demonstrado pelo folclore ou pela linguagem. Considera, entretanto, que, num grupo, todo sentimento e todo ato são "contagiosos", sendo os impulsos emocionais mais grosseiros os mais propensos a se propagarem, como, por exemplo, o pânico.

Desenvolvendo as idéias de Freud, Bion[3] discorre a respeito da "aversão a aprender com a experiência" (crença infantil no herói, sempre no auge, sem esforço), característica que considera inerente aos grupos, da qual decorrem resistências ao processo de desenvolvimento grupal. Também observa nos grupos uma tendência à regressão maciça a emoções básicas como ansiedade, medo, ódio, amor, culpa, depressão e esperança. Bion considera que, para que se constitua um *grupo de trabalho*, é necessária uma abordagem racional ou científica dos problemas, ou seja, deve prevalecer a razão sobre a emoção. Isto é possível quando há disciplina, fidelidade à tarefa, capacidade de enfrentar o descontentamento, capacidade de absorver novos membros e perder outros, capacidade de valorizar a contribuição de cada um. Afirma que o que garante a constituição verdadeira de um grupo de trabalho é a *cooperação,* conquistada através da prevalência da atividade racional e científica voltada para a solução de problemas. Evidentemente, porém, o alcance da *cooperação* depende do grau de maturidade do grupo,

daquilo que Bion denomina "habilidade refinada", equivalente, no indivíduo, às funções mentais do *ego*.

Inúmeras situações de equipe vivenciadas no hospital exemplificam tal perspectiva psicanalítica sobre fenômenos grupais regressivos que atrapalham o trabalho. A título de ilustração, citaremos algumas: ciúmes despertados pela entrada de um novo membro; disputas "ferrenhas" de espaços (disputas de sala, de conhecimento); vaidades e desejos de poder, desencadeando "fofocas" e comentários prejudiciais à imagem do colega; inveja despertada pela competência e destaque de algum profissional; insegurança e medo do novo, expressando-se em resistências a mudanças; enfim, situações humanas que naturalmente se fazem presentes.

Assim, o alcance de um compromisso mais efetivo com a tarefa interdisciplinar pode ser facilitado por uma abordagem científica desta questão, repercutindo positivamente na qualidade do produto final da assistência hospitalar.

Objetivos

- Verificar a utilidade do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema como meio de investigação da representação da interdisciplinaridade em psicólogos atuantes no contexto hospitalar.

- Promover a discussão e o compromisso de profissionais psicólogos com o desenvolvimento da qualidade do trabalho interdisciplinar.

Metodologia

Amostra

Oitenta profissionais psicólogos (todos formados), distribuídos em três subgrupos, de acordo com o tipo de vínculo com a instituição hospitalar: **19 contratados** (40h semanais), **26 aprimorandos** (curso anual de aprimoramento, com 40h semanais) e **35 especializandos** (curso anual de especialização, com carga horária média de 6h semanais).

Técnica utilizada

Foi utilizado o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (D-E com Tema), desenvolvido a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias[1].

Procedimentos

Foram realizadas três aplicações coletivas do D-E com Tema, nos três subgrupos separadamente, antes de alguma atividade grupal de rotina (reunião administrativa ou aulas). A aplicação seguiu os seguintes passos:

1º) O examinador solicitou a participação voluntária dos colegas, após explicar que se tratava de um estudo sobre interdisciplinaridade através do D-E com Tema, que deveria ser entregue sem identificação.

2º) O examinador distribuiu uma folha sulfite e um lápis preto nº 2 para cada psicólogo, deixando à disposição de todos uma caixa de lápis de cor (12 cores).

3º) O examinador deu a seguinte instrução: *"Desenhem uma equipe interdisciplinar e, após concluído o desenho, inventem uma história sobre essa equipe e a escrevam no verso."*

Todas as perguntas feitas a partir do entendimento das instruções foram respondidas com a frase *"como quiser"*, como incentivo à livre expressão gráfico-temática. Ao terminar sua produção, cada psicólogo entregou o material ao examinador.

Tratamento dos dados

O material foi submetido à interpretação psicanalítica, tomado enquanto "associações livres", tal como proposto por Aiello-Vaisberg[1]. Partiu-se da livre inspeção do material, voltada à apreensão dos determinantes lógico-emocionais das representações, destacando-se aspectos formais ou de conteúdo emergentes. A construção interpretativa visou a captar a posição existencial e emocional do psicólogo diante do tema, considerando sua contribuição individual na subjetividade grupal do campo interdisciplinar do qual faz parte. Assim, a análise procurou responder o seguinte roteiro de questões: *O que se destaca em termos de categorias representacionais? Qual é o estilo de representação? Qual é a teoria implícita sobre interdisciplinaridade? Que tipo de atitude interdisciplinar é contemplada por essa teoria? Que tipo de configuração mental grupal produz tal tipo de atitude?*

Resultados

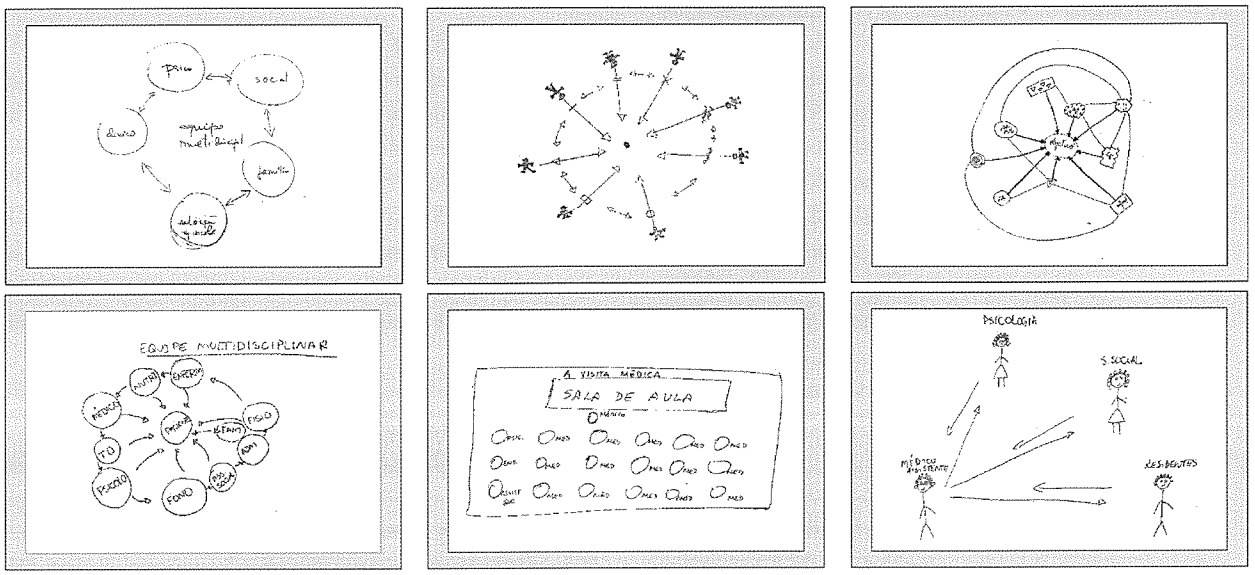
Os três subgrupos foram colaborativos, com apenas uma recusa, no grupo de contratados. O uso da cor não se constituiu em fator relevante de análise (foi utilizada por apenas um psicólogo contratado).

Foram encontrados **cinco tipos de expressões gráficas** que se destacaram pela semelhança e repetição sistemática nos três subgrupos. Para cada expressão gráfica destacaram-se **três tipos de conteúdos temáticos**, caracterizados em função do grau de realismo ou idealização da atividade interdisciplinar explicitado na narrativa.

Categorizamos as representações gráficas e temáticas, nomeando-as segundo suas características mais marcantes, como descrevemos a seguir, com exemplos ilustrativos dos desenhos e dos conteúdos das histórias.

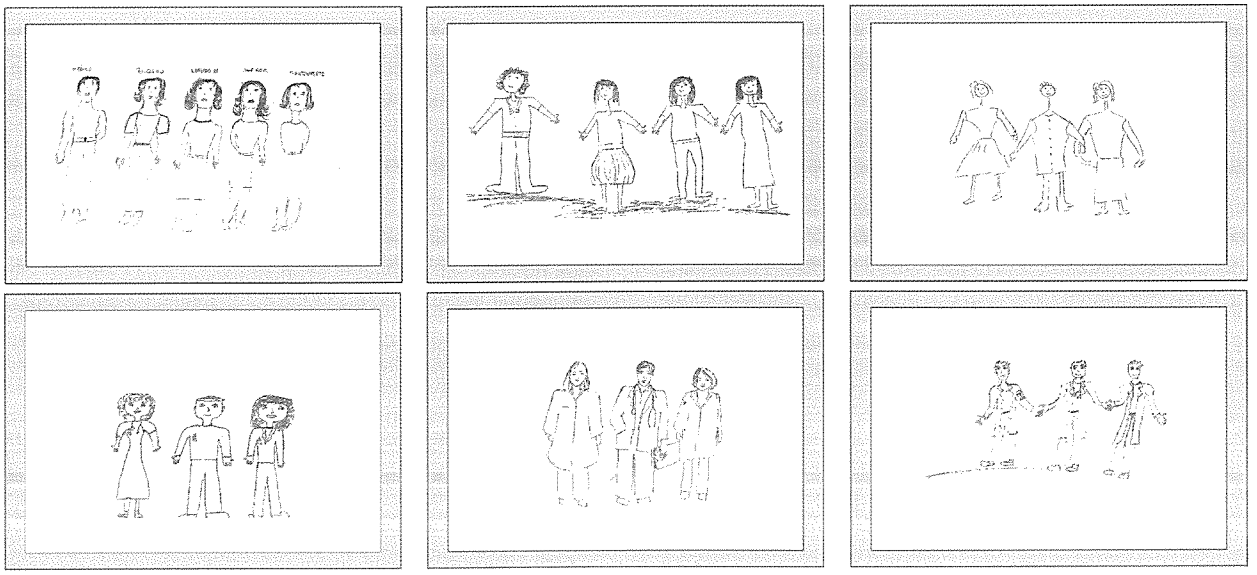
Categorização Gráfica

ESQUEMAS



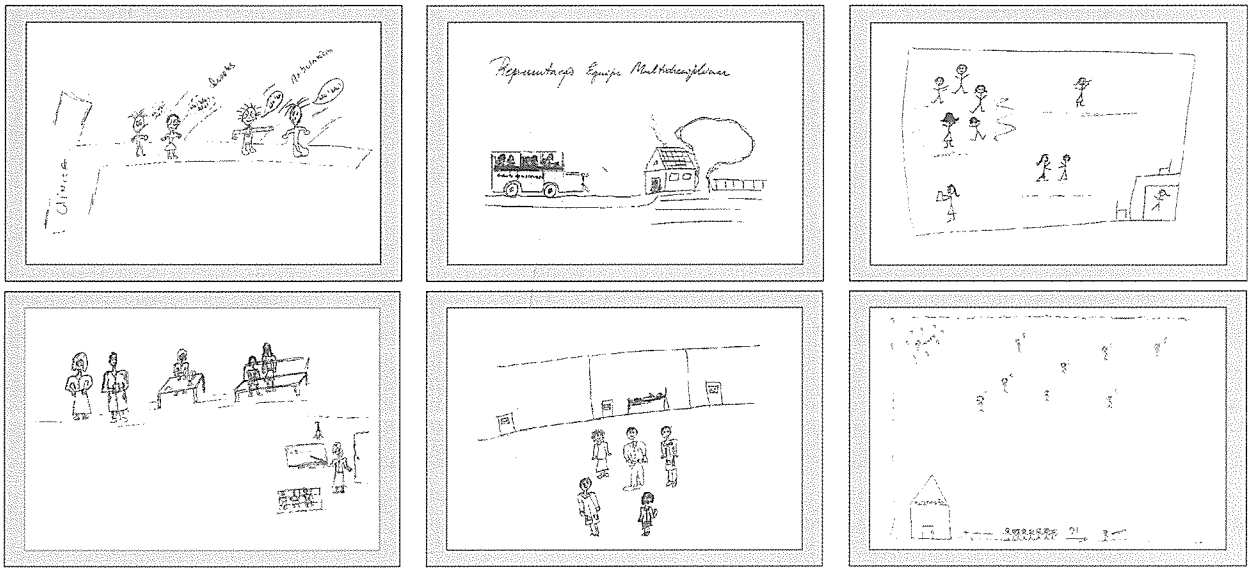
Representações esquematizadas, com destaque para o uso de flechas e figuras geométricas. Salienta-se o pensamento abstrato, expressando uma preocupação com o *tipo de comunicação*, sugerindo posicionamento intelectualizado ou teórico.

FOTOS



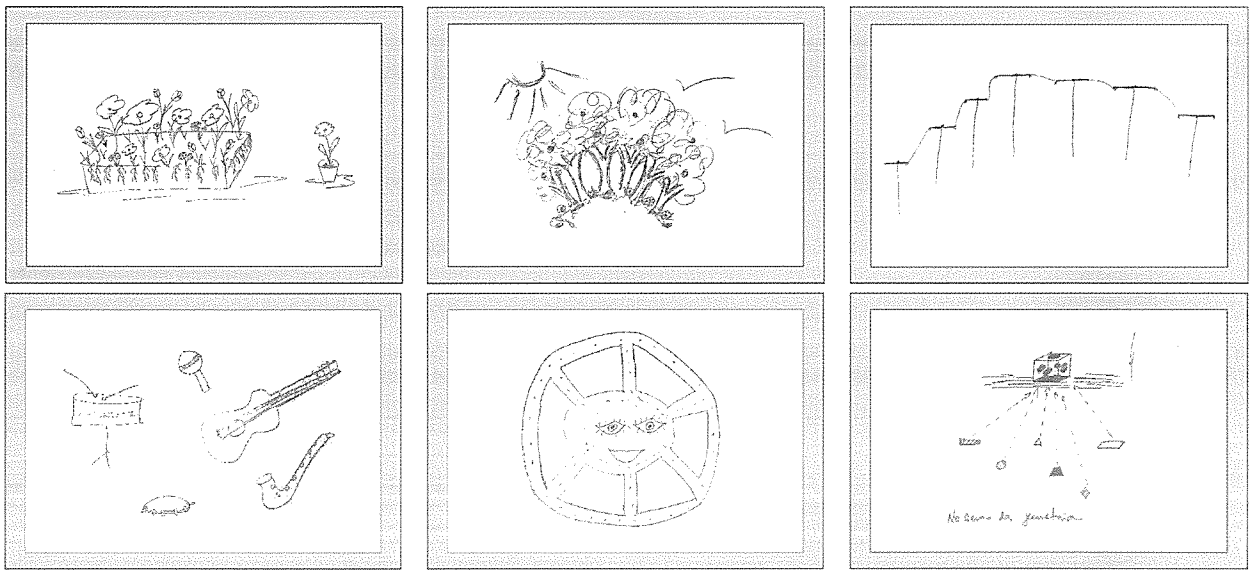
Representações estáticas, estereotipadas, com vários profissionais, um ao lado do outro, parecendo posar para uma foto. Salienta-se o pensamento descritivo, concreto, expressando uma preocupação com o *tipo de composição*, sugerindo certa rigidez no contato ou um posicionamento mais formal.

CENAS



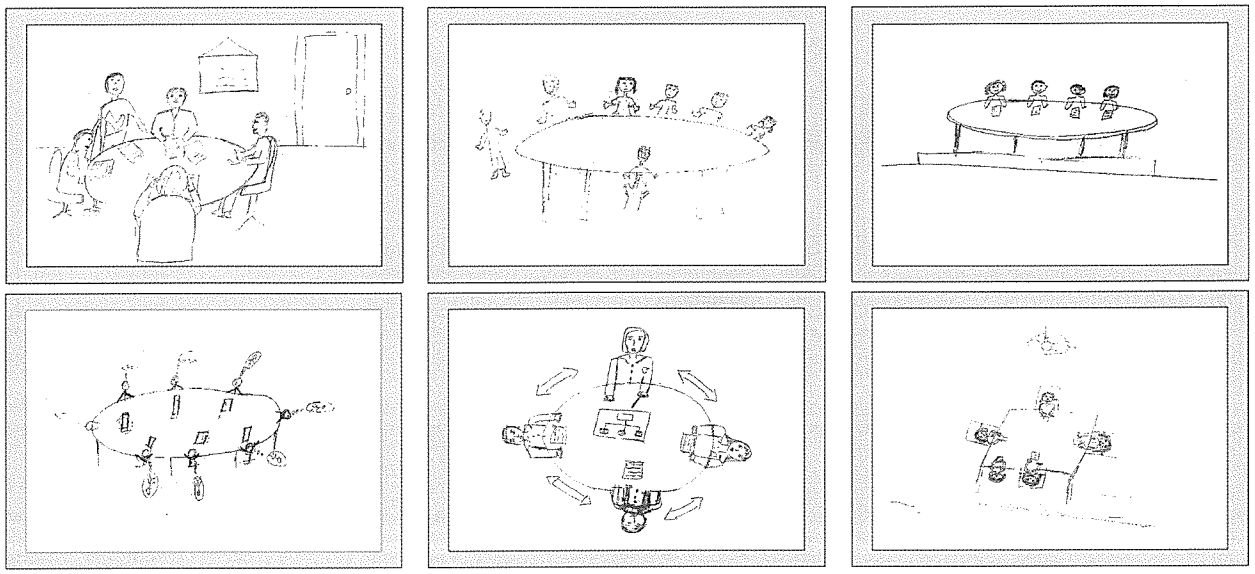
Representações vivenciais, com destaque para "personagens" em situações peculiares e certo infantilismo gráfico. Salienta-se um *envolvimento emocional,* com situações vividas na prática, sugerindo um contato próximo e espontâneo.

METÁFORAS



Representações simbólicas, com destaque para analogias com imagens poéticas (vaso de flores, bosque ensolarado, postes de luz, orquestra musical, rosto grupal, polígono tridimensional). Salienta-se o pensamento criativo, expressando uma preocupação direta com o *tipo de integração*, sugerindo originalidade e posicionamento diferenciado.

MESAS



Representações interativas, com destaque para a reunião de profissionais em torno de uma mesa. Salienta-se o pensamento concreto associado à capacidade empática, expressando uma preocupação com o *compromisso técnico*, sugerindo um posicionamento "cerimonioso" ou formal, porém com disponibilidade para trocas.

Categorização temática

Categoria temática	Expressões retiradas das histórias
Conteúdo idealizado: revela inexperiência ou pouca familiaridade com o trabalho em equipe, destacando-se um otimismo extremado, numa perspectiva imatura, ingênua ou idealizada da atividade interdisciplinar.	*grupo perfeito; todos de mãos dadas; todos igualmente importantes; todos implicados; todos em harmonia; clima agradável, muito gostoso; clima festivo; todos no mesmo ritmo; equipe coesa e organizada; futuro melhor e mais feliz; totalidade de conhecimentos.*
Conteúdo intermediário: revela maior contato com a realidade do trabalho em equipe, levando em consideração dificuldades, limites, problemas, diferenças; porém, alterna realismo e idealização, com desfechos mágicos do tipo "final feliz". Sugere atitude ambivalente ou instável quanto ao relacionamento interprofissional.	*diferenças individuais prevalecem, mas há troca e motivação constantes; muitos problemas e todos juntos buscando soluções; dificuldade de comunicação, mas todos dispostos a pensar; o consenso é difícil, até que todos se tornam generalistas, intervindo de maneira homogênea; é um trabalho difícil, mas não falta disponibilidade para trocar, ouvir, ceder e crescer.*
Conteúdo realista: revela maior experiência ou familiaridade com o trabalho em equipe, destacando-se a sensibilidade aos vários tipos de problemas, sem soluções mágicas. Sugere atitude equilibrada e madura no contato interdisciplinar.	*há conflitos; vários desencontros; dia-a-dia agitado; resistências; muitas dúvidas; contratempos pessoais e institucionais; diferentes graus de interesse; busca de recursos; conquista da integração através da superação de disputas narcísicas; o problema é ligar caminhos e uni-los verdadeiramente.*

Discussão

Como observado na tabela 1, há o predomínio das categorias *Esquemas*, *Fotos* e *Cenas* nos três subgrupos, sugerindo uma preocupação com a comunicação e relações interdisciplinares *(Esquemas)*, expressa sob ponto de vista abstrato, teórico. Quando a apreensão do trabalho interdisciplinar adquire uma dimensão mais concreta *(Fotos)*, a sensibilidade ao tipo de comunicação é substituída por uma percepção mais formal ou convencional da composição da equipe: de fato, as histórias da categoria *Fotos* se iniciam com a descrição dos profissionais ("o médico, a enfermeira, a psicóloga..."). Por outro lado, na categoria *Cenas* não há o formalismo encontrado nas *Fotos*, mas o envolvimento emocional em alguma situação específica parece desprovido de uma perspectiva mais ampla das relações interdisciplinares, típica dos *Esquemas*. Em menor proporção (principalmente nos subgrupos de psicólogos não-contratados), a categoria *Metáforas* destaca a preocupação com a integração interdisciplinar, manifestada de modo mais criativo do que as "ligações" através de flechas dos *Esquemas*, acrescentada de um componente afetivo mais sublimado ou elaborado do que em *Cenas*. A categoria *Mesas* parece somar a preocupação com a interação entre os profissionais vista em *Esquemas* e *Metáforas*, um tanto de formalismo visto nas *Fotos* e o contato próximo visto nas *Cenas*, porém tudo em um contexto técnico: a "reunião interdisciplinar". A representação de profissionais reunidos em torno de uma mesa não é tão original como a representação metafórica, mas sugere uma interação menos abstrata ou mais vivencial que a interação "esquematizada", ao mesmo tempo que menos estática ou estereotipada que a das *Fotos* e mais "profissional" que a das *Cenas*. As *imagens* de reuniões de equipe identificadas por Crapeau[5] (atividade racional, consensual e ritualística) assemelham-se aos elementos representacionais encontrados nesta amostra. Para este autor, as reuniões de equipe "legalizam" a elaboração de planos de tratamento integrado; neste sentido, é interessante constatar que o tema central das histórias da categoria *Mesas* refere-se a discussões clínicas, confirmando sua conotação técnica. Entretanto, apenas 8,8% de nossa amostra expressou esse tipo de representação, sugerindo que um compromisso técnico mais efetivo pode ser desenvolvido a partir do aproveitamento dos componentes intelectuais, formais, afetivos e criativos presentes nas representações mais freqüentes.

A necessidade de desenvolvimento do compromisso interdisciplinar detectada nos desenhos é confirmada pelo grau de realismo significativamente baixo das histórias (tabela 2), predominando, nos três subgrupos, conteúdos idealizados. Em média, aproximadamente 30% dos psicólogos *(Conteúdo Temático Intermediário)* manifesta uma consideração pelas dificuldades do trabalho interdisciplinar, porém com pouca tolerância à tal realidade, que acaba sendo negada através de soluções mágicas. A expressão de maior maturidade no trabalho em equipe *(Conteúdo Temático Realista)* restringe-se a menos de 20% da amostra. Como era de se esperar, a representação idealizada é mais freqüente entre os aprimorandos e especializandos, de fato menos experientes que os psicólogos contratados.

Distribuição das categorias gráficas e temáticas nos três subgrupos

Tabela 1

Porcentagem de categorias gráficas por subgrupo

Expressão gráfica	Tipo de vínculo dos psicólogos						Total	
	Contratados		Aprimorandos		Especializandos			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Esquemas	7	36,8	7	26,9	13	37,1	27	33,8
Fotos	3	15,8	9	34,6	10	28,6	22	27,5
Cenas	4	21,1	5	19,2	6	17,1	15	18,8
Metáforas	3	15,8	3	11,5	3	8,6	9	11,3
Mesas	2	10,5	2	7,7	3	8,6	7	8,8
Total	19		26		35		80	

Tabela 2

Porcentagem de categorias temáticas por subgrupo

Conteúdo temático	Tipo de vínculo dos psicólogos						Total	
	Contratados		Aprimorandos		Especializandos			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Idealizado	7	36,8	16	61,5	20	57,1	43	**53,8**
Intermediário	6	31,6	5	19,2	11	31,4	22	**27,5**
Realista	6	31,6	5	19,2	4	11,4	15	**18,8**
Total	**19**		**26**		**35**		**80**	

Tabela 3

Postura interdisciplinar definida a partir da porcentagem de conteúdos temáticos por categoria gráfica, nos três subgrupos

Postura	Tipo de vínculo dos psicólogos						Total	
	Contratados		Aprimorandos		Especializandos			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Teórica Idealizada	2	28,6	5	71,4	8	61,5	15	**55,6**
Teórica Intermediária	2	28,6	2	28,6	5	38,5	9	**33,3**
Teórica Realista	3	42,9	0	-	0	-	3	**11,1**
Esquemas	**7**		**7**		**13**		**27**	
Formal Idealizada	2	66,7	6	66,7	6	60,0	14	**63,6**
Formal Intermediária	1	33,3	0	-	2	20,0	3	**13,6**
Formal Realista	0	-	3	33,3	2	20,0	5	**22,7**
Fotos	**3**		**9**		**10**		**22**	
Emocional Idealizada	1	25,0	3	60,0	2	33,3	6	**40,0**
Emocional Intermediária	2	50,0	1	20,0	4	66,7	7	**46,7**
Emocional Realista	1	25,0	1	20,0	0	-	2	**13,3**
Cenas	**4**		**5**		**6**		**15**	
Criativa Idealizada	1	33,3	2	66,7	2	66,7	5	**55,6**
Criativa Intermediária	1	33,3	0	-	0	-	1	**11,1**
Criativa Realista	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	**33,3**
Metáforas	**3**		**3**		**3**		**9**	
Técnica Idealizada	1	50,0	0	-	2	73,3	3	**42,9**
Técnica Intermediária	0	-	2	100,0	0	-	2	**28,6**
Técnica Realista	1	50,0	0	-	1	36,7	2	**28,6**
Mesas	**2**		**2**		**3**		**7**	
Total	**19**		**26**		**35**		**80**	

A tabela 3 apresenta 15 tipos de "posturas" em face da equipe interdisciplinar, definidas a partir do grau de realismo das histórias em cada categoria gráfica. Vale destacar que a *postura idealizada* é mais freqüente na categoria *Fotos*, reforçando a hipótese de que a estereotipia desse tipo de expressão gráfica tem uma função defensiva, caracterizando uma atitude pouco espontânea e de maior distanciamento no relacionamento interprofissional.

De modo geral, os dados encontrados neste estudo vão ao encontro dos pressupostos psicanalíticos referentes às resistências ao processo de desenvolvimento grupal e às tendências regressivas características dos grupos de trabalho[3,8]. Aprender com a experiência, como nos alerta Bion, de fato não é mesmo uma tarefa fácil, pois, se assim o fosse, os psicólogos contratados, cujo vínculo hospitalar é mais efetivo, apresentariam maior realismo em suas representações de equipe. Entretanto, não podemos deixar de considerar a falta de consistência das estratégias interdisciplinares e a necessidade de mudanças de atitude apontadas por alguns autores[12,13,17,22,23]. Se a tendência do psicólogo a uma atitude interdisciplinar mais distante prevalece, sugerindo certa imaturidade para cooperar com o trabalho em equipe, isto não é exclusivo a nossa área. Como afirmam Sabbatini e Cardoso[20], a verdadeira explosão de conhecimentos que nos cerca determina a necessidade de um novo perfil de profissional, mais capacitado a interagir com especialistas de diferentes áreas. Os autores lembram que nas universidades não se aprende a pensar interdisciplinarmente. Além disso, o conceito de *colaboração* é ainda pouco elaborado entre profissionais da saúde[19,22], o que pode ser justificado pelas afirmações de Bion sobre as dificuldades para se alcançar a "habilidade refinada" ou maturidade grupal.

Conclusão

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema mostrou ser um instrumento bastante útil e motivador para a investigação de representações de equipe interdisciplinar. A riqueza dos dados obtidos confirma sua adequação na investigação de representações grupais, quando o interesse se volta para dimensões mais profundas do problema pesquisado.

A disponibilidade dos psicólogos desta amostra para contribuir com este estudo revela um interesse genuíno pelo avanço da discussão sobre interdisciplinaridade, que prevaleceu sobre eventuais constrangimentos até esperados, uma vez que ocupar o lugar do "investigado" ao invés do "investigador" num procedimento projetivo não é tarefa das mais confortáveis para o psicólogo! A colaboração para uma abordagem científica da subjetividade do campo interdisciplinar pode constituir um fator relevante para o alcance de relações interdisciplinares mais produtivas.

Os dados obtidos neste estudo sugerem que a interdisciplinaridade ainda permanece no plano do desejo, como algo distante, idealizado, apreendido mais teoricamente ou de forma estereotipada. Há uma experiência emocional do trabalho em equipe, porém em processo de amadurecimento e busca de propostas mais realistas. O potencial criativo é algo que deve ser explorado, pois pode resultar em projetos de trabalho interessantes, diferentes, inovadores. A postura técnica, realista, pode ser promovida através de maior investimento na qualidade do trabalho clínico (aperfeiçoamento, reciclagem, discussões clínicas). Tais medidas provavelmente trarão maior segurança para um compromisso efetivo do psicólogo junto às atividades interdisciplinares.

Agradecimentos

- *À Dra. Mara Cristina Souza de Lucia, pelo incentivo constante e abertura a novas propostas de trabalho. A todos os colegas que participaram deste estudo, pela contribuição ao nosso desenvolvimento enquanto equipe. Ao Prof. Dr. Walter Trinca, nosso querido mestre. À Profa. Dra. Tânia Aiello-Vaisberg, por tudo que nos ensinou e como ensinou. À Profa. Dra. Bellkiss W. Romano e à Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, pelo reconhecimento e estímulo.*

Referências bibliográficas

1. *Aiello-Vaisberg TMJA. Investigação de representações sociais. In: Trinca W. (org.) Formas de Investigação Clínica em Psicologia. São Paulo, Vetor, 1997; 255-88.*
2. *Batalden PB, Cronenwett LR, Brown LL, Moffatt C, Serrell NP. Collaboration in improving care for patients: how can we find out what we haven't been able to figure out yet? Jt Comm J Qual Improv, 1998; 24(10): 609-18.*
3. *Bion WR. Experiências com grupos. 2ª ed. São Paulo, EDUSP, 1975.*
4. *Corrigan PW. Building teams and programs for effective rehabilitation. Psychiatr Q, 1998; 69(3): 193-209.*
5. *Crapeau EB. Three images of interdisciplinary team meetings. Am J Occup Ther, 1994; 48(8): 717-22.*
6. *Curley C, McEachern JE, Speroff T. A firm trial on interdisciplinary rounds on the inpatient medical wards: an intervention designed using continuous quality improvement. Med Care, 1998; 36(8 Suppl): AS4-12.*
7. *Deaton C. Outcomes measurement. Multidisciplinary approaches and patient outcomes after stroke. J Cardiovasc Nurs, 1998; 13(1): 93-6.*
8. *Freud S. Psicologia de grupo e análise do ego. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, 3ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1990; XVIII: 91-183.*
9. *Frykberg RG. The team approach in diabetic foot management. Adv Wound Care, 1998; 11(2): 71-7.*
10. *Grady GF, Wojner AW. Collaborative practice teams: the infrastructure of outcomes management. AACN Clin Issues, 1996; 7 (1): 153-8.*
11. *Grant M, Anderson P, Ashley M, Dean G, Ferrell B et al. Developing a team for multicultural, multi-institutional research on fatigue and quality of life. Oncol Nurs Forum, 1998; 25(8): 1404-12.*
12. *Hill M. The development of care management systems to achieve clinical integration. Adv Pract Q, 1998; 4(1): 33-9.*
13. *Jones KR. Outcomes analysis: methods and issues. Nurs Econ, 1993; 11(3): 145-52.*
14. *Jones RA. Multidisciplinary collaboration: conceptual development as a foundation for patient-focused care. Holist Nurs Pract, 1997; 11(3): 8-16.*
15. *Kerstein MD, Van Rijswijk L, Beitz JM. Improved coordination: the wound care specialist. Ostomy Wound Manage, 1998; 44(5): 42-55.*
16. *Lefley HP. Training professionals for rehabilitation teams. New Dir Ment Health Serv. Fall, 1998; 79: 13-23.*
17. *Manzo L, Rodriguez ML. Creative teams: an experimental activity. J Contin Educ Nurs, 1998; 29(5): 234-5.*
18. *Marchuk G, Tizel P. Patient rehabilitation in Canada and the USA. Lik Sprava, May, 1998; 3: 150-2.*
19. *Ray MD. Shared borders: achieving the goals of interdisciplinary patient care. Am J Health Syst Pharm, 1998; 55(13): 1005-10.*
20. *Sabbatini RME, Cardoso SH. Interdisciplinariedade e o estudo da mente. Unicamp - Núcleo de Informática Biomédica, 1998 [http://www.nib.unicamp.br].*
21. *Semley JK, Summers SJ, Barnes MP. Traumatic brain injury: efficacy of multidisciplinary rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil, 1998; 79(6): 678-83.*
22. *Stapleton SR. Team building. Making collaborative practice work. J Nurse Midwifery, 1998; 43(1): 12-8.*
23. *Taliaferro D. Healing relationships: building effective teams. Semin Perioper Nurs, 1998; 7(2): 122-7.*
24. *Torres SA, Holley JA, Ando J, De Vera J, Harris P et al. Maximizing care of patient with impaired bladder function: a PI project in a rehabilitation unit. J Nurs Care Qual, 1998; 12(6): 64-9.*
25. *Trinca W (org.). Formas de Investigação Clínica em Psicologia. São Paulo, Vetor, 1997.*
26. *Walsh M, Walsh A. Practice development units: a study of teamwork. Nurs Stand, 1998; 12(33): 35-8.*
27. *Warren ML, Houston S, Luquire R. Collaborative practice teams: from multidisciplinary to interdisciplinary. Outcomes Manag Nurs Pract, 1998; 2(3): 95-8.*

Estressores em unidade de terapia intensiva: percepção do paciente, família e equipe

Maria Alice Fontes Pinto Novaes, Elias Knobel, Anna Margherita G. T. Bork, Oscar Fernando Pavão dos Santos, Luiz Antônio Nogueira Martins, Marcos Bosi Ferraz

Resumo

Objetivo: *Comparar a avaliação do paciente a respeito dos fatores estressores presentes em unidade de terapia intensiva com a visão dos familiares e da equipe multiprofissional. Apontar semelhanças e diferenças de percepção dos estressores a fim de otimizar a intervenção junto ao paciente.* ***Desenho:*** *Corte transversal.* ***Local:*** *UTI Geral de hospital particular.* ***Pacientes e participantes:*** *No período de 1º de abril a 30 de junho de 1996 foram avaliados 50 pacientes durante a primeira semana de internação na UTI, 50 respectivos familiares e 50 membros da equipe multiprofissional diretamente envolvidos no cuidado desses pacientes.* ***Material e Resultados:*** *A Escala de Estressores em Terapia Intensiva ("ICUESS - Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale") foi administrada a todos os pacientes. Os familiares e a equipe multiprofissional foram solicitados a completar a escala baseados na sua percepção a respeito dos fatores de estresse para o paciente. Sentir dor, ter tubos no nariz ou na boca, estar preso por tubos e não conseguir dormir foram considerados pelos pacientes, familiares e equipe de saúde os principais estressores. A equipe multiprofissional avaliou a intensidade dos estressores maior que tanto a famílias quanto o paciente. Não foi encontrada diferença estatisticamente significante entre a intensidade dos estressores avaliada pelo paciente e a intensidade avaliada pela família e pela equipe multiprofissional.* ***Conclusão:*** *Sentir dor, não conseguir dormir, ter tubos no nariz ou na boca foram considerados os principais estressores pelos três grupos. Não foi encontrada correlação estatisticamente significante entre o escore de estresse total dos pacientes e dos familiares (r = 0,193), entre os pacientes e a equipe (r = -0,002) ou entre o escore total de estresse da equipe e da família (r = -0,185). Os resultados sugerem alguns pontos em comum entre a visão dos familiares e da equipe em relação aos fatores estressores, porém a intensidade da avaliação de cada grupo corresponde à própria percepção.*

Introdução

A internação em UTI é sabidamente um momento de estresse para o paciente. Novaes et al.[1] observaram que ter dor, não conseguir dormir, ter tubos no nariz ou na boca, não ter controle de si mesmo, estar amarrado por tubos além de não ter explicações sobre o tratamento são os principais estressores de acordo com a visão do paciente.

A família e a equipe têm, porém, a sua própria avaliação no que concerne ao estresse da internação do paciente

Endereço para correspondência:
Hospital Albert Einstein – Unidade de Terapia Intensiva
Av. Albert Einstein, 627 - 5º andar - Morumbi
05651-901 - São Paulo-SP

na unidade de terapia intensiva. As experiências pessoais estressantes tanto da família como da equipe[2] afetam a avaliação a respeito do que o paciente vivencia no hospital[3]. Assim, é importante estudar a visão da equipe de saúde a respeito do estresse experimentado pelo paciente, uma vez que serão os profissionais os principais responsáveis por intervenções junto aos pacientes. Trabalhos anteriores[4,5] mostram que a atuação específica da equipe sobre os fatores de estresse para o paciente é a chave para a humanização do ambiente da UTI.

O objetivo do presente trabalho é comparar os fatores estressores segundo a avaliação do paciente, com a percepção da família e da equipe multiprofissional sobre os fatores estressores para o paciente, e apontar semelhanças e diferenças de percepção desses fatores a fim de otimizar o cuidado ao paciente.

Material e Métodos

Este estudo transversal foi realizado na UTI Geral de um hospital particular com 73 leitos (Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, Brasil) de 1º de abril a 30 de junho de 1996. Nesse período, 428 pacientes foram admitidos na UTI. 60 pacientes, respectivos familiares e um membro da equipe multiprofissional foram entrevistados. Dois pacientes não concordaram em responder o questionário, e um foi considerado confuso ao longo da entrevista e retirado do estudo. Quanto aos familiares, seis não devolveram o questionário, assim como um membro da equipe. Os restantes 50 pacientes e seus respectivos familiares e profissionais envolvidos no tratamento foram objeto deste estudo.

O paciente, respectivos familiares e os membros da equipe multiprofissional foram solicitados a avaliar a percepção a respeito dos fatores de estresse para o paciente.

Pacientes, familiares e equipe de saúde foram entrevistados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: os pacientes deveriam:

a) estar conscientes e orientados;

b) admitido na UTI há mais de 24 horas e menos que 6 dias;

c) serem maiores de 18 anos;

d) consentir em participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão da família foram:

a) ser parente de primeiro grau do paciente entrevistado;

b) ter visitado o paciente pelo menos uma vez durante a presente internação;

c) ser maior de 18 anos;

d) consentir em participar da pesquisa.

Os critérios para inclusão da equipe foram:

a) estar prestando atendimento ao paciente que foi entrevistado;

b) ser médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta ou psicólogo da equipe;

c) consentir em participar da pesquisa. As três entrevistas, com o paciente, familiares e com a equipe, foram realizadas no mesmo dia.

As entrevistas ao paciente foram realizadas em qualquer dia entre 24 horas e 6 dias pós-admissão na UTI. O Comitê de Ética do hospital aprovou a pesquisa.

A Escala de Estressores em Terapia Intensiva ("ICUESS – Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale") foi validada por Ballard et al.[6] e por Narstasy et al.[7] e aplicada para todos os pacientes, um de seus familiares e um membro da equipe profissional que estivesse cuidando do paciente no mesmo dia. Os familiares e a equipe multiprofissional eram solicitados a completar a "ICUESS" baseados na própria percepção dos fatores estressores para o paciente. A escala foi traduzida para o português e culturalmente adaptada pelos autores do trabalho. A escala contém 40 itens avaliados desde não-estressante (valor 1) até muitíssimo estressante (valor 4). As características clínicas dos pacientes e demográficas dos familiares e da equipe foram coletadas em formulário padronizado.

Análise estatística descritiva foi utilizada para caracterização das variáveis e dados clínicos e demográficos. A média dos escores foi calculada para cada um dos 40 estressores, classificados desde o mais estressante até o menos estressante. A correlação de Spearman foi utilizada para avaliar a relação entre os estressores percebidos pelos pacientes com os percebidos tanto pela família quanto pela equipe multiprofissional. O escore total de estresse de cada entrevistado foi obtido através da soma das respostas da escala "ICUESS". A média foi calculada para cada grupo (pacientes, familiares e equipe) e o teste "t" foi utilizado para a comparação entre os grupos. O nível de significância foi de 5% (alfa = 0,05).

Resultados

A tabela 1 apresenta as características demográficas da amostra. Dos pacientes entrevistados, 36 (72%) eram do sexo masculino. Quanto ao grau de escolaridade, a maioria n = 31 (62%) era de nível superior e os demais distribuíam-se em ensino médio, n = 13, (26%) e ensino fundamental,

Tabela 1

Comparativo dos estressores ranqueados pelo paciente, família e equipe

Estressor	Paciente			Família			Equipe		
	posição	média	DP	posição	média	DP	posição	média	DP
Ter dor	01	3,36	1,01	01	3,66	0,75	01	3,66	0,75
Não conseguir dormir	02	3,34	0,98	04	3,34	0,92	04	3,58	0,57
Ter tubos no nariz e/ou na boca	03	3,26	1,01	02	3,58	0,7	02	3,62	0,81
Não ter controle de si mesmo	04	3,1	1,11	06	3,24	1,06	19	3	0,95
Estar amarrado por tubos	05	3,02	1,12	03	3,4	0,78	03	3,58	0,78
Não ter explicações sobre o tratamento	06	3,02	1,22	11	3,14	1,09	09	3,26	0,8
Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas	07	2,9	1,15	05	3,24	0,98	21	2,88	0,9
Não saber quando as coisas vão ser feitas	08	2,84	1,06	14	3	1,05	16	3,02	0,82
Ser furado por agulhas	09	2,8	1,18	19	2,8	1,05	07	3,3	0,89
Ter sede	10	2,76	1,22	12	3,06	0,87	18	3,02	0,94
Ter luzes acesas constantemente	11	2,72	1,25	23	2,72	1,09	13	3,2	0,73
Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia	12	2,66	1,22	09	3,18	0,96	14	3,1	0,95
Cama e/ou travesseiros inconfortáveis	13	2,64	1,26	18	2,82	1,16	24	2,8	0,81
Não ter privacidade	14	2,64	1,24	22	2,76	1,06	11	3,24	0,8
Enfermagem e médicos falando muito alto	15	2,54	1,15	15	2,86	1,16	12	3,22	0,68
Ser incomodado	16	2,52	1,15	30	2,36	1,01	23	2,82	0,87
Ter que usar oxigênio	17	2,5	1,2	25	2,68	1,06	34	2,44	0,95
Escutar o gemido de outros pacientes	18	2,46	1,23	07	3,18	1,08	05	3,36	0,72
Estar num ambiente muito quente ou muito frio	19	2,46	1,05	20	2,78	1	06	3,32	4,36
Não saber onde está	20	2,46	1,33	08	3,18	1,08	15	3,08	0,94
Não saber que horas são	21	2,44	1,18	31	2,34	1,02	29	2,58	0,91
Sons e ruídos desconhecidos	22	2,4	1,11	26	2,58	1,03	22	2,84	0,87
Sentir que a enfermagem está muito apressada	23	2,4	1,14	17	2,84	1,06	17	3,02	0,91
Sentir falta do marido ou da esposa	24	2,34	1,19	10	3,16	1,02	20	2,9	1,02
Escutar os alarmes do monitor cardíaco dispararem	25	2,26	1,16	13	3,02	1,06	10	3,24	0,77
Não saber que dia é hoje	26	2,2	1,21	27	2,48	1,05	31	2,56	0,93
Ter a equipe falando termos incompreensíveis	27	2,2	1,2	21	2,78	1	26	2,66	0,87
Ser acordado pela enfermagem	28	2,14	1,13	36	2,24	1,02	32	2,52	0,99
Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	29	2,14	1,25	24	2,72	1,05	27	2,64	0,85
Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	30	2,08	1,08	28	2,44	1,16	25	2,72	0,86
Ter enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito	31	2,06	1,08	35	2,26	1,03	35	2,42	0,93
Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos	32	2,02	0,91	16	2,86	1,01	08	3,26	0,66
Ser cuidado por médicos desconhecidos	33	1,96	1,18	34	2,26	1,01	33	2,44	0,95
Ser examinado por médicos e por enfermeiros constantemente	34	1,96	1,11	38	1,84	0,91	36	2,34	1
Escutar o telefone tocar	35	1,92	1,12	29	2,36	1,03	28	2,62	0,83
Sentir cheiros estranhos	36	1,92	1,07	37	2,22	0,97	39	2,18	0,92
Ter máquinas estranhas ao redor	37	1,9	1,16	32	2,34	1,02	30	2,58	0,84
Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	38	1,74	0,9	40	1,76	0,89	37	2,32	0,82
A enfermeira não se apresentar pelo nome	39	1,64	0,88	39	1,76	0,8	40	2,16	0,74
Ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça	40	1,58	0,91	33	2,34	1,1	38	2,22	0,93

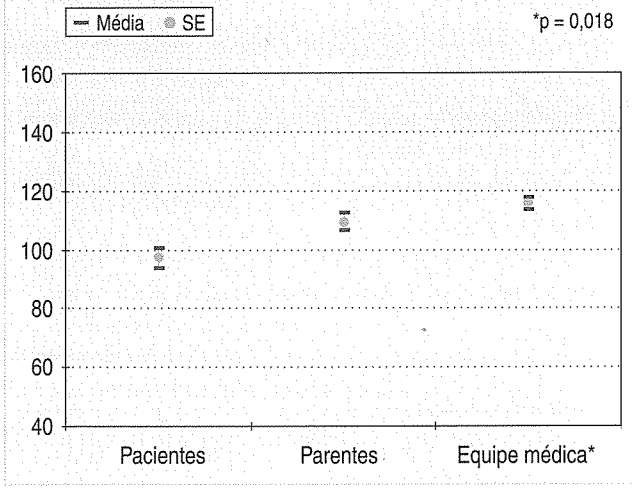
Tabela 2

Dados demográficos dos pacientes, familiares e equipe

	Pacientes	Familiares	Equipe
Idade (anos)		ND	ND
média	52,8 anos		
intervalo	18-83 anos		
desvio padrão	s.d= 15,6		
Sexo			
masculino	n=36 (72%)	n=11 (22%)	n=18 (36%)
feminino	n=14 (28%)	n=39 (78%)	n=32 (64%)
Escolaridade			
1º grau	n=6 (12%)	n=3 (6,3%)	n=3 (6,3%)
2º grau	n=13 (26%)	n=15 (31,3%)	n=17 (35,4%)
superior	n=31 (62%)	n=32 (62,5%)	n=28 (58,3%)
Estado civil			
casado	n=33 (66%)	n=39 (78%)	n=18 (36%)
solteiro	n=9 (18%)	n=6 (12%)	n=30 (60%)
desquitado	n=4 (8%)	n=3 (6%)	n=1 (2%)
viúvo	n=4 (8%)	n=2 (4%)	n=1 (2%)
Grau de parentesco dos familiares		**Ocupação da equipe**	
cônjuges	n=24 (48%)	aux. Enferm.	n=23 (46%)
filhos(as)	n=13 (26%)	enfermeira	n=17 (34%)
pai/mãe	n=6 (12%)	fisioterapeuta	n=5 (10%)
irmã(ao)	n=4 (8%)	médico	n=4 (8%)
outros	n=3 (4%)	psicólogo	n=1 (2%)

ND = não determinado

Figura 1



n = 6 (12%). A média de idade (SD) dos pacientes foi de 52,9 (15,5) anos, variando entre 18 e 83 anos. No que se refere ao estado civil, 33 (66%) eram casados, 9 (18%) solteiros, 4 (8%) desquitados/ divorciados e 4 (8%) eram viúvos. Dos familiares entrevistados, 24 (48%) eram cônjuges, 13 (26%) filhos(as), 6 (12%) pai/mãe, 4 (8%) irmãos e 3 (4%) outros. 32 (62,5%) tinham nível superior, 15 (31,3%), ensino médio e 3 (6,3%), ensino fundamental, sendo que 78% (n=39) eram mulheres. Em relação ao estado civil, 78% (n=39) eram casados, 6% (n=3) desquitados, 12% (n=6) solteiros e 4% (n=2) viúvos. Dos membros da equipe entrevistados, 64% (n=32) eram mulheres. Vinte e três (46%) eram auxiliares de enfermagem, 17 (34%) enfermeiras, 5 (10%) fisioterapeutas 4 (8%) médicos e 1 (2%) psicóloga. Quanto ao estado civil, 30 (60%) eram solteiros, 18 (36%) casados, 1 (2%) desquitado e 1 (2%) viúvo.

A tabela 2 apresenta o resultado do ranqueamento e a média das respostas dos pacientes (P), familiares (F) e equipe (E) . O primeiro estressor apontado pelos três grupos foi ter dor (média: P = 3,36 / F = 3,66 / E = 3,66). Ter tubos no nariz e/ou na boca (média: P = 3,26 / F = 3,58 / E = 3,62) foi apontado como segundo estressor pela família e pela equipe e em terceiro pelo paciente. Estar amarrado por tubos foi o terceiro estressor pela família e pela equipe, e o quinto do ponto de vista do paciente (média: P = 3,04 /F = 3,40 / E = 3,56). Não conseguir dormir (média: P = 3,34 / F = 3,40 / E = 3,58) foi o quarto da família e da equipe e o segundo pelo paciente. Ter máquinas estranhas ao redor (média: P = 1,9 / F = 2,34 / E = 2,58) e ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça (média: P = 1,58 / F = 2,34 / E = 2,22) foram apontados como não-estressantes pelos pacientes e um pouco estressantes pela equipe e a família. Sentir cheiros estranhos (média: P = 1,92 / F = 2,22 / E = 2,18), medir a pressão arterial muitas vezes ao dia (média: P = 1,74 / F = 1,76 / E = 2,32) e as enfermeiras não se apresentarem pelo nome (média: P = 1,64 / F = 1,76 / E = 2,16) foram classificados como não-estressantes pelos pacientes e família e como um pouco estressantes pela equipe.

Não foi encontrada correlação estatisticamente significante entre a soma das respostas dos pacientes e dos familiares (p = 0,193), dos pacientes e da equipe (p = -0,002), bem como entre a soma dos escores da equipe e dos familiares (p = -0,185).

A figura 1 apresenta e compara a média das respostas (SD) da "I CUESS" dadas pelos pacientes, familiares e membros da equipe de profissionais. Como pode ser observado, houve uma diferença estatística significativa entre as respostas dadas pelos pacientes e pela equipe de profissionais (p = 0,018). Não houve diferença estatisticamente significante entre as respostas dos pacientes e dos familiares (p = 0,185) ou entre os familiares e a equipe profissional (p = 0,114).

Discussão

Apesar de a amostra ser pequena (50 pessoas de cada grupo), o presente estudo parece acrescentar algumas informações quanto aos fatores estressores na UTI. Os autores observaram que a intensidade de avaliação de cada grupo foi diferente, com a equipe e a família avaliando os estressores de maneira mais intensa que o paciente. Não houve correlação entre a avaliação do paciente e da equipe multiprofissional, observando-se diferença estatisticamente significante entre os escores obtidos pelos pacientes e pela equipe multiprofissional. Esses resultados corroboram os achados de outros autores, como Carr e Powers[8], que apontaram uma significativa diferença entre as percepções dos pacientes e da equipe a respeito dos estressores associados a cirurgia de revascularização do miocárdio. Em outra pesquisa, Ross et al.[9] avaliaram o estresse dos pacientes e a percepção das enfermeiras acerca deste e concluíram que as enfermeiras que acompanhavam os pacientes no pós-operatório superavaliavam o estresse destes. De acordo com os autores, a avaliação distorcida impede a equipe de discriminar adequadamente os fatores que causam estresse para o paciente. A equipe de saúde e os familiares podem estar projetando seus sentimentos no paciente.

Diferentemente de outros estudos, nossa pesquisa avaliou os pacientes ainda internados na UTI antes da transferência para outro nível de cuidados, comparando as opiniões dos familiares e da equipe multiprofissional. Os outros compararam a percepção do paciente apenas com a equipe de saúde após a alta da UTI.

Ter dor foi considerado o principal fator estressante tanto para o paciente como para familiares e equipe, mostrando ser o fator prioritário de preocupação para os três grupos envolvidos na internação em UTI. É, assim, importante salientar que a equipe deve estar atenta aos seus sinais, buscando medidas eficazes e práticas na rotina da UTI a fim de proporcionar a melhor analgesia possível ao paciente. A escala avaliou os principais estressores na UTI, incluindo dor; entretanto, não foi analisada a presença e a intensidade da dor no momento da entrevista.

Em relação à dificuldade de dormir na UTI, apontada como segundo fator estressante para o paciente e quarto para a família e equipe, seria aconselhável sugerir a diminuição de barulho na unidade através da conscientização da equipe sobre a importância desse fator para o paciente, buscando, além do controle dos ruídos dentro das unidades, o planejamento dos horários de procedimentos visando ao restabelecimento do ciclo vigília/sono. A possibilidade de administração de indutores do sono no período noturno deve ser considerada pelo médico como uma alternativa terapêutica valiosa para o descanso do paciente e a restauração do sono na UTI.

Não ter controle de si mesmo, não poder mexer as mãos ou braços e não saber quando as coisas vão ser feitas estão entre os primeiros estressores classificados pelo paciente, mas considerados respectivamente apenas como 19º, 21º e 16º pela equipe. Os profissionais, no exercício diário de suas tarefas, exatamente por responsabilizarem-se pelo controle dos cuidados e do tratamento do paciente, tornam-se menos atentos à perda de autonomia e à necessidade de incentivar para que o próprio paciente sinta controle da situação que o cerca.

Diminuir o estresse provocado por tubos no nariz e/ou na boca são intervenções informativas e psicoprofiláticas. Recomenda-se aos profissionais que estejam atentos e disponíveis para explicar ao paciente a necessidade da utilização dos equipamentos, preferencialmente antes da realização de grandes cirurgias. Deve-se garantir ao paciente que ele possa se comunicar através da escrita e de gestos enquanto estiver consciente e que o controle da dor será realizado de forma contínua.

Sentir falta do marido e da esposa, assim como ver a família por apenas alguns minutos por dia, foram classificados entre os dez principais estressores pela família, enquanto foi apontado como 24º e 12º pelo paciente. Nota-se que a família superestima sua presença junto ao paciente, enquanto este parece mais preocupado com a sua recuperação, uma vez que tenha a família presente em horários flexíveis. Fatores como não saber quando os procedimentos serão feitos e não ter explicações sobre o tratamento parecem ser mais importantes para o paciente do que a presença da família dentro da UTI, já que dispomos da rotina com horários flexíveis para visitação nesta unidade.

Por outro lado, escutar o gemido de outros pacientes; o barulho e os alarmes dos equipamentos parece ser algo que incomoda mais os membros da equipe do que os próprios pacientes. A preocupação constante com os alarmes faz parte da rotina dos membros da equipe de saúde, sendo considerada um fator ambiental pouco estressante pelo paciente. Os gemidos incomodam a equipe, possivelmente por serem resultados de procedimentos dos quais eles se sentem responsáveis, que causam desconforto físico para o paciente e psicológico para a equipe.

Curiosamente, ter máquinas estranhas ao redor e ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça foram considerados fatores não-estressantes pelos pacientes e um pouco estressantes pelos familiares e equipe. Imaginava-se que a aparelhagem hospitalar seria algo bastante ansiogênico para o paciente, porém, diante desses resultados, parece que justamente ter essas máquinas próximas de si proporciona um sentimento positivo de segurança.

O fato de as enfermeiras não se apresentarem pelo nome foi classificado como não-estressante para os três grupos. Isso demonstra que é mais importante que a equipe saiba chamar o paciente pelo nome do que este saber o nome de cada profissional que o assiste. O paciente confia na numerosa equipe que o está atendendo, o que parece tornar a apresentação pelo nome uma formalidade do contato social e não um fator de tranqüilidade para o paciente.

Sentir cheiros estranhos foi considerado pouco estressante pela família e equipe. Parece que, quando questionados acerca desse aspecto, os dois grupos não associaram a palavra "estranhos" com "ruins". Dessa forma, avaliaram que cheiros estranhos eram apenas cheiros desconhecidos, fator típico de um hospital e portanto não-estressante.

Os cinco últimos estressores apontados não necessitam de intervenções, uma vez que foram classificados como pouco ou não-estressantes. São eles: ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça, a enfermeira não se apresentar pelo nome, medir a pressão arterial muitas vezes ao dia, ter máquinas estranhas ao redor e sentir cheiros estranhos.

Ao analisar a intensidade de respostas dos três grupos, percebeu-se que a equipe avaliou os estressores em relação aos pacientes de modo mais intenso do que os familiares e os próprios pacientes. Seria legítimo supor que, justamente por estarem acostumados com a rotina de internação em UTI, os profissionais avaliassem a situação de forma menos intensa que os demais. Entretanto, observou-se que os profissionais mostram-se sensibilizados pelo sofrimento do paciente, além de exteriorizarem a constante pressão psicológica sob a qual trabalham. Ainda, é interessante assinalar a respeito do grupo de familiares e do grupo de membros da equipe profissional que a maioria é formada por mulheres, enquanto no grupo de pacientes 72% são homens. Os estudos de Cocharan J, Gannong LH[10] e Conock MA[11] apresentam resultados semelhantes, apontando que as enfermeiras tendem a avaliar os itens de modo mais elevado que os pacientes. Existe a possibilidade de que as diferenças na distribuição dos sexos influencie a avaliação dos pacientes, tipicamente homens, e a percepção da equipe multiprofissional e a família, que é composta principalmente por mulheres. Os próximos estudos deveriam procurar equivalência entre os sexos e incluir amostra maior. O objetivo deste estudo foi a avaliação das respostas dos profissionais da equipe de saúde que prestavam cuidados aos pacientes na UTI durante a internação. Como em nosso serviço a proporção de auxiliares de enfermagem é maior que a de enfermeiros ou médicos, uma grande porcentagem dos entrevistados foram os auxiliares de enfermagem.

A UTI é um ambiente ansiogênico por representar uma situação-limite para pacientes, familiares e equipe. As intervenções sobre aspectos físicos e psicológicos são importantes nesse momento, buscando atender as diferentes necessidades de cada grupo: o paciente, que se defronta com as limitações próprias de sua condição humana; a família, que acompanha a internação com a ameaça constante de perda do ente querido; e a equipe, que sofre mediante a impotência do seu papel frente ao sofrimento humano. Para que os familiares possam avaliar o estresse do paciente nesse momento de modo mais fidedigno, é preciso proporcionar-lhes informações contínuas a respeito da evolução do seu quadro, mantendo horários de visita flexíveis para que estejam mais próximos do paciente e da rotina da UTI.

Como resultado dessa necessidade, uma política de comunicação entre pacientes, familiares e equipe de saúde foi implementada. As intervenções incluíram a apresentação dos fatores estressores para o paciente e a comparação com a percepção da família e da equipe para o grupo de trabalho da UTI; foram também encorajados os contatos com maior freqüência em locais privativos.

Ter dor, não conseguir dormir e ter tubos no nariz e/ou na boca foram apontados como os principais estressores pelos três grupos. A partir disso, deve-se pensar em intervenções a fim de minimizar tais aspectos. Todas elas, diretas ou não, viabilizam a estruturação de uma UTI cada vez mais humanizada, o que repercute na melhoria das condições de internação do paciente, na diminuição da ansiedade dos familiares e no equilíbrio da equipe.

Referências bibliográficas

1. *Novaes MA, Aronovich A, Silva MT, Ferraz M, Knobell E. Stressors in ICU: patients' evaluation. Int Care Med, 1997; 23: 1282-5.*
2. *Nogueira-Martins LA, Yazigi L, Fernandes MH, Machado AM. Dela douleur des malades à la souffrance de l'equipe: tentative de compréhension dynamique du fonctionnement d'une Unité de Therápie Intensive de traumatismes. Psychologie Medicale, 1990; 22(8): 727-31.*
3. *Fornés Vives J, Gallego Caminero G, Barceló Oliver M el at. Casual and emotional factors related to work stress in ICU nursing staff. The importance of accurate measurement. Crit Care Nurs, 1994; 10(1): 41-50.*
4. *Elpern EH, Patterson PA, Gloskey D, Bone RC. Patients preferences of intensive care. Crit Care Med, 1992; 20: 43-7.*
5. *Yarcheski A, Knapp-Spooner C. Stressors associated with coronary bypass surgery. Clin Nurs Res, 1994; 3(1): 57-68.*
6. *Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. Issues Ment Heath Nurs, 1981; 1(3): 89-108.*
7. *Nastasy EL. Identifying environmental stressors for cardiac surgery patients in a SICU. In: Proceedings of the 12th Annual National Teaching Institute of AACN. Newport Beach, Califórnia, AACN; 1985; 357.*
8. *Carr JA, Powers MJ. Stressors associated with coronary bypass surgery. Nurs Res, 1986; 35: 243-6.*
9. *Ross SEM, Mackay RC. Pos operative stress-do nurses accurately their patients. Journal of Psychosocial Nursing, 1986; 24(4): 17-22.*
10. *Cochran J, Ganong LH. A comparison of nurses' and patients' perception of intensive care unit's stressors. Jadv Nurs, 1989; 14(12): 1038-43.*
11. *Cornock MA. Stress and the intensive care patient: perceptions of the patients and nurses. J Adv Nurs, 1998; 27(3): 518-27.*
12. *Ross SEMD, Ruth CMK. Pos operative stress-do nurses accurately their patients. Journal of Psychosocial Nursing, 24(4).*

Modificação da imagem corporal ao longo do processo de transplante cardíaco

Elaine Marques Hojaij, Bellkiss Wilma Romano

Resumo

Por imagem corporal compreende-se a forma como nosso corpo é organizado em nossa vida psíquica. Baseia-se em contatos que o indivíduo tem consigo mesmo e com o mundo externo, apresentando-se em constante transformação e assumindo caráter dinâmico. Qualquer modificação na vida do indivíduo será fator provocativo de alteração da imagem corporal, tal como ocorre no caso de doença orgânica. O transplante cardíaco é uma situação com gravidade vital para o indivíduo, mobilizadora de afetos e sensações físicas, e desencadeante de profundas mudanças da auto-imagem. Foram estudados 16 pacientes em fila de espera para transplante cardíaco e 23 transplantados, a fim de se verificar as alterações de imagem corporal ocorridas. Para tal, utilizou-se o Desenho da Figura Humana de Machover, instrumento que permite avaliar a dinâmica de personalidade e que tem suas bases no conceito de imagem corporal. Observaram-se, como resultados comparativos, mudanças entre os grupos quanto à imagem corporal. A relação indivíduo/mundo, para o grupo de espera, aponta para sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade, associados a dependência emocional e passividade. No pós-operatório, parece haver melhora no que diz respeito à auto-estima e na relação indivíduo/mundo, persistindo dificuldades relacionadas à esfera da sexualidade, porém um pouco mais amenas. Em ambos os grupos foram notados traços característicos que simulam desenhos realizados por psicóticos. Unitermos: imagem corporal, transplante cardíaco, aspectos psicológicos.

Introdução

O conceito de imagem corporal foi primeiramente descrito por Schilder[1], em meados deste século, sendo largamente utilizado na atualidade por diversos autores como uma das formas de compreensão do indivíduo.

Por imagem corporal entende-se "a figuração de nosso corpo formada em nossa mente"[1], "o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós"[1]. A imagem corporal é estruturada e influenciada por diversos fatores, tanto subjetivos e internos como provenientes do mundo externo, de modo que corpo e mundo permanecem em constante intercâmbio ao longo do tempo. Como parte de sua formação, encontram-se contribuições anatômicas, neurológicas e sociológicas, dentre outras. Toda emoção, ação, sensação corporal e autoconceito estão aí entrelaçados. Acrescenta-se a estes o conceito que terceiros têm acerca do indivíduo, e o modo como é estabelecida a relação entre eles[1].

Sendo assim, a imagem corporal não é uma unidade estática; apresenta-se em constante transformação (autoconstrução e autodestruição), assumindo caráter dinâmico[1-4].

Qualquer alteração fisiológica ou problemas vitais de um indivíduo são suficientes para causar mudança na imagem do corpo. São transformações provocativas de emoções, que diretamente estão vinculadas à personalidade do indivíduo[3].

Endereço para correspondência:
Serviço de Psicologia – Instituto do Coração – HC-FMUSP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44
05403-900 - São Paulo-SP

Na ocorrência de doença orgânica, os sintomas e sinais estarão alterando imediatamente a imagem que o indivíduo tem de seu corpo. Toda estrutura motriz dos instintos de vida do sujeito passa a ser focalizada no órgão doente; suas energias deslocam-se para lá, modificando o modelo corporal. As alterações orgânicas desencadeiam alterações sensoriais que ativam as emoções do indivíduo que sofre, reestruturando sua imagem corporal[1, 3].

Capisano[3] aponta que a angústia é prejudicial à imagem corporal no homem considerado "normal", sendo um dos sentimentos mais referidos por pacientes terminais. "Do ponto de vista subjetivo, terminal passa a ser qualquer pessoa a partir do momento em que percebe ou fantasia a morte como uma realidade próxima e possível", de acordo com Barrêto[2].

Assim é o paciente que aguarda em fila de espera por um transplante cardíaco, envolvido em constante estresse emocional. Portador de uma doença crônica em fase avançada, diante da possibilidade de morte que pode preceder a cirurgia, espera com ansiedade a chegada de um órgão capaz de restituir-lhe a saúde. Medo e incerteza diante do futuro surgem em dois pólos opostos: vida e morte[5-8]. Christopherson aponta que cerca de 35% dos pacientes morrem antes da realização do transplante[7].

Falta de ar, tosse, dores e cansaço são alguns dos sintomas que irão incapacitar o indivíduo à realização de uma série de atividades, restringindo suas capacidades. Em sua maioria estão afastados de suas funções profissionais ou mesmo de pequenas atividades diárias. A aposentadoria precoce por invalidez é freqüente[4, 6, 8-10].

O indivíduo passa, assim, a depender das pessoas a seu redor em vários aspectos: financeiros, emocionais etc.

As relações interpessoais e o convívio social também tornam-se prejudicados pelas limitações provocadas pela doença. Vários autores observam isolamento social[6, 10]. Barrêto[2] menciona que "a morte social precede a morte física".

A atividade sexual mostra-se pouco freqüente, pela condição física pouco propícia, pela insatisfação ou pelo baixo interesse[8].

É considerado o período mais difícil dentro de todo o processo do transplante, gerador de intensas ansiedades, frustrações por não poder acelerar o processo, e culpa pelo desejo, consciente ou inconsciente, de morte de alguém[5, 8, 11, 12].

A fim de suportar a espera pelo doador, o paciente necessita ser ajudado em todos os níveis, amparado em função de sua fragilidade física e emocional.

A ocorrência de doença psiquiátrica nessa população não é rara. De acordo com alguns autores, os sintomas psiquiátricos mais comuns são ansiedade e depressão, inclusive com sintomas pré-psicóticos[6, 8].

O transplante cardíaco é mais do que uma operação: é a perda de um órgão carregado de simbologia afetiva, e a aceitação de um outro em seu lugar, por vezes intimidativo ao autoconceito.

"O indivíduo enfrenta o desafio de adaptar sua imagem corporal à presença de um órgão estranho em seu interior; vê submetida à prova sua flexibilidade egóica e sua capacidade lógica de pensamento, em cujo marco tem de integrar o significado inconsciente atribuído ao novo órgão"[12].

Para a maioria dos pacientes, o novo órgão tem um significado revigorante. Porém, para alguns, pode adquirir um significado destrutivo, conseqüência de introjeção patológica, tornando difícil integrá-lo à imagem corporal; nesses casos, podem surgir medos persecutórios ou transtornos afetivos, e até rejeição psicológica, ocorrendo de forma associada à rejeição física[6, 11-14].

Autores como Kuhn[15] e Kraft[16] relatam que cerca de 30% dos pacientes expressam fantasias de mudança de personalidade, pela aquisição imaginária de características do doador.

A presença de um órgão estranho e os significados conflituosos a ele associados, como a ansiedade vida-morte pela ameaça de rejeição constante, facilitam a regressão desses pacientes[4, 6, 10]. Essa regressão "permite não somente a assimilação e a integração, mas pode recarregar-se de significados primitivos e destrutivos a serem experienciados como um monstro, que clinicamente se descreve como psicose"[4, 6, 13].

Além desse tipo de alteração de imagem corporal (provocada por fantasias de aquisição de características do doador e mudanças de personalidade), observou-se que os pacientes também atêm-se muito às alterações corporais. Lough et al., citados por Shapiro[17], apontam que 25% dos pacientes relatam, com desagrado, mudança na aparência corporal e 30%, mudanças na aparência facial. O ganho de peso, o "moon face" e o aumento da quantidade de pêlos não são infreqüentes, devido ao uso de esteróides.

Com o aumento da capacidade de realizações e de retomada de atividades propiciado pela cirurgia, as relações sociais e interpessoais tendem a elevar-se nesse período. Embora apresentem condições físicas adequadas, muitos pacientes encontram dificuldades para retornar ao trabalho, seja por receio de comprometer-se clinicamente, ou pelo ganho secundário fornecido pela condição de "transplantado", isto é, pelas vantagens que essa condição lhe propicia[17].

É possível a ocorrência de disfunções sexuais nos homens pela hipertensão conseqüente ao uso da ciclosporina, ou pelo medo sentido pelo paciente de prejudicar o novo órgão ou o tórax[17].

Ao longo do processo de transplante cardíaco, ocorrem diversas mudanças que requerem adaptação ou que são passíveis de provocar a inadaptação do indivíduo. Paralelamente a essas modificações, a imagem corporal transforma-se.

Este estudo tem por objetivo investigar as alterações

quanto à imagem corporal em pacientes de fila de espera para transplante cardíaco e em receptores de transplante.

Método

Participaram deste estudo 39 pacientes, sendo 16 de fila de espera para transplante cardíaco e 23 transplantados. Esse número corresponde a cerca de 40% do total de pacientes de cada um desses grupos.

Para a investigação da imagem corporal utilizou-se o Desenho da Figura Humana de Machover. Esse teste foi escolhido por se tratar de um material que permite avaliar aspectos da dinâmica de personalidade, além de ser técnica projetiva com suas bases no conceito de imagem corporal e recurso que não requer alfabetização.

A análise do teste foi feita de acordo com os critérios de interpretação propostos por Van Kolck para amostra brasileira: análise dos aspectos gerais, estruturais e de conteúdo.

Dentre os aspectos gerais, foram analisados os itens: "localização na página", "tamanho do desenho" e "pressão do traço".

Com relação aos aspectos estruturais, estudou-se "posição da figura", "omissão de partes" e "transparência".

Dos aspectos de conteúdo, foram observados "cabeça", "contorno rosto", "cabelos", "dentes", "linhas no tronco", "braços", "mãos", "dedos em garra", "cintura" e "roupas".

Para cada aspecto do desenho foram calculadas freqüências absolutas e relativas (%), quanto ao total de desenhos.

Foi analisado apenas o primeiro desenho de cada paciente.

Resultados

A média de idade dos pacientes foi de 44 anos, variando de 24 a 64 anos. A maioria dos pacientes era do sexo masculino: 93,75% (15 pacientes) do grupo da fila de espera e 91,30% (21 pacientes) do grupo de transplantados (tabela 1).

Tabela 1 **Sexo da amostra**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
15	93,75	21	91,30	masculino
1	6,25	2	8,70	feminino

Aspectos gerais

Em relação à "localização na página", observou-se maior número de desenhos no quadrante superior esquerdo em 63% (10 pacientes) do grupo da fila de espera e em 61% (14 pacientes) do grupo de transplantados (tabela 2).

Tabela 2 **Localização da figura na página**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
10	63	14	61	superior esq.
0	0	2	9	superior dir.
2	12	3	13	inferior esq.
1	6	0	0	inferior dir.
3	19	4	17	centro

Dos desenhos de pacientes em fila de espera, 50% (8 pacientes) eram de tamanho normal e 44% (7 pacientes), de tamanho pequeno. Os desenhos dos pacientes transplantados dividiram-se em: 35% (8 pacientes) grandes; 39% (9 pacientes) normais; e 26% (6 pacientes) pequenos (tabela 3).

Tabela 3 **Tamanho do desenho**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
1	6	8	35	grande
8	50	9	39	normal
7	44	6	26	pequeno

A pressão do traço foi em sua maioria firme em 56% (9 pacientes) nos desenhos de pacientes em pré-operatório. Nos desenhos de transplantados, houve predominância de pressão fina de 65% (15 pacientes) (tabela 4).

Tabela 4 **Pressão do traço**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
7	44	15	65	fina
9	56	6	26	firme
0	0	2	9	forte

Aspectos estruturais

A figura apareceu desenhada de frente em 69% (11 pacientes) do grupo da fila de espera e em 57% (13 pacientes) do grupo de transplantados (tabela 5).

"Omissão de partes" foi verificada em 31% (5 pacientes) dos desenhos do grupo de pré-operatório e em 26% (6 pacientes) dos desenhos do grupo de transplantados (tabela 6). Em alguns casos ocorreram simultaneamente omissão de braços e pernas, por exemplo.

Tabela 5 Posição da figura

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
11	69	13	57	frente
2	12,5	2	9	perfil
1	6	7	30	frente/perfil
2	12,5	1	4	só cabeça

Tabela 6 Omissões

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
5	31	6	26	sim
11	69	17	74	não
2	40	3	50	tronco
4	80	6	100	mão/braço
4	80	3	50	pé/perna

Foram verificadas "transparências" em 12% (2 pacientes) dos desenhos do grupo da fila de espera e em 26% (6 pacientes) dos desenhos do grupo de transplantados (tabela 7).

Tabela 7 Transparências

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
2	12	6	26	sim
14	88	17	74	não
1	50	4	67	roupa
1	50	2	33	corpo

Nas figuras desenhadas em primeiro lugar, em ambos os grupos houve predomínio de figuras cujo sexo era coincidente com o do paciente: 56% (9 pacientes) dos desenhos do grupo da fila de espera e 83% (19 pacientes) dos desenhos do grupo de transplantados (tabela 8).

Tabela 8 Figura do sexo correspondente desenhada em primeiro lugar

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
9	56	19	83	sim
7	44	4	17	não

Aspectos de conteúdo

Nas figuras dos pacientes da fila de espera, a "cabeça" apareceu predominantemente desenhada em tamanho normal (75%, 12 pacientes). No grupo de transplantados, o tamanho da cabeça foi dividido da seguinte forma: 48% (11 pacientes) grande; e 52% (12 pacientes) normal (tabela 9).

Tabela 9 Cabeça

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
4	25	11	48	grande
12	75	12	52	normal

O "contorno do rosto" mostrou-se normal tanto nos desenhos do grupo da fila de espera (94%, 15 pacientes) como nos do grupo de transplantados (91%, 21 pacientes) (tabela 10).

Tabela 10 Contorno do rosto

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
0	0	1	4	sem contorno
1	6	1	4,5	só contorno
15	94	21	91	normal

Observou-se predomínio de "cabelos" desordenados entre as figuras desenhadas pelos pacientes do grupo da fila de espera (81%, 13 pacientes). Entre os desenhos do grupo de transplantados, verificou-se que 57% (13 pacientes) apresentavam cabelos desordenados e que 26% (6 pacientes) tinham ausência de cabelos (tabela 11).

Tabela 11 Cabelos

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
13	81	13	57	desordenados
2	13	4	17	ordenados
1	6	6	26	ausentes

Os "dentes" estavam presentes em apenas 12% (2 pacientes) dos desenhos do grupo da fila de espera. Nenhum transplantado desenhou figuras com dentes (tabela 12).

Tabela 12 **Dentes**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
2	12	0	0	sim
14	88	23	100	não

"Dedos em garra" foram notados em 42% (5 pacientes) dos desenhos do grupo da fila de espera, e em apenas 16% (3 pacientes) dos desenhos do grupo de transplantados (tabela 13).

Tabela 13 **Dedos em garra**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
5	42	3	16	sim
7	58	16	84	não

Em 21% (3 pacientes) dos desenhos do grupo da fila de espera observou-se presença de "linha vertical no tronco" da figura. 0 mesmo ocorreu em somente 5% (1 paciente) dos desenhos do grupo de transplantados (tabela 14).

Tabela 14 **Linhas no tronco**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
3	21	1	5	linha vertical
1	7	1	5	linha horizontal
10	72	18	90	n.d.a.

Verificou-se ocorrência de "detalhe no lado esquerdo do corpo" em 12% (1 paciente) dos desenhos do grupo da fila de espera, e em 27% (3 pacientes) dos desenhos do grupo de transplantados (tabela 15).

Tabela 15 **Detalhe no lado esquerdo do corpo**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
1	12	3	27	sim
7	87,5	8	73	não

A figura apareceu com "cintura marcada" de forma equivalente em ambos os grupos: 46% (6 pacientes) dos desenhos do grupo da fila de espera e 40% (8 pacientes) dos desenhos do grupo de transplantados (tabela 16).

Tabela 16 **Cintura**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
6	46	8	40	marcada
7	54	12	60	não-marcada

A posição do "braço" mais freqüentemente encontrada nas figuras realizadas por pacientes do grupo da fila de espera foi em 45 graus (42%, 5 pacientes). O mesmo foi notado nos desenhos do grupo de transplantados (38%, 8 pacientes) (tabela 17).

Tabela 17 **Braços**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
1	9	0	0	junto ao corpo
0	0	4	20	horizontal
7	49	9	42	outros
5	42	8	38	em 45 graus

Verificou-se ausência de "roupas" em 27% (4 pacientes) dos desenhos do grupo da fila de espera, dos quais 13% (2 pacientes) estavam totalmente nus. Dos desenhos realizados pelo grupo de transplantados, 57% (12 pacientes) não tinham roupa; a nudez não foi observada em nenhuma figura (tabela 18), sendo considerada quando a figura estava sem roupas e surgiam caracteres sexuais no desenho. Caso contrário, mesmo que a figura estivesse despida, o desenho era considerado apenas "ausência de roupa".

Tabela 18 **Roupa**

Fila de espera		Pós-transplantados		
n	%	n	%	
9	60	9	43	sim
4	27	12	57	não
2	13	0	0	nudez

Discussão

Fila de espera

O item "localização na página" aponta para indivíduos passivos, que adotam atitude de expectativa diante da vida; são inibidos, reservados, e mostram certa nostalgia e desejo de retornar ao passado[18]. Os pacientes do grupo da fila de espera, conforme descrito pela literatura e observado no

contato clínico, são pessoas severamente comprometidas do ponto de vista físico e que, ansiosamente, aguardam por uma resolução, sem tempo previsto, para um problema que lhes custa toda uma possibilidade de viver.

Em boa parte do tempo, quando a negação é deixada de lado, recordam-se de suas antigas (ou até recentes) capacidades de realizações. A incapacidade de executar uma série de atividades atribui-lhes sentimento de inferioridade, de inadequação, de autopiedade e de baixa auto-estima. Assim, "a doença coloca o indivíduo numa posição de fragilidade e de dependência, surgindo com freqüência comportamentos regressivos"[10]. Essa dependência e a regressão favorecem a aceitação de cuidados externos, num "pedido de assistência patética"[18], denotando comportamento emocionalmente dependente e ansioso. Pela fragilidade, o indivíduo torna-se receptivo a conselhos e influências, necessitando ser ajudado e amparado a fim de suportar a espera pelo doador[5, 6, 9, 18]. Isso é o que revela "tamanho da figura", "posição dos braços" e "omissões de partes" observadas. Esses itens ainda sugerem sentimentos de depressão extrema, de desamparo, de abandono e de futilidade em continuar a lutar pela vida[18]. Estudos[6, 11] indicam que a ansiedade e a depressão são os sintomas psíquicos mais comuns apresentados por esses pacientes. Podem estar vinculados a incapacidades, limitações e dependências, e ao medo da morte antes da chegada de um doador compatível. A condição física causa ruptura da vida pela redução de energia que provoca, levando ao estreitamento das perspectivas do indivíduo[5,6,8,10,16].

"Dedos em garra" e a presença (embora em pequena proporção) de "dentes" revelam certa atitude de agressividade em relação ao mundo[18]. Pode-se supor que essa agressividade esteja ligada à revolta, muitas vezes sentida pelos pacientes por terem sido acometidos pela doença. Por outro lado, há um desejo, embora negado ou inconsciente, de que alguém venha a morrer para que possam sobreviver, ou viver novamente.

A doença e as limitações que ela impõe também tendem a afetar a esfera sexual. Os itens "cabelos", "cintura", "sexo da figura desenhada em primeiro lugar" e "roupas" apontam para dificuldade nessa área. Existe certa censura e repúdio ao próprio corpo, e um decorrente sentimento de constrição e castração[18]. Esses resultados vêm ao encontro da literatura, que ainda aponta que, muitas vezes, o fato de "não se sentir mais um homem" é precedente de depressões[11]. Além de vinculado à esfera da sexualidade, o item "sexo da figura desenhada em primeiro lugar" também indica que homens que desenham figuras femininas em primeiro lugar, como o ocorrido em 44% dos casos, apresentam menor auto-estima[19].

Embora todos os indivíduos estudados fossem normais do ponto de vista psíquico, alguns itens investigados, como "omissão de partes" e "transparências", apontam para características freqüentemente encontradas em desenhos de pacientes medrosos ou esquizofrênicos, em função de sentimentos de depressão e inadequação, forte imaturidade e de ausência de senso de realidade[18]. Citado por Capisano[3], Rosenfeld afirma que "o esquema corporal do psicótico não é exclusivo dos quadros clínicos fenomenologicamente psicóticos, podendo ser encontrado nas enfermidades psicossomáticas e em personalidades às vezes bem adaptadas à realidade".

Receptores de transplante

Esses mesmos traços psicóides (que imitam uma psicose) são encontrados nos desenhos de receptores de transplante, numa proporção um pouco mais acentuada em relação ao grupo da fila de espera. A literatura descreve como não sendo raros distúrbios emocionais nesses pacientes, ocasionalmente psicoses[6]. Os distúrbios emocionais parecem surgir em decorrência da modificação da imagem corporal, ocorrida em função da entrada de um órgão estranho dentro do corpo e dos significados imaginários atribuídos a este[6, 11-14, 17]. Contudo, convém ressaltar que na amostra deste estudo não foi verificado nenhum caso de paciente com quadro psicopatológico de psicose; porém, pela interpretação do material de teste, apresentaram-se, ao desenhar, como se assim o fossem. Apesar de o transplante representar para o paciente uma nova possibilidade de viver, com qualidade de vida muito superior àquela que ele vinha tendo antes da cirurgia, itens como "localização na página", "pressão do traço", "tamanho do desenho" e "omissões de partes" ainda apontam para certa inibição e expectativa diante da vida, possivelmente devido ao fantasma da rejeição e à incerteza da longevidade. Sentimentos de insegurança, incapacidade e timidez também são indicados pelos itens acima apontados, embora haja maior expansão em relação ao meio e maior controle sobre este. Esses aspectos também revelam certo conflito em relação a o que o mundo tem a oferecer, estabelecendo com este um contato afetivo superficial[18].

A insegurança é freqüentemente observada no contato com esses pacientes. Temerosos de que qualquer coisa venha a lhes prejudicar, procuram poupar-se de esforços, numa tentativa de resguardar o novo coração. Essa proteção ao novo órgão é bastante observada em relação à vida sexual, conforme descrito por Shapiro[17], o que pode comprometer a área da sexualidade. Os aspectos do desenho relacionados a essa esfera ("sexo da figura desenhada em primeiro lugar", "cabelos", "cintura", "roupas", "posição da figura" e "omissão de partes") indicam que o corpo ainda se encontra censurado, permanecendo sob controle, assim como os impulsos vitais. Apontam também para sentimentos de impotência, passividade ressentida, isolamento e vacuidade, porém com menor intensidade do que observado nos pacientes da fila de espera[18].

De modo geral, não são observadas grandes alterações quanto à imagem corporal, comparando-se os dois grupos.

Em ambos existe a experiência de viver a incerteza do

dia seguinte, com a dualidade vida/morte muito presente. O fator doença parece perpetuar que tanto o paciente da fila de espera como o receptor de transplante necessitam de cuidados diários específicos para a saúde, do uso de medicações e de retornos constantes ao hospital, seja para simples consulta de rotina ou para internação.

Alterações físicas externas também são verificadas nos dois grupos. No grupo da fila de espera, é comum o emagrecimento, decorrente da falta de apetite, ou, ao contrário, o ganho de peso, conseqüência da retenção de líquidos no corpo. No outro grupo, as alterações corporais são provocadas pelo uso contínuo da ciclosporina, como descrito por Shapiro[17].

A grande alteração entre os dois grupos está associada à aquisição do novo órgão, capaz de abalar a identidade do paciente, quer pelas fantasias de aquisição de características do doador, pelo sentimento de culpa e por pensamentos persecutórios por ter "roubado" o coração de outra pessoa.

Algo que não era ego torna-se ego. O novo órgão deve ser integrado, ocorrendo assim, conforme afirma Castelnuovo-Tedesco[13], um "enlargamento" da imagem corporal, dando ao paciente um sentimento de renascimento, de vitalização.

Conclusão

O processo de transplante cardíaco parece produzir profundas alterações relacionadas com a imagem corporal.

Observam-se dificuldades nas manifestações de aspectos relativos à esfera da sexualidade em ambos os grupos, porém com menor intensidade para os receptores de transplante.

A relação indivíduo/mundo, para o grupo da fila de espera, aponta para sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade, associados a dependência emocional e passividade.

Nos receptores de transplante há uma relação maior com o meio, mas permanecem ainda sentimentos de insegurança em relação a este, e ao que o mesmo tem a oferecer, observando-se contato afetivo superficial.

Em ambos os grupos são encontradas características típicas de desenhos de neuróticos, medrosos ou esquizofrênicos, em função de sentimentos de depressão, inadequação, imaturidade e ausência de senso de realidade (traços psicóides), embora nenhum deles apresentasse qualquer manifestação de distúrbio psíquico dessa natureza.

Referências bibliográficas

1. *Schilder PA. Imagem do Corpo. São Paulo: Martins Fontes, 1980.*
2. *Barrêto FJT. A morte e o morrer. Assistência ao doente terminal. In: Mello Filho J (ed.). Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992; 287-96.*
3. *Capisano HE. Imagem Corporal. In: Mello Filho J, ed. Psicossomática Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992; 179-92.*
4. *Castelnuovo-Tedesco P. Ego vicissitudes in response to replacement or loss of body parts: Certain analogies to events during psychoanalytic treatinent. Psychoanal Quart 1978; 47: 381-97.*
5. *Caine N, 0'Brien V. Quality of life and psychological aspects of heart transplantation. In: Myerowitz D, ed. Heart Transplantation. Mount Risko: Futura Publishing Company, 1987; 389-422.*
6. *Knijnik A. Uma contribuição da psiquiatria ao transplante cardíaco: aspectos clínicos (Dissertação de Mestrado). Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica, 1989.*
7. *Midelfort J. The psychosocial aspects of heart transplantation. In: Myerowitz D (ed.). Heart Transplantation. Mount Risko: Futura Publishing Company, 1987; 283-307.*
8. *Muirliead J, Meyerowitz BE, Leedham B, Eastburn TE, Merrill WH, Frist WH. Quality of life and coping in patients awaiting heart transplantation. J Heart Lung Transplant 1992; 11: 265-71.*
9. *Dracup K, Walden JA, Stevenson LW, Brecht ML. Quality of life in patients with advanced heart failure. J Heart Lung Transplant 1992; 11: 273-9.*
10. *Lorga Jr AM, Limp CAD, Silveira CGBN, Camargo Jr KR. O paciente crônico. Inform Psiq 1982; 3: 11-4.*
11. *Bunzel B, Wollenek G, Grundböck A. Living with a donor heart: Feelings and attitudes of patients toward the donor and the donor heart. J Heart Lung Transplant 1992; 11: 1151-5.*
12. *Gurpegui M, Cervera S. Aspectos psiquiátricos del trasplante cardíaco. In: Herreros J (ed.). Transplante Cardíaco. Barcelona: Científico-Medica, 1986; 307-15.*
13. *Castelnuovo-Tedesco P. Organ transplant, body image, Psychosis. Psychoanal Quart 1973; 42: 349-63.*
14. *Mello Filho J. A significação psicológica do implante para o paciente e sua família. Inform Psiq 1983; 4: 3-8.*
15. *Kuhn W, Myers B, Brennan F et al. Psychopathology in heart transplant candidates. J Heart Transplant 1988; 7: 223-6.*
16. *Kraft IA. Psychiatric complications of cardiac transplantation. Seminars in Psychiatry. 1971; 3: 58-69.*
17. *Shapiro PA. Life after heart transplantation. Prog Cardiovasc Dis 1990; 32: 405-18.*
18. *Van Kolck OL. Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico. São Paulo: EPU, 1984.*
19. *Waehler CA, Zaback TP. Sex of figure drawings and selfesteem. Perceptual and Motor Skills 1991; 73: 683-8.*

Pensando sobre o período pré-operatório na histerectomia

Mayla Cosmo, Juliana Wallig Alves de Carvalho

Resumo

O presente estudo tem como objetivo investigar alguns fatores que compõem o período pré-operatório de histerectomia. A histerectomia (retirada do útero) é um procedimento cirúrgico indicado em casos de miomatoses e câncer de útero. A cirurgia é considerada mutilante, podendo trazer problemas nas áreas psicológica, sexual e física. Realizou-se uma pesquisa qualitativa com dez mulheres na Enfermaria de Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, sendo os sujeitos da amostra pertencentes à classe popular da cidade. Percebeu-se que o período pré-operatório, aliado aos fatores individuais (história médica e da doença), faz emergir medos e fantasias relacionados à perda do útero, principalmente no tocante à feminilidade e à sexualidade, sendo a retirada do útero vivenciada como uma remoção da condição de mulher.

Introdução

O processo de adoecer é determinado biopsicossocialmente. Portanto, todo paciente deve ser visto dentro desse contexto, já que o homem é uma confluência de diversos fatores num todo integrado (visão holística) e não partes fragmentadas que, vez ou outra, se conectam (reducionismo).

Ser mulher é um conceito existencial no qual os elementos biológicos, psicológicos e culturais exercerão grande influência durante seu aprendizado, auto-regulando-se e auto-influenciando-se.

O papel biológico feminino relaciona-se à reprodução e à subseqüente continuação da espécie. Saba[1] afirma que "a mulher tende a encontrar sua identidade através de sua feminilidade (...), que se compõe de uma combinação de fatores (entre outros, atração física e capacidade de engravidar). Portanto, seios, genitais e órgãos reprodutores são provavelmente essenciais para sua adaptação e auto-avaliação como mulher". Uma ameaça a eles pode facilmente constituir ameaça a todo seu autoconceito, principalmente quando a identificação com o papel feminino se baseia em grande parte nos atributos físicos (como a mulher operária brasileira, sujeito da nossa amostra). Segundo a mesma autora, "o efeito psicológico da amputação cirúrgica dos órgãos reprodutores de uma mulher deve ser examinado com relação ao seu impacto sobre o conceito de feminilidade" (p. 85).

> ***"A representação que cada pessoa tem de si mesma está vinculada a sua imagem corporal. Como a identidade se constrói a partir de um corpo íntegro e completo, a situação de uma histerectomia (grifo das autoras) ameaça o senso de sentir-se íntegro, constituindo-se em algo que põe em risco a existência da pessoa. Quando o corpo se modifica significa modificações na identidade pessoal e, conseqüentemente, são situações que geram conflitos emocionais."***[2]

Gusman & Ortega[3] destacam que uma fantasia comum nas mulheres histerectomizadas é que "tudo é retirado", inclusive a feminilidade e a sexualidade. Ressaltam também que a ausência de patologia ginecológica, idade relativamente baixa, histórias de problemas matrimoniais, sexuais, de depressão e de tratamento psiquiátrico podem contribuir para o desequilíbrio emocional destas mulheres.

Drellich & Bieber[1] afirmam que muitas mulheres vêem o útero e suas funções como aspectos importantes da femi-

Endereço para correspondência:
Rua Auto-Porã, 196 – Jacarepaguá
22770-010 – Rio de Janeiro-RJ

nilidade, e sua perda é vista como uma "ferida" na sua condição de fêmea, que se reflete nos relatos referentes à preocupação sobre a possível perda de atrativos, desejo sexual, capacidade de responder sexualmente e eventual perda de interesse do marido por causa da sua falta de feminilidade.

Alves[3] também relata o receio da perda da feminilidade e sexualidade, concluindo em sua pesquisa que a preocupação manifestada freqüentemente pela população pesquisada foi a perda do parceiro e da performance sexual, além das qualidades femininas, temendo ser incapazes de corresponder sexualmente devido à perda da libido sexual. Dessa forma, há um aumento de ansiedade, que pode interferir na cirurgia e na recuperação pós-operatória.

Entretanto, outro estudo[4] demonstrou que mulheres que iriam submeter-se à histerectomia demonstravam maior preocupação com o alívio do problema ginecológico e poucas preocupações referentes às alterações da feminilidade, sexualidade ou mudanças corporais.

De acordo com Lustosa[3], há dois grandes grupos: em um deles a maioria das pacientes tem uma história clínica anterior, de fortes dores abdominais e hemorragias constantes, o que lhes traz um enorme desconforto em seu dia-a-dia, interferindo em todas as áreas de atuação, desde sua ocupação profissional até seu desempenho sexual; elas sentem a cirurgia como um procedimento mais aceitável devido ao alívio proporcionado. Já outro grupo de mulheres, menor, é composto por pacientes que não apresentam nenhum sintoma desconfortável, mas com indicação de histerectomia. Para elas, a aceitação desse procedimento e a elaboração da perda do útero é mais difícil.

As mulheres das classes sócio-econômicas mais baixas parecem sentir-se menos femininas, pois prevalece a crença de que o papel da mulher é ter filhos. Portanto, sem o útero, ela não é mais mulher[5]. A perda do útero causa um processo semelhante ao luto. Tristeza, luto e perda são reações psicológicas daqueles que passam por uma perda significativa[1].

Os medos mais comumente encontrados nos discursos das pacientes que serão submetidas a histerectomia são: medo da anestesia, de morrer, de perder o marido, de "ficar fria" e de ficar "tudo solto por dentro". Esses medos são desencadeadores de ansiedade, que pode ser aumentada quando há falta de um suporte familiar e social[6].

O momento da internação é vivido de maneira extremamente dramática, não importando o tipo de cirurgia à qual será submetida, mas sim a forma como a paciente vivencia esse momento. O estado emocional no pré-operatório atua diretamente sobre suas reações, tanto durante a cirurgia como no pós-operatório[7]. Partindo desse princípio, supõe-se que condições elevadas de medo, ansiedade, tensão e depressão podem interferir nas condições da pessoa para a cirurgia, assim como a relação médico–paciente. Se tal relação não se dá na base da confiança e respeito mútuo, a paciente sente-se desamparada e com um nível de ansiedade muito elevado para se submeter à cirurgia. É preciso que o médico veja essa paciente como um ser humano integrado e não apenas como um órgão que não funciona bem. Ao mesmo tempo, é necessário que a paciente tenha no médico uma figura de apoio e compreensão de seus medos e sentimentos.

A forma como uma paciente adoece e a possibilidade de a doença orgânica efetivamente atingir o corpo como um todo dependem muito da experiência dessa paciente como pessoa ao longo da vida. Fatores individuais determinam que a evolução de uma mesma patologia seja diferente de uma pessoa para outra.

Portanto, o objetivo do presente estudo é investigar alguns fatores que compõem o período pré-operatório de histerectomia, tais como reação diante do diagnóstico e cirurgia; motivo da retirada do útero; relação médico–paciente e medos e fantasias ocorridos nesse período.

Metodologia

O estudo foi realizado na Enfermaria de Ginecologia da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por dez mulheres, com idades variando entre 35 e 50 anos, pertencentes à classe social baixa do Rio de Janeiro e internadas na Enfermaria de Ginecologia para serem submetidas à histerectomia (período pré-operatório) nos meses de setembro a novembro de 1998.

Elaborou-se um roteiro para a realização de entrevistas semi-estruturadas que continha os seguintes aspectos: dados de identificação (idade, estado civil, número de filhos, profissão, religião, escolaridade, renda familiar); relação com o marido (afetivo-sexual); motivo da ida ao médico (sintomas), freqüência e relação médico–paciente; informações dadas pelo médico sobre seu problema ginecológico; como estava a vida em geral quando começaram os sintomas; cirurgias anteriores; reação da família em face da notícia da cirurgia; pensamentos e sentimentos relacionados à cirurgia e expectativas com relação a esta.

Os sujeitos da pesquisa eram abordados em seus leitos, e as entrevistadoras identificavam-se como estagiárias de Psicologia, explicando-lhes que realizavam uma pesquisa com pacientes que seriam submetidas à "cirurgia de mioma"*. Os objetivos da pesquisa e a utilização do gravador foram previamente explicados às pacientes, obtendo-se a concordância das mesmas em participar da investigação.

** A expressão "cirurgia de mioma" foi utilizada porque muitas pacientes não têm conhecimento do termo histerectomia.*

Resultados

Os resultados foram agrupados em sete diferentes categorias:

- **Estado civil:** 80% eram casadas e 20% solteiras.
- **História médica:** grande parte da amostra (70%) alegou ter procurado o Serviço de Ginecologia por apresentar sintomas desconfortáveis – dor, cólicas e hemorragia. Apenas 30% procuraram o serviço para a realização de exames rotineiros (preventivo). Setenta por cento relataram ir ao médico com freqüência, sendo que as pacientes sintomáticas disseram apresentar tais sintomas há algum tempo. A maioria (90%) já havia realizado outras cirurgias anteriores à histerectomia, sendo a "ligadura" a mais freqüente.
- **Enfermidade:** o motivo da retirada do útero referido pelas mulheres foi a constatação de miomas (100%), sendo a HTA (histerectomia total abdominal) mais comum (80%) que a HTV (histerectomia total vaginal).
- **Reação diante do diagnóstico e cirurgia:** a maioria (70%) apresentou dificuldades ao descobrir por si só que tinham mioma, sendo que, desse total, 50% também tiveram dificuldades na aceitação da cirurgia e 20% alegaram ter ficado "felizes" com a indicação cirúrgica. Todas as pacientes mostraram-se otimistas em relação à cirurgia.
- **Interferências da enfermidade na vida:** 70% mencionaram problemas no emprego e 40% apresentaram um comprometimento na esfera sexual. Em relação ao marido, 80% afirmaram ter "boa relação" com este.
- **Relação médico–paciente:** todos os relatos mostraram como as pacientes respeitam e admiram o "saber médico".
- **Medos e fantasias:** grande parte (60%) apresentou fantasias relacionadas à feminilidade e sexualidade e medos ligados à situação hospitalar. Quarenta por cento alegaram não ter medo "algum".

Discussão

Conforme mencionado anteriormente, 70% das pacientes eram sintomáticas e já apresentavam os sintomas havia algum tempo, mesmo relatando visitas freqüentes ao médico (de seis em seis meses). Percebe-se que, muitas vezes, há uma falha no diagnóstico, que pode ser devida ao sistema de saúde precário de nosso país (rapidez no atendimento, falta de equipamentos necessários para a realização de exames complementares e despreparo da equipe médica). Vinte por cento das pacientes recorreram a diversos médicos sem receber um diagnóstico preciso.

Isso leva a uma reflexão sobre a enorme quantidade de histerectomias realizadas no Brasil e em países do terceiro mundo. Nos últimos dez anos, somente nesta instituição ocorreram 2.205 cirurgias de histerectomia. Como é sabido, tal cirurgia é considerada mutilante, podendo trazer problemas nas áreas psicológica, sexual e física. Diante de tantas complicações, cabe aos médicos e aos profissionais da equipe de saúde analisar cautelosamente cada caso e pesquisar alternativas à histerectomia. A partir de um estudo realizado na Inglaterra, no "Royal Free Hospital", de Londres[8], verificou-se que a grande maioria dos úteros retirados eram normais.

Em contrapartida, pode-se pensar que a grande incidência de histerectomias nesta instituição deve-se provavelmente à condição sócio-econômica das mulheres que procuram o serviço.

Outro item que achamos importante considerar diz respeito à informação sobre a doença. No atendimento às pacientes percebe-se que, em muitos casos, elas não sabiam que seriam submetidas à histerectomia, talvez devido a um problema na relação médico–paciente ou a uma dificuldade de compreensão. Consideramos "bem informadas" aquelas pacientes que tinham conhecimento da retirada do útero, do que é um mioma, da gravidade da enfermidade, do procedimento cirúrgico e dos cuidados necessários no pós-operatório. Foram consideradas "pouco informadas" aquelas que apresentavam dúvidas ou não tinham conhecimento sobre um ou mais desses aspectos. Verificamos que 40% estavam "bem informadas" e 60% "pouco informadas". Acreditamos ser este um dado relevante, pois muitas ansiedades e medos apresentados pelas pacientes decorrem da pouca informação que recebem e até mesmo da forma como a recebem.

Este dado também remete imediatamente à relação médico–paciente, que apresenta-se de maneira "ambígua". As entrevistadas afirmam ter confiança e respeito por seus médicos mas, ao mesmo tempo, relatam a desqualificação de suas queixas, a falta de tempo dos médicos para ouvi-las, a rapidez do atendimento e como se sentem "envergonhadas" para esclarecer dúvidas sobre seu estado de saúde ou falar de seus medos. Freqüentemente, as pacientes colocam-se em uma posição de inferioridade e submissão diante do médico, o que faz com que não questionem as indicações de tratamento e cirurgia. Acredita-se que isto aconteça devido à relação histórica que estas mantiveram com o poder e saber médicos durante suas vidas. O médico é visto como o detentor do saber; ele é o "doutor". Boltanski[9] expõe isto de forma clara, quando diz que

"a relação médico–paciente é uma relação de classe, modificando-se a atitude do médico em função principalmente da classe social do doente".

No tocante à aceitação do diagnóstico e da cirurgia, percebemos que as que ficaram felizes com a indicação cirúrgica apresentavam muitos sintomas desconfortáveis e desejavam alívio. Porém, mesmo para as pacientes sintomáticas, na maior parte das vezes a aceitação é difícil, por tudo o que uma histerectomia envolve. É necessário um tempo para que as pacientes possam elaborar a perda do útero.

O mioma interferia diretamente na vida das pacientes, gerando problemas em diversas áreas, principalmente no trabalho (ausência e demissões) e na relação sexual. Entretanto, parece que tal interferência não "deteriorou" a relação marital, uma vez que 80% das pacientes disseram ter "boa relação" com o marido. Apenas 20% consideraram tal relação "ruim". Porém, estas últimas relatam que não havia mais relação sexual desde antes de apresentarem os sintomas.

De uma maneira geral, todas as pacientes esperam alguma melhora em suas vidas após a cirurgia. Tais pacientes parecem sofrer mais com os "problemas do mioma", já que, além de precisar trabalhar para ajudar no orçamento doméstico, são também responsáveis pelo cuidado da casa e dos filhos. Desse modo, o momento do diagnóstico pode ser vivenciado como uma ruptura psicossocial. Apesar disso, as pacientes assumiram uma postura positiva diante da cirurgia, mesmo apresentando medos e fantasias relacionados a tal procedimento e às suas conseqüências. Grande parte (60%) apresenta fantasias e medos com relação à feminilidade e à sexualidade, tais como o "medo de ficar fria" (40%) e de "deixar de ser mulher" (40%). O útero é vivenciado como afirmação da feminilidade. As pacientes que alegaram não ter medo algum eram justamente as sintomáticas. A cirurgia para elas permite o alívio dos sintomas.

Conclusão

Os resultados obtidos com a pesquisa realizada corroboraram a experiência clínica e a bibliografia pesquisada.

Através dos relatos das entrevistadas, percebeu-se que o período pré-operatório faz emergir medos e fantasias relacionados à perda do útero, principalmente no tocante à feminilidade e à sexualidade. Tais medos fazem parte da crença de que a remoção do útero retira também sua condição de mulher. Tais crenças persistem na situação hospitalar, aumentando a ansiedade das pacientes. Medo e ansiedade fazem parte do período pré-operatório, mas costumam relacionar-se à situação hospitalar (cirurgia, anestesia, centro cirúrgico). Percebeu-se que os medos apresentados pelas pacientes estão intimamente ligados não somente à situação hospitalar, mas também aos resultados da cirurgia (perda da feminilidade etc.). Acreditamos que o não-esclarecimento de tais crenças pela equipe de saúde venha a prejudicar o desempenho afetivo e sexual dessas pacientes posteriormente.

Se a relação médico–paciente não fosse tão "ambígua", provavelmente a ansiedade no pré-operatório seria diminuída, já que muitos desses medos teriam sido "desmistificados" anteriormente, durante as consultas médicas.

Pode-se concluir que existe a necessidade de um trabalho mais integrado dentro da equipe multiprofissional, visando a um melhor atendimento às mulheres que procuram o serviço.

Referências bibliográficas

1. *Saba, Ana Maria Fausto. Reações de ansiedade em mulheres perante situações de mastectomia e histerectomia, Rio de Janeiro, 1982, 180p. Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.*
2. *Romano, Bellkiss Wilma. A prática da psicologia nos hospitais. São Paulo, Pioneira, 1994.*
3. *Lustosa, Maria Alice. Estudo sobre os sentimentos mais comuns de pré e pós-operatório de mulheres histerectomizadas na Santa Casa de Misericórdia. Santa Casa de Misericórdia, Rio de Janeiro, 1986 (comunicação pessoal).*
4. *Rome, Carolyn. Patterns of appraisal, coping, emotions and indices of recovery during the hysterectomy experience. EUA, 1993, 196p. Dissertação de Mestrado apresentada à "The Catholic University of America" (abstract).*
5. *Muraro, Rose Marie. Sexualidade da mulher brasileira – corpo e classe social no Brasil. 5.ed. Rio de Janeiro, 1996.*
6. *Abreu, Maria Alice Lustosa de. Aspectos emocionais do pré e pós-operatório na histerectomia. Femina, 1995; 23(3): 260-2, 264.*
7. *Mello, Júlio de. Psicossomática hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.*
8. *Abreu, Maria Alice Lustosa de. Curso de psicologia hospitalar aplicada à ginecologia, Rio de Janeiro, Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, 1997 (comunicação pessoal).*
9. *Boltanski, Luc. As classes sociais e o corpo. 2.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1984.*

Inventário de desesperança de Beck: avaliação de candidatos ao transplante cardíaco

Inventário de desesperança - transplante cardíaco

Teresa Cristina S. P. Homsi, Elaine Marques Hojaij, Bellkiss Wilma Romano

Resumo

A avaliação psicológica é um aspecto importante na seleção do receptor em potencial. Este estudo propõe-se a estabelecer critérios objetivos para a avaliação do protocolo de transplante cardíaco através do Inventário de Desesperança de Beck. A desesperança foi conceituada como uma rede de padrões cognitivos caracterizada pela expectativa negativa sobre si mesmo e o futuro. Participaram 201 sujeitos divididos em: 1) não-cardiopatas, 2) cardiopatas e 3) cardiopatas candidatos a transplante cardíaco. Não foi constatada expectativa negativa em relação ao futuro no grupo de candidatos a transplante. A utilização isolada do BHS pode levar a resultados inconclusivos, tendo em vista a possibilidade de resultados tendenciosos, utilização da negação e variação temporal da relação esperança/desesperança. Unitermos: desesperança, psicologia, transplante cardíaco.

Introdução

A avaliação psicológica é um aspecto importante na seleção do receptor em potencial. Procura identificar os fatores psicológicos que facilitam a recuperação e ajudam a elevar a qualidade de vida no pós-operatório. Phipps[12] ressalta a importância do processo de seleção para determinar candidatos mais indicados, com as melhores possibilidades de um benefício a longo prazo.

Autores[12,7] apontam critérios de seleção que estão intimamente relacionados ao sentimento de desesperança: depressão, suicídio e expectativa em relação ao futuro. Demonstram, de forma indireta, que este sentimento tem papel relevante no resultado do transplante.

Phipps[12] refere que a maioria dos pacientes que esperam pelo transplante e que desenvolveram estratégias efetivas de enfrentamento reportaram satisfação com o suporte social e experimentaram uma atitude positiva em relação à terapia médica, além da manutenção de uma postura positiva e otimista em relação ao futuro.

Gurpegui e Cervera[5] observaram que pacientes com grau moderado de ansiedade, sem reações depressivas, que se ajustem bem à realidade e que se orientem em relação ao futuro, tendem a uma boa adaptação pós-transplante. Já aqueles que se sentem indefesos, humilhados, que se afastam de seus contatos interpessoais e que se apresentam sem esperança, possuem um prognóstico mais reservado. Não basta que o paciente não queira morrer: é extremamente importante que ele tenha o desejo de viver.

Uryn[14] afirma que o paciente, ao receber a informação de que pode submeter-se ao transplante, passa a ter esperança idealizada de cura. Encara a cirurgia como uma chance que lhe foi dada, já que com o desenvolvimento da doença compromete-se e debilita-se física e emocionalmente. Surge, nesse momento, o sentimento onipotente de que poderá renascer.

Endereço para correspondência:
Serviço de Psicologia – Instituto do Coração – HC-FMUSP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44
05403-900 - São Paulo-SP

No entanto, um portador de doença cardíaca com risco de complicações e necessidade de uma intervenção cirúrgica do porte de um transplante cardíaco tem como possibilidade a perda da esperança. De acordo com Johnson e Roberts[9], os pacientes são confrontados com um futuro declinante percebido através da deterioração progressiva da função cardíaca.

Johnson et al.[8] apontam que a cronicidade e o declínio físico gradual provocado pela doença precipitam sentimentos de desesperança. Os pacientes passam a julgar que, mesmo que tenham recursos e ajuda disponível, não há por que agir ou encontrar sentido na vida. Caracterizam a desesperança como percepção de poucas promessas para o futuro, condição de paralisação frente a uma ameaça, sentimento de abandono ao próprio destino e sensação de impossibilidade de realização dos desejos.

A desesperança é um constructo psicológico que tem sido apontado como fator importante em problemas psicopatológicos, especialmente na depressão e no suicídio[6].

Stotland e Beck, segundo Hawkins et al[6], têm conceituado desesperança como uma rede de padrões cognitivos caracterizada pela expectativa negativa sobre si mesmo e o futuro (pessimismo).

No modelo cognitivo de depressão de Beck, os indivíduos deprimidos mantêm uma visão negativa de si próprios, do mundo e das experiências e também do futuro. A visão negativa do futuro caracteriza a desesperança.

> ***"O mundo aparece desprovido de prazer ou gratificação e o futuro é encarado de maneira pessimista, refletindo a crença de que seus problemas atuais só vão piorar"[3].***

De acordo com Beck e Steer[2], o indivíduo com desesperança acredita que:

- nada dará certo para ele;
- nunca será bem sucedido em suas tentativas;
- seus objetivos de vida nunca serão alcançados;
- seus problemas são insolúveis.

Hawkins et al.[6] postulam que a desesperança pode ser uma importante informação clínica. Pode significar um impedimento à continuidade da terapia e um prognóstico de ideação suicida, além de um componente importante da depressão.

De acordo com Alford et al.[1], a desesperança não é somente um indicativo de depressão, mas pode também significar um fator predisponente para o desenvolvimento subseqüente de sintomas depressivos.

Sentimentos de esperança podem motivar um indivíduo em relação a projetos futuros, enquanto a desesperança pode barrar ou desencorajar o pensamento em relação ao futuro[5].

Assim, o período de avaliação para o transplante é mais adequado para a identificação de fatores psicossociais que possam interferir no andamento do processo de transplante. Atualmente em nossa instituição, a avaliação psicológica vem sendo realizada unicamente através da entrevista com pacientes e familiares. A tendência internacional tem apontado para a importância da utilização de testes neste processo, contribuindo para torná-lo objetivo, padronizado, além de servir como fonte de dados para pesquisas.

Este estudo propõe-se a estabelecer critérios objetivos para a avaliação psicológica do protocolo de transplante cardíaco do Instituto do Coração (InCor) através de um instrumento padronizado, o Inventário de Desesperança de Beck ("BHS – Beck Hopelessness Scale"), que tem como proposta mensurar o grau de desesperança (índice de impulso vital) no grupo de cardiopatas candidatos a transplante.

Metodologia

Participaram deste estudo 201 sujeitos, divididos em três grupos de 67 componentes cada, sendo:

- grupo de não-cardiopatas (NC);
- grupo de cardiopatas em geral (C);
- grupo de cardiopatas candidatos a transplante cardíaco (PT).

Os candidatos a transplante foram testados a partir das solicitações de avaliação de transplante pela equipe médica no período de 21/10/94 a 07/09/95, representando 100% dos pacientes. Neste grupo, a idade média foi de 47,07 anos, variando de 20 a 65 anos, sendo 58 sujeitos do sexo masculino (86,57%) e 9 sujeitos do sexo feminino (13,43%).

Os demais, foram testados no mesmo período de tempo, tendo como critério a idade superior a 19 anos (adulto). A idade média foi de 56,69 anos, variando de 20 a 80 anos, sendo 43 sujeitos do sexo masculino (64,16%) e 24 do sexo feminino (35,82%).

O grupo de não-cardiopatas foi selecionado aleatoriamente na população da cidade de São Paulo, seguindo os mesmos critérios de tempo e idade utilizados para os cardiopatas em geral. A idade média deste grupo foi de 33,97 anos, variando de 19 a 65 anos, sendo 34 sujeitos do sexo masculino (50,75%) e 33 do sexo feminino (49,25%).

Para a coleta de dados foi utilizado o Inventário de Desesperança de Beck ("BHS – Beck Hopelessness Scale"), traduzido para a língua portuguesa e pré-testado quanto à

compreensão do texto. O instrumento consiste de um questionário com 20 itens (falso/verdadeiro) que foi desenvolvido para medir a extensão das atitudes negativas sobre o futuro (pessimismo) da forma como percebido por adolescentes e adultos. Foi originariamente desenvolvido por Aaron T. Beck e seus associados no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade da Pennsylvania, para mensurar pessimismo em pacientes psiquiátricos com risco de suicídio, mas tem sido usado, subseqüentemente, em população adolescente e em adultos normais.

O resultado do questionário BHS consiste na soma dos itens de acordo com um modelo de resposta já estabelecido (0 ou 1). Os limites do escore ficam entre 0 e 20, sendo os escores mais elevados indicativos de maior desesperança. O Centro de Terapia Cognitiva (CTC) da Universidade da Pennsylvania estabeleceu normas gerais para interpretação dos resultados: de 0 a 3 pontos, normal ou assintomático: de 4 a 8 pontos, suave: de 9 a 14 pontos, moderado, e acima de 14 pontos, severo.

O tempo de aplicação foi em média 14 minutos quando aplicado pelo entrevistador e 10 minutos quando auto-aplicado; neste caso, o entrevistador ficava presente para dirimir eventuais dúvidas. Houve o cuidado para que o local de aplicação tivesse uma iluminação adequada e fosse tranqüilo o bastante para permitir a concentração do sujeito à tarefa.

Para a análise dos resultados foi utilizado o método de Análise de Variância para estudar a idade média em cada grupo, o escore médio de desesperança em cada grupo e em relação aos graus de instrução e ao estado civil. Para a relação entre o escores e idades foi utilizado o Cálculo do Coeficiente de Correlação de Pearson. O teste "t" de Student para amostras independentes foi utilizado para o estudo da correlação entre escore médio e sexo. Para a distribuição do sexo, do estado civil e do grau de instrução usou-se o teste de Quiquadrado de Pearson. Foi estabelecido o nível de significância de 0,05 para todos os estudos.

Resultados

Os grupos são diferentes em relação à idade média ($p = 0,0001$). O grupo de não-cardiopatas tem idade média menor que o grupo de cardiopatas candidatos a transplante, que, por sua vez, tem idade média menor que o grupo de cardiopatas em geral (tabela 1).

A distribuição dos sexos entre os grupos demonstrou que há uma porcentagem decrescente de sujeitos do sexo masculino nos grupos de cardiopatas candidatos a transplante, cardiopatas e não-cardiopatas. Já no sexo feminino a porcentagem é decrescente nos grupos de não-cardiopatas, cardiopatas e cardiopatas candidatos a transplante (tabela 2).

No grupo de cardiopatas houve o predomínio do ensino fundamental incompleto (EF) (50%, 33 pacientes) e nenhum dos pacientes declarou pertencer ao grau superior incompleto. Apenas um sujeito não informou o dado solicitado. No grupo de não-cardiopatas prevaleceu o primeiro grau completo juntamente com o superior completo. Não houve registro de analfabetos e a menor porcentagem coube ao ensino médio (EM) incompleto. Houve a omissão de 2 respostas. No grupo de cardiopatas candidatos a transplante houve predomínio do EF incompleto (54,69%, 35 pacientes), nenhum analfabeto e o menos prevalecente foi o superior incompleto (1,56%,1 paciente). Houve a omissão de 3 respostas (tabela 3).

Tabela 1 **Média de idade nos grupos**

	Idade		
	Mínima	Máxima	Média
C	20	80	56,69
NC	19	65	33,97
PT	20	65	47,07

Tabela 2 **Distribuição dos sexos nos grupos**

	C		NC		PT	
	N	%	N	%	N	%
F	24	35,82	33	49,25	9	13,43
M	43	64,18	34	50,75	58	86,57

Tabela 3 **Distribuição do grau de instrução nos grupos**

	C		NC		PT	
	N	%	N	%	N	%
analfabeto	1	1,52	0	–	0	–
EF completo	9	13,64	15	23,08	7	10,94
EF incompleto	33	50,00	14	21,54	35	54,69
EM completo	10	15,15	13	20,00	14	21,88
EM incompleto	3	4,55	3	4,62	2	3,13
Sup. completo	10	15,15	15	23,08	5	7,81
Sup. incompleto	0	–	5	7,69	1	1,56

O estado civil *casado* predominou nos três grupos, sendo 71,64% (48 pacientes) para cardiopatas, 55,22% (37 pacientes) para não-cardiopatas e 70,15% (47 pacientes) para cardiopatas candidatos a transplante (tabela 4).

Tabela 4 Distribuição do estado civil nos grupos

	C		NC		PT	
	N	%	N	%	N	%
c	48	71,64	37	55,22	47	70,15
d	5	7,46	3	4,48	5	7,46
s	6	8,96	27	40,30	11	16,42
v	8	11,94	0	–	4	5,97

O escore médio para a desesperança nos três grupos estudados foi de 3,93 pontos para sujeitos cardiopatas, 3,73 pontos para os não-cardiopatas e 3,60 pontos para cardiopatas candidatos a transplante. Estes escores correspondem a um grau normal, tendendo ao grau leve de desesperança, segundo a tabela de resultados da CCT. O estudo estatístico indicou que os grupos são iguais em relação ao escore médio, p = 0,821 (tabela 5). Também não houve diferença no escore médio de desesperança entre os sexos (tabela 6).

Tabela 5 Distribuição dos escores de desesperança nos grupos

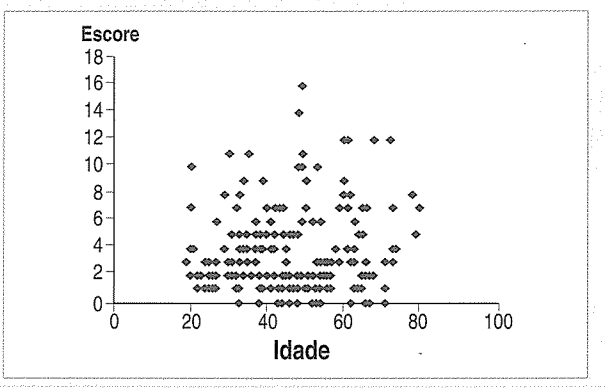
	Escore		
	Mínimo	Máximo	Média
C	0	14	3,93
NC	1	11	3,73
PT	0	16	3,60

Tabela 6 Distribuição dos escores de desesperança por sexo

	Escore		
	Mínimo	Máximo	Média
F	0	10	3,47
M	0	16	3,89

A correlação entre escore de desesperança e idade apresentou distribuição completamente aleatória, significando não haver correlação entre essas duas variáveis (gráfico 1).

Gráfico 1 Correlação do grau de desesperança e idade



Os resultados obtidos mostram também que os grupos são estatisticamente iguais em relação ao escore médio e ao estado civil (p = 0,8272), sendo 4,46 pontos para os divorciados, 3,74 pontos para casados, 3,66 para solteiros e 3,41 para viúvos (tabela 7).

Tabela 7 Escore médio de acordo com o estado civil

	Escore		
	Mínimo	Máximo	Média
C	0	14	3,74
D	1	9	4,46
S	0	16	3,65
V	0	7	3,41

No entanto, os grupos mostraram ser estatisticamente diferentes em relação ao escore médio e ao grau de instrução. Este resultado foi obtido através do remanejamento dos graus de instrução, condensando-os em apenas três agrupamentos a fim de viabilizar o estudo estatístico: grau 1 (EF completo e EF incompleto), grau 2 (EM completo e EM incompleto) e grau 3 (superior incompleto e superior completo). O grau *analfabeto* não foi agrupado, pois o número é pequeno para a amostra, apenas um sujeito (tabela 8).

Tabela 8 Escore médio de acordo com o grau de instrução

	Escore		
	Mínimo	Máximo	Média
GRAU 1	0	16	4,50
GRAU 2	0	8	2,91
GRAU 3	0	12	2,55

Discussão e conclusão

Não houve diferença estatisticamente significativa nos escores médios de desesperança entre os grupos de não-cardiopatas, cardiopatas e cardiopatas candidatos a transplante, significando que este último grupo tem expectativas positivas com relação ao futuro tanto quanto os demais.

A primeira hipótese levantada é que no momento da avaliação os cardiopatas candidatos a transplante têm a percepção da possibilidade de serem aceitos ou não como candidatos. Esta decisão representa sua única chance de sobrevivência.

Tenderiam, com isso, a manipular as respostas do questionário, produzindo um resultado irreal. Stoner e Keampfer[11] afirmam que a esperança é uma súbita e inconsciente expectativa com relação a um aspecto do futuro; abstrata, porém positiva. Desta forma, a desesperança é sentida como negativa, um fator impeditivo no processo de avaliação, daí a necessidade de ocultá-la.

A segunda hipótese seria quanto à forma de mensuração do grau de desesperança. Penrod e Morse[11] esclarecem que a esperança é dinâmica e não um estado estático que possa ser avaliado num momento pontual. Os pacientes não desenvolvem imediatamente esperança ou desesperança para enfrentar a doença, pelo contrário, esse processo é lento e consome muita energia. Pode-se ter momentos alternados de esperança e de desesperança durante o processo de transplante. Sendo assim, a mensuração do escore de desesperança em apenas um momento do processo não deve ser considerada conclusiva.

A restrição a apenas um instrumento para a avaliação do grau de desesperança também pode ser questionada. A desesperança está relacionada a diversos fatores, como suporte social e familiar, evolução do processo de doença, auto-estima, eventos positivos ao longo da vida ou formas de enfrentamento da doença. A utilização de outros instrumentos complementares ao utilizado nesse estudo propiciaria um melhor entendimento do paciente e na interpretação do resultado do BHS.

A negação é um mecanismo de defesa muito observado na clínica médica, segundo Knijnik[12]. Sendo assim, podemos supor que o escore baixo de desesperança observado nos candidatos a transplante pode estar relacionado a tal mecanismo.

Esses pacientes estão sob o impacto da notícia da indicação do transplante e a negação torna-se um eficiente mecanismo adaptativo para o controle da ansiedade aniquilatória e necessária para o paciente enfrentar a grave situação de transplante e de vida. Wilkinson[15] aponta que a negação permite ao paciente tempo para adaptar-se e refocalizar a esperança. O nível de negação pode flutuar de forma inversamente proporcional ao nível de esperança. A negação pode ser vista como uma estratégia de enfrentamento para se manter a esperança. Gentili et al.[4] investigaram a qualidade de vida e os mecanismos psicológicos de adaptação em pacientes com falência cardíaca esperando por transplante e concluíram que há uma tendência forte em negar o desconforto derivado da doença e da expectativa do transplante.

Não foi encontrada correlação significativa entre escore médio de desesperança e sexo ou estado civil, fato que corrobora o estudo de Tanaka et al.[13] sobre a desesperança em uma comunidade japonesa. Esses autores avaliaram 154 sujeitos através do BHS, um questionário e uma entrevista ("Time Ordered Stress and Health Interview") e concluíram que os japoneses são mais desesperançosos do que a população irlandesa em geral. No entanto, diferentemente do nosso estudo, esses autores indicam uma correlação estatisticamente significativa entre idade e escore de desesperança. Utilizaram, para isso, uma outra metodologia baseada em divisão por faixas etárias.

Encontramos uma correlação estatisticamente significativa entre grau de instrução e escore médio de desesperança. Isto significa que quanto menor o grau de escolaridade, maior o escore médio de desesperança. O baixo grau de escolaridade é, freqüentemente, associado a um baixo nível sócio-econômico, o que pode explicar a tendência a uma expectativa negativa com relação ao futuro (pessimismo).

Concluindo, a expectativa negativa em relação ao futuro que caracteriza a desesperança não foi constatada no grupo de cardiopatas candidatos a transplante no momento da avaliação.

A utilização isolada do Inventário de Desesperança de Beck pode levar a resultados inconclusivos, tendo em vista a possibilidade de resultados tendenciosos, a utilização da negação como mecanismos de defesa e variação temporal da relação esperança/desesperança.

Referências bibliográficas

1. *Alford BA, Lester JM, Patel RJ et al. Hopelessness predicts future depressive symptoms: a prospective analysis of cognitive vulnerability and cognitive content specificity. J Clin Psychol, 1995; 51(3): 331-9.*
2. *Beck AT, Steer RA. Beck hopelessness scale manual. San Antonio. The Psychological Corporation, 1988.*
3. *Dattilio FM, Freeman A. Introdução à terapia cognitiva. In Freeman, A. & Dattilio, F.M. (orgs). Compreendendo a terapia cognitiva. Campinas, Editorial Psy, 1998.*
4. *Gentili P, De Biase L, Franzese A et al. The psychological evaluation of patients with severe heart failure awaiting a heart transplant. Cardiologia, 1997; 42(2): 195-99.*
5. *Gurpegui M, Cervera S. Aspectos psiquiátricos del transplante cardíaco. In: Herreros, J. Transplante cardíaco. Barcelona, Editorial Científica-Médica, 1986.*
6. *Hawkins LT, Compton WC, Kelly D. Correlates of hopelessness on the MMPI-2. Psychol Rep, 1994; 75: 1071-4.*
7. *Hojaij EM, Romano BW. Seleção de candidatos a transplante cardíaco: contribuição da avaliação psicológica. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo, 6(3 supl. B), 1996.*
8. *Johnson LH, Dahlen R, Roberts S. Supporting hope in congestive heart failure patients. Dimensions of Critical Care Nursing, 1997; 16(2): 65-77.*
9. *Johnson LM, Roberts SL. Hopelessness in the myocardial infarction patient. Prog Cardiovasc Nurs, 1996; 11(2): 19-32.*
10. *Knijnik A. Uma contribuição da psiquiatria ao transplante cardíaco: aspectos clínicos. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica, 1989 [Dissertação de Mestrado apresentada à Pontifícia Universidade Católica].*
11. *Penrod J, Morse JM. Strategies for assessing and fostering hope: the hope assessment guide. Oncol Nurs Forum, 1997; 24(6): 1055-63.*
12. *Phipps L. Psychiatric evaluation and outcomes in candidates for heart transplantation. Clin Invest Med, 1997; 20(6): 388-95.*
13. *Tanaka E, Sakamoto S, Ono Y et al. Hopelessness in a community population in Japan, J. Clin. Psychol, 1996, 52(6): 609-15.*
14. *Uryn MB. Transplantes renais. In Mello Filho, J. Psicossomática hoje. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.*
15. *Wilkinson K. The concept of hope in life-threatening illness. Prof Nurse, 1996; 11(10): 659-61.*

O adolescente cardiopata e a percepção de suas limitações e possibilidades

Cristiane Palotti de Almeida, Sumaira Abrão Alem, Bellkiss Wilma Romano

Resumo

Considera-se que as cardiopatias congênitas produzem repercussões emocionais aos seus portadores, sobretudo na adolescência, fase da vida que traz muitas mudanças emocionais e corporais. Este trabalho tem como objetivo discutir a percepção que o adolescente possui sobre a interferência da cardiopatia na própria vida, através da avaliação de um questionário. Conclui-se que o adolescente possui pouca informação sobre o diagnóstico. Enfatizam as limitações físicas, atribuindo pouco valor às conseqüências do tratamento, geralmente agressivo. Porém, possuem expectativas positivas em relação ao futuro, acreditando em suas potencialidades.

Introdução

Até há algumas décadas, a intervenção cirúrgica para portadores de cardiopatias congênitas era inexistente, e poucas crianças sobreviviam.

Os avanços nas técnicas diagnósticas e cirúrgicas têm aumentado a longevidade e a qualidade de vida dos portadores desta enfermidade, criando um novo grupo de pacientes: adolescentes com cardiopatias congênitas. Pessoas que antes sequer tinham expectativas de sobrevivência, agora estão vivendo mais tempo[1,2].

Muito se aperfeiçoou no tratamento médico das cardiopatias congênitas, porém, pouco se estudou a respeito de suas repercussões emocionais[3]. O indivíduo cardiopata desde o nascimento é submetido a um tratamento prolongado, agressivo e doloroso, convivendo em um meio familiar em que os pais superprotegem-no[3-5]. Ao chegar à adolescência, tem que se defrontar com as dificuldades inerentes a este período, como o luto pela perda do corpo infantil e a busca de identidade e autonomia[6], processo que pode ser doloroso, pois implica muitas perdas. No caso dos cardiopatas congênitos, a adolescência torna-se duplamente difícil, visto que, além de vivenciar o processo do adolescer, têm que conviver com uma doença grave, que afeta não apenas a perspectiva de vida futura, mas também influencia o presente, pois muitas vezes, devido às limitações da cardiopatia, são privados de atividades coletivas (como jogos) e sociais, em uma época da vida em que a integração com um grupo é tão importante[6]. Quanto essas dificuldades, essa incerteza em relação à própria saúde e vida podem afetar sua perspectiva de futuro? E como o adolescente percebe e lida com essas limitações?

Os resultados serão apresentados tendo como base um questionário elaborado pelo Serviço de Psicologia, e, a partir dos dados obtidos, serão discutidos os fatores referentes à percepção que o adolescente tem de como a cardiopatia afeta sua vida, com ênfase em três aspectos: a informação sobre a própria doença, as limitações percebidas pelos pacientes e a influência sobre as perspectivas futuras.

A população foi composta por 39 adolescentes cardiopatas na faixa de 13 a 18 anos, que participaram do Grupo de Adolescentes do Ambulatório do Serviço de Psicologia, sendo que todos os pacientes estavam em tratamento médico. Apesar de a pesquisa referir-se essencialmente aos cardiopatas congênitos, foram incluídos dois pacientes porta-

Endereço para correspondência:
Serviço de Psicologia – Instituto do Coração – HC-FMUSP
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44
05403-900 - São Paulo-SP

dores de cardiopatias adquiridas, já que, assim como os congênitos, estes também convivem com a sintomatologia, as limitações e a necessidade de tratamento – na maior parte cirúrgico (para a troca de válvulas) – acarretadas pela doença, desde uma fase precoce da vida.

Desse total, 22 (56,4%) eram do sexo masculino e 17 (43,6%) do sexo feminino. Como dito, as idades variavam de 13 a 18 anos, sendo a média de idade de 15 anos. Em relação ao estado civil, 38 (97,4%) eram solteiros e um (2,6%), casado.

O instrumento utilizado foi um questionário auto-aplicável, formulado pelo Serviço de Psicologia, como parte do Programa Ambulatorial de Orientação ao Adolescente Cardiopata.

Os dados foram coletados durante a realização dos grupos, na primeira sessão dos mesmos. Os questionários foram respondidos individualmente pelos próprios adolescentes. A pesquisadora estava presente na ocasião da aplicação, esclarecendo eventuais dúvidas, quando necessário.

De 39 adolescentes, 35 (89,7%) desenvolviam algum tipo de atividade, seja trabalho (n = 1-2,6%), estudo (n = 25-64%) ou ambas as atividades (n = 9- 23,1%).

Em relação à escolaridade, 34 (87,2%) freqüentavam a escola e cinco (12,8%) não estavam estudando na ocasião da aplicação do questionário. Quanto ao nível de escolaridade dos adolescentes estudantes, 24 (70,6%) cursavam o ensino fundamental e 10 (29,4%) cursavam o ensino médio.

Referentemente à eventual existência de um atraso escolar nos pacientes estudantes em função da cardiopatia e seu tratamento, 13 (37,1%) possuíam atraso igual ou superior a dois anos; 21 (60%) não estavam atrasados e um (2,9%) não respondeu.

A maior parte (69,2%) dos pacientes residia com pai, mãe e irmãos (tabela 1).

Tabela 1 **Familiares com quem os pacientes residem**

Residem com	n	%
Pai, mãe e irmãos	27	69,2
Pai e mãe	3	7,7
Mãe e irmãos	3	7,7
Mãe	2	5,1
Irmãos	1	2,6
Outros parentes	3	7,7
Total	**39**	**100**

No que se refere ao diagnóstico da cardiopatia, observou-se o resultado apresentado na tabela 2.

Tabela 2 **Distribuição das cardiopatias**

Cardiopatias	n	%
Tetralogia de Fallot	5	12,8
CIA	3	7,7
CIV	1	2,6
TGA	3	7,7
Cardiopatias associadas	15	38,5
Valvulopatias	2	5,1
Outras	10	25,6
Total	**39**	**100**

Para 23 pacientes (59%) a cirurgia já havia sido realizada; 2 (5,1%) disseram que não seriam operados; 5 (12,8%) indicaram a possibilidade de cirurgia no futuro e 9 (23,1%) não souberam responder à questão.

Em relação ao conhecimento sobre a cardiopatia, 11 (28,2%) possuíam o conhecimento correto, 14 (35,9%) incorreto, 10 (25,6%) conhecimento parcial e 4 (10,3%) não sabiam sobre o próprio diagnóstico da cardiopatia. A maioria (61,5%) dos pacientes teve conhecimento da cardiopatia ainda na infância, 3 (7,7%) souberam da doença na adolescência, 6 (15,4%) não sabem ou não lembram e outros 6 (15,4%) não responderam.

A maioria foi informada da doença a partir de um familiar (n = 23-59%), o médico foi citado por 8 pacientes (20,5%), o médico, juntamente com a mãe do paciente, foi referido por 2 adolescentes (5,1%), 1 (2,6%) citou "outros" e 5 (13,8%) não sabem ou não responderam quem informou o diagnóstico. Do total, 13 (33,3%) acreditam que a cardiopatia muda e interfere em suas vidas. Os demais 26 (66,7%) não percebem alterações. Entre aqueles que não realizaram a cirurgia, observou-se que para 8 (72,7%) a cirurgia interfere, sendo que 3 (27,3%) não percebem interferência.

Sobre a interferência da doença entre aqueles que já realizaram a cirurgia cardíaca, 9 (32,1%) consideraram que a cardiopatia interfere e para 19 (67,9%) não interfere.

A maioria, 35 (89,7%) pacientes, referem haver proibições por serem doentes do coração, ao passo que 3 (7,7%) consideram que não há restrições e 1 (2,6%) não respondeu.

As atividades mais citadas pelos 35 (89,7%) adolescentes que responderam "sim" à questão foram (tabela 3):

Tabela 3 Atividades mais restritas devido à cardiopatia

Atividades mais citadas	n	%
"Esforço"	24	68,6
Esportes	3	8,6
Beber/fumar e drogas	6	17
Alimentação	1	2,9
Outras	1	2,9
Total	**35**	**100**

Com o objetivo de perceber se os adolescentes que realizaram ou não a cirurgia cardíaca possuem ou não diferenças quantitativas no que se refere à percepção das próprias restrições, foram comparados os dados a seguir. Entre os pacientes que realizaram a cirurgia, 10 (90,9%) referem ter restrições quanto a realizar atividades, notou-se que 25 (89,3%) têm restrições físicas, 2 (7,1%) não têm, e 1 (3,6%) não respondeu à questão.

Entre os pacientes que não realizaram cirurgia, 10 (90,9%) referem ter restrições quanto a realizar atividades.

Mais da metade (21-53,8%) dos pacientes afirmou ter medo de fazer algo por ser doente do coração; 16 (41%) negam o medo, 1 (2,6%) não respondeu e 1 (2,6%) afirmou não saber responder.

Ainda sobre essa questão, as atividades mais citadas pelos 21 adolescentes que responderam ter medo foram (tabela 4).

Tabela 4 Atividades mais freqüentemente associadas ao medo

Atividades mais citadas	n	%
"Esforço"	8	38,1
Esportes	6	28,6
Fumar/beber	2	9,5
Cirurgia	2	9,5
Outras	3	14,3
Total	**21**	**100**

Entre os pacientes operados, 15 (53,6%) afirmaram ter medo de realizar atividades, 11 (39,3%) negaram o medo e 2 (7,1%) não responderam.

Entre os pacientes que não realizaram cirurgia, 6 (54,5%) tinham medo de fazer atividades físicas e 5 (45,5%) não tinham.

Para verificar se existe relação entre o medo de realizar atividades e influência na interferência da cardiopatia, foram comparados os dados a seguir (tabela 5):

Tabela 5 Interferência *versus* medo

Interferência *vs.* medo	n	%
Interfere e tem medo	9	23
Interfere e não tem medo	4	10,3
Não interfere e tem medo	12	30,8
Não interfere e não tem medo	12	30,8
Não respondeu	2	5,1
Total	**39**	**100**

Para verificar se os que se sentiam restritos também temiam realizar algo, foram comparados os dados a seguir (tabela 6):

Tabela 6 Proibição *versus* medo

Proibição *vs.* medo	n	%
Há proibição, mas não há medo	13	33,3
Há proibição e medo	20	51,3
Não há proibição e não há medo	3	7,7
Não respondeu a uma das questões	3	7,7
Total	**39**	**100**

Do total, 9 (23,1%) pacientes percebiam a cardiopatia como um incômodo para a própria vida, 20 (51,3%) não a sentiam desta forma, 6 (15,4%) referiram que nada os incomoda e 4 não souberam responder.

Sobre fatos marcantes em suas vidas e a relação destes com a cardiopatia, obteve-se uma não-relação para 15 (38,5%) dos pacientes (tabela 7):

Tabela 7 Associação de fatos marcantes à cardiopatia

Fato marcante	n	%
Relacionado à cardiopatia	11	28,2
Não-relacionado à cardiopatia	15	38,5
Não sabe	4	10,25
Não lembra/não tem	5	12,8
Não respondeu	4	10,25
Total	**39**	**100**

Sobre o que desejam para o futuro, os adolescentes relacionaram as seguintes expectativas (tabela 8).

Tabela 8 Expectativas dos pacientes para suas vidas

Conte o que sonha	n	%
Cura da doença	2	5,1
Casamento, família e amigos	11	28,2
Futuro profissional/financeiro	11	28,2
Ser feliz	7	17,9
Outros	3	7,7
Nada	1	2,6
Não sabe	3	7,7
Não respondeu	1	2,6
Total	**39**	**100**

A escolha profissional já havia sido intencionada por 30 (76,9%) pacientes, enquanto 9 (23,1%) não haviam ainda decidido qual carreira seguir.

Observou-se que 29 (96,6%) intencionaram atividades que não exigiam esforço físico e um adolescente (3,3%) escolheu a carreira de astronauta.

Dentre os 96,6% que tiveram uma escolha adequada, 10 (33,3%) elegeram como profissão a Medicina e suas correlatas, que envolvem o cuidado com o corpo.

Discussão

O dado que apresenta maior relevância é o baixo nível de conhecimento do próprio diagnóstico demonstrado pela população estudada.

A grande maioria possui conhecimento apenas parcial, incorreto ou simplesmente não sabem o diagnóstico da própria doença. São várias as hipóteses que, embora não possam ser confirmadas através do questionário, podem associar-se à negação da própria doença (muitos adolescentes com cardiopatias complexas atribuíam seu problema cardíaco a um "sopro"). A falta de informações dos pais também é um provável motivo de desconhecimento da doença. Gianotti[5] afirma que 41,2% dos pais de cardiopatas na faixa etária de 12 a 17 anos não dialogavam com seus filhos sobre a doença.

As dificuldades no relacionamento pais/paciente, bem como a posição do médico, podem ser as causas do desconhecimento do diagnóstico. De acordo com Hart e Garson[8], grande número de adolescentes e adultos jovens portadores de cardiopatia congênita possuem conhecimento inadequado sobre a doença e suas reais condições físicas. Essa pesquisa demonstra que 42% dos pacientes acreditam que necessitam de informações sobre a cardiopatia e seu tratamento.

Gianotti[5] observou que há uma série de lacunas e distorções na comunicação e no relacionamento do paciente e seus pais com o médico. Costumavam queixar-se da falta de informação sobre sua condição cardíaca, a natureza e a gravidade da cardiopatia e do tratamento proposto, atribuindo esta falha aos termos técnicos usados pelo cardiologista, ao relacionamento impessoal entre médico e paciente e a pouca disponibilidade de tempo e atenção durante as consultas. Havia pacientes que se sentiam inibidos em buscar informações junto ao médico. Pouco informados, estes e seus pais buscavam preencher a falta de conhecimento sobre a doença através de fantasias, distorcendo a realidade a serviço de suas conveniências e, também, aos mecanismos de defesa. No caso de cardiopatas graves, a falta de acesso à informação servia como forma de não entrar em contato com a gravidade da doença.

Em relação às atividades desenvolvidas pelos adolescentes, 89,7% dos pacientes possuíam atividades produtivas, fato semelhante ao encontrado na literatura[5, 9, 10]. Relevantes foram os 10,3% que eram totalmente inativos, considerando-se a faixa etária desta população. Este percentual foi menor do que o encontrado por Gianotti[5], de 38%. Muitos destes pacientes alegavam dificuldades em conseguir emprego por causa da doença, apoiando-se nas limitações físicas como forma de mascarar perturbações de ordem psíquica. Também devem-se considerar os dados objetivos da realidade, pois em uma pesquisa feita com diversas empresas, Celermajer & Deanfield[11] relatam que algumas delas possuem restrições em contratar indivíduos com cardiopatia congênita, mesmo nos Estados Unidos, país que possui leis que protegem pessoas com "desvantagem física". No Brasil, embora existam leis semelhantes, a alta taxa de desemprego, que atinge todos os níveis da população, poderia ser ainda mais discriminativa com pessoas portadoras de doenças cardíacas, já que é grande a desinformação sobre as reais possibilidades dos indivíduos portadores.

Em virtude do tratamento a que são submetidos desde a infância, os cardiopatas são atrasados em relação à escolaridade; 37,1% tinham dois ou mais anos de atraso em relação à idade, o que poderia ser atribuído ao tratamento da doença. Os restantes tinham atraso menor ou igual a um ano. Favaratto et al.[9] afirmam em sua pesquisa que 48,5% nunca haviam repetido de ano e 41,1% uma ou mais reprovações, sendo que o índice de reprovação na 5ª série entre alunos da rede pública é de 23,5%, sendo necessário salien-

tar que somente 23,5% dos pesquisados atribuíram a repetência ao excesso de faltas por causa da doença.

Os pacientes residem em sua maioria com os pais e/ou irmãos, vivendo em um ambiente familiar aparentemente estruturado, com o núcleo familiar completo. Entre pacientes que moram com a mãe e/ou irmãos, o percentual foi de 12,8%. Tong et al.[2] encontraram um índice de 55,5% de cardiopatas entre 13 e 25 anos morando com os pais e 33,3% com um dos pais. Sparacino et al.[7] relatam que há rompimentos entre famílias por causa da cardiopatia congênita dos filhos, embora o mesmo estudo não revele o percentual de separações conjugais. Entre jovens de 18 a 20 anos, foi encontrado um índice de 90,8% de pacientes cardiopatas que moravam com os pais, número maior do que o encontrado no grupo comparativo de indivíduos saudáveis, cujo percentual foi de 79,9%, número semelhante ao de Kokkonen et al.[12], supondo que os cardiopatas possuem maior dependência dos pais, não-relacionada diretamente às limitações físicas, mas à superproteção[10]. É, precipitada, porém, qualquer conclusão a esse respeito, já que a média de idade dos pacientes é de 15 anos, faixa etária em que os adolescentes geralmente moram com os pais.

Em relação ao diagnóstico da cardiopatia, a maioria dos pacientes possuíam cardiopatias complexas, muitos com mais de uma má formação associada (38,5%). Algumas pesquisas[1, 2, 4, 12] dividem sua população entre cardiopatas cianogênicos e acianogênicos para dados comparativos. Na presente pesquisa os pacientes não foram divididos quanto ao tipo ou à gravidade da cardiopatia, existindo nesse sentido a incidência das diferentes cardiopatias entre esta população. De acordo com Utens et al.[13], a incidência das diferentes cardiopatias entre sua população foi de 18% para Tetralogia de Fallot, 31,2% para CIV, 5,6% para CIA e 14,4% para cardiopatias associadas, número diverso ao encontrado na pesquisa, já que entre os adolescentes participantes havia um maior percentual de cardiopatias de maior gravidade.

A cirurgia já havia sido realizada para 59% dos pacientes e 12,8% afirmaram que iriam realizá-la. Spurkland et al.[3] apontam que 92,2% de um grupo entre 13 e 18 anos já haviam realizado cirurgia cardíaca, porém é necessário considerar a realidade social do país de origem da pesquisa (Noruega), onde o acesso aos recursos de saúde é mais amplo.

A idade do conhecimento da cardiopatia ocorreu para 61,5% durante a infância, época em que normalmente ocorre o diagnóstico da doença. Segundo Gianotti[5], 79,9% de sua população havia tomado conhecimento do diagnóstico entre 0 e 11 anos de idade. Para 7,7% dos pacientes, o diagnóstico havia ocorrido na adolescência, número equivalente ao encontrado na literatura[5]. Porém, um dado a ressaltar é a grande incidência de pacientes (30,8%) que não sabem, não lembram ou simplesmente não responderam a essa questão. Não foi possível encontrar na literatura dados que pudessem permitir uma comparação deste aspecto, mas é possível supor que este resultado se deva ou à falta de apropriação do indivíduo sobre a própria doença ou à falha no diálogo entre filhos e pais sobre a doença[5], já que freqüentemente são estes que trazem a história da cardiopatia para o filho.

A família esteve mais freqüentemente envolvida na informação da existência do problema cardíaco (59%), e o familiar mais citado foi a mãe, sendo necessário considerar que geralmente é ela quem mais acompanha o filho às consultas médicas. Gianotti[5] observa que no momento da comunicação do diagnóstico pelo médico, geralmente os pais excluíam o filho, ficando a sós com o médico, para posteriormente contar-lhes sobre a cardiopatia. Se tal fato ocorreu com os adolescentes desta pesquisa, é evidente que a informação do diagnóstico fica por conta dos familiares. É importante salientar que, ainda segundo Gianotti[5], quando os pais informavam a respeito do diagnóstico, estes não o faziam de maneira clara, geralmente dando uma visão melhorada da cardiopatia, nos casos mais graves. Este fato também pode associar-se a um dado anteriormente apresentado, em que a maioria dos pacientes desconhecia o próprio diagnóstico, atribuindo-o, muitas vezes, a um sopro cardíaco.

É possível supor que com um alto índice de desconhecimento da própria doença, o conhecimento das reais limitações e possibilidades do cardiopata tendem a ser igualmente desconhecidas, ou ao menos inadequadas.

Muitos adolescentes consideram que a cardiopatia não interfere em suas vidas. Porém, ao comparar os pacientes que não realizaram cirurgia, verifica-se que a maioria considera que a cardiopatia interfere. É justamente nesta amostra da população, que pela não-realização do procedimento cirúrgico, ainda se verifica a sintomatologia da cardiopatia, com muitas restrições físicas. De acordo com Spurkland et al.[3], o diagnóstico e a intervenção cirúrgica, quando ocorrem precocemente, auxiliam na prevenção de um longo período da vida sob restrições físicas, tendo como conseqüência o prejuízo no desenvolvimento emocional. Entre os operados, 67,9% não consideravam que a cardiopatia interferia na própria vida. Gianotti[5] aponta que a cura trazida pela cirurgia diminui a ansiedade e aumenta a independência e a autoconfiança dos pacientes. Os cardiopatas operados têm os seus sintomas diminuídos; assim, a cardiopatia interfere menos em sua vida, diminuindo a ansiedade em geral[5].

Verifica-se que a quase totalidade considera que a cardiopatia traz algum tipo de proibição, ou seja, atribuem a esta impossibilidade de realizar algo. Apesar de a maioria

achar que a cardiopatia não interfere na vida, os adolescentes percebem que existem restrições.

A fim de verificar se a realização ou não da cirurgia poderia interferir nos resultados, foram comparadas as respostas relativas à questão sobre a proibição de atividades entre os pacientes operados e os não-operados, e o resultado foi equivalente. De acordo com a literatura[1], as restrições impostas por pais, médicos e professores têm impacto não apenas na condição física do paciente, mas também em seu estado emocional, ou seja, embora os pacientes tenham freqüentemente (re)estabelecido sua condição física, ainda acreditam que possuem restrições.

A própria superproteção imposta pela maioria dos pais afeta a percepção de que realmente existem restrições pelo fato de serem cardiopatas, pois frente aos "conselhos", concluiriam que realmente possuem limitações. Há a disciplina imposta pelos pais, que acabam por atemorizar os filhos pelos agravamentos da cardiopatia. Gianotti[5], em sua pesquisa junto a mães de cardiopatas, encontrou que estas, frente a uma eventual desobediência do filho em atender à restrição física, ameaçavam os pacientes às custas de piora das condições clínicas, de realização de exames e cirurgia.

É necessário considerar que a cardiopatia congênita necessita de um longo acompanhamento médico, mesmo após a cirurgia, e que as restrições, quando existem, são importantes para o sucesso do tratamento. A atividade física mais citada como proibida (68,6%) foi "realizar esforços", não exceder em quaisquer atividades físicas que porventura possam deixar o cardiopata "cansado". Hart et al.[8] afirma que 70% dos adultos jovens com cardiopatia congênita demonstram boa capacidade física, enquanto apenas 10% são considerados incapacitados fisicamente, porém, ainda é preciso considerar que vários fatores influenciaram no resultado da presente pesquisa, como a orientação médica e dos pais.

Não foi possível conhecer a atual condição física do paciente, porém, de acordo com Sparacino et al. e Gianotti[7,5] os pais recebem a orientação de que os próprios filhos cardiopatas percebam seus limites físicos e suas potencialidades, mas os pais geralmente necessitam de referenciais mais técnicos e precisos sobre o que deixar a criança, livremente, descobrir ser permitido ou não.

Os pais percebem o futuro de seus filhos como incerto e limitado e procuram ao máximo não prejudicá-los, evitando que excedam nas atividades físicas. De acordo com Spurkland et al.[3], os pais sentem-se menos ansiosos sobre a capacidade física dos filhos quando testemunham, através de uma técnica confiável (um exame), o que seus filhos são realmente capazes de realizar fisicamente. A literatura[3] enfatiza a necessidade de encorajar os cardiopatas a realizarem atividades adequadas a sua condição orgânica.

Mesmo proibidos de desempenhar determinadas atividades (através da própria percepção), boa parte (41%) respondeu que não tem medo. Houve um percentual de 53,8% que respondeu ter medo, mas este número é consideravelmente menor do que os 89,7% que responderam ter restrições por causa da cardiopatia. Este resultado pode estar associado à própria característica da adolescência, que é desafiar os próprios limites. Segundo Tiba[14], a busca da identidade, um dos objetivos do adolescente, baseia-se na busca de atender a própria vontade, experimentando os limites que os pais colocam, opondo-se às normas do mundo externo. Outra hipótese é descrita por Gianotti[5]: através da atitude superprotetora dos pais, os cardiopatas, à medida que crescem, tendem a se tornar mais reivindicativos, sendo que muitas vezes os pais os consideram exigentes e difíceis de lidar, a ponto de sentir que estão perdendo o controle sobre a situação.

Um estudo[2] comparou a aderência ao tratamento com a gravidade da cardiopatia, entre adolescentes e adultos jovens, e concluiu que os pacientes com restrições mínimas incorporavam de maneira adequada a necessidade de medicação e as eventuais limitações das atividades, porém os pacientes mais graves e mais restritos questionavam e ocasionalmente testavam as orientações do médico como forma de provar a própria normalidade e invencibilidade. Na presente pesquisa, não foram comparados os pacientes quanto à gravidade da cardiopatia e o medo de realizar atividades restritas, mas a realização ou não da cirurgia e a relação com o medo. Percentualmente, não houve diferença significativa entre os operados e os não-operados. Pode-se supor que este medo poderia ser maior entre os operados, já que permanece o defeito cardíaco e sua sintomatologia; porém existe outra hipótese de que crianças cronicamente doentes aprendem a conviver com suas incapacidades e desenvolvem eficientes mecanismos adaptativos. Por estarem acostumados às limitações do próprio corpo desde muito pequenas, sabem lidar com os limites corporais, não causando um estresse emocional capaz de atemorizá-los neste aspecto. Para 30,8% dos pacientes, a cardiopatia não interfere nem provoca qualquer tipo de temor em realizar algo que poderia minimizar os efeitos emocionais provocados pela limitação física. Um dado curioso é que os pacientes associaram ao medo de realizar algo, por serem doentes do coração, atividades físicas e esportes. Apenas uma paciente citou o tratamento da cardiopatia, e este freqüentemente é invasivo e doloroso, devido a internações, exames e cirurgia. Utens et al.[10] relatam que o alto índice de adolescentes cronicamente doentes, mas emocionalmente saudáveis, pode ser atribuído, parcialmente, a mecanismos de negação da doença. Os pacientes podem manifestar a negação de várias formas, da mais extrema, como simplesmente negar a

presença da doença, até as mais brandas, como minimizar seus efeitos emocionais.

Porém, os pacientes apresentam uma contradição em suas respostas: se boa parte não percebe nem interferência, nem medo, 51,3% dizem ter restrição de atividades e medo de realizá-las, o que num primeiro momento pode significar um confronto com a realidade da cardiopatia (algo que traz conseqüências reais sobre o corpo), ou também da falta de uma informação precisa que os impede de ter segurança em realizar aquilo que, ao menos, lhes é permitido. Nesta hipótese, pode haver novamente a influência dos pais. De acordo com a literatura[7], os pais de cardiopatas congênitos sentem que necessitam de mais informações que os ajudem a distinguir o quanto seus filhos são normais e o quanto a cardiopatia realmente afeta suas vidas. Apesar de os pais dos pacientes serem aconselhados a tratar suas crianças normalmente, eles ficam incertos como agir, e esta incerteza persiste durante a adolescência. Ainda de acordo com o mesmo estudo, os pais geralmente preocupam-se com o tratamento da doença e com o fato de que seus filhos não têm maturidade para assumir a responsabilidade do tratamento. De acordo dom Tong et al.[2], a tomada de responsabilidade sobre o próprio tratamento parece variar de acordo com a idade e o grau de autonomia do paciente, pois existem adolescentes que ainda não exercem um papel ativo no controle da própria doença.

Entre os fatores que mais incomodam os pacientes pesquisados, a maioria (51,3%) não os associou à cardiopatia, mas sim a outros fatores inerentes à questão da adolescência, principalmente a relação com os pais. Segundo Tiba[14], durante a adolescência é necessário que haja uma evolução no relacionamento entre pais e filhos, da dependência total da primeira infância à independência da vida adulta. A modificação de um leva à mudança do outro para se restabelecer o equilíbrio. Quando um deles (pais ou filhos) procura impor modificações ou a paralisação do outro, o relacionamento entre pais e filhos pode entrar em crise. Assim, na adolescência, é esperado que tais conflitos apareçam, já que é nesta época da vida que o indivíduo busca alcançar a autonomia, conflituando com a autoridade dos pais.

Outro fator que pode estar associado a este resultado é que a maior parte dos adolescentes já havia realizado a cirurgia cardíaca. Segundo a literatura[10], uma possível explicação para os bons resultados obtidos nos aspectos emocionais entre jovens adultos com cardiopatia congênita é que tendo vivenciado a cirurgia e as hospitalizações no passado, os pacientes lutavam para ter uma vida normal, não se preocupando com pequenas dificuldades da vida após terem sobrevivido ao tratamento cirúrgico.

Para 38,5% os fatos marcantes não estavam associados à cardiopatia. Foram encontrados relatos ligados à vida afetiva, como o primeiro beijo ou o primeiro encontro com a namorada, questões inerentes à adolescência, que marcam o início das relações afetivo-sexuais do indivíduo, constituindo importante etapa do desenvolvimento humano[13]. Entre os 28,2% que mencionaram a doença do coração, boa parte citou a cirurgia como evento mais importante em suas vidas.

O fato de a cirurgia ter sido considerada o fato mais marcante da vida pode estar relacionado ao significado que a operação tem para o cardiopata, pois ela traz, muitas vezes, a cura e o abandono da condição de "doente", permitindo a realização de muitos projetos.

Entre as expectativas para o futuro, encontram-se empatados o desejo de alcançar êxito profissional e financeiro e o estabelecimento de vínculos afetivos bem sucedidos entre familiares e amigos e o desejo de constituir família. Percebe-se que as prioridades dos adolescentes cardiopatas não diferem das da maioria da população adolescente. Favaratto et al.[9] apontam em sua pesquisa um percentual de 10,6% de adolescentes que tinham como planos futuros o desejo de casar e ter filhos. Segundo Gianotti[5], 51% dos cardiopatas sentiam que, devido à doença, estavam impossibilitados de estabelecer um relacionamento conjugal. Neste estudo, os participantes preocupam-se predominantemente com a cardiopatia em si: a eventual necessidade de futuras operações, o tratamento ou mesmo a piora do estado de saúde. Quanto aos relacionamentos afetivos, alguns expressaram o receio de envolvimentos amorosos, pois sua expectativa de vida era sentida como limitada. Esta idéia parece não ser compartilhada com os adolescentes desta pesquisa, que colocaram como uma das principais expectativas o estabelecimento de vínculos afetivos duradouros.

O sucesso profissional e financeiro foi estabelecido como meta para 28% dos pacientes. Segundo Favaratto et al.[9], os planos para o futuro entre adolescentes operados concentrou-se predominantemente em estudo, trabalho e bens materiais (71,6%). Outro estudo[5] aponta que 51% dos cardiopatas consideravam-se inaptos, supondo que a cardiopatia, mesmo corrigida, tinha produzido deficiências irreversíveis, de ordem intelectual ou emocional, tornando-os impossibilitados de realizar atividades produtivas. Assim, é possível perceber que os adolescentes cardiopatas desta pesquisa possuem perspectivas positivas em relação ao futuro. Tradicionalmente, as doenças crônicas são consideradas um elemento que afeta a auto-estima, o senso de identidade, a autonomia e os planos para o futuro[15]. O mesmo estudo encontrou uma relação entre o prognóstico da doença e o nível de ansiedade, esta, menor nos pacientes com melhor prognóstico. Tal conclusão sugere a importância de o cardiopata perceber seu futuro como estável, e não como incerto.

Outro aspecto que diz respeito ao futuro é a escolha profissional. Segundo a literatura[2,5], a atitude superprotetora dos pais limita o crescimento emocional dos filhos e sua tentativa de obter independência. Tong et al.[2] apontam que o estresse causado por uma vida plena de incertezas futuras pode afetar o potencial dos adolescentes em estabelecer decisões em relação à carreira. Hart & Garson[8] afirmam que é necessário encorajar os cardiopatas congênitos a buscarem treinamento educacional e profissional, permitindo-lhes tornar membros ativos da sociedade. O número de pacientes que demonstraram intenção quanto à escolha profissional foi bastante significativo, e, se formos levar em conta a média de idade do grupo e sua escolaridade, poderia se considerar este resultado como positivo, semelhante ao encontrado por Utens et al.[10], em que 92,8% da população de cardiopatas da pesquisa consideravam normais suas perspectivas profissionais, independentemente da interferência da doença cardíaca. Outro estudo[8] mostra que apenas 10% dos adultos com cardiopatia congênita consideravam-se inaptos em conseguir um emprego.

Em relação à adequação da escolha profissional, 96,6% citaram profissões não-relativas à intensa atividade física. A maior parte diz respeito a profissões de nível intelectual, como engenheiros, professores, comerciantes e destes, 33,3% citaram atividades ligadas à medicina ou correlatas, como enfermagem e veterinária. Favaratto et al[9] também encontram uma grande incidência de escolhas profissionais ligadas à área de saúde, fato que poderia estar vinculado com a vivência de cirurgias e hospitalizações, além da própria idealização do profissional médico com o qual o adolescente cardiopata convive desde a infância e que lhe proporciona melhora das condições físicas; ele é que cura, levando o indivíduo a identificar-se com sua figura. Tong et al.[2] relatam que a incapacidade física de alguns cardiopatas leva-os a abrir mão de certos sonhos e a programar suas escolhas profissionais precocemente, escolhendo carreiras adequadas às limitações, elegendo profissões de nível intelectual, dado semelhante ao encontrado na presente pesquisa.

Conclusão

O adolescente cardiopata possui pouca informação sobre sua doença, considerando-se que, em virtude da faixa etária, poderia ter um papel mais ativo no seu tratamento. Porém, esta falta de informação parece estar a serviço de mecanismos de defesa, como a negação, já que seria psiquicamente mais "conveniente" para o indivíduo supor que tem um simples sopro cardíaco do que ser informado que seu coração possui várias más formações.

Com isto, a percepção sobre suas limitações e possibilidades tende a ser inadequada. Nesta pesquisa prevaleceu o senso comum de que quem tem problemas cardíacos não deve realizar "esforços" físicos. A avaliação da real condição física do paciente proporcionaria respostas mais fidedignas, permitindo saber quais os pacientes fisicamente restritos.

Também não foi possível avaliar a influência que os pais poderiam exercer nas respostas dos filhos.

Os pacientes atribuíram muita atenção ao corpo e pouco valor aos aspectos emocionais relativos às conseqüências psicológicas e sociais que a cardiopatia poderia acarretar em suas vidas, considerando que estão atravessando a adolescência, além das adversidades do tratamento.

Percebe-se que a doença o afeta pouco, fazendo com que o adolescente cardiopata tenha uma perspectiva não somente de futuro, mas de produtividade.

Apesar de terem vivenciado e ainda vivenciar um tratamento longo e agressivo, os adolescentes cardiopatas desta pesquisa encontram mecanismos adaptativos que lhes permitem lutar por uma vida normal em todos os aspectos, seja afetivo, social e profissional.

Este resultado também pode estar sendo afetado pelo mecanismo da negação (é interessante citar que em nenhum dos questionários foi colocada a possibilidade de morte, absolutamente real nas cardiopatias congênitas), mas neste caso esta viria com um propósito diferente, não apenas afastando o indivíduo da realidade da cardiopatia, mas aproximando-o de uma perspectiva futura positiva, em que a cardiopatia não ocupa um lugar primordial.

Referências bibliográficas

1. *Bjornstad PG, Spurkland I, Lindberg HL. The impact of severe congenital heart disease on physical and psychosocial functioning in adolescents. Cardiol Young 1995; 5: 56-62.*
2. *Tong EM, Sparacino PSA, Messias DKH et al. Growing up with congenital heart disease: the dilemmas of adolescents and young adults. Cardiol Young 1998; 8: 303-9.*
3. *Spurkland I, Bjornstad PG, Lindberg H et al. Mental health and psychosocial functioning in adolescents with congenital heart disease. A comparison between adolescents born with severe heart defect and atrial septal defect. Acta Paediatrica 1993; 82: 71-6.*
4. *Attie-Accives CL, Cárdenas M. Frustracion y esquema corporal en niños con y sin cardiopatia congenita. Arch Inst Cardiol Mex 1992; 62: 147-50.*
5. *Gianotti A. Efeitos psicológicos das cardiopatias congênitas. São Paulo, Lemos Editorial, 1996.*
6. *Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.*
7. *Sparacino PSA, Tong EM, Messias DKH et al. The dilemmas of parents of adolescents and young adults with congenital heart disease. Heart & Lung 1997; 26: 187-95.*
8. *Hart EM, Garson Jr. A. Psychosocial concerns of adults with congenital heart disease. Cardiology Clinics 1993; 11: 711-5.*
9. *Favaratto MECS, Romano BW. Cirurgia cardíaca na infância. Repercussões na qualidade de vida do adolescente. Arq Bras Cardiol 1994; 62: 171-4.*
10. *Utens EMWJ et al. Psychosocial functioning of young adults after surgical correction for congenital heart disease in childhood: a follow-up study. Journal of Psycossomatic Research 1994;38: 745-58.*
11. *Celermajer DS, Deanfield JE. Employment and insurance for young adults with congenital heart disease. Br Heart J 1993; 69: 539-43.*
12. *Kokkonen J, Paavilainen T. Social adaptation of young adults with congenital heart disease. Int J Cardiol 1992; 36: 23-9.*
13. *Utens EMWJ et al. Prediction of behavioural and emotional problems in children and adolescents with operated congenital heart disease. Eur Heart J 1998; 19: 801-7.*
14. *Tiba I. Puberdade e adolescência. São Paulo, Ágora, 1986.*
15. *Kellerman J, Zeltzer L, Ellemberg L et al. Psycological effects of illness in adolescence. I. Anxiety, self-esteem, and perception of control. Journal of Pediatrics 1980; 97: 126-31.*

Agenda 2000

Setembro

11
20ª Semana Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – RS
Telefax: (51) 316-8503/316-8090
http://www.hcpa.ufrgs/eventos/20_semana_cientifica.htm

Outubro

27
Jornada Científica InCor - 2000
Local: Centro de Convenções Rebouças
São Paulo - SP
Tel.: (11) 3069-5290

Novembro

09 a 11
III Fórum Baiano de Psicologia Hospitar
Hospital Santa Izabel
Auditório Jorge F. Figueira
Salvador - BA
Tel.: (71) 247-3296/245-3881
E-mail: dagaz@e-net.com.br

23 e 24
IV Simpósio de Psicologia em Cardiologia do Hospital do Coração
Local: Rua Desembargador Eliseu Guilherme, 147
São Paulo - SP
Tel.: (11) 3887-6611 r. 2209

Informações importantes

Elementos que devem ser considerados para os futuros trabalhos enviados para publicação.

O mérito científico de um periódico é o principal fator para a seleção de um novo título. Os seguintes fatores são considerados:

- *validade,*
- *importância,*
- *originalidade do tema,*
- *contribuição para a área temática em questão.*

A publicação de um número significativo de artigos originais é muito importante para a seleção de um título.

São considerados para indexação na base de dados LILACS os periódicos:

a) *Serão selecionados periódicos publicados em português, espanhol, inglês ou francês, nos países da América Latina e Caribe.*

b) *Com significativo conteúdo científico na área de Ciências da Saúde.*
Os periódicos devem destinar-se basicamente aos profissionais da saúde, ou seja, médicos, enfermeiros, dentistas, sanitaristas, veterinários de saúde pública, administradores de saúde, pessoal paramédico, pesquisadores da área.
Ocasionalmente podem ser selecionados periódicos relacionados a assuntos periféricos se forem de interesse para a área de saúde. Nesses casos, o periódico será analisado seletivamente e não na sua totalidade (capa a capa).

c) *Com mais de 50% de suas páginas com artigos originais.*
Os periódicos selecionados devem ter um ou mais dos seguintes tipos de informação:
- *relatórios de pesquisa original,*
- *observações clínicas originais acompanhadas de análises e discussões,*
- *análise de aspectos filosóficos, éticos ou sociais relacionados à área de Ciências da Saúde,*
- *relatos de casos ou reuniões clínicas, com discussões,*
- *estatísticas epidemiológicas, com análises e discussões,*
- *descrições ou avaliações de métodos ou procedimentos.*

Não serão indexadas revistas que publicam basicamente artigos traduzidos ou apresentados em outras revistas, relatórios de atividades de sociedades ou associações científicas, resumos, notícias e recensões.

d) *Que mantenham regularidade de publicação.*
Por regularidade de publicação entende-se a manutenção da periodicidade estabelecida para o periódico, por exemplo, um periódico trimestral deve ser publicado quatro vezes no ano; um semestral, duas vezes etc.

e) *Que sigam normas nacionais ou internacionais para publicação de revistas científicas. Neste caso, os periódicos devem:*
- *incluir instruções claras para os autores, que reflitam, se possível, os critérios para seleção de trabalhos;*
- *possuir formato de apresentação compatível com as normas para publicações de artigos científicos;*
- *apresentar as referências bibliográficas padronizadas, segundo normas nacionais ou internacionais, de forma a permitir a verificação dos documentos citados;*
- *evitar a inclusão de propaganda comercial. Se necessário, o conteúdo da propaganda não deve interferir no conteúdo dos trabalhos;*
- *ter qualidade gráfica: qualidade do layout, de impressão, de apresentação gráfica e ilustrações. O formato de apresentação é muito importante para garantir o acesso ao documento, seja por meios tradicionais ou magnéticos;*
- *conter resumos dos trabalhos no idioma do texto e em inglês, de preferência;*
- *ter ISSN ("International Standard Serial Number").*

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

Balancete Sintético

período: 05/97 a 05/00

1.	**ATIVO**		
	DISPONÍVEL		
	Caixa Geral	R$	168,96
	Bancos Conta Movimento	R$	138,67
	Aplicações Liquidez Imediata	R$	10.754,62
	Subtotal	**R$**	**11.062,25**
	REALIZÁVEL A CURTO PRAZO		
	Impostos a Recuperar	R$	585,52
	Subtotal	**R$**	**585,52**
	IMOBILIZADO		
	Computadores e Periféricos	R$	1.857,93
	Máquinas e Equipamentos	R$	701,90
	Móveis e Utensílios	R$	458,78
	/-/ Depreciações	R$	(93,09)
	Subtotal	**R$**	**2.925,52**
	TOTAL DO ATIVO	**R$**	**14.573,29**

SBPH
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

O cadastro deverá ser **preenchido** e enviado à SBPH (via correio):
Av. Pasteur, 89 - sala 1.303 – Santa Efigênia – 30150-290 – Belo Horizonte-MG, ou via fax: (31) 224-6154.
OBS.: O boleto bancário será enviado posteriormente, para cobrança, após o recebimento da ficha de cadastro.

Ficha de Cadastro

Campos a serem preenchidos pela SBPH	*Nº de registro SBPH*	*Data da filiação à SBPH*

Categoria:
Sócio fundador ☐ Sócio efetivo ☐ Sócio honorário ☐ Sócio benemérito ☐ Sócio colaborador ☐

Dados pessoais

Nome:				
Endereço para correspondência:				
Bairro:	*Cidade:*	*Estado:*	*País:*	*CEP:*
Fone: ( )	*Fax:* ( )	*Caixa postal:*	*E-mail:*	
Local de trabalho:				*Fone:* ( )
Endereço:				
Bairro:	*Cidade:*	*Estado:*	*País:*	*CEP:*
Local e data de nascimento:				
Faculdade que cursou ou cursa:			*Data de formatura:*	*Nº CPR:*

ESTUDANTES: R$ 30,00 – PROFISSIONAIS: R$ 60,00	*Valor da anuidade:*	*Forma de pagamento:* BOLETO BANCÁRIO

2.	**PASSIVO**		
	Empréstimos e Financiamentos	R$	(15,53)
	Obrigações com Pessoal	R$	450,46
	Obrigações Sociais	R$	117,92
	Obrigações Diversas	R$	340,00
	Cheques a Compensar	R$	647,00
	Patrimônio Líquido	R$	7.671,75
	TOTAL DO PASSIVO	**R$**	**9.211,60**
3.	**DESPESAS**		
	Despesas Administrativas	R$	6.856,49
	Despesas com Pessoal	R$	1.570,49
	Despesas com II Congresso	R$	37,61
	Despesas Financeiras	R$	733,58
	TOTAL DAS DESPESAS	**R$**	**9.198,17**
4.	**RECEITAS**		
	Contribuições	R$	10.045,50
	Receitas Diversas	R$	1.498,54
	Patrocínios	R$	2.860,00
	Receitas Financeiras	R$	155,82
	TOTAL DAS RECEITAS	**R$**	**14.559,86**
5.	**RESULTADO**		
	Receitas	R$	14.559,86
	Despesas	R$	9.198,17
	Resultado do período	R$	5.361,69

Escritório Nacional
Arnaldo de Melo –Técnico Contábil
CRC/MG 43.341

SBPH
SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSICOLOGIA HOSPITALAR

Enviar para:
- via correio: Av. Pasteur, 89 - sala 1.303 – Santa Efigênia
30150-290 – Belo Horizonte-MG

- via fax: (31) 224-6154