

Andrea Vannini Santesso Caiuby

**ESTUDO DE EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA DE
APOIO NA PREVENÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNO
DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM PACIENTES SUBMETIDOS À
SEDAÇÃO E INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

São Paulo
2010

Andrea Vannini Santesso Caiuby

**ESTUDO DE EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA DE
APOIO NA PREVENÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNO
DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM PACIENTES SUBMETIDOS À
SEDAÇÃO E INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do Título de
Doutor em Ciências.

Orientador:

Prof. Dr. Sérgio Baxter Andreoli

São Paulo

2010

Caiuby, Andrea Vannini Santesso

Estudo de efetividade de intervenção psicológica de apoio na prevenção de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático em pacientes submetidos à sedação e internados em Unidade de Terapia Intensiva/ Andrea Vannini Santesso Caiuby. – São Paulo, 2010.

xvi, 92f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria.

Título em inglês: Effectiveness study of support psychological intervention in the prevention of posttraumatic stress disorder in intensive care unit sedated patients.

1. Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos. 2. Psicologia. 3. Efetividade. 4. Unidades de Terapia Intensiva. 5. Hipnóticos e Sedativos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA

Chefe do Departamento de Psiquiatria:

Prof^a. Dr^a. Julieta Freitas Ramalho da Silva

Coordenador da Pós-Graduação em Psiquiatria e Psicologia Médica:

Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

Andrea Vannini Santesso Caiuby

**ESTUDO DE EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA DE
APOIO NA PREVENÇÃO DE SINTOMAS DE TRANSTORNO
DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM PACIENTES SUBMETIDOS À
SEDAÇÃO E INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Presidente da banca:

BANCA EXAMINADORA

Dedicatória

*Dedico este estudo
à minha filha Gisela,
que me acompanhou pelos corredores
da UTI, nasceu, cresceu e, aos 3 anos, me pergunta:
“Mamãe, se você cuida de pessoas muito, muito doentes
e não é médica, o que você faz?...
Eu posso ir com você?”*

Agradecimentos

Agradeço a Sergio Baxter Andreoli, orientador deste trabalho, por ter acreditado na concretização dele antes de mim, pela inestimável dedicação e presença, pelos momentos em que me ouviu durante os cafés da padaria, no caminho às aulas ou reuniões, sempre disponível, com soluções criativas e orientações claras. E, acima de tudo, agradeço por ter me ensinado a realizar pesquisa. Muito obrigada.

À parceira e amiga Paola Bruno Araújo Andreoli, agradeço por estar a meu lado, por me conduzir pelo crescimento profissional e solidificação de meus estudos. Sempre majestosamente delicada e assertiva, viva e sagaz, conduziu-me a inúmeras reflexões e concretizações.

Agradeço a meu marido, Rogério Desio Caiuby, pelo companheirismo, encorajamento em todos os momentos nebulosos e por me fazer tão feliz.

Agradeço a Gisela, minha filha, que viveu minha angústia de me separar dela ao longo dessa trajetória, ensinado-me a ser mãe e pesquisadora a cada novo dia.

Agradeço à equipe do Núcleo de Estatística e Metodologia Aplicada (NEMAP) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo. Às meninas, Simone Assis El Hajj, Ghina Machado e Thais Torri, por realizarem a pesquisa de campo, por me auxiliarem em todo o estudo. A Simone, pelo trabalho estatístico em conjunto, imprescindível para a execução e conclusão da tese. A Melissa Guimaro, pelas discussões de casos tão frutíferas. Agradeço a Shirley S. Lacerda e a Hudson W. Carvalho pela atenção, revisão e sugestões tão valiosas, a Maria Inês Quintana e a Fernanda G. Moreira, por terem me recebido com tanto carinho e pela imensa disponibilidade. Meu agradecimento também a Tassiane S. de Paula e a Carolina Marques que apesar de terem chegado ao final do período da tese, revelaram companheirismo grandioso. Ao final, sou muito grata a essa equipe maravilhosa que se fez ao realizar pesquisa.

Agradeço a toda a equipe da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Israelita Albert Einstein. Ao Dr. Oscar Pavão pela gentileza e atenção dada às minhas

necessidades, às equipes médicas e de enfermagem disponíveis às minhas perguntas e discussões de casos clínicos e à equipe da secretaria da UTI, que sempre me atendeu com muita presteza e carinho.

Sempre serei grata a todos os pacientes participantes do estudo, que permitiram que estivéssemos ao lado enquanto gravavam em suas histórias um momento tão delicado.

Agradeço às ex-alunas e auxiliares de pesquisa pela disponibilidade, sem a qual a consecução deste estudo não seria possível.

Agradeço à equipe do Programa de atendimento às vítimas de violência e estresse (PROVE), em especial a Mariana Puppo, que viabilizou a coleta de dados do estudo de validação da Escala do Impacto do Evento – Revisada.

Agradeço a Camila Junqueira, amiga e psicanalista, pela paciência, pelo ensino e valiosas contribuições para a construção da tese.

Agradeço às grandes amigas, Walkiria Boschetti e Soraya Azzi, pelo companheirismo e carinho, sempre.

Aos meus pais, José Carlos e Judi Santesso, agradeço pela presença em minha vida e infinita generosidade. A meu irmão Lucas, agradeço a amizade e por ser tão paciente com meu cuidado eterno. À minha irmã Catherine, agradeço o amor, as longas ligações matinais e por trazer a minha vida outras pérolas, o João Paulo e a Isadora.

Ao Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, por contribuir e possibilitar a execução deste estudo.

Agradeço ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo e ao Capes pela bolsa de doutorado, a qual permitiu o profundo envolvimento necessário à consecução deste estudo.

À Fapesp agradeço pela bolsa de auxílio à pesquisa para execução da tese.

Prefácio

Não existe um começo de um percurso sem a devida excitação e um objeto, mas é no percurso do desenvolvimento que se forma o psiquismo, é no percurso que se delineiam as estruturas e dinâmicas dos elementos que o constituem. E, assim como no percurso de minha prática profissional, meu objeto de pesquisa foi se delineando, formando um corpo, o que necessitou de uma construção paulatina ao longo de seis anos.

Nunca me separei inteiramente daquele que foi meu ponto de partida, do que sempre me instigou a investigar, a prática da psicologia hospitalar. A clínica psicológica aplicada ao paciente hospitalizado em unidade de terapia intensiva (UTI) estimulou o início de minha trajetória aqui registrada, uma trajetória em direção à clínica dos limites, à clínica do trauma estruturante, do trauma reeditado, e à clínica psicológica em situações de crise. O objeto de pesquisa, as vivências emocionais que se tornavam traumáticas, durante e após a internação em UTI, me conduziram às leituras psicanalíticas de Sigmund Freud e Winnicott, a fim de compreender o fenômeno de TEPT, bem como aos estudos das técnicas supressoras de ansiedade aplicadas em momento de crise e no tratamento de TEPT. A prática clínica nesse contexto impôs o constante desafio de estudar a efetividade dessas técnicas, as quais justificaram a estrutura do ensaio clínico do presente estudo, exigindo grande flexibilidade entre os saberes científicos, investigativos, médicos e psicológicos. Ao final, tal prática me conduziu a novas reflexões sobre a clínica psicológica na UTI. O retorno ao embasamento psicanalítico fez-se necessário no término do estudo, durante a discussão do perfil clínico dos participantes e do enquadre psicoterápico, sendo as técnicas cognitivo-comportamentais discutidas a partir de estudos de efetividade e da aplicação das mesmas no contexto específico de UTI. As principais limitações do enquadre psicoterapêutico, das técnicas e do desenho metodológico foram discutidas diante do desfecho clínico da não efetividade da intervenção psicológica proposta.

Essa trajetória, que não é particularmente só minha, parece configurar também um dos caminhos legítimos na construção de psicoterapias em Psicologia Hospitalar. Hanns (2004) debate sobre os caminhos da formação do psicoterapeuta no Brasil:

Primeira coisa: é preciso que o psicoterapeuta, o psicólogo clínico, tenha um conhecimento dos vários fatores que influenciam o psiquismo. Não é possível imaginar que as dificuldades, os sofrimentos humanos, sejam simplesmente redutíveis a um único fator. São combinações complexas, é preciso de fato conhecê-las, pelo menos nas suas principais variantes, e saber compor um caso clínico, destrinchar os principais fatores em jogo e considerar aspectos como a linguagem, a cultura, a aprendizagem, a psicogenética, fatores orgânicos, conhecimentos básicos de psicologia social e psicologia do desenvolvimento, entre outros. Durante o treinamento em psicoterapia o aluno deveria saber formular um caso clínico com uma certa consistência, inclusive tendo consciência das principais limitações que seu instrumental psicoterapêutico tem. Infelizmente, muitas vezes, os psicólogos ficam alienados e encastelados em sua abordagem. Nenhuma abordagem atualmente dá conta da complexidade do campo. E pior: além de não terem uma visão do conjunto do campo, deixam de conhecer as limitações da sua própria abordagem e não sabem de importantes instrumentos por vezes disponíveis em outra abordagem. Isso representa uma grande falha na formação dos psicólogos clínicos brasileiros que, muitas vezes, não possuem critérios de encaminhamentos de pacientes e nem sabem trabalhar em equipe com outros profissionais. (Hanns, 2004).

*A grande diversidade de constelações psíquicas,
a flexibilidade dos processos mentais e
a riqueza de fatores determinantes
opõem-se a qualquer mecanização da técnica
e ocasionam que seu curso de ação que, via de regra,
é justificado, possa, às vezes, mostrar-se ineficaz,
enquanto outro, que habitualmente é errôneo,
possa, de vez em quando, conduzir ao fim desejado.
Estas circunstâncias, contudo, não nos impedem de
estabelecer um procedimento que em média é eficaz.*

Sigmund Freud
(em Sobre o início do tratamento,
1913, v. XXII, p. 164)

*Rigorosamente, todas estas notícias
são desnecessárias para a compreensão
da minha aventura; mas é um modo de ir
dizendo alguma coisa, antes de entrar em matéria,
para a qual não acho porta grande nem pequena;
o melhor é afrouxar a rédea à pena, e ela que vá andando,
até achar entrada. Há de haver alguma; tudo depende
das circunstâncias, regra que tanto serve para o estilo
como para a vida; palavra puxa palavra, uma idéia traz
outra, e assim se faz um livro, um governo, ou uma
revolução; alguns dizem mesmo que assim é
que a natureza compôs as suas espécies.*

*Machado de Assis
(em Primas de Sapucaia,
Histórias sem data, 1884).*

Sumário

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Prefácio.....	ix
Lista de tabelas.....	xv
Resumo	xvi
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Caracterização do problema	4
1.1.1 Definição de TEPT	4
1.1.2 Formação da memória traumática.....	5
1.1.3 Fatores de Risco	6
1.1.4 Tratamentos	8
1.2 Justificativa	9
2. OBJETIVO.....	12
3. MÉTODO	14
3.1 Desenho do estudo	15
3.2 Amostra	15
3.2.1 Critérios de inclusão	15
3.2.2 Critérios de exclusão	15
3.3 Instrumentos de avaliação.....	16
3.4 Procedimento	22
3.4.1 Local da coleta de dados.....	22
3.5 Randomização.....	23
3.5.1 Etapas de avaliação	23
3.5.2 Intervenção psicológica	24
3.5.3 Tarefas da equipe de pesquisa	30
3.5.4 Etapas de execução da pesquisa.....	31
3.6 Análise estatística.....	33
4. RESULTADOS	34
4.1 Seleção de pacientes	35
4.2 Dados demográficos e clínicos prévios à internação em UTI.....	35
4.3 Dados clínicos do tratamento em Unidade de Terapia Intensiva	37
4.4 Ansiedade e Depressão	39
4.5 Defesas Psicológicas	39
4.6 Intervenção psicológica de apoio e TEPT	41

4.7 Sintomatologia de TEPT.....	42
5. DISCUSSÃO.....	45
5.1 Mecanismo de defesa onipotência e TEPT	46
5.2 O possível efeito ansiogênico da intervenção	47
6. CONCLUSÕES.....	51
7. ANEXOS.....	54
8. REFERÊNCIAS	86
Abstract	
Bibliografia consultada	

Lista de tabelas

Tabela 1. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação às variáveis demográficas e clínicas prévias à internação em UTI.....	36
Tabela 2. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação às variáveis demográficas e clínicas prévias à internação em UTI.....	37
Tabela 3. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação aos dados clínicos apresentados durante a internação em UTI.	38
Tabela 4. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação aos escores totais do HADS nos três tempos de avaliação.....	39
Tabela 5. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação às defesas psicológicas.....	40
Tabela 6. Comparação entre o Tipo 1 e Tipo 2 de intervenção psicológica de apoio em relação às subescalas e os escores totais da IES-R nos tempos 2 e 3 de avaliação do grupo intervenção.	42
Tabela 7. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação aos escores totais da IES-R nos tempos 2 e 3 de avaliação.....	42
Tabela 8. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação às subescalas da IES-R nos tempos 2 e 3 de avaliação.....	43
Tabela 9. Análise dos efeitos da medicação, sintomatologia psiquiátrica e mecanismos de defesa nos resultados das médias dos escores do IES-R no tempo 3 dos grupos de paciente com e sem intervenção.	44

Resumo

Objetivo: avaliar a efetividade de intervenção psicológica de apoio na prevenção de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) em pacientes sedados e internados em Unidade de terapia intensiva (UTI). **Método:** ensaio clínico randomizado (grupo intervenção - GI e controle - GC). Foram alocados pacientes adultos em UTI geral, sedados, por mais de 24 horas, e com memórias ilusórias. A intervenção psicológica de apoio fundamentou-se na teoria psicodinâmica com técnicas cognitivo-comportamental, sendo aplicada em UTI. Foram coletados: dados demográficos, histórico clínico prévio à internação, eventos traumáticos primários, dados da atual internação. Após o retorno da consciência, os instrumentos de avaliação foram: Intensive Care Unit Memory Tool e a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) - tempo 1 (após a alta da UTI); Impact Event Scale – Revised (IES-R), Bond's Defense Style Questionnaire e HADS- tempo 2 (12 semanas após o retorno da consciência) e tempo 3 (24 semanas após o retorno da consciência). **Resultados:** a amostra contou com 11 pacientes no GI e 10 no GC. Os grupos apresentaram diferença significativa quanto ao uso de ansiolítico na UTI ($p=0,01$), bem como aos mecanismos de defesas: inibição ($p=0,01$), onipotência ($p=0,04$), formação reativa ($p=0,02$), negação ($p=0,007$), isolamento ($p=0,04$) e anulação ($p=0,001$). A análise do efeito destas variáveis no resultado da IES no tempo 3 mostrou que apenas a variável onipotência interferiu nos resultados, sendo o grupo intervenção aquele que apresentou média superior. **Conclusões:** a intervenção psicológica não foi efetiva ao final dos seis meses, não procedendo a indicação desta, no contexto específico de UTI. Vale ressaltar que o possível caráter ansiogênico da intervenção administrada é variante importante na compreensão do resultado, bem como o mecanismo de defesa onipotência demonstrou ser um fator de proteção ao desenvolvimento da sintomatologia de TEPT. Portanto, novas propostas de estudo de efetividade de intervenção psicológica em UTI na prevenção de TEPT devem considerar as configurações dos fenômenos psicológicos diante da complexidade de variáveis atuantes em contexto clínico específico.

1. INTRODUÇÃO

Os tratamentos administrados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) sempre estiveram permeados por questões sobre a vida e a morte. O avanço científico vem apresentando gradual modificação no que se refere ao entendimento da relação existente entre o avanço dos métodos terapêuticos e o impacto dos mesmos sobre a qualidade de vida ou qualidade de morte dos pacientes. À equipe de profissionais da área de saúde mental coube observar os fenômenos psíquicos e desenvolver intervenções medicamentosas, psicológicas e ambientais, a fim de atender às necessidades do paciente e da família que se encontravam submetidos ao tratamento intensivo. Na última década, os estudiosos vêm documentando o fato de que o tratamento em UTI pode ser muito estressante para os pacientes, chegando a ser psicologicamente traumático, impactando a curto e a longo prazo o processo de reabilitação física, psíquica e social (Jones et al., 2001; Schelling et al., 2003). Assim, atualmente, a atenção dos profissionais volta-se não somente ao momento do tratamento curativo ou paliativo como também ao desenvolvimento de estudos que estimulam questionamentos, propõem revisão de escolhas por métodos de tratamento medicamentoso, mecânico e psicoterápico efetivamente preventivos do aparecimento de quadros emocionais prejudiciais à reabilitação e à qualidade de vida do paciente, após internação em UTI.

A UTI é um ambiente destinado a prestar assistência a pacientes gravemente enfermos, que se beneficiam de tratamentos de elevado nível tecnológico e de alta complexidade. O ritmo da assistência habitualmente é acelerado, guiado por um intenso controle dos parâmetros clínicos, manutenção do tratamento estabelecido ou por constantes necessidades de mudanças nas condutas médicas e nos cuidados de enfermagem. Nesse contexto, a vulnerabilidade torna-se soberana, o paciente permanece dependente de máquinas e de humanos para viver. Tal experiência passa a exigir um grande esforço emocional e cognitivo, diante da angústia gerada pela constante ameaça de morte e traduz a dimensão individual do paciente e da família, os quais vivenciam um processo de adaptação às alterações e perdas de ordem física, emocional e social (Oliveira, 2002). Contudo, diante dessa situação de profunda mudança, o processo de ajustamento psicológico se faz necessário para a adaptação no momento de crise, de tratamento e de reabilitação, podendo gerar nos pacientes respostas diferenciadas, as quais devem ser cuidadosamente avaliadas.

Vale ressaltar que a angústia¹ ante os eventos traumáticos é considerada por Freud (1926), em seu texto intitulado “Inibição, sintomas e angústia”, como angústia de morte (perda), derivada da dinâmica psíquica e geradora de conseqüente sintomatologia, resultante do trabalho psíquico (Freud, 1980a).

“A ansiedade “como um sinal” é a resposta do ego à ameaça de ocorrência de uma situação traumática. Tal ameaça constitui uma situação de perigo real.” (Strachey, 1980, v. 20, p. 99).

Botega (2002), tendo como base a teoria psicodinâmica, menciona oito categorias de sofrimento psicológico a que o paciente hospitalizado, por uma situação aguda, está sujeito: ameaça à integridade narcísica, ansiedade de separação, medo de estranhos, culpa e medo de retaliação, medo e perda do controle das funções físicas, perda de amor e de aprovação, medo da perda e ou de dano a partes do corpo e medo da dor e da morte. Salienta também que as reações de ajustamento traduzem o significado pessoal e subjetivo do estar doente, modulado por características da personalidade, por circunstâncias sociais e pela própria patologia e seu tratamento.

A análise do processo de ajustamento emocional em UTI deve considerar as inter-relações entre as características do paciente, a história prévia e as manifestações psíquicas decorrentes do adoecimento e de alterações físicas como, por exemplo: (a) manifestação dos transtornos afetivos primários intensificados pela condição da hospitalização (Zimmermann, Bertuol, 2002), (b) reações de ajustamento emocional (Botega, 2002), (c) reação aguda ao estresse que pode ser expresso por distúrbio do sono, amnésia dissociativa, irritabilidade e ansiedade (Wallace-Barnhill, 1997), ou (d) estados confusionais, sintomatologia depressiva ou ansiógena e *delirium* no pós-operatório (Junior, Stern, 2002).

Considerando os possíveis diagnósticos diferenciais apresentados pelo paciente na internação em UTI, o que se torna presente nesse período é a forte necessidade de adaptação daquele à nova condição de vida. O processo de adaptação emocional pode ser vivido por alguns pacientes com desequilíbrios emocionais transitórios, porém outros podem apresentar maiores dificuldades, seja

¹ Os conceitos de angustia e de ansiedade são aplicados aqui como sinônimos (visão psicanalítica).

por limitações do tratamento e/ou condição da dinâmica psíquica (estrutural), o que os torna mais vulneráveis a manterem quadros de tensão emocional e angústia constante. Nessa ótica, o ambiente de UTI é concebido como um ambiente com potencial traumático, na medida em que mobiliza emoções primitivas para a sobrevivência humana.

O desenvolvimento de distúrbios emocionais graves e as razões para o aparecimento desses quadros, após a experiência da internação em UTI, têm sido temas de pesquisas atuais. Os quadros de estresse e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) agudo e crônico vêm sendo sistematicamente documentados, contextualizando a importância da história emocional primária e as consequências da experiência emocional em UTI. Tais estudos estão abrindo novos caminhos para análises específicas e para o desenvolvimento de intervenções preventivas e facilitadoras de um processo de reabilitação assistido e mais promissor (Scragg et al., 2001; Jones et al., 2003).

1.1 Caracterização do problema

1.1.1 Definição de TEPT

Segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatry Association, 2002), o TEPT é o conjunto de reações emocionais e comportamentais que se encontram associadas à memória da experiência traumática. O indivíduo pode apresentar vivência persistente e intensa das memórias traumáticas, sofrimento psicológico e fisiológico simbolizando aspectos do evento traumático; comportamento de esQUIVA persistente, sintomas persistentes de excitabilidade aumentada e prejuízo ocupacional e em outras áreas importantes de sua vida. Considera-se o fato de o indivíduo ter sido exposto a um evento estressor traumático, envolvendo a experiência pessoal diante de um evento real ameaçador, sendo consideradas características individuais nesse processo. Consideram-se igualmente os eventos testemunhados e os vivenciados por outros, dos quais o indivíduo toma conhecimento. Dessa maneira, o trauma é concebido como uma experiência

emocional diante da ameaça de morte, registrado psiquicamente por uma memória da experiência traumática. Os especificadores de duração e de início da sintomatologia de TEPT são: agudo (duração dos sintomas inferior a 3 meses); crônico (sintomatologia persistente por mais de 3 meses); e tardio (início da sintomatologia após 6 meses do evento traumático). (American Psychiatry Association, 2002; Kapczinski, Margis, 2003; Schestatsky et al., 2003).

A experiência de estar internado em UTI pode ser responsável pelo desenvolvimento de trauma psicológico, em decorrência da ameaça de morte vivida bem como de conseqüências emocionais graves como o TEPT. Os eventos traumáticos associados ao TEPT na UTI são caracterizados por vivências de ameaça de morte ocorridos no período de sedação e que são lembrados pelos pacientes como memórias de pesadelos e de delírios, com conteúdos persecutórios de ameaça de morte. Esse tipo de memória, denominada memória ilusória, apresenta correlação com o desenvolvimento do TEPT (Scragg et al., 2001; Jones et al., 2003; Schelling et al., 2004a, 2004b; Griffiths et al., 2007).

1.1.2 Formação da memória traumática

Jones et al. (2001) mostrou, em pacientes de UTI, que as memórias traumáticas ilusórias estão mais associadas ao desenvolvimento de ansiedade, a sintomas fóbicos e TEPT do que as memórias de eventos reais após dois meses de alta. Relatou ainda que as memórias traumáticas possuem conteúdos persecutórios de ameaça de morte, traduzindo uma experiência de grande angústia e medo da morte.

Jones et al. (2001) discutiu também a existência de dois processos interferentes no estudo da formação de memórias em pacientes graves internados em UTI: um é o fato de a própria doença e tratamento medicamentoso poderem ter efeitos sobre a formação das memórias, e outro é que o estado de hipnose, conduzido por drogas sedativas, pode ter um efeito negativo sobre a percepção dos eventos externos, porém aumenta a memória de eventos internos. Contudo, esse estudo sugere que as memórias ilusórias são formadas no momento de recuperação

da consciência, após período de sedação em UTI. Nesse sentido, o período de recuperação após sedação contínua conduz o paciente a um estado de oscilação entre consciência e inconsciência, levando-o a interagir de forma instável com o ambiente externo, e assim propiciando a formação das experiências emocionais internas com fragmentos da realidade.

Alguns estudos observaram que a formação da memória traumática pode ser estimulada ou amenizada quando os pacientes recebem medicações específicas, indicando a inter-relação entre as experiências psíquicas, a memória traumática, o TEPT e a medicação recebida durante o tratamento em UTI (Schelling et al., 1999, 2003).

1.1.3 Fatores de Risco

Os fatores de risco associados ao TEPT são (a) história prévia de ansiedade, depressão ou pânico (Nickel et al., 2004; Jackson et al., 2007), (b) a presença de memórias ilusórias (Jones et al., 2001, 2003; Nickel et al., 2004; Jackson et al., 2007), (c) a presença de crenças e de comportamentos depressivos que impossibilitam o enfrentamento da situação de ameaça (Schnyder et al., 2000), (d) experiências estressantes, como pesadelos e sentimentos de medo, (Mohta et al., 2003; Samuelson et al., 2007) e (e) tempo de ventilação mecânica (Cuthbertson et al., 2004; Jackson et al., 2007).

A presença de sintomas de ansiedade e depressão mostrou correlação com o desenvolvimento de comportamentos de evitação e de memórias intrusivas (sintomatologia de TEPT) (Rattray et al., 2005; Jackson et al., 2007; Sukantarat et al., 2007). A presença de memórias ilusórias decorrente da internação em UTI revelou correlação significativa com o aumento do TEPT agudo e crônico, com o transtorno de ansiedade, com comportamentos fóbicos e transtornos de pânico, independentemente do instrumento de avaliação e do momento em que esta foi realizada (Schelling et al., 1998; Jones et al., 2001, 2003; Cuthbertson et al., 2004; Nickel et al., 2004; Samuelson et al., 2007).

Drogas sedativas e as respectivas dosagens foram estudadas como fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* e conseqüente formação de memórias ilusórias em pacientes internados em UTI. Pacientes mais propensos a apresentar *delirium* foram (a) os que receberam doses diárias altas de opióides (dose mediana de 88mg/dia vs 43mg/dia; $p=0,039$) e (b) pacientes que apresentaram sintomas de abstinência da sedação e analgesia (78% da amostra; $p<0.0001$). Os que receberam doses altas de propofol como sedativo não apresentaram *delirium* (Jones et al., 2007). O total de dose do sedativo lorazepam recebido por pacientes em UTI também foi associado ao TEPT: para cada aumento de 10mg de lorazepam encontrou-se um aumento de 0,39 no escore total do instrumento de avaliação de sintomas de TEPT (Posttraumatic Stress Syndrome 10-Questions Inventory) (IC95% 0,17 - 0,61; $p=0,04$) (Girard et al., 2007).

Ainda no que se refere à sedação, os procedimentos de sedação contínua ou diária (retirada diária de sedação) estão sendo estudados como fatores de risco e de proteção. Os pacientes que recebem sedação contínua e profunda apresentam memórias ilusórias e poucas memórias reais sobre seu tratamento, no período da sedação, portanto mais propensos a desenvolver sintomatologia de TEPT (Jones et al., 2001; Scragg et al., 2001). Ocorre o inverso quando os pacientes são submetidos ao procedimento diário de sedação (Kress et al., 2003; Capuzzo et al., 2005). As variáveis, tais como (a) tempo de internação em UTI, (b) diagnóstico inicial, (c) gravidade da doença e (d) duração de *delirium*, não mostraram associação com o escore geral de ansiedade, depressão, estresse ou TEPT (Schelling et al., 1998; Jones et al., 2001, 2003; Cuthbertson et al., 2004; Nickel et al., 2004; Rattray et al., 2005; Deja et al., 2006; Girard et al., 2007).

A associação entre idade e gênero e o TEPT é controversa. No que diz respeito a gênero, alguns estudos não demonstraram relação com a sintomatologia de TEPT (Schelling et al., 1998; Jones et al., 2001; Jones et al., 2003; Cuthbertson et al., 2004; Nickel et al., 2004). Por outro lado, outros estudos apresentaram associação de gênero à sintomatologia de TEPT, sendo a proporção da manifestação do TEPT nas mulheres maior do que nos homens (Capuzzo et al., 2005; Deja et al., 2006; Girard et al., 2007; Samuelson et al., 2007). Em alguns estudos, a idade dos pacientes não mostrou associação ao TEPT (Schelling et al.,

1998; Jones et al., 2001, 2003; Nickel et al., 2004). Em outros, o TEPT esteve correlacionado inversamente à idade (Cuthbertson et al., 2004; Jackson et al., 2007): pacientes com mais de 50 anos apresentaram menos sintomas de TEPT (Girard et al., 2007); pacientes jovens apresentaram maiores escores de ansiedade e depressão, após 6 e 12 meses da alta hospitalar, bem como níveis mais altos de sintomas comportamentais de evitação, e memórias intrusivas estiveram presentes na alta hospitalar, após 6 meses e após 12 meses (Rattray et al., 2005; Samuelson et al., 2007).

1.1.4 Tratamentos

Os estudos de tratamento do TEPT na UTI descrevem que a administração de hidrocortisona pode resultar em menor frequência de aparecimento de sintomas de TEPT ou de sintomas de estresse crônico; porém, não produz efeito sobre a formação nem sobre o número de memórias traumáticas. Os autores demonstraram que a hidrocortisona inibe a formação de memórias intrusivas, mas os mecanismos desse efeito não são totalmente conhecidos (Schelling et al., 1999, 2001, 2004a, 2004b, 2006; Weis et al., 2006; Griffiths, Jones, 2007).

O uso de bloqueadores beta-adrenérgico diminuiu a frequência das memórias traumáticas em pacientes, após cirurgia cardíaca, porém esse resultado não foi estatisticamente significativo (Schelling et al., 2003). Pacientes do grupo de tratamento que receberam hormônio noroepinefrina, durante a cirurgia cardíaca, demonstraram uma significativa diminuição na sintomatologia de TEPT e melhora na qualidade de vida, quando comparados ao grupo controle (Weis et al., 2006). O uso de epinefrina, ao contrário, apresentou aumento das memórias ilusórias traumáticas e índices elevados de estresse e TEPT (Schelling et al., 2003).

Kress et al. (2003) investigou efeitos psicológicos do procedimento de interrupção diária da sedação e constataram que os pacientes não submetidos a esse procedimento apresentaram mais memórias ilusórias e significativo aumento na sintomatologia de TEPT (11.2 vs. 27.3, $p=0,02$). O autor sugere que a memória real da experiência da UTI proporcionada pela interrupção diária da sedação pode ser

fator protetor. A sedação diária tem mostrado benefícios aos pacientes, tais como (a) alteração dos processos de memorização e (b) a diminuição da quantidade de medicação e do tempo de ventilação mecânica, sendo que esses fatores podem se relacionar ao desenvolvimento de sintomas de TEPT (Meyer, Hall, 2006).

Diante da associação das memórias ilusórias de pacientes internados em UTI com o desenvolvimento de TEPT, surgem estudos e propostas de intervenções psicológicas com objetivo terapêutico e preventivo (Schnyder et al., 2000; Jones et al., 2003). Uma intervenção cognitiva-comportamental foi realizada através da aplicação de um manual educativo, enviado aos pacientes após alta hospitalar. Ele continha informações explicativas e sugestivas de enfrentamento quando surgiam sintomas como ansiedade, depressão, TEPT e sintomas de recuperação física. Houve uma redução do aparecimento de sintomas depressivos ($F=10.47$; $df=1$; $p=0,004$), porém sem diferença na manifestação de sintomas de ansiedade e de TEPT (Jones et al., 2003).

Jones et al. (2003) levantou a hipótese de que a intervenção psicológica, no período de pós-sedação, pode amenizar a formação de quadros desadaptativos e desestruturantes, gerados pela experiência emocional das memórias traumáticas, minimizando assim a formação de estados de ansiedade e contribuindo para a prevenção de quadros de angústia extrema, de estresse e de TEPT.

1.2 Justificativa

O desenvolvimento de TEPT em pacientes gravemente enfermos e que estiveram internados em UTI direciona o interesse e a preocupação da equipe de saúde para uma questão de suma importância, que é a repercussão dos tratamentos administrados em UTI e o impacto a curto e a longo prazo na vida desses pacientes. Estudos revelaram que o TEPT afeta não somente a vida psicológica como também a qualidade de vida, impactando diretamente na reabilitação física, psíquica e social dos pacientes.

A prevalência do TEPT na população de pacientes internados em UTI varia entre 22% e 38% (Scragg et al., 2001; Cuthbertson et al., 2004; Kapfhammer et al.,

2004; Nickel et al., 2004). Em amostras de pacientes com síndrome respiratória aguda, foi de 29% (Deja et al., 2006), de 28% em pacientes com peritonites secundárias (Boer et al., 2007), de 24% em pacientes com traumas físicos, devido a acidentes envolvendo veículos motorizados e a quedas (Richter et al., 2006), e de 16% em pacientes que realizaram transplante de fígado (Rothenhausler et al., 2002).

As taxas de incidência de TEPT apresentaram uma variação grande: 41% em pacientes com síndrome respiratória aguda (Schelling et al., 1998), 47% em pacientes cardíacos graves (Schelling et al., 2003), 38,9% em pacientes com choque séptico (Schelling et al., 1999), 23% em pacientes traumatizados (Zatzick et al., 2007). Por outro lado, alguns estudos revelaram baixa incidência: Capuzzo et al. (2005) encontrou apenas 5%, entretanto foram excluídos de seu estudo os pacientes com tratamentos prévios de depressão e ansiedade, com uso de antidepressivos e neurolépticos considerados fatores de risco para TEPT. Incidências baixas foram encontradas em outros estudos: 14% em pacientes de UTI geral e de coronariopatias (Rothenhausler et al., 2005; Girard et al., 2007), 1,9% em pacientes traumatizados, após um ano do acidente, e 4,7% em traumatizados após um mês do acidente (Schnyder et al., 2001a; Schnyder et al., 2001b; Matsuoka et al., 2008).

Scragg et al. (2001) refere que a variação das taxas de prevalência e incidência pode ser atribuída aos diferentes instrumentos de avaliação aplicados (Impact Event Scale Revised; Structural Clinical Interview; Posttraumatic Stress Syndrome 10-Questions Inventory), mesmo tendo apresentado confiabilidade e validade aceitáveis para as amostras estudadas. Griffiths et al. (2007) considera que a variação das taxas pode ser atribuída também aos diferentes momentos de aplicação dos instrumentos e a diversidade de tamanho e de especificidade das amostras avaliadas nos estudos citados. A diferença no procedimento da sedação dos pacientes em UTI, prática diferenciada entre países e serviços, também é apontada como sendo uma variável de risco importante para o TEPT, podendo influenciar as taxas (Kress et al., 2003; Capuzzo et al., 2005). Todos esses fatores dificultam a análise comparativa entre os resultados, havendo assim pouco conhecimento sobre os fatores associados ao desenvolvimento do TEPT e dos tratamentos recebidos pelos pacientes (Griffiths et al., 2007).

O impacto do TEPT na reabilitação física, na saúde mental e social foi avaliado por meio de estudos sobre a qualidade de vida em pacientes que estiveram internados em UTI. Estudo realizado com amostra de pacientes com síndrome respiratória aguda avaliou a qualidade de vida através do instrumento Medical Outcomes Study 36 Item Short Form (SF-36) e encontrou diferença significativa entre os grupos com e sem TEPT, com piora do grupo com TEPT das seguintes dimensões: saúde mental ($F=54.11$; $df=2$; $p=0,0001$), aspectos físicos ($F=36.81$; $df=2$; $p=0,0001$), capacidade funcional ($F=17.92$; $df=2$; $p=0,0001$), dor ($F=35.81$; $df=2$; $p=0,0001$) e estado geral de saúde ($F=37.52$; $df=2$; $p=0,0001$) (Deja et al., 2006). Kapfhammer et al. (2004) encontrou resultados semelhantes referentes à saúde mental ($H=11.92$; $p=0,003$), aspectos sociais ($H=10.75$; $p=0,005$) e estado geral de saúde ($H=12.11$; $p=0,002$). Outros estudos de ensaio clínico e revisão bibliográfica demonstraram que pacientes críticos, com insuficiência de corticoesteróides, tendo sofrido choque séptico e cirurgia cardíaca, são beneficiados pelo tratamento com hidrocortisona, sendo que o grupo tratamento, quando comparado ao grupo controle, apresentou significativa melhora da sintomatologia de TEPT, da qualidade de vida e de reabilitação (Schelling et al., 1998, 1999, 2006).

A necessidade de cuidados com os pacientes críticos e com estratégias de suporte é enfatizada pela literatura. Tais cuidados visam prevenir e aliviar o sofrimento gerado pela experiência do TEPT, portanto é recomendável o treinamento de equipes de saúde na identificação do TEPT e no desenvolvimento de intervenção global (Jones et al., 2003; Lennmarken, Sydsjo, 2007).

Em suma, os estudos evidenciam que os pacientes internados em UTI passam por uma experiência com grande potencial traumático, e uma parte importante deles desenvolve quadros emocionais graves reveladores de um sofrimento psicológico demasiado e que repercutem de forma extremamente prejudicial em sua reabilitação global. Essa realidade pode ser observada na rotina de atendimento a pacientes gravemente enfermos e deve ser considerada pelas equipes de saúde de UTI, estimulando-se assim o desenvolvimento de estudos de efetividade de tratamentos. Nesse sentido, a presente pesquisa teve por objetivo estudar a efetividade de intervenção psicológica na prevenção de sintomatologia do TEPT em pacientes que foram submetidos à sedação em UTI.

2. OBJETIVO

O objetivo é avaliar a efetividade da intervenção psicológica de apoio na prevenção de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático em pacientes submetidos à sedação e internados em unidade de terapia intensiva.

3. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

O método adotado foi o ensaio clínico randomizado.

3.2 Amostra

A amostra foi composta por pacientes adultos internados em UTI. O cálculo da amostra, para o teste de hipótese de nulidade entre as médias de sintomas de TEPT dos dois grupos após o seguimento, foi estabelecido admitindo-se uma variação de 18 pontos como uma mudança sintomatológica significativa, um poder de amostra de 86% e erro alfa de 5%. O cálculo inicial resultou em 6 pacientes em cada grupo, o qual foi duplicado para 12 sujeitos estimando-se uma margem para perda de 100% em cada grupo.

3.2.1 Critérios de inclusão

- Pacientes adultos (maiores de 18 anos);
- Pacientes sob efeito de sedação e em ventilação mecânica por mais de 24 horas (JONES, 2001);
- Pacientes em ambiente compartilhado de unidade de terapia intensiva;
- Aceitação do termo de consentimento informado.

3.2.2 Critérios de exclusão

- Estes se referem aos estados neurológicos, mentais e/ou físicos que interferem na formação de memórias traumáticas como também na formação de TEPT (Schelling et al., 1999, 2003; Jones et al., 2001).
- História prévia de tentativa de suicídio;
- Uso abusivo de álcool e outras droga;

- Apresentação de doença psiquiátrica atual, com exceção de ansiedade e depressão;
- Ingestão prévia de medicações psiquiátricas;
- Apresentação de doença neurológica no histórico ou no diagnóstico atual, ou ainda como seqüela atual de intervenção cirúrgica;
- Paciente em fase terminal de vida e sem perspectiva de retorno ao lar;
- Paciente submetido a transplante de órgãos;
- Paciente sem memória ilusória na primeira etapa de avaliação;
- Paciente sem consentimento para a continuidade do estudo.

3.3 Instrumentos de avaliação

- Questionário do histórico clínico prévio à internação e dados demográficos (Anexo 1);
- Questionário de eventos traumáticos primários (Anexo 2), resultado de uma adaptação da lista de eventos traumáticos do Composite International Diagnostic Interview (CIDI), o qual contém 13 questões autoaplicáveis referentes a eventos potencialmente estressores, com características de ameaça à vida. (Quintana, 2005);
- Relatório de dados clínicos diários na internação em UTI: contém diagnóstico clínico do paciente, o resultado do APACHE-II (calculado pelo médico na avaliação de internação), o resultado diário do SAS (avaliação diária realizada pela enfermagem), medicações diárias e intercorrências clínicas. Estes itens permitiram a análise de intercorrências, como exclusão, levantamento das medicações de risco para TEPT e fatores interferentes no andamento psicoterápico de cada caso (Anexo 3);
- APACHE II – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation: o objetivo desse instrumento é obter a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica de pacientes gravemente enfermos. A gravidade da doença é traduzida por um valor numérico decorrente de alterações clínicas e de procedimentos utilizados (Livianu

et al., 1994). Utilizam-se 12 variáveis clínicas, fisiológicas e laboratoriais padronizadas, que recebem pontuação de zero a quatro, e, quanto maior a pontuação, maior será a gravidade. A pontuação é resultado da soma dos pontos atribuídos à idade, doença crônica e às variáveis fisiológicas. O índice APACHE é habitualmente utilizado nas primeiras 24 horas de internação na UTI e, além das funções terapêuticas, também é normalmente usado para estratificar pacientes de acordo com a gravidade da doença e com o prognóstico, para comparar a evolução de pacientes submetidos a tratamentos diversos e para avaliar o custo e benefício de procedimentos em várias etapas da doença (Anexo 4);

- SAS – Sedation Agitation Scale: a escala permite a avaliação do nível de sedação do paciente, através do comportamento deste, classificado em três níveis: de sedação, de agitação e um nível de calma e vigília. A validade dessa escala foi confirmada, permitindo detectar mudanças nos níveis de sedação ao longo do tratamento. A escala foi utilizada para padronizar em todos os pacientes o início da intervenção, nível 3 e 4 da escala (Fraser, Riker, 2001) (Anexo 5);
- Intensive Care Unit (ICU) Memory Tool: questionário de 14 perguntas que procura analisar a presença e as características das memórias reais e ilusórias tidas em período de internação em UTI. A versão em inglês do instrumento foi validada (Jones et al., 2001) e, no presente estudo, passou por tradução em duas etapas: inicialmente, a escala foi traduzida para a língua portuguesa, e, em seguida, realizou-se a retrotradução por dois tradutores juramentados. Esta foi então comparada à versão original e, em caso de divergência, ocorreram modificações até se obter a versão em português do questionário (Anexo 6). O instrumento foi aplicado após o paciente receber alta da UTI (primeira etapa de avaliação), com a finalidade de avaliar a variável inclusão, ter memória ilusória;
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): avalia sintomas psicopatológicos de pacientes internados em hospital geral. São 14 questões autoaplicáveis, sendo 7 avaliadoras de depressão (HADS-D) e 7 de ansiedade (HADS-A), com 4 níveis de respostas. A versão brasileira apresenta sensibilidade de 93,7% e especificidade de 72,6% para definir presença de sintomatologia ansiosa e sensibilidade de 84,6% e especificidade de 90,3% para definir presença de sintomatologia depressiva (Botega et al., 1995). É avaliado o escore total de

ansiedade e de depressão em separado (soma dos pontos obtidos nas 7 questões sobre ansiedade e nas 7 sobre depressão, respectivamente). A aglutinação dos escores em categorias segue o padrão da versão brasileira (Anexo 7). No presente estudo, o HADS foi aplicado nas três etapas de avaliação (após o paciente receber alta da UTI, doze semanas e vinte e quatro semanas após o paciente retornar a consciência em UTI), visando rastrear os sintomas de ansiedade e depressão nos dois grupos e suas possíveis interferências na variável desfecho (TEPT);

- Impact Event Scale - Revised (IES-R): utilizado na avaliação sintomatológica do TEPT, instrumento autoaplicável e de fácil compreensão, contendo 22 itens divididos em três subescalas: evitação (comportamentos evitativos - questões 5,7,8,11,12,13,17,22); intrusão (memória intrusiva - questões 1,2,3,6,9,16,20); hiperestimulação (ansiedade - questões 4,10,14,15,18,19,21). O escore para cada resposta varia de 0 a 4 pontos (0 - nenhum pouco, 1 - um pouco, 2 - moderadamente, 3 - muito e 4 - extremamente), sendo que as respostas devem ser elaboradas considerando-se a presença de sintomas nos últimos 7 dias. Os autores recomendam que o cálculo do escore se dê pela média dos pontos de cada subescala e que o escore total seja a soma das subescalas, desconsiderando-se os itens perdidos (Horowitz et al., 1979; Weis, Marmar, 1997) (Anexo 8). No presente estudo, o IES-R foi utilizada com a finalidade de avaliar a variável desfecho e aplicada em doze semanas e em vinte e quatro semanas, após o paciente retornar à consciência em UTI - tempos de avaliação estimados para o desenvolvimento do TEPT crônico e tardio (American Psychiatry Association, 2002; Kapczinski, Margis, 2003).

Estudos de propriedades de medidas da IES-R demonstraram que a escala é adequada para verificar quantitativamente o relato subjetivo sobre o estresse psicológico referente a um específico estressor e sua repercussão. A IES-R foi traduzida para diversas línguas e usada mundialmente no rastreamento de sintomas de TEPT decorrentes de diferentes experiências traumáticas e em diferentes amostras. A escala apresenta boa confiabilidade nas medidas diante de eventos traumáticos diversos, sendo que o valor do α Cronbach's apresentou variação: no escore total de 0,85 a 0,96; na subescala intrusão de 0,72 a 0,94; na

subescala evitação de 0,77 a 0,87; e na subescala hiperestimulação de 0,81 a 0,91. A escala mostra grande utilidade quando empregada para avaliação de intervenções terapêuticas relacionadas a desordens traumáticas, principalmente o TEPT (Asukai et al., 2002; Brunet et al., 2003; Sundin, Horowitz, 2003; Baumert et al., 2004; Mystakidou et al., 2007; Rash et al., 2008).

Em paralelo à presente pesquisa, foram realizados estudos de tradução para língua portuguesa, confiabilidade e validação da IES-R. A coleta de dados realizou-se de outubro de 2007 a abril de 2008 e o instrumento teve tempo de aplicação média de 15 minutos. A coleta de dados consistiu na aplicação do teste por dois entrevistadores simultâneos e independentes em três grupos de 15 pacientes: Grupo I sujeitos que sofreram trauma, porém não desenvolveram TEPT; Grupo II sujeitos que sofreram trauma, desenvolveram TEPT e no período da coleta estavam em tratamento, apresentando sintomas agudos; Grupo III sujeitos que sofreram trauma, desenvolveram TEPT, fizeram tratamento e no momento da coleta não apresentavam diagnóstico para TEPT. A escala apresentou uma excelente confiabilidade, sendo que os escores do coeficiente de correlação intra-classe (ICC) apresentaram total concordância entre a avaliação realizada pelo entrevistador e pelo observador (ICC=1,000). Assim, a IES-R demonstrou altos escores de consistência interna das 22 questões, medido pelo α de Cronbach's, para o escore total (0,933). Do mesmo modo, foram observados bons escores para as subescalas: evitação (0,754); intrusão (0,882); hiperestimulação (0,878). A Curva Roc (avaliação do entrevistador) apresentou uma área de 0,814. O melhor ponto de corte foi o escore de 5,66, para o qual a sensibilidade foi de 0,800 e especificidade de 0,700. Na avaliação do observador a área sobre a Curva Roc, o ponto de corte, a sensibilidade e especificidade foram os mesmos.

- Bond's Defense Style Questionnaire (DSQ): O DSQ foi desenvolvido por Michael Bond a partir de uma linha de pesquisa para construção de instrumentos que permitissem estudos científicos das defesas psicológicas, segundo teoria psicanalítica de desenvolvimento do ser humano. O DSQ tem sido reconhecido quanto à importância para a investigação e aplicação da clínica psicológica. O questionário tem por objetivo detectar manifestações conscientes e inconscientes

das defesas psíquicas (Andrade, 1996). Os autores propõem que o termo “defesa psicológica” descreve os processos intrapsíquicos inconscientes bem como expressa os comportamentos conscientes, destinados a mediar os impulsos internos e pressões externas, supondo assim que as pessoas são capazes de observar e descrever o próprio comportamento. Bond e Vaillant (1986) relaciona estilo de defesa a diagnóstico e sugere que ambos são dimensões independentes: diagnóstico é relacionado a sintomas e comportamentos patológicos, enquanto que estilo de defesa é relacionado ao modo como cada um lida com dadas situações. Assim, o questionário não permite realizar diagnóstico, já que pessoas com diferentes diagnósticos podem utilizar os mesmos estilos de defesa. Considera-se que o estilo de defesa pode identificar aspectos da personalidade de um indivíduo ou de um grupo e traduzir informações sobre o funcionamento do ego, independentemente de diagnóstico (Bond et al., 1983).

O DSQ foi adaptado e validado no Brasil, é um instrumento autoaplicável e apresenta 88 perguntas que devem ser respondidas em uma escala do tipo Likert, com graduação de 1 a 9, em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 9 corresponde a “concordo totalmente”. As escalas foram construídas de modo que uma pontuação alta, em qualquer defesa medida, indica que o sujeito faz uso daquela defesa. O escore para cada sujeito em cada defesa é a média dos pontos obtidos nos itens relativos a cada uma das defesas (Andrade, 1996) (Anexo 9). No presente estudo, o DSQ foi aplicado seis meses após o evento estressor, visando garantir a plena compreensão do questionário e a possível neutralidade em relação às interferências que o paciente pode estar vivendo em situação de crise, em sua internação.

Os resultados do DSQ foram analisados visando atender à fundamentação psicanalítica proposta pelo instrumento e ressaltando o fato de que a compreensão da dinâmica defensiva permite observar: a intensidade do trabalho psíquico (a eficácia ou fracasso; a flexibilidade ou rigidez); a representação e o afeto envolvidos; e a sintomatologia resultante desse trabalho.

Os mecanismos defensivos estão a serviço da estruturação da personalidade e sob o comando de processos inconscientes, ou seja, na dependência de

processos primários cujo objetivo é a redução da tensão pulsional² e da angústia resultante desses processos. Os mecanismos de liberação são regidos por processos secundários (princípio da realidade) que visam os arranjos das condições internas do sujeito, em função de uma adaptação possível às condições externas. Eles desempenham um papel fundamental no desenvolvimento da psique humana: ora a protegem, ora a fortificam, e, assim, esse movimento permite que as etapas do desenvolvimento se modifiquem e evoluam (Segal, 1975; Bergeret, 2007). Do nascimento à vida adulta, os arranjos regidos pelos processos primários e secundários vão se moldando a fim de manter a integridade psíquica. Um sujeito com “bom” funcionamento psíquico pode ser considerado aquele que tem “boas” defesas - maduras, flexíveis e diversificadas, a ponto de permitir um jogo pulsional suficiente e eficaz diante da angústia. A busca por um estado de equilíbrio não é um processo rígido nem estático e sim com movimento, e é este que permite ao ego (instância que gerencia o jogo pulsional) buscar nova organização diante dos inúmeros incidentes da vida. Por exemplo: certo grau de ansiedade persecutória na vida adulta é condição para que se reconheça e se reaja diante de situações de perigo externo, bem como a idealização é a possibilidade de se ter a crença na bondade dos objetos e na própria bondade, sendo ela a base de boas relações objetais, tais como no apaixonar-se, no apreciar a beleza de situações ou no criar ideais sociais e políticos.

Os mecanismos de defesa não se beneficiam, em geral, de uma reputação muito boa. São muito rapidamente considerados sob seu aspecto conflitual, até mesmo patológico, enquanto que todo o lado adaptativo de suas funções se acha silenciado. Um sujeito não está jamais doente “porque tem defesas”, mas porque as defesas que utiliza habitualmente se mostram ou ineficazes, ou rígidas demais, ou então mal-adaptadas às realidades internas ou externas, ou ainda exclusiva e excessivamente de um mesmo tipo, sendo que o funcionamento mental se vê assim entravado em sua flexibilidade, sua harmonia, sua adaptação (Bergeret, 2007, p. 94).

² Considera-se que o conteúdo da pulsão é constituído por dois elementos distintos: o afeto (carga afetiva emanada da pulsão e não recalcável no inconsciente) e a representação (conteúdo concreto de um ato de pensamento) (Bergeret, 2007).

Um ser humano pode ter alcançado estados organizados de desenvolvimento psicológico que o torna capaz de buscar o equilíbrio constante entre as forças pulsionais, o que não significa que ele não possa oscilar em seu equilíbrio conforme a capacidade interna diante dos incidentes e dos conflitos da vida (Bergeret, 2007);

- Relatório diário de intervenção psicológica de apoio: elaborado pela pesquisadora e utilizado diariamente para anotação do atendimento, com a descrição das modalidades de intervenção psicológica e a avaliação da evolução do caso. Esse relatório foi utilizado também para observação das relações entre paciente, família e equipe bem como de eventos interferentes no processo de restabelecimento do paciente (Anexo 10).

3.4 Procedimento

3.4.1 Local da coleta de dados

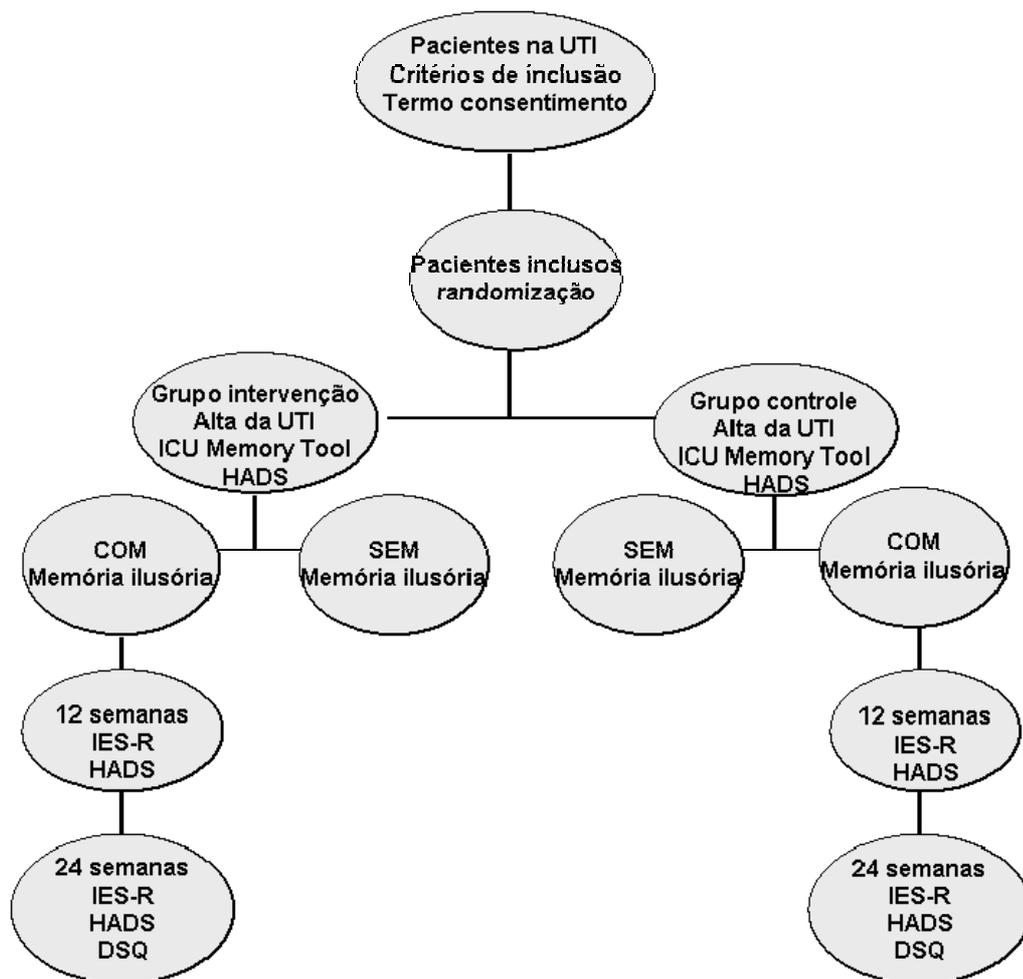
O local de intervenção foi homogêneo para toda a amostra. O estudo se realizou na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Israelita Albert Einstein, localizado na cidade de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil. A UTI possui 8 unidades de atendimentos, separadas em estruturas de salas, com capacidade máxima para 40 pacientes. Três unidades são abertas, constituídas de 6 leitos cada, distribuídos no mesmo ambiente sem divisórias, com um posto de enfermagem central. Cinco unidades são fechadas, constituídas de quatro leitos cada, distribuídos em unidades isoladas por portas individuais, com um posto de enfermagem central. Há uma unidade de retaguarda, com dois leitos no mesmo ambiente sem divisórias e com um posto de enfermagem localizado na frente dos leitos. Todas as unidades dispõem de um relógio central, de pontos de higienização das mãos e têm janelas voltadas para o ambiente externo ao hospital.

3.5 Randomização

Os números de 1 a 100 foram sorteados previamente para os dois grupos (por exemplo: os números 2, 3, 6, 10, 12, 13, 15 para o grupo tratamento). Os pacientes, após inclusão no estudo, receberam um número seqüencial e este, baseado no sorteio prévio, que determinava a alocação nos grupos.

No início do estudo, estimou-se que 30% de cada 100 pacientes internados na UTI após sedação desenvolveriam memórias ilusórias (Jones et al., 2001). Esse cálculo resultaria em 30 sujeitos em cada 100 incluídos. No decorrer do estudo foi possível completar as amostras após a entrada de 43 sujeitos.

3.5.1 Etapas de avaliação



A avaliação constituiu-se das seguintes etapas:

- Primeira etapa: *ICU Memory Tool* e HADS (após alta da UTI);
- Segunda etapa: HADS e IES (doze semanas após o retorno da consciência);
- Terceira etapa: HADS, IES e DSQ (vinte e quatro semanas após o retorno da consciência).

A primeira etapa de avaliação foi realizada pelos auxiliares de pesquisa, os quais leram e preencheram as respostas durante a aplicação dos instrumentos (sendo verificado o grau de compreensão para todas as etapas de avaliação). A segunda e a terceira etapas foram realizadas via correio (instrumentos autoaplicáveis), seguidas de devolutivas via telefone.

3.5.2 Intervenção psicológica

A intervenção psicológica proposta neste estudo foi fundamentada na psicoterapia de apoio, de referencial psicanalítico (Cordioli et al., 1998). Em hospital geral, as indicações para utilização da psicoterapia de apoio recaem sobre crises reativas ao adoecimento e à internação bem como ao enfrentamento de situações de luto. Além de indicada a pacientes graves, a psicoterapia de apoio também pode ser indicada àqueles com bom nível de funcionamento psíquico prévio e que estejam em situações de crise aguda de qualquer natureza (Aguiar, 1998; Cordioli et al., 1998). No presente estudo, crise é compreendida como um estado psicológico em que o fator desencadeante é o desequilíbrio entre a percepção da dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para sua solução (Aguiar, 1998).

O modelo de intervenção psicológica de apoio proposto neste estudo tem como objetivos minimizar e prevenir reações emocionais disruptivas e quadros emocionais graves, como o estresse agudo e o TEPT, e as técnicas supressoras de ansiedade utilizadas em psicoterapia de apoio atendem a esses objetivos. Considera-se ainda que os pacientes internados em UTI são os que, em potencial, podem viver situação de ajuste e crise emocional, sendo as técnicas supressoras de

ansiedade indicadas para esse contexto (Aguiar, 1998). Assim, os objetivos principais das técnicas supressoras de ansiedade consistem em avaliar a situação, analisar o repertório de enfrentamento e a manifestação do paciente no momento e propor ou construir com ele opções de pensamento, de percepção e de comportamento.

Nesse tipo de intervenção, destaca-se a postura ativa do terapeuta no manejo da assistência, a fim de permitir continência, expressando concordância com ideias ou atitudes do paciente (quando pertinente), reforçando funções adaptativas do ego, reassegurando a boa percepção da realidade externa e interna e clarificando as características do paciente, ou episódios de sua vida, que podem estar envolvidos na situação atual.

Donald Winnicott aplicava o termo “holding” à postura ativa do terapeuta e o empregava na análise aos seus pacientes de forma literal e metafórica: de maneira literal, o “holding” era aplicado limitando ou controlando comportamentos de risco ou apenas oferecendo a mão para conforto e segurança; metaforicamente ele estava controlando (holding) a situação, dando apoio, mantendo contato, em todos os níveis, com qualquer acontecimento interno ou externo ao paciente e no relacionamento com ele (Little, 1992).

As técnicas da psicoterapia de apoio foram utilizadas visando adotar medidas para redução do desconforto subjetivo, do comportamento disfuncional e para reforço dos mecanismos de defesa adaptativos, dos aspectos sadios do paciente, das habilidades e capacidades de uso dos recursos internos e do meio ambiente. As técnicas selecionadas a fim de atender a esses objetivos foram as seguintes:

➤ As aplicadas ao paciente:

- Orientação: fornecer informações quanto ao tempo e espaço, ambiente (alarmes, aparelhos, pessoas), rotina da unidade e outras referências que possam trazer conforto e segurança. Essa técnica deve ser aplicada ao paciente desde o início da abordagem;
- Sugestão: indicar novas estratégias, propor novas idéias, sentimentos ou condutas, para solução de problemas. Essa técnica é utilizada quando o

paciente se encontra sem condições de realizar pensamentos críticos a respeito da realidade interna ou externa;

- Educação: fornecer informações sobre a natureza do desconforto emocional, sobre a etiologia do quadro atual e oferecer ferramentas ao paciente para que este possa controlar, suprimir ou até evitar situações ou sintomas que trazem sofrimento. Inclui-se neste contexto o ensinamento de medidas que o paciente pode apreender visando a prevenção de crises e a proteção de sua saúde geral;
- Reasseguramento e aprovação: atitude pela qual o terapeuta expressa concordância ou aprovação a respeito de ideias e de atitudes realistas ou adaptativas do paciente;
- Clarificação: apresentar ao paciente de forma compreensível o material consciente, de modo a permitir que a compreensão geral de processos mentais progrida, favorecendo integração e maior controle sobre os mesmos, reduzindo, conseqüentemente, sentimentos como angústia e ansiedade. Assim, a clarificação permite auxiliar o paciente a se apropriar de aspectos da sua vida sem um aprofundamento maior sobre impulsos, medos primitivos, desejos ou fantasias subjacentes;
- Ventilação (ab-reação): é a expressão do paciente de emoções e sentimentos emocionalmente carregados de conflitos, podendo ser de natureza reprimida ou consciente. Cabe ao terapeuta permitir que o processo de ventilação ocorra, oferecendo um ambiente acolhedor.

➤ As aplicadas ao ambiente:

- Manejo ambiental: minimizar estressores referidos pelo paciente e os quais se relacionam significativamente a seu quadro emocional e adaptativo como, por exemplo, retirar uma pia de água da frente de um paciente que não pode tomar água;
- Manejo de familiares: orientações visando o atendimento das necessidades do paciente e da família e a minimização de fatores estressores, como, por exemplo, visitas em demasia, ruídos, o modo de falar com o paciente;

- Manejo assistencial da equipe: as intervenções solicitadas pelo paciente ou equipe são de caráter informativo visando uma melhor integração equipe-paciente e o processo de adaptação deste.

Ao transpor as técnicas relacionadas ao contexto deste estudo, o terapeuta seguiu os seguintes itens como orientação:

- Aproximar-se do paciente para se apresentar (repetir até o paciente ter plena consciência da realidade que o cerca e ser capaz de memorizar acontecimentos);
- Realizar o enquadre do seguimento (repetir até o retorno da consciência);
- Falar com voz firme e clara;
- Manter um bom contato visual;
- Procurar não demonstrar surpresa, aversão ou reações que possam gerar afastamento;
- Observar alteração do senso de orientação no tempo e no espaço (local, data e hora) e procurar orientar diariamente o paciente quanto a essas referências;
- Observar desorganização do ciclo sono-vigília (troca do dia pela noite) e, se pertinente, encaminhar a informação ao médico;
- Espelhar a linguagem: repetir os movimentos e a comunicação global do paciente, confirmando se o que entendeu é o que o paciente pretendia dizer, procedimento realizado com paciente em ventilação mecânica ou com impossibilidade de fala;
- O paciente em ventilação mecânica apenas se comunica com expressões dos olhos, rosto e corpo; assim, o psicólogo deve servir de olhos e de balizador, descrevendo o ambiente (alarmes, aparelhos, pessoas), a família, a rotina da unidade e outras referências que possam trazer conforto e segurança;
- Quando o paciente apresentar linguagem escrita ou verbal, o psicólogo deve permitir que aquele se expresse livremente, auxiliando-o na construção e na expressão de pensamentos e sentimentos, oferecendo suporte e aprovação de idéias ou comportamentos favoráveis a sua adaptação e enfrentamento da situação de ajustamento emocional;

- No caso da observação de comportamentos desadaptativos e prejudiciais ao bem estar do paciente em situação de UTI, fornecer-lhe informações e clarificar aspectos que sejam pertinentes e favoráveis à sua adaptação à situação atual e à minimização de sofrimento gerado por sentimentos de angústia e de ansiedade;
- No decorrer do acompanhamento, verificar o momento oportuno para investigar as memórias do período de sedação (se não ocorrerem de forma espontânea). Diante da análise desses conteúdos, o terapeuta deve observar a pertinência de fornecer informações, servindo de mediador entre o mundo imaginativo e a realidade, minimizando a formação de conteúdos persecutórios (Jones et al., 2001; Schelling et al., 2003). Tal procedimento não deve ser realizado com pacientes com intensa expressão de conteúdos persecutórios ou em provável momento de *deliriums*, alucinações ou quadros confusionais;
- No caso de o paciente necessitar de orientação médica, encaminhar a demanda;
- Oferecer orientações à equipe e aos familiares quanto às necessidades de minimizar estímulos estressores ambientais.

No período da coleta de dados da pesquisa, a intervenção psicológica de apoio foi constantemente avaliada através das condições clínicas e do conhecimento da dinâmica psicológica do paciente, o que, por sua vez, implicou diretamente a seleção das técnicas de intervenção (registradas em relatório diário de intervenção – Anexo 10).

A avaliação do acompanhamento foi realizada diariamente, conforme as seguintes diretrizes:

- Observação da evolução clínica: anotada em relatório diário, a fim de detectar qualquer critério de exclusão durante o acompanhamento bem como proporcionar condições para análise do retorno da consciência e das possíveis interferências (Anexo 3);
- Análise da dinâmica de personalidade: realizada a partir do foco atual de vida e com o objetivo de detectar capacidade de organização diante de crises evolutivas e ou situacionais (atuais), através das seguintes observações: defesas

predominantes; relações objetais; capacidade de avaliar a realidade; capacidades do ego de lidar com o momento atual de ajustamento emocional ou crise; capacidade de elaborar lutos;

- Análise de memórias traumáticas: detectar presença de memórias reais ou ilusórias com potenciais traumáticos e analisar recursos do paciente para lidar com a situação emocional por elas gerada;
- Análise da demanda: detectar a existência da demanda psicológica vinculada às repercussões emocionais geradas pelas memórias ilusórias, após o retorno da consciência;
- Análise de fatores ambientais: ambiente familiar e de suporte social do paciente.

A seguir, estão relacionados itens para a interrupção ou encaminhamento do caso:

- Interrupções ocasionadas por condições clínicas impróprias (retorno ao ventilador mecânico e à sedação, quadros neurológicos confusionais e outros): em tal situação o paciente permanece no estudo, sendo apenas temporariamente observado, e, em caso de retorno de consciência, é retomada a intervenção psicológica;
- Superação da crise, restabelecimento emocional: a interrupção do acompanhamento deve ocorrer quando houver boa condição psicológica para o enfrentamento da crise em UTI. Nos casos de necessidade de continuidade de acompanhamento devido a características de personalidade, os pacientes devem ser encaminhados ao serviço de interconsulta psicológica do hospital.

A psicoterapia proposta foi aplicada em pacientes após a retirada de sedação em UTI. Esse período foi selecionado para início da intervenção, pois é nele que ocorrem as experiências com potenciais traumáticos, sendo assim um período propício para o início das observações e intervenções (Jones et al., 2001). A média do número de sessões foi estimada com base na experiência clínica da responsável pelo estudo (um mínimo de dois e máximo de dez atendimentos), nas variações

devidas ao consentimento do paciente em seguir o atendimento (após retornar ao estado consciente) e no curso do processo de reabilitação. O tempo de cada sessão variou de 15 a 30 minutos.

3.5.3 Tarefas da equipe de pesquisa

A distribuição das tarefas da equipe de pesquisa revelou ser adequada ao longo do estudo, a seguir:

- A psicóloga responsável pelo estudo realizou a coordenação geral da pesquisa, o treinamento da equipe, seleção da amostra, supervisão dos casos atendidos, o encaminhamento de pacientes para as etapas de avaliação seguidas de contato telefônico, para comunicação do resultado de cada etapa bem como para acompanhar os casos que desenvolveram TEPT no decorrer das avaliações, visando o encaminhamento ao PROVE (Programa de atendimento a vítimas de violência e estresse – Universidade Federal de São Paulo). No caso dos pacientes ainda internados após a primeira etapa de avaliação, o resultado foi transmitido pessoalmente;
- A psicóloga responsável pelo estudo realizou o treinamento da equipe de intervenção, o qual foi estruturado em seis encontros de quatro horas, abordando-se os temas: definição de TEPT; apresentação da pesquisa; teoria e prática da intervenção psicológica de apoio. Foram treinados cinco psicólogos para essa função, porém, após a avaliação de desempenho, três permaneceram na pesquisa até o final;
- A psicóloga responsável pelo estudo realizou o treinamento da equipe de avaliação, o qual foi estruturado em quatro encontros de quatro horas, abordando os temas: definição de TEPT; apresentação da pesquisa; teoria e prática dos instrumentos de avaliação. Foram necessários dois treinamentos para o seguimento do estudo, sendo que do primeiro participaram oito psicólogos (agosto de 2006) e do segundo onze (agosto de 2007). Devido a desistências e dificuldades de agenda dos pacientes e dos auxiliares de pesquisa, apenas quatro

auxiliares de pesquisa, cegos em relação ao tratamento, efetuaram as avaliações até o final do estudo.

- Três psicólogos com experiência clínica com pacientes em UTI foram treinados na técnica proposta e estiveram presentes diariamente na UTI, realizando a intervenção com o paciente e coleta de dados clínicos. Esses profissionais realizaram a coleta de dados clínicos dos pacientes em ambos os grupos.

3.5.4 Etapas de execução da pesquisa

- A psicóloga responsável pelo estudo esteve presente em dias alternados na UTI, durante toda a coleta de dados. Através de uma lista de pacientes internados, selecionou os possíveis pacientes e, após a verificação de prontuário (diagnóstico, tempo de sedação e eliminação dos fatores de risco), entrou em contato com os médicos responsáveis pelos pacientes;
- O médico responsável pelo paciente foi contatado via telefone ou pessoalmente e informado sobre a justificativa, o objetivo e métodos da pesquisa, recebendo em mãos uma carta informativa, no caso de autorização para seguimento (Anexo 11);
- Em seguida, os familiares dos pacientes autorizados foram abordados pessoalmente pelo psicólogo responsável, sendo apresentados à proposta do estudo, aos procedimentos e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 12);
- Após a autorização dos familiares, os pacientes foram alocados nos grupos com e sem intervenção, conforme a numeração de sua entrada;
- Em seguida, com auxílio dos familiares e de informações de prontuários, o questionário do histórico clínico prévio à internação e dados demográficos assim como o questionário de eventos potencialmente traumáticos foram preenchidos pela psicóloga responsável pelo estudo (Anexo 1, 2);
- O psicólogo responsável pela intervenção psicológica registrou diariamente a evolução clínica do paciente, incluindo a anotação do APACHE – II (resultado da avaliação médica inicial) e a evolução diária do SAS (avaliação diária realizada pela enfermagem). Os dados foram registrados em um relatório específico, com

dados clínicos da evolução diária dos pacientes dos grupos intervenção e controle (Anexo 3);

- Intervenção: após a retirada da sedação, os pacientes foram acompanhados de forma diferenciada, nos dois grupos. No grupo intervenção, o atendimento psicológico foi realizado diariamente pelo psicólogo auxiliar (registrado em relatório - Anexo 10), seguindo os critérios de evolução da terapêutica e de finalização do acompanhamento (consta no item intervenção). No grupo controle, o psicólogo auxiliar responsável pelo caso apenas registrou a evolução clínica diária por meio do prontuário, a fim de observar as possíveis interferências no estudo;
- Diariamente o psicólogo auxiliar responsável pelo caso registrou, no relatório de atendimento, as modalidades de intervenções realizadas. Cada caso clínico foi acompanhado em supervisão clínica semanal de quatro horas, com a presença dos três psicólogos envolvidos no estudo;
- Avaliação das memórias de UTI e dos sintomas de ansiedade e depressão: somente os pacientes que apresentaram memórias ilusórias na primeira etapa de avaliação foram acompanhados nas demais fases do estudo. Os pacientes excluídos nessa etapa foram informados pela psicóloga responsável pelo estudo de que não participariam das etapas seguintes de avaliação;
- Os auxiliares de pesquisa realizaram as entrevistas de avaliação após a alta da UTI, 12 semanas e 24 semanas após o retorno da consciência, segundo orientação da coordenadora de pesquisa;
- No decorrer das avaliações, foi realizado o registro dos pacientes do grupo intervenção e controle que foram encaminhados para o serviço de interconsulta psicológica ou psiquiátrica do hospital. Essa ocorrência foi registrada em relatório de dados clínicos diários bem como as drogas administradas após a interconsulta psiquiátrica (Anexo 3). Tais pacientes não foram excluídos da amostra;
- Após as avaliações, em ambos os grupos, o coordenador da pesquisa avaliou os resultados encontrados e entrou em contato com os pacientes via telefone ou pessoalmente. No que se refere à sintomatologia de TEPT e à presença de demanda psicológica, os pacientes foram encaminhados ao serviço de

atendimento especializado da Universidade Federal de São Paulo, o PROVE - Programa de atendimento a vítimas de violência e estresse. A primeira consulta a ser realizada no PROVE foi agendada pelo psicólogo responsável pela pesquisa, sendo o médico psiquiatra avisado com antecedência.

3.6 Análise estatística

A análise estatística foi realizada em duas etapas: exploratória e inferencial.

Pela análise exploratória verificaram-se as diferenças dos sujeitos nos dois grupos, após a alocação aleatória. A primeira etapa investigou o perfil demográfico e clínico prévio à internação dos sujeitos alocados nos grupos com e sem intervenção, incluindo as perdas de seguimento; a segunda analisou o perfil demográfico e clínico prévio à internação dos sujeitos, nos dois grupos, considerando as perdas de seguimento. Os testes de nulidade de hipóteses utilizados foram o de qui-quadrado, para as variáveis categóricas, e o t-student para as variáveis numéricas.

A análise inferencial teve como objetivo principal verificar a hipótese de nulidade da diferença entre médias do escore de sintomas de TEPT medidos após 12 semanas (tempo 2) e 24 semanas (tempo 3) de seguimento. As primeiras análises testaram as diferenças entre as médias dos escores totais e das subescalas de evitação, intrusão e hiperestimulação do IES, nos tempos 2 e 3, utilizando o teste t-student. As análises subsequentes testaram as diferenças entre as médias dos escores totais no tempo 3, por meio de análises de covariância (ANCOVA). Os modelos de ANCOVA foram construídos incluindo-se como covariadas as variáveis que mostraram diferenças entre os grupos no tempo 1. Para cada uma das covariadas foi construído um modelo específico testando assim a influência destas nas diferenças das médias.

4. RESULTADOS

4.1 Seleção de pacientes

A coleta de dados se realizou em 2 anos, de julho de 2006 a novembro de 2008. Na primeira etapa de seleção e distribuição dos pacientes entre os grupos (primeira fase do estudo), quarenta e três pacientes foram alocados randomicamente. No grupo intervenção, 19 pacientes foram alocados inicialmente, e, no decorrer da primeira fase do estudo, ocorreram 2 óbitos, 3 retiradas de consentimento e 3 comprometimentos neurológicos após sedação. No grupo controle, 24 pacientes foram alocados inicialmente, e, no decorrer da primeira fase do estudo, ocorreram 3 óbitos, 1 exclusão por consumo de álcool, 1 comprometimento neurológico, 1 retirada de consentimento e 5 pacientes não apresentaram memória ilusória.

Assim, 11 pacientes no grupo intervenção e 13 pacientes no grupo controle permaneceram no estudo após a primeira fase. Contudo, 3 perdas de seguimento ocorreram no grupo controle (houve 1 óbito, e 2 pacientes não responderam à terceira avaliação).

Ao final foram seguidos 11 pacientes no grupo intervenção e 10 pacientes no grupo controle.

4.2 Dados demográficos e clínicos prévios à internação em UTI

Entre os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa referente a variáveis demográficas e clínicas prévias à internação na UTI dos pacientes que permaneceram após a primeira fase do estudo e sem as perdas de seguimento (intervenção n=11; controle n=13). Igualmente não foi observada diferença estatística significativa entre os grupos em relação ao diagnóstico psiquiátrico, medicação psiquiátrica, memórias traumáticas na vida e no último ano que antecede a internação (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação às variáveis demográficas e clínicas prévias à internação em UTI.

Características	Grupo intervenção N=11	Grupo controle N=13	P
Gênero (F/M).....	27,3%(3) / 72,7%(8)	38,5%(5) / 61,5%(8)	0,56
Estado civil			
Casado.....	90,9%(10)	84,6%(11)	0,64
Separado.....	9,1%(1)	15,4%(2)	
Idade (anos)	47,91±16	47,08±12,33	0,88
Diagnóstico psiquiátrico			
Ansiedade.....	27,3%(3)	0%(0)	0,11
Depressão.....	9,1%(1)	23,1%(3)	
Não tem.....	63,6%(7)	76,9%(10)	
Medicação psiquiátrica			
Sim.....	27,3%(3)	15,4%(2)	0,47
Não.....	72,7%(8)	84,6%(11)	
Características	Grupo intervenção N=11	Grupo controle N=12	P
Eventos traumáticos na vida.....	4,36±1,74	3,46±1,66	0,20
Eventos traumáticos no último ano			
Sim.....	36,4%(4)	40%(5)	0,62
Não.....	63,8%(7)	60%(7)	

Entre os grupos, a distribuição das variáveis demográficas e clínicas prévias à internação na UTI dos pacientes que permaneceram até o final do estudo (intervenção n=11; controle n=10) não apresentou diferença estatística significativa. Igualmente não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos em relação ao diagnóstico psiquiátrico, medicação psiquiátrica, memórias traumáticas na vida e no último ano que antecede a internação (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação às variáveis demográficas e clínicas prévias à internação em UTI.

Características	Grupo intervenção N=11	Grupo controle N=10	P
Gênero (F/M).....	27,3%(3) / 72,7%(8)	30%(3) / 70%(7)	0,89
Estado civil			
Casado.....	90,9%(10)	90%(9)	0,94
Separado.....	9,1%(1)	10%(1)	
Idade (anos).....	48±16	45±10	0,66
Eventos traumáticos na vida.....	4,36±1,74	3,70±1,76	0,39
Eventos traumáticos no último ano			
Sim.....	36,4%(4)	30%(3)	0,75
Não.....	63,6%(7)	70%(7)	
Diagnóstico psiquiátrico			
Ansiedade.....	27,3%(3)	0%(0)	0,20
Depressão.....	9,1%(1)	10%(1)	
Não tem.....	63,6%(7)	90%(9)	
Medicação psiquiátrica			
Sim.....	27,3%(3)	0%(0)	0,07
Não.....	72,7%(8)	100%(10)	

Os dois grupos se mantiveram semelhantes em relação aos dados demográficos e clínicos anteriores à internação em UTI. As 3 perdas de seguimento do grupo controle não representaram diferença estatística significativa, mantendo-se a semelhança de resultados nas tabelas 1 e 2.

4.3 Dados clínicos do tratamento em Unidade de Terapia Intensiva

O índice de gravidade da doença (APACHE II), risco de óbito, tempo de internação em UTI, tempo de sedação, diagnóstico e tipo de sedação não apresentaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Dentre as medicações utilizadas durante o tratamento em UTI, apenas o uso de ansiolítico apresentou diferença estatística significativa entre os grupos ($p=0,01$) (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação aos dados clínicos apresentados durante a internação em UTI.

Características	Grupo intervenção N=11	Grupo controle N=10	P
APACHE II	18,36±6,51	19,50±6,67	0,69
Risco de óbito	31,18±18,95	33±19,74	0,83
Tempo de internação em UTI	21,82±16,16	23,10±20,73	0,87
Tempo de sedação	6,91±4,23	8,20±5,88	0,56
Diagnóstico			
Doenças pulmonares	54,5%(6)	30%(3)	0,48
Infecção generalizada	27,3%(3)	50%(5)	
Cirurgia ortopédica	9,1%(1)	0%(0)	
Insuficiência renal crônica	0%(0)	10%(1)	
Queimadura	9,1%(1)	10%(1)	
Tipo de sedação			
Contínua	90,9%(10)	90%(9)	0,94
Interrupção diária	9,1%(1)	10%(1)	
Medicação			
Ansiolítico			
Sim	90,9%(10)	40%(4)	0,01
Não	9,1%(1)	60%(6)	
Antidepressivo			
Sim	18,2%(2)	10%(1)	0,59
Não	81,8%(9)	90%(9)	
Haloperidol			
Sim	90,9%(10)	70%(7)	0,22
Não	9,1%(1)	30%(3)	
Midazolam			
Sim	90,9%(10)	100%(10)	0,32
Não	9,1%(1)	0%(0)	
Propofol			
Sim	72,7%(8)	70%(7)	0,89
Não	27,3%(3)	30%(3)	
Dexmedetomidina			
Sim	63,6%(7)	40%(4)	0,27
Não	36,4%(4)	60%(6)	
Fentanil			
Sim	81,8%(9)	100%(10)	0,15
Não	18,2%(2)	0%(0)	
Morfina			
Sim	72,7%(8)	80%(8)	0,69
Não	27,3%(3)	20%(2)	
Hidrocortisona			
Sim	36,4%(4)	70%(7)	0,12
Não	63,6%(7)	30%(3)	
Noroadrenalina			
Sim	45,5%(5)	60%(6)	0,50
Não	54,5%(6)	40%(4)	

4.4 Ansiedade e Depressão

A diferença entre as médias do grupo intervenção e do grupo controle referente aos escores totais do HADS, nos três momentos de avaliação, não se apresentou significativa (Tabela 4). Entretanto, verificou-se diferença marginal significativa entre os grupos referente ao escore total da HADS no tempo 1 ($p=0,06$).

Tabela 4. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação aos escores totais do HADS nos três tempos de avaliação.

Características	Grupo intervenção N=11	Grupo controle N=10	P
HADS1 - tempo 1	14,82±8,40	8,60±5,31	0,06
HADS2 - tempo 2	13±10,53	8,70±5,41	0,26
HADS3 - tempo 3	11,73±11,72	8,60±7,13	0,46

4.5 Defesas Psicológicas

O estudo das defesas psicológicas avaliadas através do DSQ apresentou diferença significativa entre médias dos grupos, referente às seguintes defesas: inibição ($p=0,01$); onipotência ($p=0,04$); formação reativa ($p=0,02$); negação ($p=0,007$); isolamento ($p=0,04$); anulação ($p=0,001$). O grupo intervenção apresentou média superior nas defesas acima citadas, quando comparadas às médias do grupo controle (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação às defesas psicológicas.

Características	Grupo intervenção N=11	Grupo controle N=10	P
Pseudoaltruísmo	5,90±3,88	5,20±3,29	0,63
Agressividade passiva	3,69±2,58	2,82±1,84	0,38
Supressão	5,09±2,45	4,70±2,26	0,71
Projeção	2,68±1,91	1,95±0,78	0,27
Sublimação	4,63±2,33	3,90±2,44	0,48
Atuação	4,65±2,11	3,34±1,86	0,14
Humor	4,51±1,66	3,83±1,80	0,37
Regressão	2,22±1,80	3±2,14	0,38
Inibição	4,24±1,62	2,48±1,17	0,01
Onipotência	3,48±1,91	2,05±0,93	0,04
Formação Reativa	4,60±1,70	3±1,30	0,02
Negação	5,09±1,86	2,83±1,50	0,007
Identificação projetiva	2,54±2,65	2±2,49	0,63
Somatização	4,27±2,67	3,50±1,41	0,42
Afastamento	5,42±2,76	4,16±2,74	0,30
Fantasia	3,81±3,09	4,20±4,39	0,79
Cisão	4,78±2,04	3,43±1,89	0,13
Idealização	5,18±2,34	3,60±2,06	0,11
Antecipação	5,63±2,28	5,40±2,99	0,84
Recusa de Ajuda	3,51±2,74	3±2,25	0,64
Isolamento	4,22±1,91	2,55±1,72	0,04
Anulação	4,22±1,73	1,65±1,22	0,001
Consumção	2,66±1,18	2,33±1,58	0,60
Orientação para tarefa	6,13±2,95	5,75±2,17	0,73
Afiliação	5,36±2,64	4,45±3	0,46
LIES (aceitabilidade social)	5,65±1,27	5,59±1,48	0,92

4.6 Intervenção psicológica de apoio e TEPT

Realizaram-se atendimentos psicoterápicos em onze pacientes, tendo como média de seguimento 12 dias (variação 4 a 34) e com duração média de 20 minutos (variação de 15 a 45 minutos).

O relatório diário, utilizado para anotação do atendimento, foi de grande importância no que se refere (a) à descrição das modalidades de intervenção, (b) à análise das modalidades aplicadas em cada caso, (c) à análise das relações entre o terapeuta, paciente, família e equipe e (d) à avaliação da evolução do paciente e (e) análise da psicoterapia aplicada.

Observou-se que as modalidades de intervenção realizadas foram utilizadas de maneira uniforme por todos os pacientes, havendo diferença apenas entre os sujeitos que apresentaram ou não demanda de atendimento posterior ao despertar na UTI. O primeiro momento de intervenção psicológica (tipo 1) foi caracterizado pela técnica de orientação, a qual se efetivou no período de oscilação da consciência do paciente, período entre a retirada da sedação até o estado de consciência. O segundo momento de intervenção (tipo 2) foi caracterizado pelo tipo 1 acrescido da intervenção de apoio na reabilitação psicológica, sendo aplicadas as seguintes técnicas: educação, sugestão, aprovação, clarificação, ventilação e manejo ambiental e familiar (minimização de estressores). Para todos os pacientes que passaram pela intervenção tipo 2 as técnicas foram igualmente utilizadas. Apenas a técnica de sugestão foi utilizada com um paciente, o qual apresentou constante oscilação de consciência, pois possuía diagnóstico de queimadura e sofreu inúmeras intervenções cirúrgicas, com sedações e constante analgesia.

No grupo intervenção (n=11), 36,4% (n=4) receberam o primeiro momento de intervenção psicológica (tipo 1) e 64,6% (n=7) receberam o primeiro e o segundo momento de intervenção psicológica (tipo 2). Não houve diferença significativa entre os sujeitos que receberam o tipo 1 de intervenção em relação aos sujeitos que receberam o tipo 2, referente aos escores das subescalas e totais do IES-R nos dois momentos de avaliação (12 e 24 semanas após o retorno da consciência em UTI) (Tabela 6).

Tabela 6. Comparação entre o Tipo 1 e Tipo 2 de intervenção psicológica de apoio em relação às subescalas e os escores totais da IES-R nos tempos 2 e 3 de avaliação do grupo intervenção.

Características	Tipo 1 N=4	Tipo 2 N=7	P
Evitação2 – tempo 2	1,96±1,25	1,10±0,54	0,14
Evitação3 – tempo 3	1,50±1,03	1,33±0,81	0,78
Intrusão2 – tempo 2	1,25±1,07	0,89±1,65	0,51
Intrusão3 – tempo 3	1,17±1,39	0,87±0,67	0,63
Hiperestimulação2 - tempo 2	0,90±1,18	0,57±0,55	0,53
Hiperestimulação3 - tempo 3	1,12±1,39	0,57±0,73	0,40
IES2 - tempo 2	4,12±2,99	2,57±2,62	0,28
IES3 – tempo 3	3,80±3,50	2,78±1,90	0,54

4.7 Sintomatologia de TEPT

A diferença entre o grupo intervenção e o grupo controle não foi estatisticamente significativa em relação ao escore total do IES nos tempos 2 e 3 de avaliação (Tabela 7).

Tabela 7. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação aos escores totais da IES-R nos tempos 2 e 3 de avaliação.

Características	Grupo intervenção N=11	Grupo controle N=10	t	df	p
IES2 - tempo 2	3,23±2,31	1,75±2,27	1,8	19	0,09
IES3 – tempo 3	3,26±2,60	1,90±1,72	1,4	19	0,18

Realizou-se o cálculo da diferença entre o grupo intervenção e o grupo controle em relação às subescalas da IES-R (evitação, intrusão e hiperestimulação). As subescalas não apresentaram diferença estatística significativa, nos tempos 2 e 3 de avaliação (Tabela 8).

Tabela 8. Comparação entre grupo com intervenção psicológica e grupo sem intervenção psicológica em relação às subescalas da IES-R nos tempos 2 e 3 de avaliação.

Características	Grupo intervenção N=11	Grupo controle N=10	P
Evitação2 – tempo 2	1,42±0,91	0,80±0,55	0,08
Evitação3 – tempo 3	1,39±0,85	0,78±0,72	0,09
Intrusão2 – tempo 2	1,02±0,79	0,51±0,46	0,09
Intrusão3 – tempo 3	0,98±0,93	0,54±0,59	0,21
Hiperestimulação2 – tempo 2	0,79±0,91	0,44±0,41	0,28
Hiperestimulação3 – tempo 3	0,88±1,13	0,57±0,54	0,44

A análise do efeito da medicação ansiolítica na internalização, mecanismos de defesa inibição, onipotência, formação reativa, negação, anulação, isolamento, que apresentaram diferenças significantes entre os dois grupos, mostrou que apenas a variável onipotência interferiu significativamente no resultado da IES no tempo 3, sendo o grupo intervenção o que apresentou uma média superior. (Tabela 9).

Tabela 9. Análise dos efeitos da medicação, sintomatologia psiquiátrica e mecanismos de defesa nos resultados das médias dos escores do IES-R no tempo 3 dos grupos de paciente com e sem intervenção.

Características	Grupo ajustado	
	F	P
Medicação ansiolítico em UTI	2,180	0,157
HADS 1 – tempo 1	1,290	0,300
Inibição	1,359	0,285
Onipotência	4,024	0,037
Formação Reativa	1,164	0,335
Negação	0,459	0,639
Anulação	0,491	0,620
Isolamento	0,105	0,901

Obs: os efeitos das características acima nas diferenças das médias de sintomas de TEPT nos dois grupos foram testados de forma independente, por meio de uma ANCOVA para cada característica.

5. DISCUSSÃO

O estudo da intervenção psicológica de apoio na prevenção de TEPT a pacientes submetidos à sedação e internados em UTI não demonstrou diferença entre os grupos quanto à sintomatologia de TEPT, após 12 e 24 semanas, exceto quando controlado o efeito do mecanismo de defesa relacionado à onipotência.

5.1 Mecanismo de defesa onipotência e TEPT

O mecanismo de defesa onipotência demonstrou, através da análise estatística, ser significativa em relação à proteção dos participantes da pesquisa, ou seja, quando controlada a onipotência, o escore total do IES aumentou significativamente. A onipotência estaria na base do processo psíquico de defesa do “*self*”³ e, de maneira primária, protegeria o sujeito da sintomatologia ansiosa e do TEPT.

A onipotência é considerada no DSQ um mecanismo de defesa similar à recusa⁴, configurada no instrumento pelas afirmativas: sou superior à maioria das pessoas que conheço; frequentemente sinto-me superior à maioria das pessoas que estão comigo; ignoro o perigo como se eu fosse o Super-homem; orgulho-me de minha habilidade de colocar as pessoas nos seus devidos lugares; sou um verdadeiro artista não reconhecido; tenho talentos especiais que me permitem levar a vida sem problemas. A onipotência traduziria a capacidade de o sujeito se proteger narcisicamente das ameaças impostas pela realidade, e, como configurada pelo DSQ, ele a manifestaria em sua elevada expressão: recusando-se a perceber as falhas narcísicas. Nesse contexto, a onipotência é uma característica narcísica que

³ Mecanismo de defesa encarregado de defender a existência do narcisismo (*self*) (Bergeret, 2007).

⁴ O DSQ define e aplica o mecanismo de onipotência de maneira similar ao mecanismo de recusa, ou seja: “convém diferenciar esse mecanismo tanto da anulação como da denegação: trata-se aqui, de fato, de eliminar uma representação incômoda, não a apagando (anulação) ou recusando-se a reconhecê-la como referente a si mesmo (denegando), mas negando, aqui, a *própria realidade da percepção* ligada à representação” (Bergeret, 2007, p. 105).

recai sobre a representação incômoda⁵, de maneira a recusar a própria percepção da realidade, estando vinculada a processos de defesa do “tipo psicótico” (primitivo).

No processo evolutivo do indivíduo, em seu primeiro estágio, a onipotência se traduziria pela expressão “não vi que a falta (narcísica) poderia existir” e, no segundo momento do desenvolvimento afetivo (édipo), ela estaria vinculada ao medo da castração. Os sujeitos participantes da pesquisa se encontravam no segundo estágio do desenvolvimento afetivo, sendo que as defesas psíquicas ativadas estariam relacionadas à força do mecanismo ativado (Bergeret, 2007). Dessa maneira, quanto maior a presença da característica onipotente do sujeito, maior a necessidade do controle da representação ameaçadora, através da negação onipotente e da idealização dos objetos, o que torna o sujeito quase que impermeável ao “mal” gerado pelas representações incômodas, como, por exemplo, as representações primitivas de ameaça à vida. Portanto, os sujeitos da pesquisa que apresentaram característica narcísica onipotência como predominante, muito possivelmente, estariam protegidos da sintomatologia de TEPT (ansiedade, memórias intrusivas e comportamentos evitativos).

5.2 O possível efeito ansiogênico da intervenção

O resultado que sugeriu a presença do fator ansiogênico da intervenção psicológica foi a diferença estatística significativa quanto ao uso de ansiolítico na internação ($p=0,01$), sendo considerado que os sujeitos do grupo intervenção fizeram maior uso de medicação. Embora a diferença das médias do HADS (tempo 1) não tenha sido estatisticamente significativa, o valor da probabilidade da diferença entre as médias ter sido obtida por acaso foi pequena ($p=0,06$), o que possivelmente pode representar uma diferença marginal, mostrando o grupo intervenção mais

⁵ Representação designa a reprodução de uma percepção anterior, a qual, na concepção psicanalítica, refere-se ao traço mnésico: inscrição dos acontecimentos na memória. As representações são elementos (coisas, palavras – idéias, imagens) capazes de organizar e de orientar o curso das associações do sistema mnésico, as quais respondem a uma finalidade inconsciente (Laplanche, 1986). “Todas as representações substituídas têm atributos comuns: elas correspondem às experiências realmente penosas na vida sexual do sujeito, que ele se esforça para esquecer” (Freud, 1980b, v. III p. 78).

ansioso no tempo 1, sendo coerente com o achado de maior consumo de ansiolítico durante a internação.

O efeito ansiogênico da intervenção psicológica foi analisado diante dos limites do *enquadre* (apresentação do foco terapêutico e “*setting*”), bem como da utilização de técnicas supressoras de ansiedade como instrumentos de um *enquadre* específico no contexto do paciente internado em UTI, configurando a não indicação da intervenção psicológica proposta.

O *enquadre* foi composto pela apresentação da pesquisa (foco, tempo da terapêutica e etapas de avaliação), sendo realizado após o paciente retornar ao estado de consciência. No momento da apresentação, foi transmitido ao paciente o objetivo da pesquisa, o qual caracteriza o foco da terapêutica: prevenção de TEPT em pacientes que apresentavam memórias ilusórias após o período de sedação. Desse modo, o foco a ser configurado já era impresso ao contexto terapêutico e na relação entre terapeuta e paciente, o que, por sua vez, já suscitava as memórias e as vivências correspondentes. O processo de evocação das memórias estressantes foi observado nos participantes da pesquisa como um processo rapidamente acessível e de surpreendente mobilização interna de excitação (ansiedade).

A evocação da memória com forte componente emocional é claramente mais acessível, considerando-se que as memórias estão localizadas em estruturas cerebrais ativadas continuamente por processos moduladores neurais (Izquierdo, 2005); isso torna as memórias de eventos estressantes muitas vezes conscientes e persistentes, como as intrusivas encontradas no TEPT.

Não há dúvida de que a memória para eventos com componente emocional é melhor do que para eventos neutros. Isso é claramente adaptativo, porque estímulos emocionais, sejam prazerosos ou aversivos, são geralmente mais importantes para a sobrevivência das espécies. Evidências indicam que as memórias emocionais estabelecem-se através da amígdala e são mais resistentes à extinção e ao esquecimento. Esses achados são consistentes, com a hipótese de que as respostas emocionais influenciam a memória, pelo menos em parte, através da amígdala, modulando o armazenamento da memória de longa duração. Durante e

imediatamente após situações emocionalmente intensas ou estressantes, vários sistemas fisiológicos são ativados, incluindo a liberação de inúmeros hormônios...

Com base, no que conhecemos hoje a respeito da modulação da memória emocional, é possível afirmar que um grande número de estudos converge, apoiando o ponto de vista de que a memória relacionada a eventos emocionais é modulada por um sistema regulador endógeno mediado, ao menos em parte, por hormônios de estresse e pela amígdala cerebral. Acredita-se que este sistema seja evolutivamente adaptativo, reforçando memórias na sua adaptação à sobrevivência. Em condições de estresse emocional extremo, a operação deste sistema adaptativo pode possibilitar a formação de memórias fortes e intrusivas, características do TEPT (Quevedo et al., 2003, p. 27).

O fato de evocar a memória estressante é em si angustiante e gerador de excitação interna (ansiedade), pois a evocação mobiliza toda a cadeia de associação endógena, emocional e cognitiva, derivada da memória inicial (potencialmente traumática). Tal movimento é acompanhado de uma constelação de fenômenos hormonais e neuro-humorais diferentes (processos moduladores de substâncias moduladoras das atividades neurológicas cerebrais) que, em si, levam o indivíduo a recrutar não só as cadeias cognitivas e emocionais como também a reviver, de maneira endógena, o evento estressor, através da evocação da memória (Quevedo et al., 2003). Esse ponto se caracteriza como questão relevante para a discussão pois, se é suposto que se trata de reativar toda a cadeia associativa endógena e psíquica, esse movimento é, em si, gerador de excitação interna (ansiedade). Assim, a apresentação do foco da terapêutica pode ter contribuído para o aparecimento e/ou aumento da ansiedade.

Outro fator que pode ter contribuído para o incremento da ansiedade é o “*setting*”. O “*setting*” de UTI é composto de fatores instáveis, estressores e geradores de ansiedade. A intervenção caracterizada pelo manejo do potencial estressor teve como objetivo minimizar a ansiedade; contudo, a própria configuração do “*setting*” é em essência um potencial estressor, podendo conduzir pacientes à constatare estado de fragilidade egóica e situação de crise.

No tocante às técnicas aplicadas nos sujeitos do grupo intervenção, estas não demonstraram diferença estatística significativa quanto ao desfecho final do estudo (técnicas do tempo 1 e tempo 2 de intervenção). Contudo, uma vez admitido o fator ansiogênico do enquadre, as técnicas foram discutidas relativas ao aumento da ansiedade, considerando-se que elas estão a serviço de um enquadre e de um contexto específico.

Os estudos de revisão de efetividade de técnicas cognitivas e comportamentais revelam que são boas opções no tratamento de TEPT (Knapp, Caminha, 2003; Soares, Lima, 2003). Todavia tais estudos propõem a revivência da memória estressora e tratam de aplicar tais técnicas *no tratamento* do TEPT configurado, com *tempo indeterminado* e *fora do contexto real gerador do evento estressor*, configurando um enquadre totalmente diferenciado do enquadre específico do presente estudo.

As técnicas propostas, em seu conjunto, têm como finalidade ensinar o paciente a identificar a crise e aplicar estratégias, visando a minimização dos sintomas, proporcionando-lhe a capacidade de identificar, avaliar e ressignificar a cognição disfuncional associada à memória do evento estressante (Knapp, Caminha, 2003). Entretanto, não devem ser aplicadas em situação de crise em que se encontra o sujeito, ou seja, com ansiedade aumentada e com a capacidade psicológica comprometida e fragilizada, sendo, assim, indicadas para estados emocionais mais organizados, nos quais o paciente se encontra fora de situação de regressão⁶ e da situação de crise aguda.

Em síntese, pode-se afirmar que a intervenção psicológica de apoio proposta pelo presente estudo não seria adequada para pacientes internados em UTI, pois o enquadre parece configurar situações ansiogênicas, as quais podem ter contribuído para o incremento da ansiedade.

⁶ A utilização do termo regressão supõe a existência de uma organização egóica e de uma ameaça de caos, similar ao início do desenvolvimento infantil (Khan, 2000). Considera-se ainda a hipótese de que o estado clínico concreto da UTI, o acordar de um período de sedação, remete o paciente aos primórdios do desenvolvimento, o que caracteriza um estado regressivo.

6. CONCLUSÕES

Um dos principais desafios da Psicologia Hospitalar tem sido a consagração de uma especialidade que possa associar, para além da tradição clínica, técnicas psicoterápicas que permitam otimizar os benefícios das terapêuticas ofertadas aos pacientes durante o período de internação hospitalar. Essa adaptação da técnica psicoterápica inicia-se, como vimos, na possibilidade de se estabelecer, precocemente, um diagnóstico da situação problema e de se definirem focos de estudo de efetividade de intervenções psicológicas (Caiuby, Andreoli, 2005).

Visando contribuir com o conhecimento científico na área da Psicologia Hospitalar e da Saúde Mental, de construto teórico e prático, o estudo de efetividade da psicoterapia de apoio na prevenção de TEPT aplicada em pacientes submetidos à sedação e internados em UTI possibilitou reflexões sobre os limites da referida intervenção quando aplicada a pacientes graves em UTI geral.

A não efetividade da intervenção proposta pelo presente estudo permitiu refletir sobre a função do enquadre, bem como sobre as técnicas a serviço deste em contexto específico, configurando a não indicação da mesma. O enquadre foi construído com foco na prevenção de sintomas de TEPT; contudo, possivelmente ele tenha reforçado a existência dos mesmos quando propôs a lembrança da memória traumática e a revivência da mesma, gerando assim a ansiedade como sintoma. Por outro lado, esse possível resultado da proposta da intervenção permitiu sugerir uma mudança do foco no contexto específico de UTI.

Para tal reflexão, deve-se considerar a hipótese de que o estado clínico concreto da UTI, o acordar de um período de sedação, remete o paciente aos primórdios do desenvolvimento, caracterizando-se um estado regressivo, um estágio em que o ser humano ainda não estruturou sua habilidade defensiva, em que a dependência é total, as emoções estão presentes de uma maneira intensa e desorganizada egóicamente⁷. Assim sendo, o foco seria direcionado a um estágio

⁷ Segundo Winnicott (1956 apud Khan, 2000), as experiências de viver o medo da aniquilação são determinantes para a capacitação do ego de lidar com as frustrações geradas pelas vivências traumáticas: “A primeira organização egóica provém das ameaças de aniquilação que não levam à aniquilação e das quais, repetidamente, o bebê se recupera. É destas experiências que se inicia a confiança na recuperação, algo que irá levar o ego a tornar-se capaz de lidar com a frustração.” (p. 28).

anterior ao sintoma e utilizaria a aplicação da técnica de orientação e do conceito de “holding” na atenção e preenchimento das necessidades instituais e concretas, das necessidades que permitem o curso do seguimento da vida e que carregam, diante do amadurecimento egóico, o significado do “continuar a ser”, a existir. Considera-se ainda que esse foco poderia se manter no período de fragilidade egóica durante a internação em UTI.

E é nesse contexto analítico que o terapeuta pode atuar, considerando a atenção às necessidades primárias da constituição psíquica do sujeito, o que pode conduzir o paciente a estágios mais organizados do desenvolvimento e a enfrentar situações de crise. Vale ressaltar que essa nova proposta de campo de estudo deve imperativamente considerar as variáveis estrutura de personalidade, mecanismos de defesas, apresentação da pesquisa, enquadre da intervenção, contexto hospitalar específico, bem como um método de avaliação visando não só a sintomatologia como também a qualidade do processo psíquico como resultante.

Portanto, novas propostas de estudo de efetividade de intervenção psicológica em UTI na prevenção de TEPT devem considerar as configurações dos fenômenos psicológicos diante da complexidade de variáveis atuantes em contexto clínico específico.

Anexo 1 - Questionário de histórico prévio à internação e dados demográficos**Número** _____

1. Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____
2. Internou-se recentemente: Sim ___ Não ___ Porque? _____ Data: _____
3. Apresenta histórico de doença psiquiátrica: Sim ___ Não _____
4. Caso a resposta 3 seja sim, qual é o diagnóstico? _____
5. Ingeriu medicação psiquiátrica recentemente? Sim ___ Não _____
6. Caso a resposta 5 seja sim, qual a medicação? _____
7. Apresenta histórico de tentativa de suicídio? Sim ___ Não _____
8. Usuário de álcool ou drogas? Sim ___ Não _____
9. Apresenta doença neurológica no histórico ou como atual diagnóstico?
Qual? _____
10. O paciente está sob efeito de sedação contínua há quanto tempo? _____
11. O paciente apresenta diagnóstico de doença terminal e sem perspectiva de retorno ao lar? Sim ___ Não _____
12. O paciente é transplantado? Sim ___ Não _____
13. O paciente está selecionado para o estudo? Sim ___ Não _____
14. Caso a resposta 14 seja sim, para qual grupo o paciente foi selecionado?
Controle ___ Tratamento _____

Anexo 2 - Questionário eventos traumáticos primários

Precisamos de informações sobre situações estressantes que seu familiar possa ter vivido, em algum momento da vida. Por favor, marque com um X a coluna adequada, ou responda a algumas perguntas nos espaços reservados.

SIM NÃO

1. Ele já teve experiência de contato direto com guerra?
2. Alguma vez seu familiar esteve envolvido em um acidente com risco de vida?
3. Alguma vez seu familiar esteve envolvido em um incêndio, inundação ou em outro desastre natural?
4. Alguma vez seu familiar presenciou alguém sofrer uma lesão grave ou ser assassinado?
5. Alguma vez seu familiar foi estuprado, isto é, alguém manteve relação sexual com ele, contra sua vontade, ameaçando-o ou usando força?
6. Alguma vez seu familiar foi molestado sexualmente, isto é, alguém tocou ou sentiu partes íntimas dele, contra sua vontade?
7. Alguma vez seu familiar foi atacado fisicamente ou assaltado?
8. Alguma vez seu familiar foi ameaçado com arma, mantido em cativeiro, raptado ou seqüestrado?
9. Alguma vez seu familiar foi torturado ou foi vítima de terrorismo?
10. Alguma vez seu familiar vivenciou qualquer outra situação extremamente estressante ou que o deixasse muito abalado? (por exemplo, doença, luto, separação, conflitos familiares, demissão, aposentadoria, crise financeira...)

Em caso afirmativo, qual foi (foram) o(s) evento(s)? _____

11. Alguma vez seu familiar sofreu um grande choque pelo fato de alguém muito próximo a ele ter vivido situação estressante?

Em caso afirmativo, qual foi (foram) o(s) evento(s)? _____

12. Você é capaz de informar que evento(s) abalou(aram) mais seu familiar?

13. Você é capaz de informar há quanto tempo cada evento informado neste questionário aconteceu? _____

Anexo 3 - Relatório de dados clínicos diários na internação em UTI

1. Número da amostra: _____ Grupo: _____ Data do início do acompanhamento: _____

2. Diagnóstico inicial da atual internação em UTI _____ 3. Pertence ao protocolo de despertar diário? _____

1. Drogas sedativas administradas até o momento?

2. Verificar diariamente as alterações de medicação (anotar a data, nome da medicação, quantidade e frequência)

Data	Data	Data	Data	Data

3. Anotar os parâmetros da SAS no momento da suspensão da sedação e diariamente até o retorno da consciência

Data	Data	Data	Data	Data
SAS				

4. Alterações clínicas: _____

5. Data da alta de UTI: _____

Anexo 4 - APACHE II – Acute Physiology and Chronic Health Evaluation

a. Variáveis fisiológicas e Índices de Gravidade APACHE II

Variáveis fisiológicas	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Temperatura (retal C)	≥41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	≤29,9
Pressão arterial Media (mmHg)	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤49
Freqüência cardíaca (bpm)	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤39
Freqüência respiratória (rpm)	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
Oxigenação									
a. FiO ₂ ≥0,5P(A-a)O ₂	≥500	350-499	200-349		<200				
b. FiO ₂ ≥0,5PaO ₂					>70	61-70		55-60	<55
pH arterial	≥7,7	7,6-78,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
Sódio sérico (mEq/L)	≥180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤110
Potássio sérico (mEq/L)	≥7	6-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3-3,4	2,5-2,9		≤2,5
Creatinina (mg%) (pontos x2 se IRA)	≥3,5	2-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Hematócrito (%)	≥60		50-59,9	46-49,9	30-45-9		20-29,9		<20
Glóbulos brancos (/mm ³)	≥40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Escala da Glasgow	15-(valor observado GCS)								

b. Pontuação para idade

Idade (anos) Pontos

≤ 44	0
45-54	2
55-64	3
65-74	5
≥ 75	6

c. Pontuação para Doença Crônica

Se o paciente tem história de insuficiência orgânica severa ou é imunocomprometido, atribuir os seguintes pontos:

- a. para não cirúrgico ou para pós-cirúrgico de urgência – 5 pontos
- b. para pós-operatório de cirurgia eletiva – 2 pontos

APACHE II = Soma de a + b + c

Anexo 5 - SAS – Sedation Agitation Scale

7	Agitação perigosa	Tenta retirar o tubo endotraqueal, tenta remover os cateteres, tenta bater na equipe e agita-se de um lado para o outro.
6	Muito agitado	Não fica calmo com os limites, impede os cuidados físicos e tenta remover no tubo endotraqueal
5	Agitado	Ansioso e médio agitado, tenta sentar, fica calmo com instruções verbais
4	Calmo e cooperativo	Calmo, desperta facilmente, responde aos comandos
3	Sedado	Difícil acordar, responde a estímulos verbais ou quando é tocado, mas retorna ao estado desacordado, reponde simples comandos
2	Muito sedado	Desperta com estímulos físicos, mas não se comunica ou responde aos comandos, talvez se mova espontaneamente
1	Sem resposta	Não responde ou minimamente, não se comunica ou responde a comandos

Anexo 6. ICU Memory Tool - Questionário de Avaliação de Memórias

Número do paciente:

Data:

1. Você se lembra de ter sido internado no hospital?

Claramente / mais ou menos / não lembro nada

2. Você se lembra do período em que esteve internado no hospital, antes de ter sido admitido na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)?

Todo o período um pouco nada

3. Você se lembra de ter estado na UTI?

Sim Não

4. 4.a. Você lembra claramente toda a internação na UTI?

Sim Não

4.b. O que você lembra da internação na UTI? (circule os itens que você lembra)

Família	Rostos	Escuridão	Sentiu-se confuso	Alucinações
Alarmes	Tubo de respiração	Relógio	Sentiu-se triste	Pesadelos
Vozes	Aspirações	Sonda no seu nariz	Sentiu-se ansioso/ Assustado	Sonhos
Luzes	De seu estado	Ambiente não confortável	Sentiu que as pessoas estavam tentando machucá-lo	Pânico Dor

4.c. Se você teve a sensação de que alguém estava tentando machucá-lo, enquanto estava na terapia intensiva, poderia descrever essa sensação?

4.d. Se você teve pesadelos ou alucinações enquanto esteve na UTI, poderia descrevê-los?

5. Você se lembra de ter sido transferido da UTI para outra unidade do hospital geral?

claramente pouco nada

6. Você teve sensações inexplicáveis de pânico ou apreensão?

Sim Não

6.a. Se sim: O que você estava fazendo quando essas sensações ocorreram?

7. Você teve alguma lembrança que ficava invadindo (memória intrusiva) seu pensamento, como a do tempo em que esteve no hospital ou a do evento que o levou à internação?

Sim Não

7.a. Se sim para 7: O que você estava fazendo quando essa lembrança ocorreu?

7.b. Se sim para 7: Do que as lembranças (memórias) consistiam, por exemplo, sonda no seu nariz ou pesadelos?

8. Você conversou sobre o que lhe aconteceu na Unidade de Terapia Intensiva com:

- a. Um membro da família
- b. um amigo
- c. um médico da unidade
- d. uma enfermeira da unidade
- e. o médico da família

(por favor, circule a resposta mais apropriada)

OBS: _____

Anexo 7 - Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

Por favor, leia todas as frases. Marque com um "x" na resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **última semana**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

<p>1. Eu me sinto tenso e contraído. 3() A maior parte do tempo 2() Boa parte do tempo 1() De vez em quando 0() Nunca</p> <p>2. Eu ainda sinto gosto (satisfação) pelas mesmas coisas de que costumava gostar. 0() Sim, do mesmo jeito que antes 1() Não tanto quanto antes 2() Só um pouco 3() Já não sinto mais prazer em nada</p> <p>3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer. 3() Sim, de um jeito muito forte 2() Sim, mas não tão forte 1() Um pouco, mas isso não me preocupa 0() Não sinto nada disso</p> <p>4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas. 0() Do mesmo jeito que antes 1() Atualmente um pouco menos 2() Atualmente bem menos 3() Não consigo mais</p> <p>5. Estou com a cabeça cheia de preocupações 3() A maior parte do tempo 2() Boa parte do tempo 1() De vez em quando 0() Raramente</p> <p>6. Eu me sinto alegre 3() Nunca 2() Poucas vezes 1() Muitas vezes 0() A maior parte do tempo</p> <p>7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado 0() Sim, quase sempre 1() Muitas vezes 2() Poucas vezes 3() Nunca</p>	<p>8. Estou lento (lerdo) para pensar e fazer as coisas. 3() Quase sempre 2() Muitas vezes 1() De vez em quando 0() Nunca</p> <p>9. Tenho uma sensação ruim de medo (como um frio na espinha, ou um aperto no estômago...) 0() Nunca, 1() De vez em quando 2() Muitas vezes 3() Quase sempre</p> <p>10. Eu perdi o interesse de cuidar da minha aparência. 3() Completamente 2() Não estou mais me cuidando como deveria 1() Talvez não tanto quanto antes 0() Me cuido do mesmo jeito que antes</p> <p>11. Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum 3() Sim, demais 2() Bastante 1() Um pouco 0() Não me sinto assim</p> <p>12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir 0() Do mesmo jeito que antes 1() Um pouco menos do que antes 2() Bem menos do que antes 3() Quase nunca</p> <p>13. De repente, tenho a sensação de entrar em pânico 3() A quase todo momento 2() Várias vezes 1() De vez em quando 0() Não sinto isso</p> <p>14. Consigo sentir prazer ao assistir a um bom programa de TV, de rádio, ou quando leio alguma coisa 0() Quase sempre 1() Várias vezes 2() Poucas vezes 3() Quase nunca</p>
---	---

Anexo 8 - Impact Event Scale - Revised (IES-R)

Listamos abaixo dificuldades que as pessoas algumas vezes apresentam, após passar por eventos estressantes no período de internação na UTI. Com relação às memórias do período de internação na UTI, por favor, leia cada item abaixo, depois marque com um X a coluna que melhor corresponde a seu nível de estresse, nos últimos 7 dias.

	NENHUM POUCO	UM POUCO	MODERADAMENTE	MUITO	EXTREMAMENTE
1.Qualquer lembrança trazia de volta sentimentos sobre a situação.					
2.Eu tinha problemas em manter o sono.					
3.Outros acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando na situação.					
4.Eu me sentia irritável e bravo.					
5.Eu evitava ficar chateado quando pensava na situação ou era lembrado dela.					
6.Eu pensava na situação mesmo quando não tinha intenção de pensar					
7.Eu sentia como se não tivesse passado pela situação, ou como se não fosse real					
8. Eu me mantive longe de coisas que pudessem lembrar a situação					
9.Imagens sobre a situação saltavam em minha mente					
10.Eu ficava sobressaltado e facilmente alarmado.					
11.Eu tentei não pensar sobre a situação					
12.Eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas á					

situação, mas as evitei					
13.Meus sentimentos sobre a situação estavam como que entorpecidos.					
14.Eu me peguei agindo ou sentindo como se estivesse de volta à situação					
15.Eu tive problemas para dormir.					
16.Eu tive ondas de fortes emoções relativas à situação.					
17.Eu tentei retirar a situação de minha memória.					
18.Eu tive problemas de concentração.					
19.Lembranças da situação provocavam em mim reações físicas como suores, problemas para respirar, náuseas ou coração disparado.					
20.Eu tive sonhos sobre a situação.					
21.Eu me sentia atento ou na defensiva.					
22.Eu tentei não falar sobre a situação.					

Anexo 9 - Bond's Defense Style Questionnaire (DSQ)

INSTRUÇÕES

Este questionário consiste em 88 afirmativas, cada uma seguida de uma escala de pontuação:

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

Assinale o seu grau de concordância, ou discordância, em relação a cada afirmativa e circule o número de pontos, de 1 a 9, na linha abaixo da afirmativa.

Exemplo:

Montreal é uma cidade do Canadá

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

Você escolheria o 9 e circularia o 9 na linha abaixo da afirmativa.

1. Fico satisfeito ajudando os outros e se fosse impedido de fazer isto eu ficaria deprimido.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

2. Frequentemente as pessoas me chamam de emburrado.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

3. Consigo manter um problema fora de minha mente, até que tenha tempo de lidar com ele.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

4. Sou sempre tratado injustamente.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

-
5. Lido satisfatoriamente com minha ansiedade fazendo alguma coisa construtiva e criativa, como pintar ou fazer trabalhos manuais.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
6. De vez em quando deixo para amanhã o que deveria fazer hoje.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
7. Estou sempre me metendo no mesmo tipo de situações frustrantes e não sei por que.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
8. Sou capaz de rir de mim mesmo com bastante facilidade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
9. Ajo como uma criança, quando estou frustrado.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
10. Sou muito tímido no que diz respeito a defender meus direitos perante as pessoas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
11. Sou superior à maioria das pessoas que conheço.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
12. As pessoas tendem a maltratar-me.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
13. Se alguém me assaltasse e roubasse meu dinheiro, pensaria que ele precisaria, antes, ser ajudado, do que punido.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
14. De vez em quando penso em coisas muito ruins para falar a respeito delas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

-
15. De vez em quando eu rio de uma piada suja.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
16. As pessoas dizem que eu me pareço com uma avestruz, com minha cabeça enterrada na areia. Em outras palavras, inclino-me a ignorar fatos desagradáveis, como se eles não existissem.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
17. Não me permito dar o máximo de mim em uma competição.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
18. Frequentemente, sinto-me superior às pessoas que estão comigo.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
19. Alguém está roubando tudo que obtenho emocionalmente.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
20. Às vezes fico com raiva.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
21. Frequentemente, sou levado a agir impulsivamente.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
22. Prefiro, antes, passar fome, do que ser forçado a comer.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
23. Ignoro o perigo como se eu fosse o Super-homem.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
24. Orgulho-me de minha habilidade em colocar as pessoas em seus devidos lugares.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

-
25. As pessoas dizem-me que tenho complexo de perseguição.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
26. Às vezes, quando não estou me sentido bem, fico de cara feia.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
27. Frequentemente, ajo impulsivamente, quando alguma coisa está me aborrecendo.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
28. Fico fisicamente doente, quando as coisas não estão indo bem para mim.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
29. Sou uma pessoa muito inibida.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
30. Sou um verdadeiro artista não reconhecido.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
31. Nem sempre digo a verdade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
32. Afasto-me das pessoas, quando me sinto magoado.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
33. Às vezes, avanço tanto, que as outras pessoas precisam colocar limites para mim.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
34. Meus amigos vêem-me como um palhaço.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
35. Quando estou com raiva eu me afasto das pessoas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

-
36. Tenho tendência a ficar com um pé atrás com pessoas que se mostram mais amigáveis do que eu esperaria.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
37. Tenho talentos especiais que me permitem levar a vida sem problemas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
38. Às vezes, em eleições, voto em pessoas sobre as quais sei muito pouco.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
39. Frequentemente, atraso-me para compromissos.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
40. Resolvo mais coisas em meus devaneios, do que na vida real.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
41. Sou muito tímido para aproximar-me das pessoas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
42. Não tenho medo de nada.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
43. Às vezes, penso que sou um anjo e, em outras, que sou um demônio.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
44. No jogo, prefiro ganhar do que perder.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
45. Fico muito sarcástico quando estou com raiva.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
46. Fico abertamente agressivo, quando me sinto magoado.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

-
47. Acredito que devo dar a outra face, quando alguém me magoa.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
48. Não leio todos os editoriais, num jornal, todos os dias.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
49. Quando estou triste, afasto-me das pessoas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
50. Sou tímido em relação ao sexo.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
51. Sempre sinto que algum dos meus conhecidos é como um anjo da guarda.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
52. Minha filosofia é “não ouvir o mal, não fazer o mal, não ver o mal”.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
53. No que me diz respeito, as pessoas são ou boas, ou más.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
54. Se meu chefe me incomodasse, eu seria capaz de cometer um erro em meu serviço, ou trabalhar mais devagar, para descontar nele.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
55. Todos estão contra mim.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
56. Tento ser agradável com as pessoas de quem não gosto.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
57. Ficaria muito nervoso, se um avião em que estivesse voando perdesse uma turbina.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

58. Conheço alguém que é capaz de ser justo e imparcial, em qualquer coisa que faça.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

59. Consigo abafar meus sentimentos, para evitar que eles interfiram no que estou fazendo, caso eu os deixasse escapar.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

60. Algumas pessoas estão tramando matar-me.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

61. Geralmente, sou capaz de ver o lado cômico de situações desagradáveis e penosas.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

62. Fico com dor de cabeça, quando tenho que fazer algo de que não gosto.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

63. Frequentemente, me dou conta de que estou sendo muito agradável com pessoas das quais eu teria todo o direito de ter raiva.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

64. Não existe isto de que todo mundo “tem algo de bom”. Se você é mau, é totalmente mau”.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

65. Não deveríamos, nunca, ficar com raiva de pessoas de quem não gostamos.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

66. Tenho a certeza de que a vida maltrata-me.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

67. Eu desmorono em situações de estresse.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
68. Quando sei que terei que me defrontar com uma situação difícil, como um exame, ou uma entrevista para emprego, tento imaginar como vai ser e planejo um jeito de enfrentá-la.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
69. Os médicos nunca entendem, realmente, o que está errado comigo.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
70. Quando morre alguém próximo a mim eu não fico aborrecido.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
71. Depois que brigo por meus direitos, inclino-me a desculpar-me por minha assertividade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
72. A maior parte das coisas que acontece comigo não é de minha responsabilidade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
73. Quando estou deprimido, ou ansioso, comer faz-me sentir melhor.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
74. Trabalhar duro faz-me sentir melhor.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
75. Meus médicos não são capazes de ajudar-me, realmente, a resolver meus problemas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

-
76. Sempre me dizem que não demonstro meus sentimentos.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
77. Sempre acho que as pessoas percebem mais significados em filmes, peças, ou livros, do que realmente há para ser visto.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
78. Tenho hábitos e rituais que me sinto impelido a realizar, senão algo terrível acontecerá.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
79. Quando estou tenso, uso drogas, medicamentos ou bebidas alcoólicas.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
80. Quando me sinto mal, tento procurar alguém.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
81. Se consigo prever com antecedência que vou ficar triste, consigo lidar melhor com meus sentimentos.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
82. Não importa o quanto eu reclame, nunca obtenho uma resposta satisfatória.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
83. Frequentemente, descobro que não sinto nada, quando a situação pareceria justificar fortes emoções.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
84. Se me ocupo com alguma tarefa disponível, evito a depressão, ou a ansiedade.
Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente
85. Fumo, quando estou nervoso.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

86. Se estivesse em uma crise, procuraria por outra pessoa que já teve o mesmo problema.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

87. Não posso ser culpado pelo que faço de errado.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

88. Se tenho um pensamento agressivo, sinto necessidade de fazer algo para compensá-lo.

Discordo inteiramente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Concordo inteiramente

Anexo 10 - Relatório diário de intervenção psicológica de apoio

1. Número do paciente:

2. Data:

3. Anotações das intervenções:

- Orientação: _____

- Sugestão: _____

- Educação: _____

- Aprovação: _____

- Clarificação: _____

- Ventilação: _____

- Manejo ambiental: _____
- Manejo de familiares: _____
- Manejo assistencial da equipe: _____ -

- Análise da demanda: _____

- Análise dinâmica de personalidade: _____

Análise de memórias traumáticas: _____

- Análise de fatores ambientais: _____

Critérios para interrupção, encerramento ou encaminhamento do atendimento:

- Não engajamento no acompanhamento: _____

- Interrupções ocasionadas por condições clínicas impróprias.

Qual?: _____

- Superação da crise, restabelecimento emocional: _____

Observações: _____

Anexo 11 - Carta Informativa aos médicos

Prezado Doutor

Eu, Andrea Vannini Santesso Caiuby, venho através desta apresentar o projeto de pesquisa de título “Estudo de efetividade de intervenção psicológica na prevenção de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático em pacientes submetidos à sedação e internados em Unidade de Terapia Intensiva”. Esse projeto foi aprovado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção de título de doutorado.

A pesquisa trata do problema do aparecimento de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em pacientes submetidos à sedação, durante o período de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cuja prevalência nesta população é de 38%, sendo que 15% desses pacientes apresentam sintomatologia de TEPT significativa, caracterizando quadros severos. Assim, o objetivo é avaliar a efetividade de intervenção psicológica de apoio na prevenção desses sintomas, utilizando o método de ensaio clínico randomizado. A amostra será composta por 12 adultos em cada grupo (com e sem intervenção) que apresentarem memórias traumáticas durante o período de sedação. Após 8 e 16 semanas do término do período de sedação, será avaliada a incidência de sintomas de TEPT nos grupos, e o resultado será controlado estatisticamente pelas características das memórias, pelo perfil de defesa psicológica e por sintomas de ansiedade e depressão.

O estudo será realizado apenas com a prévia autorização dos familiares dos pacientes, assim como ficará garantida a liberdade de retirada do consentimento de

participação no estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do tratamento na instituição hospitalar. Os preceitos éticos da presente pesquisa estão adequados à resolução CNS 196/96.

Assim sendo, encontro-me à disposição no Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, na Rua Dr. Bacelar 334, fone 50847060 ou 92247279, andreacaiuby@hotmail.com, para qualquer esclarecimento. No que se refere a assuntos relacionados aos conceitos éticos aplicados neste estudo, você também poderá dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, fone 37470291, que tem como coordenador o Prof. Dr. José Pinus.

Atenciosamente,

Andrea Vannini Santesso Caiuby

Anexo 12 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado responsável pelo Sr(a) _____,

Eu, Andrea Vannini Santesso Caiuby, responsável pela presente pesquisa, venho através desta apresentar o projeto de pesquisa de título “Estudo de efetividade de intervenção psicológica na prevenção de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático em pacientes submetidos a sedação e internados em Unidade de Terapia Intensiva”, bem como obter de forma livre e esclarecida sua autorização para a realização da mesma.

A pesquisa trata do problema do aparecimento de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em pacientes submetidos à sedação durante o período de internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), cuja prevalência nesta população é de 38%, sendo que 15% desses pacientes apresentam sintomatologia de TEPT significativa, caracterizando quadros severos. Assim, o objetivo é avaliar a efetividade de intervenção psicológica de apoio na prevenção desses sintomas, utilizando o método de ensaio clínico randomizado.

Eu, como responsável e coordenadora da pesquisa, darei sequência às etapas da pesquisa, sempre mantendo-o informado. Os profissionais envolvidos serão os seguintes: dois psicólogos que realizarão a intervenção, um auxiliar de pesquisa que aplicará os questionários de avaliação e um médico intensivista que analisará escalas de parâmetros clínicos.

A pesquisa consiste em etapas, e, após a autorização da participação do paciente, este será alocado em um grupo, podendo pertencer àquele que receberá a intervenção ou ao grupo que não receberá intervenção. Caso o paciente pertença ao grupo que receberá a intervenção, esta terá início logo após a retirada da sedação, e

apenas haverá continuidade dela com a concordância do paciente, após retomar a consciência.

Por outro lado, se ele pertencer ao grupo sem intervenção, será apenas observado, sendo que em ambos os grupos serão anotados os dados de evolução clínica. Depois de duas semanas de início da retirada de sedação, os pacientes de ambos os grupos responderão a um questionário de memórias do período de sedação bem como um questionário para verificar sintomas de ansiedade e depressão. Os que apresentarem memórias traumáticas de formação ilusórias (provenientes de formações alucinatórias ou delirantes) seguirão na pesquisa, e os pacientes que não apresentarem serão excluídos da amostra. Assim, esta será composta por 12 adultos em cada grupo (com e sem intervenção), que apresentarem memórias traumáticas durante o período de sedação. Após 8 e 16 semanas do término do período de sedação, será avaliada a incidência de sintomas de TEPT nos dois grupos, e o resultado será controlado estatisticamente pelas características das memórias, pelo perfil de defesa psicológica e por sintomas de ansiedade e depressão.

O atendimento psicológico de apoio consistirá de orientações e intervenções de suporte, a fim de proporcionar um processo de reabilitação mais favorável à saúde do paciente, visando minimizar ou prevenir quadros emocionais disfuncionais, como o estresse agudo e o transtorno de estresse pós-traumático. Ao término do acompanhamento proposto neste estudo, se o paciente apresentar necessidade de acompanhamento psicológico referente a outras demandas emocionais e apresentar desejo de ser encaminhado, o serviço de interconsulta psicológica do hospital será contatado. Contudo, se nos períodos de avaliações forem detectados sintomas do TEPT, ao paciente será sugerido o encaminhado ao serviço de atendimento a

peças com TEPT da Universidade Federal de São Paulo, o PROVE. Dessa maneira, se necessário, os pacientes do grupo sem e com intervenção psicológica serão cuidadosamente acompanhados nas avaliações e encaminhados com prévia consulta ao serviço de saúde mental.

No final do estudo, poderemos concluir a presença de benefício da intervenção psicológica de apoio e as repercussões na reabilitação emocional do paciente, sendo que os resultados estarão disponíveis aos pacientes após as avaliações, assim como serão garantidos, em todos os momentos da pesquisa, os direitos segundo os preceitos éticos, de acordo com a Resolução 196/96.

Ciente dos preceitos éticos, segundo a Resolução CNS 196/96, eu gostaria de certificar-lo das seguintes condições: não serão identificados os pacientes, apenas haverá registro da idade e do sexo; as informações obtidas terão caráter sigiloso, podendo ser usadas e tão somente para fins científicos e para esta pesquisa; o procedimento utilizado não envolverá nenhum tipo de risco ao participante e lhe será assegurada confidencialidade de todas as informações obtidas neste processo como também o direito de ser mantido informado dos resultados parciais que sejam do conhecimento dos pesquisadores; o estudo será realizado apenas com sua prévia autorização e lhe ficará garantida a liberdade de retirar a qualquer momento o consentimento de participação no estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do tratamento na instituição hospitalar; nenhum tipo de despesa ou compensação financeira será concedido pela participação; em caso de dano pessoal, diretamente causado pelo tratamento proposto neste estudo, o participante tem direito a tratamento na Universidade Federal de São Paulo, o PROVE, bem como as indenizações legalmente estabelecidas.

Eu, Andrea Vannini Santesso Caiuby, estou à disposição no Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, na Rua Dr Bacelar 334, fone 50847060, 92247279, andreacaiuby@hotmail.com, para qualquer esclarecimento. No que se refere aos assuntos relacionados aos conceitos éticos aplicados neste estudo, você também poderá dirigir-se ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein, fone 37470291, que tem como coordenador o Prof Dr José Pinus.

Eu, responsável legal do paciente _____ acredito estar suficientemente informado a respeito da presente pesquisa. Discuti com a Andrea V. S. Caiuby sobre a decisão de meu familiar participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, a garantia de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a participação no estudo é isenta de despesas e que há garantia de acesso a tratamento hospitalar quando necessário.

Concordo voluntariamente com que meu familiar participe deste estudo e que eu e o paciente _____ possuímos a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento, sem penalidades, prejuízos ou perdas de qualquer benefício que nós possamos ter adquirido neste serviço hospitalar.

_____ Data ____/____/____

Assinatura representante legal do paciente

_____ Data
____/____/____

Assinatura da testemunha

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido desse representante legal ou do paciente para a participação neste estudo.

Andrea Vannini Santesso Caiuby

Data ___/___/___

Pesquisadora responsável

8. REFERÊNCIAS

- Aguiar RW. Intervenções em crise. In: Cordioli AV. Psicoterapias: abordagens atuais. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 153-8.
- American Psychiatry Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4a ed. Batista D, tradutor. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
- Andrade MPM. Tradução e adaptação do DSQ (Defense Style Questionnaire) para uso no Brasil. São Paulo, 1996 [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1996.
- Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis.* 2002 Mar;190(3):175-82.
- Baumert J, Simon H, Gundel H, Schmitt C, Ladwig KH. The Impact of Event Scale--Revised: evaluation of the subscales and correlations to psychophysiological startle response patterns in survivors of a life-threatening cardiac event: an analysis of 129 patients with an implanted cardioverter defibrillator. *J Affect Disord.* 2004 Oct 1;82(1):29-41.
- Bergeret J. O problema das defesas. In: Bergeret J. Psicopatologia teórica e clínica. Porto Alegre: Artes Médicas; 2007. p. 95-111.
- Boer KR, Mahler CW, Unlu C, Lamme B, Vroom MB, Sprangers MA, et al. Long-term prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in patients after secondary peritonitis. *Crit Care.* 2007;11(1):R30.
- Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry.* 1983 Mar;40(3):333-8.
- Bond MP, Vaillant JS. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry.* 1986 Mar;43(3):285-8.
- Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia C, Jr., Pereira WA. [Mood disorders among inpatients in ambulatory and validation of the anxiety and depression scale HAD]. *Rev Saude Publica.* 1995 Oct;29(5):355-63.
- Botega NJ. Reações à doença e à hospitalização. In: Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. p. 43-59.
- Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S. Validation of a French version of the impact of event scale-revised. *Can J Psychiatry.* 2003 Feb;48(1):56-61.
- Caiuby AVS, Andreoli PBA. Intervenções psicológicas em situações de crise na unidade de terapia intensiva: relato de casos. *Rev Bras Terap Intensiva.* 2005 Jan-Mar;17(1):63-7.

- Capuzzo M, Valpondi V, Cingolani E, Gianstefani G, De Luca S, Grassi L, et al. Post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Minerva Anestesiol.* 2005 Apr;71(4):167-79.
- Cordioli AV, Wagner CJ, Cechin EM. Psicoterapia de apoio. In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 159-70.
- Cuthbertson BH, Hull A, Strachan M, Scott J. Post-traumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Med.* 2004 Mar;30(3):450-5.
- Deja M, Denke C, Weber-Carstens S, Schroder J, Pille CE, Hokema F, et al. Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Crit Care.* 2006;10(5):R147.
- Fraser GL, Riker RR. Monitoring sedation, agitation, analgesia, and delirium in critically ill adult patients. *Crit Care Clin.* 2001 Oct;17(4):967-87.
- Freud S. Inibições, sintomas e angústia (1926). In: *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. 20. Rio de Janeiro: Imago; 1980a. p. 107-180
- Freud S. As neuropsicoses de defesa (1894). In: *Obras completas de Sigmund Freud*. Vol. 3. Rio de Janeiro: Imago; 1980b. p. 53-65
- Girard TD, Shintani AK, Jackson JC, Gordon SM, Pun BT, Henderson MS, et al. Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Crit Care.* 2007;11(1):R28.
- Griffiths J, Fortune G, Barber V, Young JD. The prevalence of post traumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2007 Sep;33(9):1506-18.
- Griffiths RD, Jones C. Delirium, cognitive dysfunction and posttraumatic stress disorder. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2007 Apr;20(2):124-9.
- Hanns LA. Psicoterapia: regulamentação em debate. *Psicol Cienc Prof Diálogos.* 2004(1):6-13.
- Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med.* 1979 May;41(3):209-18.
- Izquierdo I. *A arte de esquecer: cérebro, memória e esquecimento*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2005.
- Jackson JC, Obrebsky W, Bauer R, Greevy R, Cotton BA, Anderson V, et al. Long-term cognitive, emotional, and functional outcomes in trauma intensive care unit survivors without intracranial hemorrhage. *J Trauma.* 2007 Jan;62(1):80-8.

- Jones C, Griffiths RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Crit Care Med*. 2001 Mar;29(3):573-80.
- Jones C, Skirrow P, Griffiths RD, Humphris GH, Ingleby S, Eddleston J, et al. Rehabilitation after critical illness: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med*. 2003 Oct;31(10):2456-61.
- Jones C, Backman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD. Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Med*. 2007 Jun;33(6):978-85.
- Junior JLS, Stern TA. Intensive care. In: Wise MG, Rundell JR. *Textbook of consultation: liaison psychiatric*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2002. p. 753-70.
- Kapczinski F, Margis R. Transtorno de estresse pós-traumático: critérios diagnósticos. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:3-7.
- Kapfhammer HP, Rothenhausler HB, Krauseneck T, Stoll C, Schelling G. Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in long-term survivors of acute respiratory distress syndrome. *Am J Psychiatry*. 2004 Jan;161(1):45-52.
- Khan MMR. Introdução. In: Winnicott DW. *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 11-54.
- Knapp P, Caminha RM. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:31-6.
- Kress JP, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman AS, Hall JB. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2003 Dec 15;168(12):1457-61.
- Laplanche J. *Vocabulário da psicanálise*. 9a ed, São Paulo: Martins Fontes; 1986.
- Lenmarken C, Sydsjo G. Psychological consequences of awareness and their treatment. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2007 Sep;21(3):357-67.
- Little MI. *Ansiedades psicóticas e prevenção*. Rio de Janeiro: Imago; 1992.
- Livianu J, Anção MS, Akamine N, Andrei AM. Índices prognósticos em unidade de terapia intensiva. In: Knobel E. *Condutas no paciente grave*. São Paulo: Atheneu; 1994. p. 823-33.
- Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S, Kim Y, Homma M, Otomo Y. Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: the Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. *Crit Care Med*. 2008 Jan;36(1):74-80.
- Meyer NJ, Hall JB. Brain dysfunction in critically ill patients--the intensive care unit and beyond. *Crit Care*. 2006;10(4):223.

- Mohta M, Sethi AK, Tyagi A, Mohta A. Psychological care in trauma patients. *Injury*. 2003 Jan;34(1):17-25.
- Mystakidou K, Tsilika E, Parpa E, Galanos A, Vlahos L. Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients. *J Pain Symptom Manage*. 2007 Apr;33(4):454-61.
- Nickel M, Leiberich P, Nickel C, Tritt K, Mitterlehner F, Rother W, et al. The occurrence of posttraumatic stress disorder in patients following intensive care treatment: a cross-sectional study in a random sample. *J Intensive Care Med*. 2004 Sep-Oct;19(5):285-90.
- Oliveira ECN. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicol Cienc Prof*. 2002;22(2):30-41.
- Quevedo J, Feier G, Agostinho FR, Martins MR, Roesler R. Consolidação da memória e estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:25-30.
- Quintana MIS. Validade do Compositivo International Diagnostic Interview (CIDI/OMS) versão 2.1 em serviços de Saúde Mental no Brasil [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
- Rash CJ, Coffey SF, Baschnagel JS, Drobos DJ, Saladin ME. Psychometric properties of the IES-R in traumatized substance dependent individuals with and without PTSD. *Addict Behav*. 2008 Aug;33(8):1039-47.
- Ratray JE, Johnston M, Wildsmith JA. Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia*. 2005 Nov;60(11):1085-92.
- Richter JC, Waydhas C, Pajonk FG. Incidence of posttraumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment. *Psychosomatics*. 2006 May-Jun;47(3):223-30.
- Rothenghausler HB, Ehrentraut S, Kapfhammer HP, Lang C, Zachoval R, Bilzer M, et al. Psychiatric and psychosocial outcome of orthotopic liver transplantation. *Psychother Psychosom*. 2002 Sep-Oct;71(5):285-97.
- Rothenghausler HB, Grieser B, Nollert G, Reichart B, Schelling G, Kapfhammer HP. Psychiatric and psychosocial outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a prospective 12-month follow-up study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005 Jan-Feb;27(1):18-28.
- Samuelson KA, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients - a 2-month follow-up study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2007 Jul;51(6):671-8.
- Schelling G, Stoll C, Haller M, Briegel J, Manert W, Hummel T, et al. Health-related quality of life and posttraumatic stress disorder in survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Crit Care Med*. 1998 Apr;26(4):651-9.

- Schelling G, Stoll C, Kapfhammer HP, Rothenhausler HB, Krauseneck T, Durst K, et al. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in survivors. *Crit Care Med*. 1999 Dec;27(12):2678-83.
- Schelling G, Briegel J, Roozendaal B, Stoll C, Rothenhausler HB, Kapfhammer HP. The effect of stress doses of hydrocortisone during septic shock on posttraumatic stress disorder in survivors. *Biol Psychiatry*. 2001 Dec 15;50(12):978-85.
- Schelling G, Richter M, Roozendaal B, Rothenhausler HB, Krauseneck T, Stoll C, et al. Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality-of-life outcomes after cardiac surgery. *Crit Care Med*. 2003 Jul;31(7):1971-80.
- Schelling G, Kilger E, Roozendaal B, de Quervain DJ, Briegel J, Dagge A, et al. Stress doses of hydrocortisone, traumatic memories, and symptoms of posttraumatic stress disorder in patients after cardiac surgery: a randomized study. *Biol Psychiatry*. 2004a Mar 15;55(6):627-33.
- Schelling G, Roozendaal B, De Quervain DJ. Can posttraumatic stress disorder be prevented with glucocorticoids? *Ann N Y Acad Sci*. 2004b Dec;1032:158-66.
- Schelling G, Roozendaal B, Krauseneck T, Schmoelz M, D DEQ, Briegel J. Efficacy of hydrocortisone in preventing posttraumatic stress disorder following critical illness and major surgery. *Ann N Y Acad Sci*. 2006 Jul;1071:46-53.
- Schestatsky S, Shansis F, Ceitlin LH, Abreu PB, Hauck S. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:8-11.
- Schnyder U, Morgeli H, Nigg C, Klaghofer R, Renner N, Trentz O, et al. Early psychological reactions to life-threatening injuries. *Crit Care Med*. 2000 Jan;28(1):86-92.
- Schnyder U, Moergeli H, Klaghofer R, Buddeberg C. Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *Am J Psychiatry*. 2001a Apr;158(4):594-9.
- Schnyder U, Moergeli H, Trentz O, Klaghofer R, Buddeberg C. Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. *Am J Respir Crit Care Med*. 2001b Aug 15;164(4):653-6.
- Scragg P, Jones A, Fauvel N. Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*. 2001 Jan;56(1):9-14.
- Segal H. Introdução à obra de Melanie Klein. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
- Soares BG, Lima MS. Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003 Jun;25 Suppl 1:62-6.

- Strachey J. Introdução do editor inglês: inibição, sintoma e angústia. In: Obras completas de Sigmund Freud. Vol. 20. Rio de Janeiro: Imago; 1980.
- Sukantarat K, Greer S, Brett S, Williamson R. Physical and psychological sequelae of critical illness. *Br J Health Psychol*. 2007 Feb;12(Pt 1):65-74.
- Sundin EC, Horowitz MJ. Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. *Psychosom Med*. 2003 Sep-Oct;65(5):870-6.
- Wallace-Barnhill GL. Understanding reactions of patient and family. In: Civetta JM, Taylor RW, Kirby RR. *Textbook of critical care*. Philadelphia: Lippincott Raven Publishers; 1997. p. 89-94.
- Weis DS, Marmar CR. Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM. *The Impact of Event Scale-Revised: assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press; 1997. p. 399-411.
- Weis F, Kilger E, Roozendaal B, de Quervain DJ, Lamm P, Schmidt M, et al. Stress doses of hydrocortisone reduce chronic stress symptoms and improve health-related quality of life in high-risk patients after cardiac surgery: a randomized study. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2006 Feb;131(2):277-82.
- Zatzick DF, Rivara FP, Nathens AB, Jurkovich GJ, Wang J, Fan MY, et al. A nationwide US study of post-traumatic stress after hospitalization for physical injury. *Psychol Med*. 2007 Oct;37(10):1469-80.
- Zimmermann PR, Bertuol CS. O paciente na UTI. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. p. 331-8.

Abstract

Goal: To evaluate the effectiveness of support psychological intervention in the prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in intensive care unit (ICU) sedated patients. **Method:** Randomized controlled clinical trial (treatment group – G1 and control group – G2). Adult sedated patients in ICU for more than 24 hours and with a history of delusional memories were allocated. The psychological support intervention was based on psychodynamic theory and on cognitive-behavioral techniques, being administered in the ICU. Data regarding the demographic profile, clinical history before commitment, primary traumatic events and actual commitment of patients were collected. After the return of consciousness, the following assessment tools were administered: Care Unit Memory Tool and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – time 1 (after ICU discharge); Impact Event Scale – Revised (IES-R), Bond's Defense Style Questionnaire and HADS – time 2 (12 weeks after the return of consciousness) and in time 3 (24 weeks after the return of consciousness). **Results:** The sample was constituted of 11 patients in G1 and 10 patients in G2. Significant differences between groups were found in regard to the use of anxiolytic in the ICU ($p=0.01$) and to the intensity of some defensive mechanisms: inhibition ($p=0.01$), omnipotence ($p=0.04$) and annulation ($p=0.001$). The analysis regarding the effects of these variables in the results of the IES in time 3 showed that only omnipotence interfered and treatment group displayed superior means. **Conclusion:** The psychological intervention was not effective at the end of six months, therefore the indication of such intervention in the context of ICU is not recommended. It is worth of note that the anxiogenic character of the administered intervention is an important variable in the understanding of results and the defense omnipotence is regarded as a protective factor for the development of PTSD symptomatology. Therefore, new studies related to the effectiveness of psychological intervention in ICU for the prevention of PTSD must consider the configuration of psychological phenomenon taking into account the complexity of variables affecting specific clinical contexts.

Bibliografia consultada

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals: writing and editing for biomedical publication [Internet]. Philadelphia (PA): ICMJE Secretariat office, American College of Physicians; [updated 2008 Oct; cited 2010 May 23]. Available from: <http://www.icmje.org>

Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 [updated 2009 Oct 21; cited 2010 May 23]. Available from: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>

Rother ET, Braga MER. Como elaborar sua tese: estrutura e referências. 2a ed. rev. atual. São Paulo; 2005.