



Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI/UFRN)

**ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E APOIO SOCIAL EM PACIENTES ADULTOS
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Alessandra do Nascimento Cavalcanti

NATAL/RN
2018

Alessandra do Nascimento Cavalcanti

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E APOIO SOCIAL EM PACIENTES ADULTOS
EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Dissertação elaborada sob orientação da Profa.
Dra. Eulália Maria Chaves Maia e apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal do Rio Grande do Norte,
como requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em Psicologia.

NATAL/RN

2018

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro de Ciências Humanas, Letras
e Artes – CCHLA

Cavalcanti, Alessandra do Nascimento.

Estratégias de enfrentamento e apoio social em pacientes adultos em unidade de terapia intensiva / Alessandra do Nascimento Cavalcanti. - Natal, 2018.
117f.: il. color.

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de pós-graduação em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia.

1. Unidade de Terapia Intensiva - Dissertação. 2. Estratégias de Enfrentamento - Dissertação. 3. Apoio Social - Adultos - Dissertação. I. Maia, Eulália Maria Chaves. II. Título.

RN/UF/BS-CCHLA

CDU 159.9

Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

A dissertação “ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO E APOIO SOCIAL EM PACIENTES ADULTOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”, elaborada por Alessandra do Nascimento Cavalcanti, foi considerada aprovada pelos membros da Banca Examinadora e aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE EM PSICOLOGIA.

Natal, 08 de Fevereiro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia (Presidente da Banca)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Prof. Dr. Rodrigo da Silva Maia (Examinador Externo)
Centro Universitário Facex - UNIFACEX

Prof. Dra. Luciana Carla Barbosa de Oliveira (Examinadora Interna)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Now or Never (Agora ou nunca)

Episódio 24 da 5ª temporada de Grey's Anatomy

“Você disse? Eu te amo. Eu não quero viver sem você. Você mudou a minha vida. Você disse? Faça um plano, tenha um objetivo. Trabalhe para alcançá-los, mas de vez em quando, olhe ao seu redor e aproveite, porque é isso. Tudo pode acabar amanhã. “

DEDICATÓRIA

A todos os pacientes críticos que se disponibilizaram em participar desta pesquisa

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Eulália Maria Chaves Maia, por acreditar no meu potencial desde o momento em que nos conhecemos e me impulsionar sempre a ser uma aluna melhor. Todo o meu agradecimento pela oportunidade de vivenciar esse momento ao seu lado.

A minha família, por sempre me apoiarem nas minhas escolhas, pelo cuidado, pelas palavras de conforto e amor, pela segurança e pela compreensão. Suas palavras de motivação, de amor e compreensão me fizeram seguir em frente.

Ao meu esposo Felipe que tanto dividi meus momentos de angústia e apreensão durante o percurso, mas que sempre esteve ao meu lado nas decisões que tomei, me ajudando e sendo um verdadeiro companheiro que me motivou a buscar cada vez mais e me superar. Tenho certeza que sem o seu apoio nada disso seria possível.

Aos colegas do GEPS, Rodrigo, Hedyanne, Julia, Mônica e Maria Helena, pela colaboração, por sanar minhas dúvidas e acima de tudo, pela paciência depositada em todo esse processo.

À Karina, minha colega de residência e de mestrado, pela companhia, pela troca e principalmente pelo apoio precioso que fez a diferença nesse percurso que pode ser duro sem alguém para estar por perto.

À minha amiga Rayssa, pelas palavras de incentivo, carinho, de apoio e a preocupação em me ajudar a finalizar esse processo. Certamente as madrugadas em claro não teriam a mesma graça sem você.

Às amigas que a escola e vida me deram, Gabriela, Laira, Alexandra e Mariana, meu muito obrigada pelo apoio e torcida de sempre em cada conquista.

Às amigas que a psicologia me deu, Amanda e Allana, por serem apoio e moradia, demonstrando carinho e cuidado nesse percurso.

Ao professor Dr. Bernardino Calvo e a Professora Dra. Maria Aurelina pelas contribuições importantes que realizaram nas qualificações e que me permitiram aperfeiçoar e melhorar a minha pesquisa.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN, pela rica convivência nestes anos de estudo.

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte, por viabilizar o desenvolvimento dos meus estudos pós-graduados e pelas condições de pesquisa oferecidas.

Aos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva, por terem em um momento tão delicado e angustiante, se disponibilizado em participar desta pesquisa. Vocês me ensinaram um pouco mais sobre compreensão e disponibilidade.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	xi
LISTA DE TABELAS.....	xii
LISTA DE SIGLAS.....	xiii
RESUMO.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1. Adoecimento e internação: consideração do modelo biopsicossocial.....	23
2.2. A Unidade de Terapia Intensiva: limítrofe entre a vida e a morte.....	26
2.3. As estratégias de enfrentamento diante da internação na UTI.....	31
2.4. O apoio social como aliado aos processos psicológicos.....	37
3. OBJETIVOS.....	41
3.1. Geral.....	41
3.2. Específicos.....	41
4. MÉTODO.....	42
4.1. Aspectos Metodológicos.....	42
4.2. Participantes.....	42
4.3. Locais da Pesquisa.....	44
4.4. Protocolos e Instrumentos.....	45
4.4.1. Questionário Sociodemográfico e de Saúde.....	45
4.4.2. Escala de Estratégias de Enfrentamento ao Problema.....	45
4.4.3. Escala de Apoio Social.....	46
4.5. Aspectos Éticos.....	46

4.6. Procedimentos.....	47
4.6.1. Coleta de dados.....	47
4.6.2. Análise de dados.....	49
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
5.1. Aspectos sóciodemográficos e clínicos.....	53
5.2. Aspectos psicológicos extraídos dos instrumentos utilizados.....	60
5.3. Objetivo Geral – Investigar o apoio social percebido e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes adultos na Unidade de Terapia Intensiva.....	65
5.4. Objetivo específico 1 – Verificar se há diferenças nas estratégias de enfrentamento e no apoio social percebido entre homens e mulheres.....	74
5.5. Objetivo específico 2 – Avaliar se há correlação entre o apoio social percebido pelos pacientes e o modo de enfrentamento.....	78
5.6. Objetivo específico 3 – Investigar se existe relação entre o apoio social percebido, estratégias de enfrentamento utilizadas e variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.....	81
5.6.1. Associações entre variáveis categóricas (nominais).....	83
5.6.1. Correlações entre variáveis numéricas e categóricas dicotômicas.....	88
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108
ANEXO A – Questionário Sociobiodemográfico.....	111
ANEXO B - Escala de Apoio Social (EAS).....	114
ANEXO C – Escala de modos de enfrentamento de problemas (EMEP).....	116

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas que envolvem o processamento das estratégias de enfrentamento	31
Figura 2 - Comparação entre estudos de Griep et al (2003) e estudo atual.....	66
Figura 3 - Percentuais categóricos do fator 1	68
Figura 4 - Percentuais categóricos do fator 2	69
Figura 5 - Percentuais categóricos do fator 3	71
Figura 6 - Percentuais categóricos do fator 4	72
Figura 7 - Análises percentuais da pergunta aberta do EMEP	73
Figura 8 - Comparação entre escores de apoio social x gênero.....	75
Figura 9 - Comparação entre médias de estratégias de enfrentamento x gênero	76

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequência, média, desvio padrão das idades da amostra	54
Tabela 2 - Locais de moradias dividido em regiões	57
Tabela 3 - Perfil sóciodemográfico e clínico dos pacientes internados na UTI.....	59
Tabela 4 - Média e desvio padrão dos 4 fatores de modos de enfrentamento da escala EMEP	60
Tabela 5 - Correlações entre fatores do EMEP	61
Tabela 6 - Teste de normalidade para os fatores do EMEP.....	62
Tabela 7 - Categorias de intensidade do EMEP	63
Tabela 8 - Escore médio e desvio padrão dos 5 fatores das dimensões de apoio social da escala EAS	64
Tabela 9 - Correlações entre fatores do EMEP x dimensões do EAS	79
Tabela 10 - Associações entre variáveis (Até 2 categorias)	84
Tabela 11 - Associações entre variáveis (> 2 categorias).....	86
Tabela 12 - Relação entre apoio social e variáveis sociodemográficas e clínicas	88
Tabela 13 - Relação entre estratégias de enfrentamento e variáveis sociodemográficas/clínicas	90

LISTA DE SIGLAS

HUOL: Hospital Universitário Onofre Lopes

HMWG: Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

UFRN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte

SUS: Sistema Único de Saúde

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

CTI: Centro de Tratamento Intensivo

RN: Rio Grande do Norte

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

MS: Ministério da Saúde

EAS: Escala de Apoio Social

EMEP: Escala de modos de enfrentamento de problemas

VMI: Ventilação mecânica invasiva

TEPT: Transtorno de estresse pós-traumático

TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor especializado do hospital que tem como objetivo primário recuperar ou fornecer suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam. O processo de adoecimento pode desencadear no indivíduo uma situação de crise. Essa crise consiste em um período curto de desequilíbrio psicológico ao se defrontar com uma circunstância estressora, da qual não pode fugir ou resolver com os recursos habituais para solução de problemas. Desse modo, é possível que ocorra uma exigência tanto por parte do paciente como de seus familiares, demandando modos de enfrentar determinada situação. Além das estratégias de enfrentamento, é importante considerar a influência do apoio social nos pacientes que encontram-se internados nessa unidade. A pesquisa tem como objetivo a investigação do apoio social percebido e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes adultos na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de pesquisa quantitativa, transversal e correlacional, realizado durante o período de Outubro de 2016 à Junho de 2017. Participaram da pesquisa 126 pacientes (divididos em 2 grupos equitativos), nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel e Hospital Universitário Onofre Lopes. Os pacientes que concordaram em participar deste estudo, responderam aos instrumentos: Questionário Sócio-Demográfico (dados sociais, demográficos e de saúde); Escala de Apoio Social; Escala Modos de Enfrentamento de Problemas. Na análise dos dados foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais. Em relação ao perfil dos respondentes, foi possível estabelecer que eram pacientes: homens (64,3%), 44 anos em média, em união estável (31,7%), provenientes do interior (58,5%), baixa escolaridade e renda (até 2 salários mínimos), na primeira internação (70,6%) e em recuperação pós operatória (52,4%). Os resultados demonstraram que os pacientes adultos internados na UTI tendem a utilizar com maior intensidade as estratégias focalizadas em pensamentos religiosos/fantásticos (M: 4,18), bem como possuem uma percepção de apoio social acima da média (M: 87,5), evidenciando a dimensão de apoio afetivo como maior score obtido em média pelos indivíduos (M: 93,1). Em relação aos instrumentos utilizados, foi demonstrado uma relação positiva entre os fatores do EMEP, como também entre fatores do EMEP e as dimensões de apoio social, destacando-se a estratégia focalizada no problema como a que mais se relacionou com a percepção de apoio social entre os indivíduos. É possível concluir, portanto, a relevância acerca das estratégias de enfrentamento no processo de recuperação dos pacientes nas UTIs, assim como a influência direta do apoio social, de modo que nessa população verificou-se que à medida que o paciente possui um apoio social satisfatório há uma tendência da utilização de estratégias de enfrentamento mais adaptativas.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva; Estratégias de Enfrentamento; Apoio Social; Adultos

ABSTRACT

The Intensive Care Unit is a specialized hospital sector whose primary objective is recover or provide support to the vital functions of patients as they recover. The disease process can trigger the individual a crisis situation. This crisis may occur in a short period of psychological imbalance when faced with a stressful circumstance, which can not run away or settle with the usual resources for troubleshooting. Thus, it requires possible from the patient and their families a way of facing a situation. In addition to coping strategies, it is important to consider the influence of social support in patients who are hospitalized in that unit. Investigate the perceived social support and coping strategies used by adult patients in the Intensive Care Unit. It is a quantitative study, cross-sectional and correlational, that occurred in the meantime from October 2016 until June 2017. A total of 126 patients participated in the study (63 in each institution), in the Intensive Care Unit at Hospital Monsignor Walfredo Gurgel and University Hospital Onofre Lopes. Patients who agree to participate in this study responded the following instruments: Socio-Demographic Survey (social, demographic and health data); Scale of Social Support; Ways of Coping Scale. In the analysis of the data, it was fulfilled descriptive and inferential statistics. About the profile of the participants was: male (64,3%), average of 44 years old, common-law marriage (31,7%), residents of the countryside (58,5%), low education levels and low fixed incomes (until 2 minimal salaries), in the first hospitalization in ICU (70,6%) and in recovery from a surgery (52,4%). The results showed that adult patients hospitalized in the ICU tended to use higher strategies focused on religious/fantasy thoughts (average: 4,18), as well they have a perception of above-average social support (average: 87,5), emphasizing in the dimension of effective support as the highest score obtained by the individuals (average: 93,1). Considering the instruments that we used in this research, a positive relationship was observed between EMEP factors and as well the same positive relationship among EMEP factors and social support dimensions was demonstrated. Thusly, it highlights the problem-focused strategy as the most related to the perception of social support among individuals. In the data analysis, descriptive and inferential statistics were performed using a data processing software. Therefore, it is important to emphasize the coping strategies in the recovery process of patients in the ICUs, as well as the direct influence of social support. In conclusion, it is possible to confirm the relevance about the coping strategies in the recovery of the patients in ICU, as well as the direct influence of the social support, so that in this population it was verified that when patients had satisfactory social support there was a trend to use more adaptive coping strategies.

Keywords: Intensive Care Unit; Coping; Social Support; Adults

1. INTRODUÇÃO

Na história da Medicina e da assistência à saúde, os hospitais foram criados como um ambiente de dedicação as pessoas enfermas, sem distinção de patologia ou cuidado, e foi evoluindo até chegar na estrutura hoje conhecida, os quais são divididos por grau de complexidade, doenças, fase da vida (p. ex. infância e idade adulta), dentre outros (Costa, 1994). Na rede de complexidade da instituição do hospital, existem vários setores responsáveis por determinados eixos de cuidado, a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), por exemplo, é o setor do hospital em que volta-se para os pacientes em estado crítico de saúde.

A UTI surgiu por uma necessidade que os profissionais possuíam em estabelecer um espaço emergente para o cuidado integral, complexo e especializado ao paciente. Trata-se de uma ideia antiga que começou a ser concretizada durante a Guerra da Criméia em 1800 para isolar os doentes mais graves, e desenvolveu-se após a II Guerra Mundial e a Guerra da Coréia (Pina, Lapchinsk & Pupulim, 2008). No Brasil, o serviço em terapia intensiva é iniciado por volta de 1960-70. O processo de implantação e implementação no país ocorreu de forma lenta e gradual.

As UTIs ou Centros de Tratamento Intensivo (CTIs) são locais que estão localizados os equipamentos de alta tecnologia, profissionais especializados e capacitados a realizar procedimentos na área de atuação e que podem ser o diferencial entre a vida e a morte de um paciente (Política Nacional de Assistência ao Paciente Crítico, 2005). Portanto, estas unidades são agrupamentos de elementos de suporte a pacientes graves que necessitam de assistência ininterrupta à saúde, além de recursos humanos e materiais especializados (Sá, Resende & Diniz, 2015).

Segundo informações disponíveis na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES) de 2016, o número de leitos de UTI adulto existente no país é de 26.377, sendo 12.837 do Sistema Único de Saúde (SUS) e 13.540 do sistema privado. Na portaria de nº 3432, 1998, do Ministério da Saúde (MS), que regulamenta o funcionamento das UTIs, estabelece que “todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a, no mínimo, 6% dos leitos totais”.

Na portaria supracitada também é previsto critérios de classificação entre as diferentes UTIs, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível. As unidades são classificadas em tipos I, II e III. A UTI do tipo I são unidades que estão em processo de adequação ao que é preconizado na portaria que rege as especificidades desses ambientes, mas permanecem em funcionamento com o estudo de tornarem seus leitos em semi-intensivos.

A UTI do tipo II estão em conformidade e credenciadas com a portaria, onde constam os critérios – recursos humanos especializados, exames específicos, infraestrutura, instrumentos e equipamentos com tecnologia, etc - minimamente aceitáveis para atendimento aos pacientes graves. A UTI do tipo III deve atender o mesmos critérios do tipo II (considerando que são critérios mínimos), no entanto, são unidades que se diferenciam por atingirem qualificação em detrimento aos demais tipos, incluindo alguns recursos tecnológicos e humanos, como por exemplo, a ampliação do número de exames no hospital e maior número de equipamentos por paciente ou grupo de paciente; e enfermeiro exclusivo (um para cada de cinco leitos), e fisioterapeuta exclusivo. No presente trabalho, o campo de estudo será em duas UTI's, sendo uma do tipo II e a outra do tipo III.

Nesse contexto, a doença grave ou crítica está relacionada a condições cirúrgicas ou clínicas que apresentam algum risco à vida e que pode exigir internação em uma unidade de

terapia intensiva (UTI). Os pacientes que encontram-se nesse espectro, apresentam também diversas alterações metabólicas e condições clínicas que necessitam do cuidado em uma unidade especializada. O objetivo básico das UTIs, de forma simplificada, é recuperar ou fornecer suporte às funções vitais dos pacientes enquanto eles se recuperam, com todos os instrumentais, profissionais e tecnologias que são necessários nesse ambiente (Lucas & Fayh, 2012).

Desse modo, o desenvolvimento de uma patologia que acontece na vida de uma pessoa de maneira inesperada traz consigo vários sentimentos e mudanças em seu cotidiano, que podem ser vivenciados e aceitos de uma forma diferente para cada um dos envolvidos. O adoecimento e também a internação podem desencadear no indivíduo uma situação de crise. Nessa crise pode ocorrer em um período de desequilíbrio psicológico ao se defrontar com uma circunstância estressora, da qual não pode fugir ou resolver com os recursos habituais para solução de problemas. Dessa ruptura do equilíbrio psicológico podem emergir sentimentos como ansiedade, raiva, medo e/ou depressão (Creutzberg, Funck, Kruse & Mancia, 2004). Esses acontecimentos inesperados e que modificam o curso normal do desenvolvimento, ou eventos esperados (normativos) que acontecem fora da hora, são conhecidos como crises não-normativas (McCubbin & Figley, 1983).

O diagnóstico de uma patologia bem como, o processo terapêutico de determinado adoecimento, podem ser, muitas vezes, prolongados, implicando em períodos de internação hospitalar. O processo de adoecimento e hospitalização acarreta ao doente e seus familiares a necessidade de adaptar-se e reorganizar-se a esta situação (Mistura, Schenkel, Rosa & Girardon-Perlini, 2014). Nesse momento de crise, o paciente pode apresentar sentimentos que envolvem da insegurança até as inúmeras perdas (independência, poder de decisão, identidade, do reconhecimento social, da autoestima, das relações sociais afetivas etc) (Ribeiro, 2009).

Nesse sentido, ao retomar para aos aspectos relacionados a hospitalização e ao adoecimento, é possível que ocorra uma exigência tanto por parte do paciente como de seus familiares, demandando modos de enfrentamento. O termo enfrentamento (do inglês, *coping*) é definido por Folkman & Lazarus (1985) como "os esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar ("vencer, tolerar ou reduzir") demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa". O *coping* tem duas funções, segundo a análise desses dois autores: modificar a relação entre a pessoa e o ambiente, controlando ou alterando o problema causador de "distress" (*coping* centrado no problema); adequar a resposta emocional ao problema (*coping* centrado na emoção). Em geral, as formas de *coping* centradas na emoção são mais passíveis de ocorrer quando já houve uma avaliação de que nada pode ser feito para modificar as condições de dano, ameaça ou desafio ambientais. Formas de *coping* centrados no problema, por outro lado, são mais prováveis quando tais condições são avaliadas como fáceis de mudar.

Desse modo, retornando a instauração da crise durante a hospitalização e o acometimento da patologia, é importante realizar consideração sobre o apoio social. Em ocasião do estabelecimento de relações sociais saudáveis, o indivíduo pode perceber-se como cuidado e amado, estimado e valorizado e/ou pertencente a uma rede de comunicação e obrigação mútua, acabando por enquadrar essas pessoas como figuras de apoio social e percebendo-se como possuidor deste tipo de apoio. Aliás, o próprio sentimento de estima e pertencimento já é comum ao apoio social. Esse constructo se configura como proteção que constantemente resguarda o indivíduo de riscos ocasionados por crises patológicas (Cobb, 1976). Gonçalves, Pawlowski, Bandeira e Piccinini (2011) retomam a definição de apoio social e conclui que "ele é definido como envolvendo qualquer informação, falada ou não, e/ou assistência material e proteção oferecida por outras pessoas e/ou grupos com os quais se tem contatos sistemáticos e que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos". (p.1756)

Crescentes estudos com amostras brasileiras tem abordado o apoio social e utilizado técnicas para investigar notadamente o apoio percebido. O apoio percebido de que trata este trabalho se refere ao significado que o indivíduo atribui à percepção de apoio/auxílio que ele tem mediante determinada circunstância. Portanto, o apoio social percebido possivelmente relaciona-se com as características singulares da personalidade, bem como os modos de enfrentamento do sujeito, considerando que os eventos que ocorrem durante a vida podem comprometer a habilidade de demandar e se permitir o apoio e, potencialmente, de que este apoio seja efetivo (Gonçalves, Pawlowski, Bandeira, & Piccinini, 2011).

Considera-se ainda que Cobb (1976) já apontava que os efeitos do apoio social efetivo se estendiam a reduzir os custos dos cuidados médicos. Dada as contribuições dos estudos nessa área, Straub (2015) aponta que os indivíduos que tem a percepção de um nível elevado de apoio social, tem possibilidade de vivenciar menos estresse e enfrenta-lo de forma mais eficaz. Assim, os índices mais altos de apoio social podem ocasionar em: 1) recuperação rápida e menos complicações médicas; 2) taxas de mortalidade mais baixas; 3) menos perturbação ao enfrentar doenças terminais.

Dessa forma, considerando a ponte de relações que pode existir entre os modos de enfrentamento do sujeito e o apoio social percebido, é possível verificar nos achados de Folkman e Lazarus (1985), que o apoio social enquanto dimensão crucial na teoria do estresse também inclui-se em um grupo que considera as estratégias de enfrentamento, características dos estressores e a avaliação subjetiva da situação. Desse modo, Gonçalves, Pawlowski, Bandeira e Piccinini (2011) apontam que as relações sociais e/ou rede de apoio exercem influência na saúde física e mental dos indivíduos. Essas redes de apoio social são consideradas como fatores de proteção e promoção da saúde, auxiliando, por exemplo, no enfrentamento de situações de estresse, vulnerabilidade social ou física e crises não-normativas.

Desse modo, investigando possíveis graus de relação que possam existir entre as temáticas – apoio social percebido e estratégias de enfrentamento -, é possível evidenciar em estudos de Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriegad, Seabrea & Guedea (2006) que os modos de enfrentamento podem ter relação com o apoio social que os indivíduos possuem. Explana-se nos achados que o apoio social exerce influências sobre o bem-estar psicológico e saúde mental e decorrentemente pode ser preditor significativo dos recursos pessoais de enfrentamento dos problemas. Em outro estudo realizado por Dias & Leite (2014), foi verificado que a rede de apoio familiar pode exercer influência na forma como os membros desse grupo empregam as estratégias de enfrentamento. Sendo possível concluir em seus achados que houve menor prevalência do uso de estratégias focadas no problema e na busca por práticas religiosas entre familiares que tinham contatos conflituosos, insatisfatórios e que houve algum rompimento. No presente trabalho, serão investigadas as possíveis correlações existentes entre o apoio social percebido e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes que estão internados em um unidade de terapia intensiva. Isso irá contribuir para reflexão das influências que podem existir e de que maneira pode ser direcionadas as intervenções realizadas nesse campo.

Sendo assim, o presente estudo possibilitará maior compreensão de como esse constructo é percebido em pacientes que encontra-se internado em uma unidade de terapia intensiva, mas também de como as estratégias de enfrentamento são utilizadas nesse processo. Essas correlações fornecerá uma reflexão sobre possíveis posicionamentos acerca de intervenções multidisciplinares com ênfase no desenvolvimento saudável dessas pessoas e na promoção da saúde.

Dessa forma, através do apanhado teórico, bem como das evidências empíricas diante das coletas de dados, pode-se refletir acerca dos capítulos teóricos desenvolvidos ao longo dessa pesquisa, pensados da seguinte maneira:

1.1 – Adoecimento e internação: consideração do modelo biopsicossocial

1.2 - A Unidade de Terapia Intensiva: limítrofe entre a vida e a morte

1.3 - As estratégias de enfrentamento diante da internação na UTI

1.4 - O apoio social como aliado aos processos psicológicos

De tal modo, os capítulos serão abordados em seção posterior introduzindo e explanando conceitos importantes para o entendimento completo da temática da pesquisa de mestrado, envolvendo estudos recentes e clássicos, para que o apanhado seja global acerca dos modos de lidar com a internação na unidade de terapia intensiva pelos pacientes.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Os capítulos descritos nessa seção são frutos de artigos em construção ou publicados, que seguiram rigores metodológicos referente a revisão integrativa, com parâmetro dos últimos 5 anos – salvo as referências clássicas/históricas -, visando obter consistência nos conteúdos ministrados e acima de tudo fornecer ao leitor uma explanação atualizada das produções científicas e consistente acerca das temáticas propostas que permeiam ao contexto de unidade de terapia intensiva, no público adulto.

2.1. Adoecimento e internação: consideração do modelo biopsicossocial

O adoecimento é uma condição que pode acometer qualquer indivíduo, seja este plenamente saudável ou àqueles que já possuem histórico crônico de patologias, mas independente disso, essa condição acaba afetando todos os envolvidos (paciente, familiares, amigos e profissionais de saúde). De acordo com Stolagli, Evangelista e Camargo (2008), esse processo quando acompanhado também da hospitalização pode implicar na vivência de diversos sentimentos – angústia, medo, apreensão, tristeza – e mudanças no cotidiano daquele que adoece e de sua família, fazendo com que esse momento seja de desorganização e crise para todos os envolvidos.

Desse modo, é possível entender que para além da patologia que acomete ao paciente e as necessidades de intervenções (cirúrgicas, medicamentosas, etc), há a produção de níveis de estresse e ansiedade aos envolvidos, e isso acaba se agravando quando os pacientes precisam de admissões na Unidade de Terapia Intensiva. Esse ambiente, em consonância com Gómez-Carretero, Monsalve, Sorlano e Andrés (2007), pode apresentar nos pacientes várias alterações psicológicas, como resultado da adaptação à nova situação, uma vez que os indivíduos são constantemente afetados por estímulos sensoriais desconhecidos, privando-os de interações e

sensações usuais, sendo assim, somente o ambiente da UTI pode acabar provocado alterações psicológicas.

Dito isso, durante a hospitalização, Santos e Sebastiani (2003) discorrem que o paciente pode perpassar por algumas etapas que caracterizam esse momento, tais como: cisão do cotidiano, mudanças, problemas de autonomia, impedimento do transcurso normal da vida, situação de agente para paciente. Nesse sentido, a partir da vivência da patologia, o sujeito passa a enfrentar uma realidade diferente da usual, podendo desencadear um estado de desamparo

Compreendendo esse momento em que o paciente vivencia, Oliveira, Cecilio, Andrezza e Araújo (2016) pontuam que as complicações físicas trazem consigo outras preocupações acerca da dependência que pode vir a ocorrer e conseqüentemente a perda de autonomia para realização de atividades diárias e rotineiras. preocupação de perda de autonomia e aumento da dependência de outros para a satisfação de necessidades da vida diária.

Diante disso, para além dos aspectos físicos, se faz necessário intervir e considerar também os aspectos sociais, psicológicos e culturais que permeiam esse indivíduo. Essa consideração diz respeito ao que denominamos de “Modelo Biopsicossocial”, que é um norteador da forma de se enxergar o indivíduo enfermo, o modo como ele se insere nesse contexto e as técnicas e intervenções que serão adotadas no seu cuidado.

Proposto por Engel em 1977, esse modelo é baseado na concepção de que os fatores biológicos, sociais e psicológicos coexistem em todas as etapas do processo saúde-doença. É compreendido sistemicamente de forma integrada, em um processo dinâmico e transacional, relacionando-se com o que nomeamos de determinantes biológicos das doenças. Desse modo, Laham (2007) apresenta a ideia de que o modelo proposto não é mais um corpo somente biológico doente, é o ser humano em sua totalidade, em que chamamos de unidade biopsicossocial.

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (2012), o Modelo de Atenção Biopsicossocial é uma alternativa para promover uma abordagem holística acerca do atendimento integral aos indivíduos enfermos e necessitados de cuidados. Esse modelo transcende a idealização biomédica e considera o sujeito de forma integral, desde o reconhecimento dos direitos humanos, autonomia, integração, autonomia e suporte, enfatizando a interação desses sujeitos no contexto em que vivem, considerando os determinantes sociais que acabam por influenciar esse processo. Essa alternativa tem como características principais: Atenção primária em saúde, multisetorialidade, descentralização, trabalho em rede, proteção social, reabilitação integral.

Após essa explanação do campo teórico em que se encontra a análise e o ponto de vista do ser humano, é imprescindível considerar o que Frizon, Nascimento, Bertonecello e Martins (2011) refletem, pontuando que o momento da hospitalização é permeado de preocupações e situação de desamparo, com possibilidades de perda e medo do desconhecido. Ao considerar essa realidade, é fundamental e necessário conforme Mello e Schneider (2011) relatam que os profissionais de saúde trabalhem de modo mais humanizado, considerando a saúde psíquica desses indivíduos envolvidos, por isso a importância do psicólogo nesse contexto, em que possui formação profissional para tal.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2001), o psicólogo inserido no contexto hospitalar, tem como funções: atendimento psicoterapêutico (ambulatorios), atendimentos em enfermarias em geral e unidade de terapia intensiva, avaliação diagnóstica, psicodiagnóstico, consultoria e interconsultoria. Dentre essas funções, é interessante destacar que esse profissional contido dos conhecimentos da psicologia é peça fundamental para a elaboração de conteúdos psíquicos emergentes nesse período de fragilidade para o paciente e seus familiares.

2.2. A Unidade de Terapia Intensiva: limítrofe entre a vida e a morte

Na unidade de terapia intensiva (UTI), os pacientes perpassam por uma série de situações que promovem a reflexão acerca dos conteúdos de vida e de morte. A externalização dos sentimentos pelo paciente e a compreensão dessas demandas emocionais que ocorrem nesse momento são essenciais para o caminhar do processo. O atendimento ao paciente internado em uma unidade de terapia intensiva deve incluir o cuidado e atenção quanto à possibilidade de morte para o paciente e seus familiares (Villar *et al.*, 2012).

A morte nesse ambiente do hospital pode levantar questões éticas, familiares e clínicas. Mesmo ao considerar que o objetivo principal do tratamento de terapia intensiva é ajudar os pacientes a sobreviverem às ameaças graves para a sua saúde, a morte continua a ser inevitável para alguns pacientes em estado crítico, com uma média estabelecida no estudo de Bloomer *et al.* (2010) de um em cada cinco mortes nos Estados Unidos ocorre em UTI. Dessa forma, as expectativas da sociedade podem se concentrar em tratamento ativo na UTI, mesmo quando os clínicos prever que a morte é iminente e esperada.

No caso das mortes ocorridas na UTI, verificou-se através de dados presentes em Serralta *et al.*, (2010) que 66,2 % dos pacientes estavam recebendo analgesia no momento da morte. A medicação mais frequentemente administrada no momento da morte foi uma combinação de morfina e midazolam em 30 casos (34,3%). Os familiares estavam presentes no momento da morte em 46 óbitos (65,9%). Após a retirada da terapia, o tempo médio observado para o óbito foi de 105 min, com 20 óbitos (28%) ocorrem dentro de 1 h da retirada da terapia, 31 óbitos (44%) que ocorre entre 1h e 6 h , 5 mortes (8%) ocorridos entre 6 e 12 h e a morte depois de 12 h em apenas 14 casos (20 %) (Bloomer *et al.*, 2010). Dessa forma, ao paciente experienciar os momentos antes da finitude, diversos sentimentos vem à tona e a angustia parece tomar conta de muitos indivíduos pesquisados.

No estudo desenvolvido por Serralta *et al.* (2010), em algumas falas dos pacientes que tiveram a experiência de quase morte é possível perceber a forma como cada um dos pacientes vivenciaram esse momento. Um dos pacientes retoma questões pessoais que ainda não foram realizadas e outro paciente pontua a importância que exerce para pessoas ao seu redor. Nos dois contextos, é possível inferir que a morte era temida, remetendo assim a um sentimento constantemente presente ao se deparar e falar sobre finitude: o medo. Esse medo pode se dar a partir de duas concepções: da morte do outro (medo do abandono) e da própria morte (consciência da própria finitude) (Kóvacs, 2002).

Nesse ensejo do medo da morte e do processo de morrer, é importante pontuar acerca dos estágios que perpassam os sujeitos quando estão em processo de terminalidade. De acordo com Kübler-Ross (2012) é possível observar os seguintes estágios: 1) negação e isolamento - o sujeito perpassa por uma fase de uma possível defesa psíquica, em que não entra em contato com os fatos da realidade e nega a problemática; 2) raiva - o indivíduo não se conforma com a realidade vivenciada e passa a utilizar do sentimento de revolta e senso de injustiça; 3) barganha – nessa fase, com o intuito de conseguir superar a situação, o indivíduo começa a negociar, através de promessas ou metas consigo mesmo para ‘escapar da morte’; 4) depressão - o sujeito se isola para seu mundo interno, tornando-se melancólico e se sentindo impotente diante da situação; 5) aceitação - o indivíduo não apresenta desespero e consegue perceber a realidade, estruturando-se para enfrentar a perda ou a morte.

Esse medo da morte pode conter o medo da solidão, da separação de quem se ama, medo do desconhecido, do julgamento pelas ações cometidas ao longo da jornada da vida, do que possa acontecer aos dependentes, da interrupção dos planos e fracasso em realizar os objetivos mais importantes das pessoas, entre muitos outros. Por isso, falar de morte também é falar de medo e de como isso pode ocasionar sofrimento psíquico ao paciente. O retorno desse paciente ao dar-se cara a cara com a morte, muda perspectivas e acima de tudo há necessidade das trocas

de lentes para enxergar o que está para além disso. Assim, é possível observar que as pessoas que perpassam por essa experiência apresentam mudanças significativas de valores, atitudes, comportamentos e crenças. Dessa forma, é importante que haja espaço para a discussão acerca da morte no ambiente de UTI, pois o posicionamento em relação ao assunto vai depender da visão sobre a morte que cada um possui e o que ela representa para cada indivíduo. A reação diante dessa situação irá depender de diversos fatores biopsicossociais em que o sujeito e sua família estão inseridos. Desse modo, cada caso deve ser analisado profundamente a partir de uma ampla contextualização.

No processo de adoecimento do paciente, os familiares são considerados como pacientes secundários, em que possuem queixas, demandas significativas ao momento de crise instaurado na dinâmica familiar devido ao adoecimento de um ente querido. Ao ocorrer mudanças no plano da internação ou até mesmo na estabilidade clínica, o paciente por vezes pode ser demandando a internar-se na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Conforme foi explicitado ao longo da pesquisa de mestrado, essa unidade abarca em seu imaginário e também em números a ideia de possibilidade real da mortalidade. A morte de um ente querido em que se encontra internado nesse ambiente é muitas vezes repentino e inesperado, tendo um forte impacto sobre os membros da família. A partir dessa perda, a forma como a informação vai se adequar e a sequências de eventos que pode ocorrer após essa morte, exerce influência direta no processo de luto (Klink *et al.*, 2010).

Nesse sentido, durante o período de internação e pós internação na unidade intensiva, os familiares podem desenvolver a partir das experiências vividas uma série de mudanças do status psicológico. Em um estudo realizado por Villar *et al.* (2012) foi verificado que sintomas de ansiedade, estresse pós traumático e depressão podem apresentar-se nos familiares durante a internação do ente querido e persistir mesmo após a alta. Corroborando com essa ideia, o agravamento da doença e a morte na UTI pode ocasionar expressiva carga de ansiedade e

estresse entre esses familiares, resultando em sintomas psicológicos de curto ou longo prazo associados a diversos distúrbios, como os citados anteriormente, adicionando ainda o luto complicado (Gries *et al.*, 2010).

Em relação ao processo do luto, um serviço para acompanhamento dessa perda poderia gerar efeitos adaptativos nos membros familiares diante da finitude de um ente querido e ajudar posteriormente nos aspectos emocionais e sintomas físicos de um possível luto não elaborado. Foi constatado que os membros das famílias envolvidos nas decisões sobre cuidados de final de vida eram mais propensos a ter sintomas de transtorno de estresse pós-traumático do que aqueles que não foram (Klink et al, 2010).

Em pesquisas desenvolvidas por Villar et al. (2012), foi concluído que a dependência psicológica sobre o paciente que veio a falecer estava entre os mais importantes preditores de transtorno de estresse pós-traumático. Assim, a boa compreensão e a satisfação pode ajudar os familiares a lidarem com a perda, bem como a importância da vinculação com a equipe da UTI, adquirindo confiança nos cuidados prestados e nos profissionais que trabalham nesse ambiente.

Em Gries *et al.* (2010) , foi possível retomar a relação dos sintomas de transtorno de estresse pós traumático (TEPT)/depressão e a morte de um ente querido na UTI. Foi identificado fatores demográficos associados ao aumento do risco do desenvolvimento de sintomas de TEPT/Depressão, tais como o sexo feminino e histórico de sintomas ou doenças psicológicas podem ajudar a desenvolver nos indivíduos-alvo riscos mais elevados para os sintomas.

Em consonância com a ideia da morte dos pacientes e a presença dos familiares no ambiente da UTI, a família estava presente em 66,9% das mortes. Na instituição pesquisada, os familiares foram encorajados a estarem presentes durante os cuidados de fim de vida e na morte, proporcionando em diferentes níveis uma possível aceitação da morte pela maioria dos

membros da família, ocasionando uma perspectiva diferente sobre o momento vivenciado (Bloomer *et al.*, 2010).

Corroborando com a importância da presença dos familiares no momento de despedidas, um estudo desenvolvido por Kongsuwan, Chaipetch e Matchim (2012), realizado na Tailândia observou a presença de cinco qualidades essenciais de uma morte pacífica em UTIs, de acordo com os familiares de uma religião budista: Conhecimento que a morte era iminente; Preparação para um estado de paz mental; Não entrar em estado de sofrimento; Presença da família, para que o paciente não fique sozinho; familiares não estavam de luto.

Nesse sentido, é possível perceber algumas diferenciações no que concerne a cultura e religião, principalmente no que concerne as perspectivas diante do lidar com a morte. Mas como a UTI é um espaço de imparcialidade e acolhimento, é importante que as necessidades pessoais, culturais, espirituais e emocionais dos membros da família na UTI sejam consideradas (O'Mahony *et al.*, 2010).

De acordo com Sandler *et al.* (2014), no que diz respeito aos indicadores de satisfação global que os familiares pontuaram durante a internação de ente querido na UTI, foi observado o nível de confiança nos cuidados desenvolvido pelo(s) médico(s) e enfermeiro(s) no paciente, a disponibilidade do(s) médico(s) quando os familiares precisavam se comunicar e retirar dúvidas e cuidado compassivo e solidário ao paciente e familiares.

Nesse sentido, foi verificado na pesquisa desenvolvida por Lewis-Newby, Curtis, Martin e Engelberg (2011) que famílias dos pacientes que são mais velhos pontuaram níveis mais elevados de satisfação global com o atendimento na UTI, especialmente na categoria de comunicação médico – família. Assim, nessa pesquisa realizada, foi possível inferir que se a satisfação com cuidado e qualidade de morte é menor para os pacientes mais jovens e suas famílias, esse grupo pode estar em maior risco de estresse. Melhorar a nossa compreensão das áreas em que nós fornecemos menor qualidade aos cuidados de fim de vida, como, por

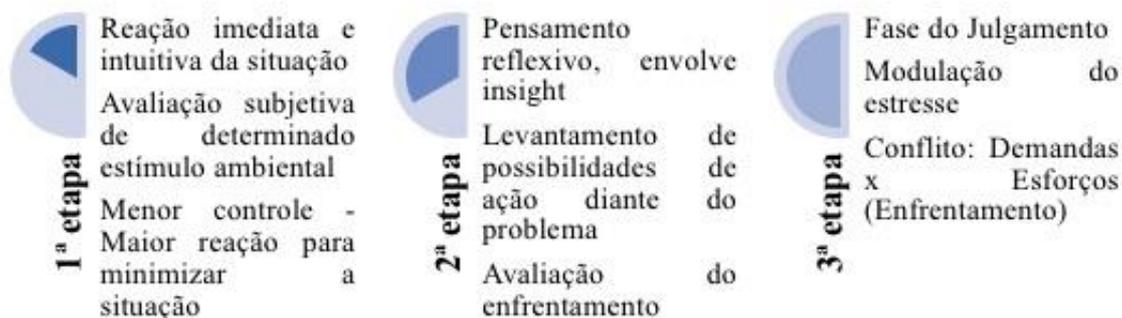
pacientes mais jovens, podem nos ajudar a adaptar as nossas intervenções e melhorar nosso atendimento de pacientes e suas famílias.

2.3. As estratégias de enfrentamento diante da internação na UTI

As estratégias de enfrentamento são esforços cognitivos para lidar com uma situação estressora, diante disso, a internação na unidade de terapia intensiva pode ocasionar sentimentos, tais como perda de controle de suas atividades diárias, ocasionando a necessidade de adquirir e por vezes apreender novos hábitos pessoais, sendo, portanto, necessário adaptar-se à nova realidade. Assim, esse conceito de adaptação é definido por Florenzano *et al.* (2012) de duas formas: 1- Como um produto; 2- Como um processo. Em suma, a adaptação quando entendida como um produto leva em consideração a avaliação de vários parâmetros de ajustamento, tais como o grau de bem-estar, sintomas psicológicos, sintomas físicos e grau de funcionalidade social. Já adaptação como um processo, pode-se referir a uma regulamentação de recursos psicológicos dos indivíduos para se ajustar à doença e como esses esforços se desenvolvem ao longo do tempo.

Nesse sentido, Lopes (2012) realiza um importante apanhado da literatura clássica e pontua que Lazarus e Folkman (1984) conceituam o processo de lidar com uma situação estressora como uma série de encontros e as várias etapas para se alcançar o possível bem-estar. Esse processo ocorre nas estruturas do sistema límbico, relacionando a cognição, emoção e comportamento automático, ocorrendo da seguinte forma:

Figura 1 - Etapas que envolvem o processamento das estratégias de enfrentamento



No contexto da Unidade de Terapia Intensiva, os pacientes podem apresentar-se ainda mais vulneráveis do ponto de vista psicológico e também físico. Essa condição é trazida pelos estudos de Chahraoui, Laurent, Bioy & Quenot (2015) como relacionada a diversos fatores, tais como: risco real da morte, a agressividade de muitas terapias de sustentação da vida (por exemplo ventilação mecânica invasiva (VMI), complicações causadas por algumas medicações (tais como altas doses de benzodiazepínicos ou opiáceos), a gravidade da doença, as condições extremas associadas à hospitalização (por exemplo, a falta de comunicação devido à intubação orotraqueal, separação de entes queridos, equipamentos ruidosos, iluminação dura permanente, entre outros).

Corroborando para a construção do conhecimento científico, Alpers, Helseth & Bergbom (2012) pontuam como sintomas e sentimentos psicológicos mais frequentes e presentes durante a internação na UTI: ansiedade, estresse, medo e depressão. Esses condutores psicológicos acabam sendo acrescentados a outros que irão variar de acordo com a forma de experienciar a vivência naquele ambiente para cada paciente. As pesquisas de Fleischer *et al.* (2014) apontam que o estresse psicológico e físico nessa unidade estão – diversas vezes – associados com níveis mais elevados de ansiedade e sentimentos de insegurança e desamparo. Por isso que um outro aspecto de importante análise e que está diretamente relacionado com os aspectos emocionais é a forma de repassar uma informação. Essa ferramenta pode acarretar

em mudanças psicológicas significativas para os pacientes, uma vez que observando as abordagens que enfatizam o aprimoramento da comunicação e da informação entre profissional de saúde e paciente durante toda a internação, podem ser mais eficazes para redução de sintomas ansiogênicos do que àquelas que focam em uma abordagem mais informativa.

Pelas reflexões acerca dos estudos de Cox *et al.* (2014) desenvolvidos na área, é possível verificar que a carga de sofrimento psíquico associado a doença crítica ocorre de forma maciça e que a maioria dos sobreviventes continuam a sofrer de sintomas psicológicos clinicamente importantes – tais como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Ainda é possível complementar esses dados em relação a condição física em que o paciente se encontra, sendo visível em Ratzer *et al.* (2014) que pacientes que internaram-se na UTI após lesões traumáticas obtiveram 40% de chances de risco de desenvolver transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) completo ou parcialmente. É importante ainda considerar as diferenças existentes entre os indivíduos, conforme Chahraoui *et al.* (2015) pondera, de modo que cada sujeito desenvolve a sua própria percepção dos eventos de acordo para os seus traços de personalidade, sua história pessoal, o seu contexto de vida ou a qualidade do seu suporte social.

Assim foi possível observar em Cox *et al.* (2014) que a incidência de sintomas cumulativos de depressão e TEPT entre os sobreviventes de UTI é mais elevada 3 meses após a alta, embora em muitos pacientes esses sintomas possam persistir por mais de um ano. Nesse sentido, apesar de alguns sintomas psicológicos – principalmente ansiedade - persistirem mesmo por pacientes em acompanhamento posteriores, outros estudos relataram a melhora psicológica considerável de alguns pacientes. De acordo com as observações empíricas em Chahraoui *et al.* (2015), essa melhora estaria relacionada com a recuperação física, como também a determinadas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes – enfrentamento ativo, resignificação positiva, humor, aceitação, otimismo, engajamento em atividades de lazer e apoio familiar -.

Através desse rastreio dos sintomas psicológicos decorrentes da internação em si, é possível visualizar a construção dos diversos mecanismos que os pacientes podem fazer uso durante o período de enfrentamento de uma patologia, evidenciando assim a importância do tópico a seguir que explana de que forma essas estratégias foram utilizadas pelos pacientes durante a internação na unidade intensiva, bem como as possíveis relações existentes, conversando assim, com o objetivo geral proposto.

No intuito de analisar uma possível relação entre os sintomas apresentados pelos pacientes e os recursos utilizados nesse processo, os estudos de Chahroui *et al.* (2015) demonstram que metade dos pacientes respondentes pontuaram a consciência da vivência de um momento crítico e conciliaram a importância da utilização das estratégias de enfrentamento em decorrência desta situação. Ainda nesse sentido, os possíveis sintomas que podem acarretar em desequilíbrio psíquico não são uma consequência direta do estresse, mas podem estar associados a forma como cada paciente experimenta as situações, como se adapta de acordo com suas características de personalidade e o apoio social a sua disposição. Esses recursos, portanto, são um meio para facilitar a homeostase e o controle em um indivíduo submetido a estressores.

Desse modo, uma das estratégias que são descritas em Alpers *et al.* (2012) é do incentivo aos pacientes recorrerem aos parentes para ajudar no fortalecimento das relações e promover forças na luta pela sobrevivência. Aliviando sentimentos de medo e preocupações, fornecendo informações adequadas, os pacientes podem então adquirir estímulos para permanecer investindo no seu processo. Esse processo de “ganhar forças e energia” para continuar é descrito como força interior. Essa força é um conceito trazido nesse estudo de Alpers, Helseth & Bergbom (2012) como intimamente relacionado com entusiasmo pela vida e resiliência, que pode ser de importância para a recuperação, bem-estar, saúde, qualidade de vida e felicidade. Associa-se de forma mais semelhante as estratégias de enfrentamento.

De todo modo, conforme já explanada a relação entre enfrentamento e estresse, há na literatura descrita por Seidl, Tróccoli e Zannon (2011), proposto por Gimenes e Queiroz (1997), um modelo que envolve a conceituação de enfrentamento e as formas de lidar com o estresse, denominado Modelo Interativo do Estresse, em que é pensado a partir de quatro aspectos:

- 1) Ênfase nos resultados adaptativos às respostas de enfrentamento;
- 2) Consideração primária das diferenças individuais (no modo de avaliar e de utilizar as estratégias de enfrentamento);
- 3) Compreensão do enfrentamento a partir do contexto, da situação e das demandas específicas;
- 4) Entendimento do *coping* como um processo flexível.

Essa é uma das formas de estudar as estratégias de enfrentamento que acaba por se contrapor, por exemplo, as teorias que abordam a noção de diferentes estilos/tipos de enfrentamento, sendo estes, compreendidos como características típicas daquele indivíduo lidar com situações estressoras – que são as teorias que nos embasamos para a construção do arcabouço teórico desse estudo. Estudiosos como Folkman *et al.* (1985) ainda preservam essa teoria de estilos de enfrentamento, mas com o reconhecimento de que determinadas características de personalidade podem exercer possíveis influências em alguns aspectos contextuais ou de situação. Para Lazarus (1982), os processos de avaliação que visem mensurar as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos sujeitos devem seguir diferentes vertentes do que àquelas que visem medir personalidade e outros. Assim, o conceito aqui não segue uma matriz cristalizada, mas a compreensão de que as pessoas tomarão atitudes ou irão pensar de modos diferentes em situações específicas que demandem esforços adaptativos, fazendo assim

com que os instrumentos captem a utilização das estratégias de enfrentamento em situações diversas ou ao longo da mesma situação.

Nesse sentido, foram elaborados, construídos e validados diversos instrumentos em vários países diferentes, que se divergem pelas suas diferenças contextuais e culturais, mas que tentam seguir linha teóricas coerentes com o que se propoe avaliar e como se propoe avaliar. O “como” quando se trata de enfrentamento é importante de se considerar, uma vez que não existe um consenso de mensuração e do funcionamento desses “esforços cognitivos internos”, logo o *modus operandi* irá depender da vertente teórica que àquele instrumento foi pautado. No contexto da saúde foram elaborados alguns instrumentos, principalmente nos Estados Unidos, Canadá e Espanha (Amirkhan, 1990; Carver & cols., 1989; Endler & Parker, 1990, 1999; Folkman & cols., 1986; Folkman & Lazarus, 1985; Rodríguez-Marín, Terol, LópezRoig & Pastor, 1992; Vitaliano & cols., 1985).

Isto posto, é de fundamental importância compreender que os contextos que envolvem saúde-doença perpassam por diversos desafios no que concerne as estratégias de enfrentamento, principalmente ao se considerar a diferenciação de contexto (hospital, home care, centro dia, unidades básicas de saúde, etc) ou a condição de fragilidade em que àquele individuo se encontra (recuperação cirúrgica, trauma, doenças agudas, etc). Ao adentrar no hospital, por exemplo, ainda existe uma teia de complexidade, que são as diversas unidades existentes que exigem diferentes esforços dos pacientes. No caso da Unidade de Terapia Intensiva, é por conseguinte que haja uma maior elaboração do ponto de vista da compreensão do agravamento da patologia, assim como das implicações estruturais e organizativas desse contexto específico.

Conforme explanado ao longo do capítulo, é necessário ainda estabelecer que são necessários mais estudos e pesquisas em relação as estratégias de enfrentamento, no sentido de investigar o seu real impacto no que diz respeito a melhora do estado de saúde no período de

alta da UTI. Sendo sugerida possíveis terapêuticas e acompanhamento posteriores, no intuito de desenvolver prevenção de possíveis sintomas. Nesse caso, Chahraoui et al. (2015) sugere uma consulta de acompanhamento após a alta da UTI como fundamental, pois fornece aos pacientes um espaço para falar sobre as suas dificuldades e colocar em palavras os seus medos. Esse momento poderia ser uma oportunidade para fornecer apoio e possíveis explicações para os pacientes.

2.4. O apoio social como aliado aos processos psicológicos

O apoio social é um conceito multifacetado e diversificado, principalmente no que se diz a respeito das mais diversas teorias e definições. De acordo com Griep (2003), o apoio social é considerado associado a uma dimensão funcional ou qualitativa do que denomina-se de rede social – grupo de pessoas com as quais o sujeito mantém contato. Zanini, Verolla – Moura e Queiroz (2009) ainda completam ao pontuar que o apoio social está relacionado aos recursos que depositados às outras pessoas em determinadas situações difíceis/estressoras, e, assim, pode ser mensurável como Sherbourne e Stewart (1991) propõe, através da percepção individual que possuímos das relações interpessoais, estando estas dividida em dimensões (afetivo, emocional, informação, etc).

Sendo assim, conforme as pesquisas que relacionam apoio social e níveis de saúde (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002; Schwarzer & Knoll, 2007), podemos evidenciar as teorizações de Zanini *et al.* (2009) em que sugere o apoio social como agente protetor, podendo desempenhar função moderadora ou mediadora, permitindo que em momentos de altas cargas de estresse (doenças, internações, agravo de patologias, etc) o apoio social pudesse contribuir para manter a saúde dos indivíduos.

Apoiando-se no arcabouço teórico explanado até o momento de apoio social, é importante destacar que autores clássicos tais como Sherbourne e Stewart (1991), Cramer,

Handerson e Scott (1997), Cobb (1976), propõe a noção de apoio social percebido, sendo este definido como àquele apoio em que o indivíduo concebe como disponível à ele, caso seja necessário utiliza-lo.

Diante de teorizações criadas acerca desse suporte que os indivíduos recebem e que atuam como fatores desencadeantes de melhorias de saúde, Seidl e Tróccoli (2006), verificou que desde meados dos anos 70, foi possível coletar evidências acerca desse suporte como um constructo que pode ser medido e verificado.

Desses estudos dar-se-á ênfase as pesquisas pioneiras na área de Cobb (1976), Cassel (1974) e Caplan (1974), que através destes foi iniciado a verdadeira noção acerca das influências que esse constructo pode exercer nos processos saúde-doença dos indivíduos. Esse *boom* de pesquisas na área em meados de 1970-80, desenvolveu a relação de vulnerabilidade dos sujeitos à precariedade do apoio social, bem como a possibilidade de riscos de mortalidade nos indivíduos que possuíam uma rede social e uma percepção de apoio enfraquecida.

Nesse sentido, a denominada “força interior” – mencionada no capítulo anterior - é reforçada com o apoio social que o paciente percebe e recebe. Esse apoio é descrito em revisão realizada por Chahraoui *et al.* (2015), que em vários países é tido como construtor positivo nesse processo e a falta ou empobrecimento desse apoio foi associado com o aumento de 2 vezes mais no risco de morte, aumento de 2,5 vezes no risco de desenvolver doenças cardiovasculares ou reincidência do infarto do miocárdio.

Os pacientes observados durante o período de internação também descreve o apoio social como importante e que a mera presença dos familiares foi percebido como positivo. Portanto, a presença do parente mais próximo é importante para prevenir que o paciente faça um desinvestimento no seu processo e desista. Ficar no hospital e, especialmente, durante os tratamentos que confinam o paciente na cama – no caso da unidade de terapia intensiva -, pode

18 levar a sentimentos de exclusão e isolamento da sociedade e da vida social, ocasionando em um sentimento de perda de identidade, conforme aponta Alpers *et al.* (2012).

Esse apoio pode contribuir para sentimentos de segurança, pertencimento e fundamento na realidade, reforçando a esperança dos pacientes, que está ligada à força interior e a vontade de viver. O recurso do apoio vai para além de familiares e amigos, mas também foi descrito a importância da relação estabelecida com médicos e/ou enfermeiros. Essa relação foi percebida como tendo um efeito revigorante em Alpers *et al.* (2012), principalmente nos casos em que os pacientes têm uma rede social limitada. Os enfermeiros desempenharam um papel importante na criação de força interior em seus pacientes.

Entretanto, mesmo com o fator de que o apoio social pode ser uma importante estratégia de enfrentamento para os pacientes internados na unidade intensiva, Johnston (2014) trouxe um elemento interessante e que se configura em muitas realidades. Nos diversos e mais variados estudos foi observado que um sistema de suporte sólido é avaliado como um aspecto positivo no processo de recuperação e tratamento do paciente. Mas há também que se analisar por outros ângulos e compreender que esse constructo – apoio social – pode ser um conceito mais complexo.

Nesse sentido, de acordo com o estudo de Johnston (2014), quando o paciente possui uma rede de relações ampla, quando há uma retirada súbita desse apoio ou quando esse suporte não está em harmonia com as necessidades do paciente, isso pode ocasionar em um potencializador de sentimentos ansiogênicos. Desse modo, ao mesmo tempo que um fator pode desempenhar um papel positivo importante na estratégia de enfrentamento utilizada, isso também pode se tornar como algo negativo a depender da situação e do modo como ocorre em cada caso. Por isso a importância que foi dada em momentos anteriores em enfatizar que cada paciente possui a sua história, carregada de sentidos e significados próprios.

Relacionar as estratégias de enfrentamento ao apoio social é uma tarefa um tanto quanto complexa, mas que há seus fundamentos principalmente quando observa-se na prática a importância desse constructo no modo que o paciente se recupera, na denominada força interior que o paciente adquire ao se deparar com o fortalecimento de alguns dos seus aspectos positivos. Assim, Johnston (2014) destaca que é possível que para além de apoio social e as categorizações de constructos que são estabelecidos para denominar as possíveis estratégias de enfrentamento, os pacientes experimentem um auto conhecimento e auto realização através do processo de crescimento após a doença crítica.

3. OBJETIVOS

3.1 - Geral:

Investigar o apoio social percebido e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes adultos na Unidade de Terapia Intensiva

3.2 - Específicos:

- a) Verificar se há diferença nas estratégias de enfrentamento e no apoio social percebido entre homens e mulheres;
- b) Avaliar se há correlação entre o apoio social percebido pelos pacientes e o modo de enfrentamento;
- c) Investigar se existe relação entre o apoio social percebido, estratégias de enfrentamento utilizadas e variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes internados na UTIs.

4. MÉTODO

4.1 – Aspectos Metodológicos:

Este estudo trata-se de pesquisa de estudo exploratório quantitativo, transversal e correlacional. Conforme descrito em Campos (2005), o estudo descritivo e correlacional pretende fornecer uma descrição dos dados relativos às variáveis em estudo e as relações de correspondências existentes entre elas, examinando a associação de uma variável com outras variáveis. Os estudos correlacionais procuram determinar as relações entre as variáveis presentes num estudo. Não procuram estabelecer uma relação causa-efeito. O seu objetivo é quantificar, através de provas estatísticas, a relação entre duas ou mais variáveis (Vilelas, 2009). Já a explanação transversal envolve obter informações de uma única vez a partir de pessoas em uma série de diferentes condições que, espera-se, são significativas para a mudança (Breakwell, Fife-Schaw, Hammond & Smith, 2010).

4.2 - Participantes:

Os participantes foram pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, do Hospital Universitário Onofre Lopes e Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde, foi verificado que no ano de 2015, o total de internações contabilizou 2218 internações na UTI de ambos hospitais, o que equivale a uma média mensal de 185 internações/mês. A obtenção do número da amostra ocorreu através de cálculo realizado por uma fórmula que fornece uma estimativa confiável da proporção populacional:

$$n = \frac{NZ_c^2 \pi(1 - \pi)}{\varepsilon_p^2 (N - 1) + Z_c^2 \pi(1 - \pi)}$$

A amostra calculada considerou os seguintes parâmetros: O N representa o tamanho da população, ou seja, 185. O Z evidencia o valor crítico equivalente ao grau de confiança desejado, que é de 95% (erro amostral de 5%), sendo $Z = 1,96$ (valor tabelado). O valor de π corresponde a proporção populacional de indivíduos que pertencentes à categoria que será

pesquisada, entretanto, quando não se sabe a respeito desta proporção, pode-se atribuir o valor de 0,5, de acordo com Levine, Berenson e Stephan (2000).

Desta forma obtém-se:

$$n = \frac{185 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2(185 - 1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = \frac{177,674}{0,46 + 0,9604} = \frac{177,674}{1,4204} = 125,087$$

Como a pesquisa realizada caracterizou-se por indivíduos de valores inteiros e não contínuos, o resultado deve ser arredondado. Utilizando regras da lógica matemática, o valor deverá ser igual a aproximadamente 126 sujeitos. Dessa forma, pretende-se atingir uma amostra de 63 pessoas que estejam internadas na unidade de terapia intensiva adulto do Hospital Universitário Onofre Lopes e 63 pessoas que estejam internada em unidade de terapia intensiva adulto do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

Os indivíduos selecionados para o estudo atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos: a) Pacientes entre 20 e 59 anos de idade, independente da raça, classe ou grupo social; b) pacientes que apresentem nível de consciência preservado e orientação auto e alopsíquica; c) aceitação em participar da pesquisa, mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; d) internação por mais de 24 horas na UTI.

É importante ainda observar que foram considerados os critérios de exclusão: a) Pacientes em estado de confusão mental; b) Apresente distúrbio neurológico ou psicológico que impossibilite a participação na pesquisa; c) Em uso de medicações que induzam processo sedativo ou promovam alteração dos processos de cognição; d) Incapazes de responder aos questionários propostos devido a alguma limitação relacionado a condição clínica. No que concerne aos aspectos escolhidos para critérios de exclusão, é importante pontuar que os itens a, b e c, citados anteriormente, são informações que foram obtidas através de leitura criteriosa do prontuário disponibilizado no setor. Os itens a e b são avaliados através de Escala de Coma

de Glasgow (ECG) mensurada diariamente pela equipe de enfermagem presente no setor. Em relação ao item d, o critério utilizado para definir a possível limitação do paciente, ocorreu através de primeiro contato, em que foram avaliadas as condições cognitivas (ECG) do paciente após consulta ao prontuário. Por exemplo, pacientes que apresentaram-se não contactuante e entubados no prontuário eram indivíduos que possuíam condições limitantes e que poderiam gerar vieses nas respostas colhidas.

Desse modo, todos os critérios estabelecidos foram plenamente analisados para que abarcassem uma amostra de sujeitos que fossem compatíveis com o objetivo da pesquisa, bem como que possibilitassem análise criteriosa e confiável dos aspectos referentes as estratégias de enfrentamento e apoio social percebido pelos pacientes internados na unidade hospitalar pesquisada.

4.3 - Locais da pesquisa:

A pesquisa foi realizada na UTIs Adulto do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG) e do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), ambos localizados em Natal, no Rio Grande do Norte. A escolha pelo local de pesquisa do HUOL ocorreu devido a referência da instituição no que concerne aos tratamentos de pacientes críticos e de alta complexidade de abrangência estadual, em UTI do tipo III. Já o HMWG, é o hospital de maior porte do estado do Rio Grande do Norte, recebendo demandas de todo o estado, referenciando-se pelo seu serviço prestado e o número de leitos disponíveis, especificamente os leitos de UTI tipo II serão considerados para análise.

4.4 - Protocolos e Instrumentos:

a) **Questionário Sócio-Demográfico** (Apêndice B): incluindo dados como idade, sexo, naturalidade, escolaridade/tempo de estudo, estado civil, religião, endereço e renda familiar; e, características clínicas de saúde (tipo de patologia, ocorrência de hospitalização, tipo de tratamento já realizado, realização de algum procedimento cirúrgico, possíveis sequelas físicas, emocionais e sociais).

b) **A Escala de Apoio Social (EAS)** validada no Brasil por Griep (2003) (Anexo A) : É composta por 19 itens e para quantificar intensidade, os respondentes baseiam-se em uma escala tipo Likert de cinco pontos (nunca, raramente, às vezes, quase sempre e sempre), indicando a frequência que julgam a disponibilidade de outros para cada tipo de apoio. A escala avalia a frequência com que o indivíduo percebe que pode contar com pessoas que o apoiem em situações diversas, contendo cinco dimensões funcionais de apoio social, sendo estas:

- 1) material (recursos práticos e ajuda de material) – 4 itens;
- 2) emocional (abrange confiança, disponibilidade em ouvir, compartilhar angústias e compreender seus problemas) – 4 itens;
- 3) informação (receber sugestões, conselhos e informação) – 4 itens;
- 4) afetiva (demonstrar afeto, dar abraço e amar) – 3 itens e;
- 5) interação social positiva (diversão juntos, relaxar, fazer algo agradável, distrair) – 4 itens.

De acordo com os resultados obtidos, quanto mais altos os escores associam-se a um apoio social percebido como satisfatório e vice-versa.

c) Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) validada e traduzida para o português por Seidl, Tróccoli & Zannon (2001) (Anexo B): Este se trata de um questionário que contém 45 itens, englobando pensamentos e ações que as pessoas utilizam para lidar com demandas internas ou externas de um evento estressante específico. Os autores propõem quatro fatores classificatórios, os quais investigam as estratégias de enfrentamento diante de problemas. A distribuição dos itens acontece através de quatro fatores:

- O fator (1) corresponde ao enfrentamento focalizado no problema (aproximação em relação ao estressor, manejo da situação) - 18 itens (Questões 1, 3, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 28, 30, 32, 33, 36, 39, 40, 42, 45);
- O fator (2) corresponde ao enfrentamento focalizado na emoção (esforços cognitivos cumprindo função paliativa e/ou afastamento do estressor) - 15 itens (Questões 2, 5, 11, 12, 13, 18, 20, 22, 23, 25, 29, 34, 35, 37, 38);
- O fator (3) equivale a busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso (possibilidade de auxílio no enfrentamento através de esperança e fé) - 7 itens (Questões 6, 8, 21, 26, 27, 41, 44);
- O fator (4) faz menção a busca de suporte social (procura por apoio instrumental, emocional ou de informação) - 5 itens (Questões 4, 7, 9, 31, 43).

Além das 45 questões, o instrumento ainda acrescenta uma pergunta aberta ao final “Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar essa situação de internação na UTI?”. Possibilitando assim, uma análise qualitativa (análise de conteúdo) complementar enriquecendo os dados obtidos a partir da aplicação.

4.5 – Aspectos Éticos:

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com o parecer de nº 1.620.034, sob

número do CAAE 56194616.7.0000.5537, seguindo, portanto as diretrizes da Res. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A participação dos pacientes foi voluntária, assim, estes formalizaram que concordam em participar do presente trabalho mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que iria conter informações sobre a pesquisa, identificação dos pesquisadores, riscos, benefícios e a confidencialidade.

4.6 - Procedimentos de coleta:

Conforme explicitado no tópico de aspectos éticos da pesquisa, foi recebida a aprovação do comitê de ética para inicialização da coleta de dados. O projeto de pesquisa perpassa por várias etapas, seguir rigorosamente cada uma delas é imprescindível para o sucesso na finalização e escrita do produto final. Esse estudo teve como etapas: 1) Preparação do projeto de pesquisa; 2) Submissão e aprovação ao comitê de ética; 3) Início de estudo piloto e possíveis readequações; 4) Coleta de dados; 5) Construção de banco de dados dos resultados obtidos; 6) Construção e análise do material referente aos dados da pesquisa.

O estudo piloto desse projeto ocorreu no período de Setembro/2016 a Outubro/2016, consistindo em uma aplicação inicial com um número amostral definido em 10% do total da amostra de sujeitos calculados para significância do resultado. Desse modo, conforme citado anteriormente, a amostra total é composta por 126 sujeitos, sendo 63 no HUOL e 63 no HMWG. Assim, este estudo piloto teve que constar minimamente por 7 sujeitos em cada instituição. Foi finalizado e observada que na amostra em que foi realizada a aplicação não houveram quaisquer indícios da necessidade de realizar modificações ou mudanças de instrumentos, assim, a pesquisa seguiu conforme planejado.

É importante pontuar que a escolha pela realização da coleta ocorreu devido a disponibilidade de pacientes que se encaixassem nos critérios e que a pesquisadora esteve presente nas instituições todos os dias para que fosse possível captar o máximo de participantes.

O objetivo pretendido com o estudo piloto seria de adequação dos materiais escolhidos, bem como a forma de aplicação e adaptação de possíveis perguntas que não estejam sendo compreendidas pelos sujeitos. Desse modo, foi observado nesse período a necessidade de adequação da forma como seria explicada verbalmente a pesquisa e de abordagem dos pacientes, em que houvesse melhor compreensão dos objetivos propostos.

Ao finalizar o estudo piloto, foi realizada a coleta de dados, no período que compreendeu entre Outubro/2016 a Junho/2017. A pesquisa foi apresentada aos pacientes que encontram-se internados na unidade de terapia intensiva e que se enquadrem nos critérios de inclusão. Após o convite e aceite inicial da proposta, foi realizada a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo sanadas todas e quaisquer dúvidas que puderam surgir. Após concordância de todos os descritos no termo, deveria ser assinado pelos pacientes diante do seu consentimento para a participação na presente pesquisa.

Inicialmente, foi realizada a entrevista seguindo o modelo do questionário sociobiodemográfico, abordando dados socioeconômicos e de saúde. Posteriormente, a aplicação dos instrumentos (1º - EMEP e 2º EAS) foi realizada em um único encontro, salvo em casos que precisassem ser interrompidos por procedimentos da equipe de saúde ou fragilidade da condição física/emocional do paciente, sendo continuada em momento posteriori, caso o respondente assim concordasse. Os instrumentos foram aplicados em forma de entrevista, de forma individual, realizada a partir de uma leitura padrão por parte do pesquisador, para garantir a aplicação homogênea à população escolhida, visto que poderia haver participantes que não saibam ler, escrever, que sejam deficientes visuais ou outras situações incapacitantes para o preenchimento dos instrumentos que não se enquadre nos critérios de exclusão. Após esse período foi construído o banco de dados, para concretização desses dados através da elaboração da dissertação. Os dados obtidos serão analisados com detalhamento na seção a seguir.

4.7 - Análise dos Dados:

Os dados foram analisados através de estatística descritiva e inferencial, para caracterizar a amostra e identificar o apoio social percebido e as estratégias de enfrentamento em pacientes adultos. A estatística descritiva tem como objetivo a descrição dos dados de uma amostra e é uma estimativa satisfatória para obter um parâmetro de uma população. A estatística inferencial, preocupa-se com o raciocínio necessário para, a partir dos dados, se obter conclusões gerais. O seu objetivo é obter uma afirmação acerca de uma população com base numa amostra e a testagem de hipóteses (Ferreira, 2005).

As informações obtidas nessa pesquisa foram analisadas com auxílio de um software de planilhas eletrônicas (Excel 15.41) e de um programa de processamento de dados estatísticos (IBM SPSS 24). Este último foi utilizado como principal ferramenta de trabalho para análises estatísticas, cálculos matemáticos, construção de gráficos de curva de normalidade, entre outros. A correção dos instrumentos escolhidos seguiram os parâmetros de estudos descritos na literatura e armazenado os resultados eletronicamente para análise. Após a alimentação e computação desses dados, foram analisados histogramas, curvas de normalidade e teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para subsidiar a decisão acerca das análises estatísticas dos dados.

As escalas utilizadas passaram em estudos anteriores (Seidl et al, 2001; Griep, 2003) pelos parâmetros estatísticos de tradução, validação e adaptação à população brasileira, conforme citado anteriormente no tópico de Protocolos e Instrumentos. Através da verificação do Coeficiente Alfa de Cronbach, foi observado no presente estudo, referente à amostra pesquisada, a Escala de Modos de Enfrentamento aos Problemas apresentou $\alpha = 0,837$, já a Escala de Apoio Social foi $\alpha = 0,926$. Esses resultados expressam a confiabilidade dos resultados obtidos, sendo considerada boa para o EMEP e excelente para a EAS.

Para efeitos de organização, foi optado realizar uma divisão na seção de resultados da seguinte maneira: 1) Análises descritivas (médias, frequências) dos dados sociodemográficos e dos instrumentos utilizados; 2) Análises inferenciais (correlações, testes estatísticos) dos objetivos da pesquisa (Gerais e Específicos). Na segunda seção foi escolhido subdividi-la nos tópicos referente a cada objetivo, para que ficasse claro para ao leitor de qual objetivo estavam sendo tratados estatisticamente os dados.

Desse modo, o objetivo geral desse estudo tinha como proposição a investigação do apoio social percebido (mensurado pela Escala de Apoio Social) e as estratégias de enfrentamento utilizadas (medidas pela Escala de Modos de Enfrentamento ao Problema) pelos pacientes adultos que encontravam-se internados na Unidade de Terapia Intensiva. Como análise aprofundada desse objetivo foi optado pelas médias e frequências nas respostas dos pacientes, analisando fator a fator como se deu o comportamento das estratégias utilizadas, bem como o Teste de Correlação de Spearman – já que se trata de variáveis não-paramétricas – entre os fatores e dimensões.

É importante pontuar que foram criadas novas categorizações em relação aos intervalos de respostas da Escala de Modos de Enfrentamento ao Problema, incluindo mais 5 categorias, em que serão descritos com detalhes na seção de destrinchamento do referente objetivo. Em relação a questão aberta que há na Escala de Modos de Enfrentamento ao Problema, foi utilizado como forma de avaliação a análise de conteúdo de Bardin (2006), em que consiste em um conjunto de técnicas de análise de comunicação, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever conteúdo das mensagens, ultrapassando incertezas e enriquecendo a leitura dos dados obtidos. Na análise do material, busca-se classificar o conteúdo das mensagens em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos.

Em relação aos objetivos específicos, foram propostos 3 em que seriam avaliados de acordo com a natureza da análise sugerida. O primeiro objetivo específico corresponde a verificar se há diferença nas estratégias de enfrentamento e no apoio social percebido entre homens e mulheres. Desse modo como se trata de uma comparação entre grupos (Homens x Mulheres) e ao realizar o teste de normalidade foi verificado o valor de $p < 0,05$ em Kolmogorov-Smirnov, foi optado por utilizar o Teste U de Mann-Whitney. A escolha do teste foi em decorrência da amostra não-paramétrica e pela característica de variável contínua. De acordo com Dancey & Reidy (2006), o Teste U de Mann-Whitney é utilizado quando se tem duas condições e busca avaliar se existe uma diferença significativa entre elas. Essas comparações possibilitaram a caracterização da amostra, bem como a identificação de semelhanças e diferenças entre os grupos.

Já o segundo objetivo específico foi proposto como a avaliação se havia relação entre as variáveis de apoio social e modo de enfrentamento. A correlação entre as escalas escolhidas será embasada com as orientações encontradas na literatura especializada de cada um desses instrumentos. Então anteriormente a essa correlação foi realizado no objetivo geral estatística descritivas que identificassem e caracterizassem o conjunto de informações originadas pelas estratégias de enfrentamento utilizadas (4 fatores) e as 5 dimensões do apoio social percebido.

O terceiro objetivo específico tem como característica a investigação das possíveis relações existentes entre o apoio social percebido, estratégias de enfrentamento utilizadas e variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Nesse caso, foi utilizado o Teste de Correlação de Spearman e Teste U de Mann-Whitney (ou de Kruskal-Wallis no caso de comparação entre mais de 3 ou mais grupos). Também foi incluído as correlações entre variáveis numéricas e categóricas dicotômicas através da Correlação de Spearman.

É imprescindível ainda lembrar que em todas as amostras e variáveis foram verificados o nível de significância (p), sendo considerado significativo quando $p \leq 0.05$. Esse intervalo de confiança mostra que o intervalo é significativamente diferente de 0. Dessa forma, adota-se de forma coerente os testes estatísticos corretos (sejam paramétricos ou os equivalentes não-paramétricos).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas todas as 126 entrevistas propostas com os pacientes internados nas unidades de terapia intensiva de ambos os hospitais, sendo corresponde de 63 pacientes em cada uma das unidades hospitalares. Nessa seção serão apresentados os resultados na mesma medida em que se discute acerca dos temas à luz da literatura nacional e internacional, bem como as teorias desenvolvidas a partir dos dados.

Devido a quantidade de dados resultantes, foi optado pela divisão dessa seção em “Aspectos Sócio-demográficos e de Saúde” em que serão apresentados os principais dados demográficos e clínicos a fim de traçar um perfil dos pacientes entrevistados nas UTIs pesquisadas. Em sequência, o outro tópico foi “Aspectos psicológicos extraídos dos instrumentos utilizados”, no qual foram expostos os aspectos referentes as escalas escolhidas e seus resultados mais descritivos. Por fim, foram expostos cada um dos objetivos (Geral e Específicos) com a finalidade de responder precisamente com as devidas análises inferenciais.

5.1. Aspectos Sócio-demográficos e de Saúde:

No que concerne ao sexo dos entrevistados, foi evidenciada uma diferença significativa, em que os participantes declarantes do sexo masculino apresentou-se em sua maioria (64,3%) e as participantes que se declararam do sexo feminino foram 35,7%. Dessa maneira, é demonstrado que dos 126 participantes (100%), 81 deles eram homens e somente 45 eram mulheres. É possível evidenciar ainda que a amostra apresentou-se de forma condizente com dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) no que diz respeito a saúde do homem, em que é pontuado a evitação na procura pelos espaços de saúde, principalmente nos níveis de atenção básica e em decorrência pela demora da procura há um número crescente de casos que se agravam ocasionando a necessidade de intervenções em níveis terciários de atenção devido ao desenvolvimento e agravamento avançado das doenças.

De acordo com Pozzati et al. (2014) o que se evidencia na literatura como causa principal da adesão baixa dos homens aos serviços de saúde seria possíveis barreiras socioculturais – principalmente na idealização de masculinidade x fragilidade -, dessa forma, em decorrência dos menores cuidados em relação as ações preventivas de saúde, o homem acaba se tornando um grupo em que há mais complicadores em relação à saúde e possuindo assim, doenças de maiores complexidades de cuidado (necessidade de intervenções em níveis secundários e/ou terciários).

Então, conduzindo os dados obtidos pelo questionário sociobiodemográfico, a população entrevistada está disposta da seguinte forma:

Tabela 1 - Frequência, média, desvio padrão das idades da amostra

Idade dos participantes	Frequência
Entre 20 e 30 anos	16,7%
Entre 31 e 40 anos	12,7%
Entre 41 e 50 anos	34,1%
Entre 51 e 59 anos	36,5%
Idade Média	44,46
Dévio Padrão	+10,812

Conforme descrito na tabela 1, o maior número de participantes ficou nas faixas “entre 41 e 50 anos” e “entre 51 e 59 anos”, correspondente a 70,6% juntos. Esse quantitativo expressivo diz respeito também ao próprio processo de desenvolvimento humano e envelhecimento, conforme descrito em Hulka & Wheat (1985) que a faixa etária é um fator associado a incidência de internações em decorrência da influencia biológica na morbi-mortalidade. No estudo realizado por Castro, Travassos e Carvalho (2002), é trazido resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD (1998) que acaba por corrobora com a ideia de que idades mais elevadas poderiam estar associadas a internação hospitalar. Desse modo, muitos problemas de saúde passar a ficar mais recorrentes ao passar dos anos, em que Castro

et al. (2002) pontua que a cada ano de vida, a internação aumente em 1.005 vezes, assim o avançar da idade acaba sendo considerado fator de risco para o desenvolvimento de algumas patologias.

Outro aspecto de relevância que merece destaque diz respeito ao estado civil da amostra, em que de acordo com as respostas, encontram-se em união estável (31,7%), seguido de casados (29,4%), correspondendo assim a mais de metade - precisamente 61,1% - da amostra em questão. Em relação aos aspectos socioeconômicos tais como escolaridade e renda familiar, os pacientes encontram-se em sua maior parte com uma renda de até dois salários mínimos (46%) e com a realização de estudos até o ensino fundamental incompleto (47,6%). Em consonância com esses dados, a PNAD (1998) pontua que há uma maior utilização pelos serviços hospitalares por indivíduos com menor renda e baixa escolaridade – quando se ajusta para fatores como facilitadores do acesso, por exemplo -. Ao enfatizar na escolaridade dos indivíduos, no estudo de Castro, Travassos e Carvalho (2002), foi verificado que sujeitos que possuem oito ou mais anos de estudos era tido como uma característica protetora para internação e que àqueles que possuíam renda média inferior a 0,75 salário mínimo tinham mais chances de internação.

Nesse sentido, o estudo apontado anteriormente, pontua como possível explicação para esses dados verificados – renda e baixa escolaridade - na amostra estudada, como um fator relacionado ao modelo de atenção vigente. Já que por mais que se promulgue no âmbito teórico do SUS a importância de investimento da assistência na atenção básica, todas as energias acabam sendo voltadas para um modelo de promoção de saúde baseado na assistência médica (ambulatórios, centros de saúde) e hospitalar (urgência e emergência). Dado isso, o que é observado na realidade é o hospital como porta de entrada desse sistema, em que promove maior número de internações. Ainda complementando a informação em termos de processos assistências, é interessante ainda evidenciar fatores socioeconômicos que promovem o maior

número de procura por grupos com baixa renda, em que diz respeito ao aumento de morbidade e severidade nesses grupos, seja em decorrência de falta de assistência ou de processos educativos que promovessem o empoderamento desses indivíduos.

Nos resultados obtidos através das respostas ao questionário sociobiodemográfico, a especialidade médica foi um fator que demonstrou diferenças significativas entre os expostos, em que a Cardiologia apareceu em maior porcentual de frequência, sendo responsável por 43,7% das internações de todos os pacientes entrevistados. Em seguida, apareceu a clínica médica Geral com 13,5% das internações. Dessa forma, um outro dado de relevância se deu em detrimento da quantidade de tempo de internação nas unidades de terapia intensiva apresentando uma média de 9 dias entre os respondentes. Esse resultado demonstra-se acima do que é preconizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (2013) em que retrata que comumente se observa um tempo médio de três a quatro dias. Todavia, diante dos avanços tecnológicos e do aprimoramento da assistência, o paciente por vezes é mantido por um período prolongado, ocasionando custos altos, do ponto de vista financeiro, psicológico e moral dos envolvidos, conforme apontado em Moritz, Schwingel e Machado (2005).

Ainda nesse ensejo, é possível evidenciar uma outra faceta do prolongamento de tempo de internação do paciente, que diz respeito ao funcionamento do sistema de saúde pública brasileiro e seus percalços e entraves financeiros. Nesse sentido, por vezes, os pacientes encontram-se internados por um maior período de tempo devido a ausência de leitos, baixa qualidade da assistência, bem como a má gestão desse sistema que acarretam nessa problemática.

Em relação à morada dos pacientes que encontravam-se internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, foi possível evidenciar que houve uma dispersão no que concerne aos municípios e regiões, sendo adotado como parâmetro para análise a divisão do Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em referência as macrorregiões do Rio Grande do Norte, bem como outras respostas que podem ter surgido. Dessa forma, foi descrito na tabela abaixo os locais de moradia que apareceram nas respostas dos pacientes:

Tabela 2 - Locais de moradias dividido em regiões

Locais		Frequência	%
Leste Potiguar	Capital	48	38,1%
	Interior	27	21,4%
Agreste Potiguar		17	13,5%
Central Potiguar		23	18,3%
Oeste Potiguar		8	6,3%
Outros Estados		3	2,4%
Total		126	100%

Esses dados ainda corroboram para uma reflexão acerca do processo de descentralização dos serviços de saúde preconizado pelo SUS, uma vez que 76,5% dos participantes encontram-se com moradia no interior, isso leva a refletir como o sistema de saúde nesses municípios estão suprindo as demandas locais existentes. Dessa forma, acaba por ocasionar sobrecarga em determinados serviços de saúde que poderiam funcionar de forma mais eficiente se fosse operacionalizado para receber as demandas que lhe competem.

Em consonância aos aspectos mais inerentes a experiência do paciente no setor intensivista, os respondentes consideraram que enfrentam a internação de forma ótima (35,7%) e que avaliam o seu estado atual de saúde entre bom (35,7%) e regular (32,5%). De acordo com Scragg, Jones e Fauvel (2001), a possível melhoria de sintomas psicológicos em decorrência da internação estaria relacionada com a recuperação física, como também a determinadas estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes. Desse modo, busca-se através desse estudo evidenciar dados que possam estabelecer uma melhor assistência para esses pacientes, de modo fortalecer o trabalho da psicologia nesse campo.

Conforme descrito, os estudos empíricos que focalizam as estratégias de enfrentamento e apoio social em pacientes internados na unidade de terapia intensiva são de cunho

internacional, sendo necessário e de suma importância a evidência de uma pesquisa que considere a realidade nacional, trazendo mais próximo para a configuração do paciente que interna-se em UTIs do Brasil. Em comparação singela a esses dados, os respondentes pontuaram em alto escore os índices de visitação durante a internação, tendo como percentual de 92% da amostra. O que corresponde em um fator protetivo em alguns casos, como em outros podem potencialmente ser indicativo de algum tipo de estressor e mobilizador de sintomas ansiogênicos, mas que poderão ser avaliados com mais profundidade posteriormente no tópico referente as análises das escalas de apoio social e de modos de enfrentamento de problemas.

Outro fator que pode desencadear sentimentos de estima e proteção seria a avaliação que os pacientes possuem em relação a assistência da equipe de saúde, em que foi obtido índices entre ótimo (56,3%) e bom (35,7%). Correspondendo dessa maneira a evidências na literatura que pontuam da importância da equipe no processo de recuperação e enfrentamento do paciente no ambiente intensivista, principalmente ao considerar que se trata de um setor restrito e que os pacientes encontram-se distantes em sua maior parte do tempo de familiares e amigos e de sua rotina diária (Machado & Fonseca, 2010). Dessa forma, a consideração positiva da assistência da equipe por parte dos pacientes acaba promovendo um ambiente de cuidado e acolhimento diante do momento de fragilidade e comprometimento físico/emocional. Na resolução do MS (2010) que descreve requisitos mínimos para o funcionamento das Unidades de Terapia Intensiva, é previsto ainda um item que pontua acerca da humanização da atenção à saúde, promovendo assim a valorização da dimensão subjetiva e social – em todos os níveis de atenção.

É imprescindível ainda considerar em relação as respostas do paciente em consideração à assistência da equipe, que podem estar permeadas do que denomina-se de desejabilidade social. Esse conceito pode ser entendido como uma propensão por parte dos participantes de pesquisa psicológicas a responderem de forma tendenciosa a perguntas apresentadas. Dessa forma, os

participantes tenderiam apresentar respostas consideradas mais aceitáveis ou aprovadas socialmente e convergiriam ainda a negar sua associação pessoal com opiniões e comportamentos que seriam desaprovados socialmente. (Ribas, Moura & Hutz, 2004). Esse apontamento ocorre, uma vez que, esses pacientes são tratados por essa equipe de saúde, sem auxílio ou vigilância dos familiares, logo, essas respostas podem ser dadas também em decorrência da situação vivenciada.

A literatura internacional corrobora com esse ideal de se olhar para o cuidado humanizado, mas com ainda mais ênfase nos processos psicológicos que envolvem os pacientes internados nesse setor, conforme Scragg, Jones e Fauvel (2001) apontam que o tratamento em UTI pode gerar problemas psicológicos nos pacientes e interferem na qualidade de vida, com especial atenção para os transtornos de ansiedade e depressão (47%) e estresse pós-traumático (38%) nos pacientes. Nesse sentido, Di Biaggi (2002) ainda apontou em seus estudos que as respostas referentes as experiências traumáticas eram de importância ímpar na prática da saúde psicológica, uma vez que promove ampliação de hipóteses de intervenções preventivas, aumentando assim a contribuição para além da dinâmica intrapsíquica, mas principalmente em situações de crise, conforme a proposição desta pesquisa de mestrado.

Desse modo, é possível evidenciar conforme a tabela 3 abaixo, o perfil do paciente internado na unidade de terapia intensiva adulto das duas instituições pesquisadas:

Tabela 3 - Perfil sócio-demográfico e clínico dos pacientes internados na UTI

Varáveis		Total	%
Sexo	Masculino	81	64,3%
Faixa etária	51 a 59 anos	46	36,5%
Estado Civil	União Estável	40	31,7%
Cidade	Interior	75	59,5%
Escolaridade	Escolaridade baixa	80	63,5%
Renda Familiar	Até 2 salários mínimos	58	46%
Reside com quem	Companheiro (a) + Filhos (as)	51	40,5%
Possui filhos	Sim	102	81%
Responsável pela internação	Cardiologia	53	42,1%
Quantidade de internações – UTI	1 vez	89	70,6%
Motivo de internação	Recuperação pós operatória	66	52,4%

Conforme observado na tabela 3, é possível evidenciar que os pacientes internados na UTI demonstraram um perfil associado, sendo elencado nesta, as demandas em maior significância em termos numéricos. Desse modo, esses dados demonstram-se importantes no sentido de concretude, que da amostra pesquisada, é admissível traçar um perfil sociodemográfico em consonância com todo o exposto anteriormente elencado com a literatura.

5.2. Aspectos psicológicos extraídos dos instrumentos utilizados

Em relação aos aspectos dos instrumentos utilizados, é preciso que haja um aprofundamento da análise realizada de forma a traduzir aspectos de considerável ponderação para o estudo em questão. Para tanto, foi realizada análise acerca do EMEP, que conforme descrito anteriormente, possui 4 fatores que direcionam a forma como os indivíduos enfrentam as situações difíceis ou estressoras. Esses modos de enfrentamento foram avaliados em função de suas médias aritméticas dos escores obtidos em cada item (Seidl, Troccoli & Zannon, 2001), conforme descrito:

Tabela 4 - Média e desvio padrão dos 4 fatores de modos de enfrentamento da escala EMEP

Modo de Enfrentamento	Média + Desvio Padrão
Fator 1 – Focalizado no problema	4,03 ($\pm 0,56$)
Fator 2 – Focalizado na emoção	2,47 ($\pm 0,70$)
Fator 3 – Práticas religiosas / Pensamentos Fantasiosos	4,18 ($\pm 0,75$)
Fator 4 – Busca de suporte social	3,63 ($\pm 0,90$)

De acordo com os resultados explicitados na tabela 4, as estratégias que foram mais utilizadas estavam agrupadas no Fator 3, que diz respeito as estratégias que visa buscar a práticas religiosas e/ou pensamentos fantasiosos. Em seguida, as estratégias Focalizada no Problema (Fator 1) e Busca de suporte Social (Fator 4) demonstraram números importantes nas

médias de respostas dos participantes da pesquisa. Por fim, como fator que menos apareceu como relevante nas médias dos respondente foi o fator 2 (Focalizado na Emoção).

É importante ainda analisar os valores descritos no coeficiente de variação, uma vez que utilizamos esse dado para avaliar a variabilidade dos dados em relação à média. Para fins didáticos, o desvião padrão é comumente associado para descrever a variação observada nos valores de um determinado conjunto/grupo e informar a homogeneidade de tal conjunto/grupo. No caso específico dos valores de desvião padrão dos fatores do EMEP, foi apresentado um coeficiente de variação considerado baixo (< 25%), demonstrando assim que há uma aderência da amostra, podendo assim, predizer e correlacionar com os dados da realidade.

Os expostos evidenciam médias de um constructo – estratégias de enfrentamento – que pode sofrer mudanças dependendo do estado emocional que àquele indivíduo se encontre. Os autores consagrados Folkman e Lazarus (1985) já traziam a ideia de que essas estratégias podem ser utilizadas de maneira simultânea e que há uma tendência ao aparecimento de uma correlação negativa entre o enfrentamento focalizado no problema e focalizado na emoção. Entretanto, no presente estudo, corroborando com dados em Suit e Pereira (2008), foram observadas na Tabela 5, correlações positivas entre todas as estratégias utilizadas pelos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, sugerindo assim a alta probabilidade do uso simultâneo de vários tipos de estratégias, sem que houvesse uma sobreposição de uma em contrapartida de outra.

Tabela 5 - Correlações entre fatores do EMEP

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
Fator 1	1.000	.352**	.452**	.389**
Fator 2	.352**	1.000	.306**	.255**
Fator 3	.452**	.306**	1.000	.375**
Fator 4	.389**	.255**	.375**	1.000

Como observado na tabela 5, é possível evidenciar que para a realização das correlações entre os fatores foi adotada a Correlação de Spearman, por se tratar de uma amostra não-

paramétrica, comprovada em teste estatístico de normalidade (Kolmogorov-Smirnov) em que apresentou valores de $p < 0,05$, demonstrando a característica heterogênea, de acordo com os valores descritos abaixo, na tabela 6.

Tabela 6 - Teste de normalidade para os fatores do EMEP

Kolmogorov-Smirnov			
	Estatística	gl	Sig.
EMEP_Fator 1	.150	126	.000
EMEP_Fator 2	.105	126	.002
EMEP_Fator 3	.140	126	.000
EMEP_Fator 4	.106	126	.001

Tendo em vista a não-normalidade dos quatro fatores, foi realizada Análise de Variância a partir do teste estatístico de Kruskal-Wallis (equivalente ao ANOVA), objetivando a comparação entre os fatores do EMEP. Os resultados obtidos através desse método, apontaram diferença significativa ($p < 0,001$) e foram encontrados pela técnica da formação de contrastes, a intensidade de utilização de cada um dos modos de enfrentamento: Fator 3 > Fator 1 > Fator 4 > Fator 2. Esse resultado reforçam e corroboram com os encontrados nas médias dos fatores.

Todavia, como se trata de uma padronização das respostas através de médias, valores decimais apresentaram-se nos resultados. Dito isso, o grau de complexidade da análise se eleva à medida que um número decimal representa a quantificação da intensidade de utilização de uma determinada estratégia de enfrentamento. Considerando que as respostas as questões foram baseadas em uma escala likert de 5 pontos, foi adotado como pontos centrais esses 5 eixos (iniciando de 1 e indo até o 5), mas incluída outras 4 faixas intermediárias de modo a conceber maior sensibilização aos dados obtidos. Uma vez que se trata de respostas aos modos de enfrentamento adotados e por se considerar um conceito extremamente sensível, quanto mais meticulosa for a análise realizada, mais próximo será da realidade do sujeito respondente. Nesse caso foram adotados intervalos para a ocorrência de determinada estratégia, configurando-se da seguinte forma:

Tabela 7 - Categorias de intensidade do EMEP

Intensidades da utilização de estratégias de enfrentamento	Faixas das médias
Eu nunca faço isso	1 – 1,5
Intermediário entre nunca e pouco	1,51 – 1,99
Eu faço isso um pouco	2,0 – 2,5
Intermediário entre pouco e às vezes	2,51 – 2,99
Eu faço isso às vezes	3,0 – 3,5
Intermediário entre às vezes e muito	3,51 – 3,99
Eu faço isso muito	4,0 – 4,5
Intermediário entre muito e sempre	4,51 – 4,99
Eu faço isso sempre	5,0

Conforme descrito na tabela 7, as intensidades foram adotadas objetivando mais precisão as respostas dos pacientes que serão analisadas com mais detalhes posteriormente em subtópico que visa avaliar o objetivo geral do estudo e como parte disso será analisado o instrumento EMEP de acordo com essa classificação de intensidades e valores específicos.

No que diz respeito ao outro instrumento utilizado, o EAS, foi preciso avalia-lo em cinco dimensões. De acordo com Sherbourne e Stewart (1991), escalas que apresentam dimensões diversas tem se mostrado controversas em relação as evidências empíricas, ou seja, essas dimensões acabam sendo intimamente correlacionadas e ocorre uma difícil distinção entre elas. Entao, Griep *et al.* (2005) conclui que esse tipo de relação é esperada, uma vez que as pessoas que recebem determinado tipo de apoio tem mais probabilidade de receber outros tipos de ajuda, fazendo com que as perguntas representem um mesmo tipo de constructo – apoio social – e, portanto, guardam o seu grau de correlacionamento. Essa ênfase em distinguir diferentes tipos de apoio, pode se relacionar com a possibilidade de importâncias diferentes em diversos desfechos de saúde.

Nesse sentido, Griep *et al.* (2005) considera 5 dimensões de apoio social na versão traduzida da escala para efeitos de classificação das perguntas e análise dos resultados, conforme representado os escores médios obtidos:

Tabela 8 - Escore médio e desvio padrão dos 5 fatores das dimensões de apoio social da escala EAS

Dimensões do Apoio Social	Nº de itens	Escore Médio + D�svio Padr�o
Material	4	90,2 ($\pm 16,3$)
Emocional	4	84,5 ($\pm 18,7$)
Afetivo	3	93,1 ($\pm 14,3$)
Intera�o social positiva	4	84,6 ($\pm 18,9$)
Informa�o	4	86,7 ($\pm 16,4$)
Total	19	87,5 ($\pm 14,6$)

Desse modo,   observado na tabela 8, que as dimensões encontram-se bastante próximas umas das outras, mantendo um padrão alto de escores. Esses resultados foram obtidos através da soma da pontua o pelas questões de cada uma das dimensões, sendo posteriormente dividida pelo escore máximo possível na mesma dimensão, que irá variar de acordo com o número de perguntas, e por fim, multiplicado esse resultado total por 100, a fim de adquirir o escore. Para elucidar essa explica o, se um sujeito respondeu todas as 4 questões da dimensão material com 3, alcançará uma soma de 12 pontos, que será dividida pela pontua o máxima ($4 \times 3 = 12$), multiplicando esse resultado por 100 e obtendo um escore final de 60 nessa dimensão. Como não há um consenso na literatura sobre pontos de corte, assume-se que quanto mais próximo de 100 for a pontua o na escala, melhor o apoio social percebido (Chor *et al.*, 2001).

Dessarte, conforme a descri o da tabela 8, serão destacadas as pontua es de escores das dimensões de apoio social em que os indivíduos tiveram uma maior percep o e as que perceberam menos. Assim, o escore de apoio social afetivo (93,1) e a de material (90,2), aparecem com maior ênfase entre os participantes. Em contrapartida, os fatores emocional (84,5) e intera o social positiva (84,6) despontam como menos percebidas pelos participantes. De uma forma geral, os escores das categorias de apoio social apresentaram-se bastante próximos uns dos outros, com poucas diferenças significativas, mas que ainda assim,

demonstra um padrão entre os respondentes de uma aparente utilização desses recursos no momento vivenciado de internação na UTI.

A partir dos dados descritivos explanados e discutidos até o momento, é preciso que seja aprofundado de forma mais evidente a análise de estatística inferencial evidenciada dos objetivos geral e específicos propostos. Portanto, a divisão dos próximos aspectos da análise em seções que correspondem a cada objetivo proposto, fazendo os apontamentos estatísticos inferenciais de cada um deles, tornando mais didático e respondendo à proposição da pesquisa científica.

5.3. Objetivo Geral - Investigar o apoio social percebido e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes adultos na Unidade de Terapia Intensiva

- Apoio Social utilizado pelos pacientes adultos na Unidade de Terapia Intensiva

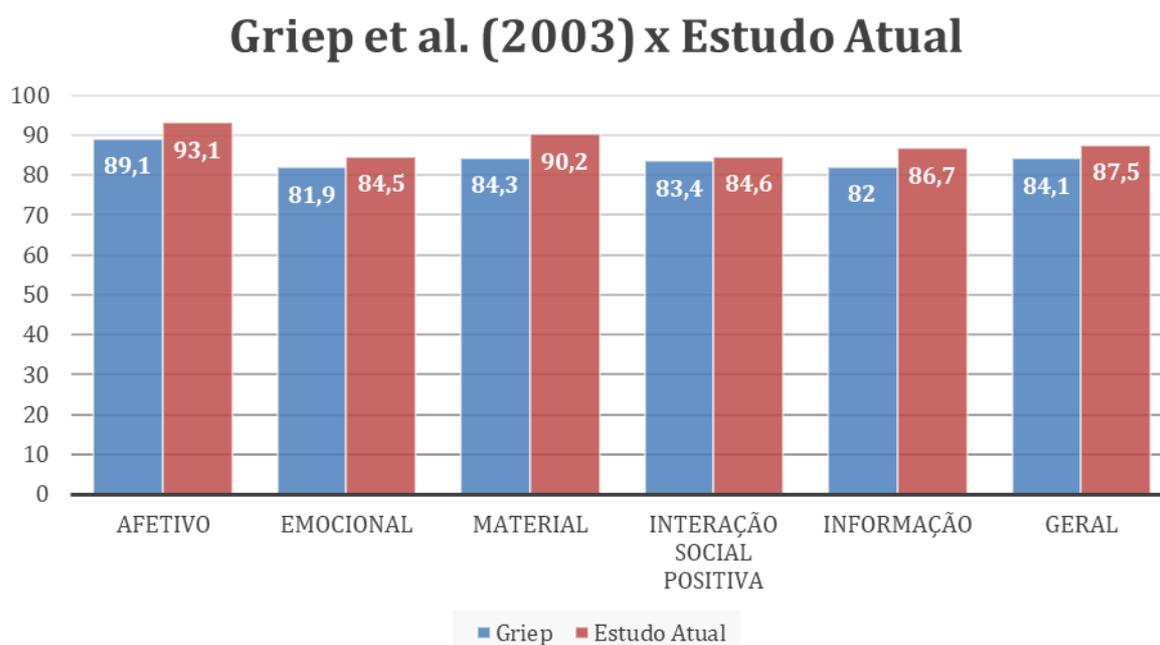
A avaliação dos escores do apoio social foram realizados através da mediana, por ser o ponto central da amostra, assim, se os escores forem altos, significa dizer que os pacientes internados na UTI alcançaram índices satisfatórios no que concerne a essa dimensão psicológica. Desse modo, as mediana das 5 dimensões de apoio social mais o escore geral se configuraram da seguinte forma:

- Apoio afetivo atingiu a mediana de 100 (Com valores de mínimo de 33.3 e máximo de 100);
- Apoio emocional demonstrou 90 (com mínimo de 30 e máximo de 100);
- Apoio material foi 100 (mínimo = 20 e máximo = 100);
- A dimensão de interação social positiva foi 90 (mínimo = 20; máximo = 100);
- O apoio de informação foi 92,5 (mínimo foi 35 e máxima de 100);
- Por fim, o escore total de apoio social foi 92,6 (mínimo = 31,6 e máximo = 100).

Considerando as descrições em seções anteriores acerca do significado dos intervalos de escore (quanto mais próximo de 100, melhor é a percepção de apoio), os pacientes internados na unidade de terapia intensiva apresentaram uma percepção de apoio social muito bom. Inclusive, é de importância ainda pontuar que esses dados corroboram com as respostas dos Questionários Sociodemográficos acerca de visitas em que 92% dos respondentes pontuaram estar recebendo visitas durante o período da internação.

Comparativamente, as pontuações médias da escala de apoio social encontradas neste estudo obtiveram escores mais elevados do que as médias resultantes do estudo de Griep et al. (2003), que realizaram a validade de constructo da Escala de Apoio Social. De acordo com o gráfico é possível observar as divergências entre os escores obtidos nos diferentes estudos:

Figura 2 - Comparação entre estudos de Griep et al (2003) e estudo atual



As diferenças observadas entre os estudos corresponde a uma máxima de 6,54% para a dimensão material e apresentando praticamente uma igualdade percentual – somente 1,42% de diferença – na dimensão de interação social positiva. Essas discretas diferenças de escores são até certo modo esperadas devido a heterogeneidade entre as populações que foram

investigadas, uma vez que o contexto de Griep (2003) era o Rio de Janeiro (sudeste do país) e a presente pesquisa foi realizada em Natal (nordeste do país).

Nesse sentido, quando os pacientes encontram-se internados no contexto hospitalar, a presença – mesmo que em visitas – de membros da familiar ou amigos tende a contribuir para a melhora do estado de saúde, proporcionando segurança e bem-estar ao paciente (Mistura *et al.*, 2014). Além disso, a vinculação satisfatória com a equipe de saúde pode proporcionar melhor aprendizado sobre a condução do tratamento e cuidados após alta. (Antunes, Marcon & Oliveira, 2013).

Assim, esse sentimento conforme menciona em capítulos teóricos está conectado à força interior dos pacientes e que conforme descrito nos resultados, foi possível perceber que apesar das adversidades e do contexto da unidade de terapia intensiva, os pacientes obtiveram índices altos no que condiz a percepção desse apoio recebido por familiares, amigos ou até mesmo equipe de saúde. Esse sentimento pode estar fortalecido também uma vez que ao se deparar com uma situação extremamente fragilizadora, os pacientes encontram “forças” para persistir devido ao suporte encontrado nas relações interpessoais. Os resultados reforçam essa idéia, bem como corrobora com os dados da literatura em que preconiza o papel essencial da família no que se refere as demandas do processo de saúde/doença de um ente, representando assim a sensação de segurança e proteção (Frizon *et al.*, 2011).

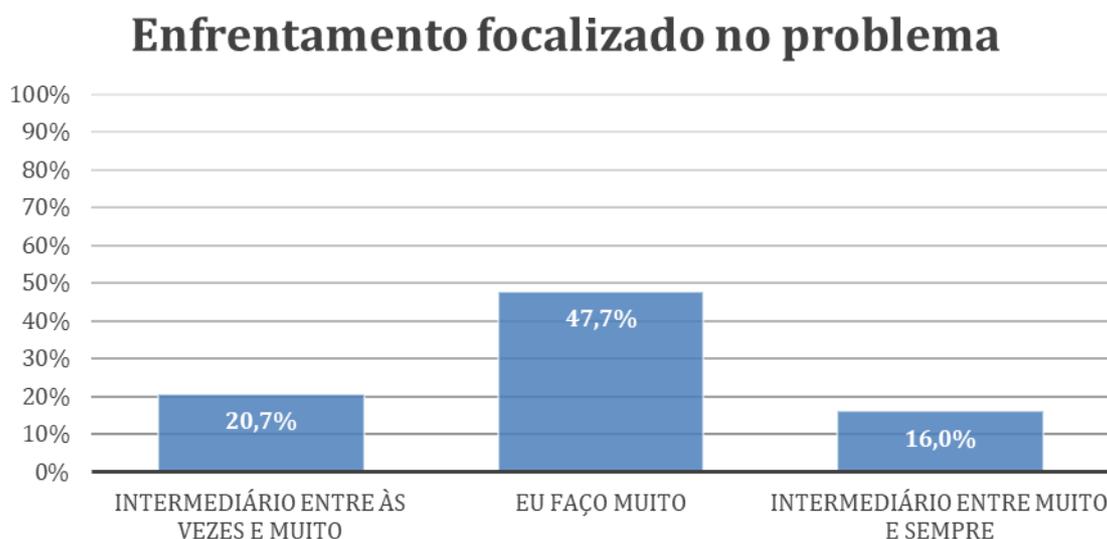
- Estratégias de Enfrentamento utilizadas pelos pacientes Adultos na Unidade de Terapia Intensiva

Ao analisar de forma mais específica os resultados das respostas dos pacientes internados na UTI acerca estratégias de enfrentamento utilizadas, foi optado pela elaboração de gráficos que destacassem as principais faixas categorizadas, de modo a compreender como se comportou esse constructo tão sensível. Para efeitos elucidativos, foram expostos nos gráficos

dos quatro fatores, as categorias que mais se destacaram, adotando como parâmetro um percentil a partir de 5% no que concerne às respostas dos pacientes (Conceição, 2008).

No que concerne aos resultados obtidos nas respostas dos pacientes que se encontram internados na Unidade de Terapia Intensiva, foi realizada uma análise mais aprofundada dos fatores da escala de modo de enfrentamento ao problema. Conforme descrito anteriormente, foram selecionadas faixas referentes as médias obtidas item a item, de modo que ocasionassem uma resposta mais fidedigna ao constructo em questão – estratégias de enfrentamento.

Figura 3 - Percentuais categóricos do fator 1



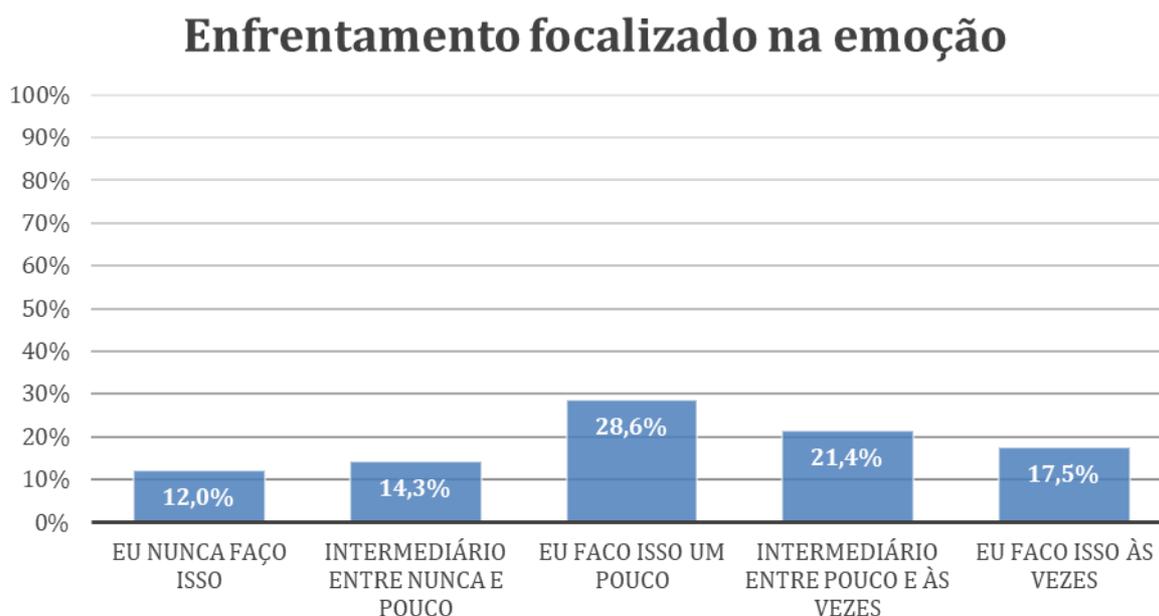
Diante disso, as respostas mais significativas utilizaram a faixa “Eu faço muito” (47,7%) e “Intermediário entre às vezes e muito” (20,7%). No intuito de elucidar e conceituar, os autores Folkman e Lazarus (1985) pontuaram que a utilização da estratégia do tipo focalizado no problema indica uma atitude proativa diante de uma situação difícil, no intuito de manejar ou modificar essa situação que originou o problema.

Corroborando com essa conceituação e os dados obtidos através das respostas dos pacientes, é possível perceber que os pacientes internados na UTI provavelmente identificam a situação como complicadora e tenta promover recursos internos para lidar com o momento vivenciado, compreendendo que algumas atitudes podem ser modificadoras ou manejadoras

da condição em que se encontra. Por se tratar de uma estratégia de enfrentamento utilizada fortemente e com altos escores de média, sendo um dos principais recursos disponíveis encontrados pelos pacientes.

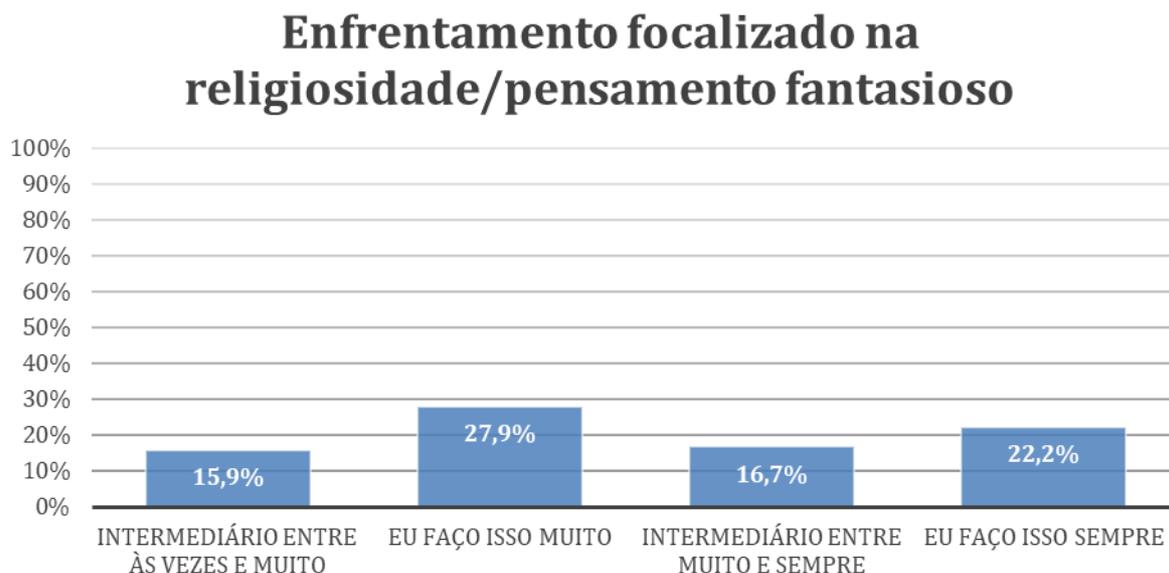
Em relação ao enfrentamento focalizado na emoção, foi possível, conforme demonstrado anteriormente, observar que obteve uma das menores médias entre as respostas dos pacientes, mas produzindo um coeficiente de variação elevado em comparação à média (>25%), demonstrando assim a heterogeneidade das respostas. De todo modo, as faixas que mais apareceram nas respostas foram “Eu faço isso um pouco” (28,6%) e “Intermediário entre pouco e às vezes” (21,4%). É imprescindível ainda pontuar que Folkman e Lazarus (1985) caracterizam essa estratégia como a utilização de atitudes de afastamento, de fuga e adoção de comportamentos evitativos diante do problema (tais como álcool, drogas, descargas emocionais, etc). Pode-se dizer diante dos preceitos da literatura que essa estratégia adotada é pouco adaptativa diante da situação, uma vez que não enfrenta-a e lida com as possibilidades de manejo ou modificação.

Figura 4 - Percentuais categóricos do fator 2



Considerando o contexto que os pacientes foram questionados, promove-se a interpretação que diante da situação vivenciada, que muitos desses indivíduos se viram diante da morte e lidando – precisamente 70,6% de todos os entrevistados – com uma situação nunca antes vivenciada, que era a internação de Unidade de Terapia Intensiva. Diante do que já foi explorado pode-se inferir que os indivíduos se encontram ainda mais apreensivos do seu processo, enfrentando a realidade e se dando conta de que determinadas ações podem prejudica-los no processo de recuperação – agora de modo mais iminente por se encontrar no setor intensivas. Esse ambiente pareceu promover uma espécie de conscientização - temporária ou não – acerca do adoecimento e das complicações patológicas.

Outro fator considerado no instrumento foi o de enfrentamento focalizado na religiosidade e no pensamento fantasioso, em que para o público em questão, apresentou-se com média mais elevada entre os indivíduos. Os resultados apontaram para duas faixas mais significativas, em que prevaleceu “Eu faço isso muito” (27,9%), seguido de “Eu faço isso sempre” (22,2%). Esse resultado vem a corroborar as respostas das religiões dos participantes em que demonstraram possuir alguma religião em 79,4% dos pacientes. Dito isso, Folkman e Moskowitz (2004) ainda discorrem sobre o conceito de religiosidade como fator colaborador para resolução de problemas, como também a responsável pelo desfecho dos mesmos através do pensamento fantasioso.

Figura 5 - Percentuais categóricos do fator 3

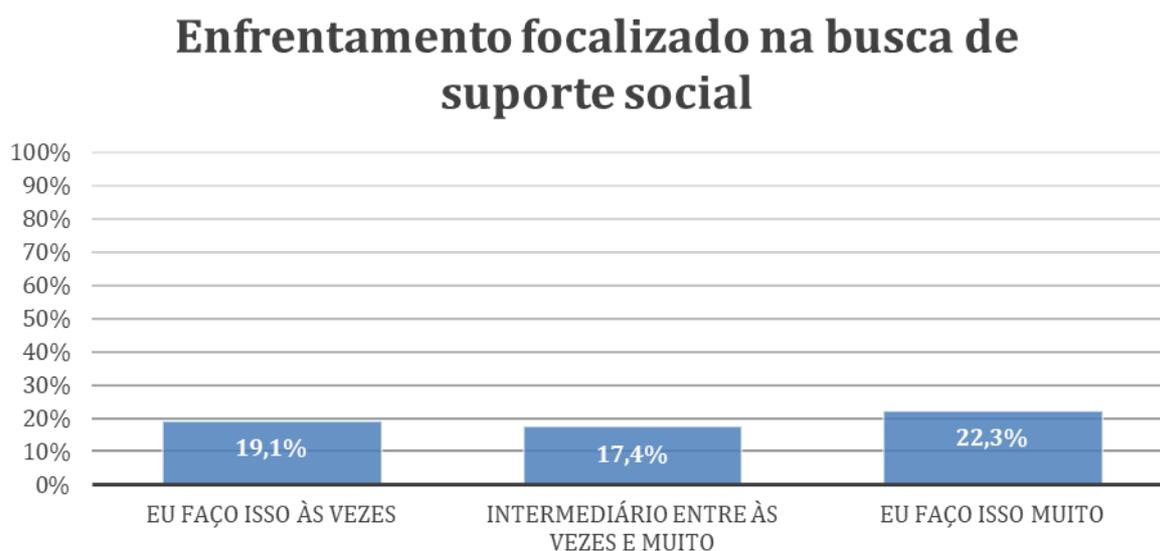
Entretanto, essa estratégia de enfrentamento não pode ser analisada de forma isolada, sendo necessário entender se é uma estratégia utilizada de forma adaptativa, com foco e direcionamento na resolução e/ou manejo do problema ou se está sendo utilizada de modo desadaptativo para mascarar possíveis medos, sintomas de ansiedade ou outros, contribuindo assim para a presença marcante de pensamentos fantasiosos e nenhum empenho ativo do paciente em seu processo de adoecimento e hospitalização. Diante das respostas dos pacientes, foi possível evidenciar a consolidação dessa estratégia enveredando sob dois aspectos: 1-Como fator protetivo e estruturante; 2-Como fuga da realidade.

No que concerne ao primeiro aspecto, esse modo de enfrentar o problema quando associado a gravidade da saúde, combinada com os pensamentos de recuperação da saúde, consequentemente diminui a vulnerabilidade a estressores ocorrendo assim a construção de sentido à vida, motivando o paciente com ênfase na melhora e em melhores expectativas em relação ao futuro. Em relação ao segundo aspecto, acaba promovendo uma idealização fantasiosa acerca dos acontecimentos em relação a patologia, a internação e outras perspectivas envolvendo esse momento, de forma que pode ocorrer em algumas situações de aumento da resposta de recuperação por parte desses pacientes (Ribeiro & Minayo, 2014). Apesar da

realização de divisão em dois aspectos, é importante salientar que são dinâmicos e que ora o paciente pode apresentar um, ora pode apresentar outro, como podem perpassar por momentos de subjunção.

Por fim, o fator 4, que finaliza os subconjuntos de estratégias de enfrentamento, tem como ênfase a busca de suporte social, em que os indivíduos em determinadas situações estressoras ou difíceis optam pela ajuda de familiares, amigos e/ou pessoas conhecidas para obter apoio em lidar com a problemática. Desse modo, os resultados ficaram bastante próximos em termos de percentual por faixa, prevalecendo “Eu faço isso muito” (22,3%) e “Eu faço isso às vezes” (19,1%), conforme descrito no gráfico:

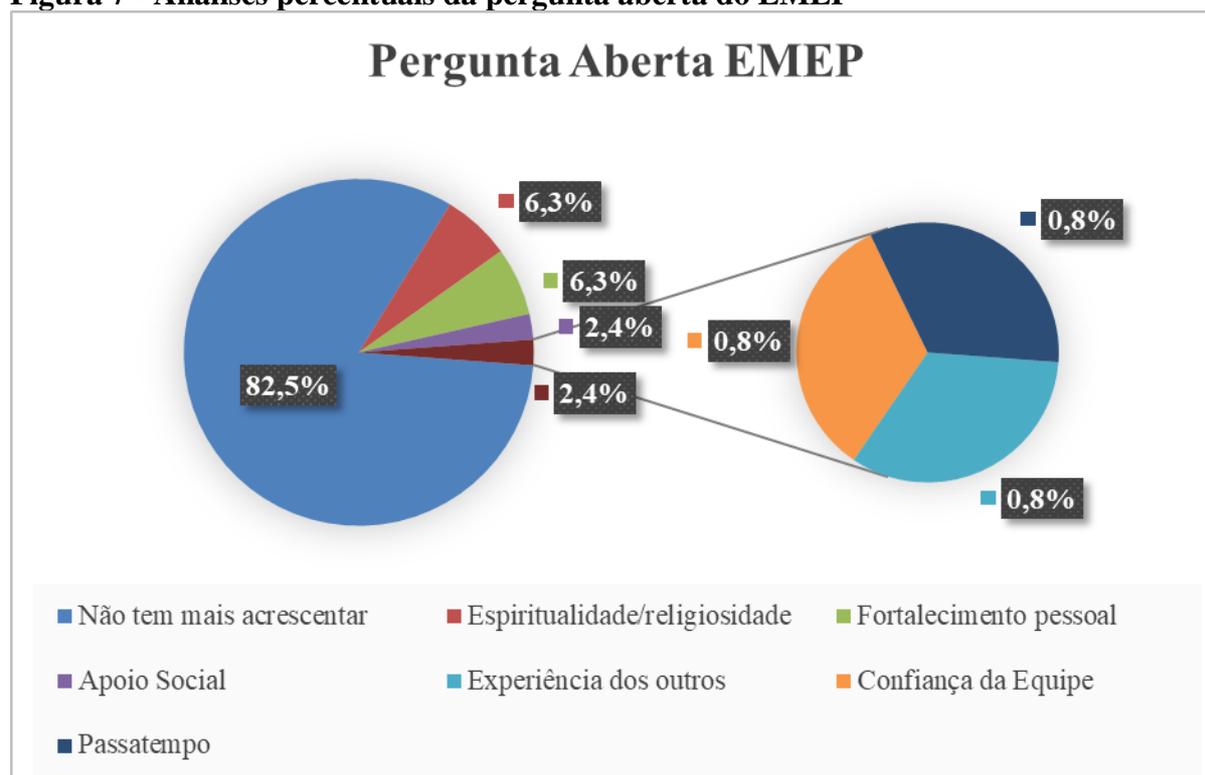
Figura 6 - Percentuais categóricos do fator 4



Os resultados expostos no gráfico 5, corroboram não somente com as respostas obtidas no questionário sócio-demográfico acerca de possíveis redes de apoio dos pacientes, como também faz uma estreita conexão com os resultados encontrados na Escala de Apoio Social administrada nessa mesma pesquisa. Esses dados revelam o índice considerável de estudos que permeiam a família e a importância do apoio social no processo de recuperação de um paciente (Pinto et al, 2016).

Avaliando o instrumento como um todo, é importante analisar a pergunta aberta que há ao final da aplicação em que questiona ao respondente “Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar essa situação de internação na UTI?”. Essa pergunta foi analisada a partir do método de análise de conteúdo, distribuindo de acordo com as respostas dos participantes, categorias significativas de suas respostas. A análise de conteúdo utilizada foi à luz da teoria de Bardin (2006), em que pontua como etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Seguindo todas as etapas propostas, foi possível elaborar um gráfico através das dimensões de codificação, classificação e categorização através das respostas dos pacientes entrevistados. De acordo com o gráfico, é possível compreender a linha de pensamento que os pacientes se detiveram:

Figura 7 - Análises percentuais da pergunta aberta do EMEP



Conforme visualizado no gráfico 6, a maior parte dos respondentes (82,5%) responderam que não havia mais nada à acrescentar para além do que já havia sido respondido ao longo do instrumento de 45 questões acerca de estratégias de enfrentamento. Os demais 22 respondentes (17,4%) atentaram a sua resposta para categorias desenvolvidas de acordo com o conteúdo

temático ao qual se ativeram. Esses dados referentes a pergunta aberta, apesar do grande quantitativo de não respondentes, corroboraram com as pontuações médias descritas pelos fatores em termos hierárquicos, ou seja, àqueles fatores que demonstraram maiores pontuações apareceram – dentro da amostra respondente – entre maiores percentuais nas respostas à pergunta aberta.

Comparando essa afirmação, é possível realizar os possíveis destaques: 1) Estratégia focalizada em pensamentos religiosos/fantásticos ($M= 4,18$) aparece como conteúdo temático de Espiritualidade/religiosidade com o equivalente a 36,2% da amostra respondente à questão aberta; 2) Estratégia focalizada no problema ($M= 4,03$) aparece como conteúdo equivalente/semelhante quando os pacientes respondiam temáticas relacionadas a fortalecimento pessoal (percentualmente 36,2% da amostra respondente à questão aberta). Desse modo, através das respostas e das análises realizadas pode-se perceber que há uma linearidade de pensamento do que foi respondido nos itens e da resposta consequente à pergunta. Ao mesmo tempo que essa pergunta permite uma adequação pessoal ao que se estar vivenciando e a forma como o paciente lida subjetivamente com a internação na UTI, é interessante evidenciar que haja a possibilidade de esgotamento de todos os modos de estratégias utilizadas pelo indivíduo naquele contexto e nessa amostra específica, explicando assim, o número elevado de não respondentes.

5.4. Objetivo Específico 1 – Verificar se há diferença nas estratégias de enfrentamento e no apoio social percebido entre homens e mulheres

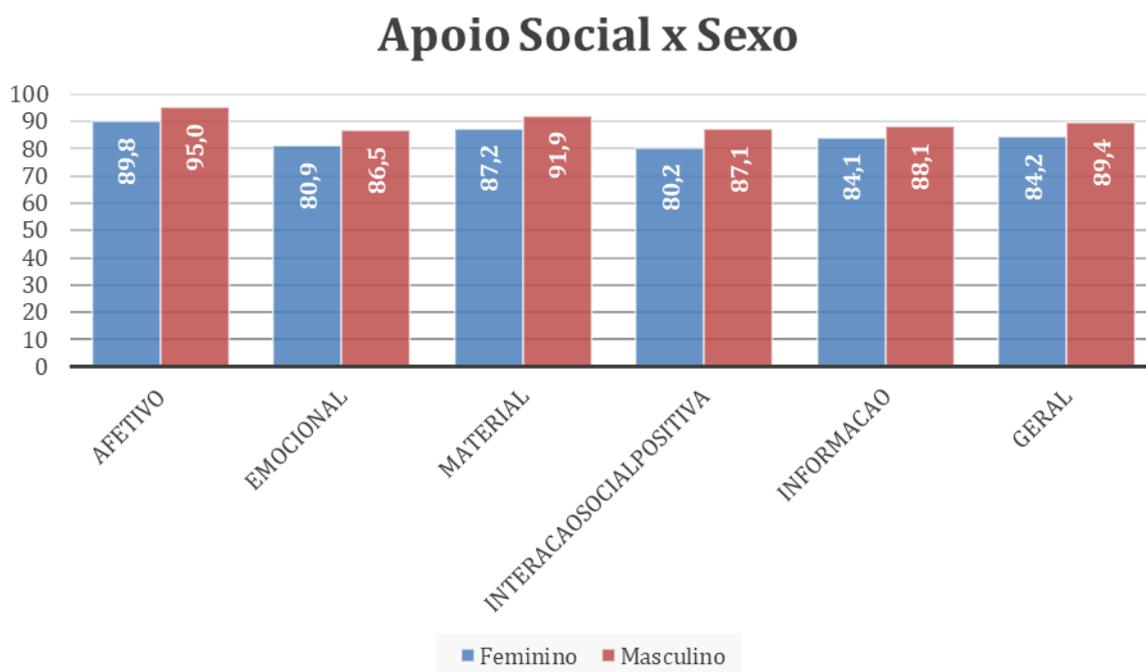
- Apoio Social x Sexo

Ao realizar a análise referente as possíveis diferenças existentes entre homens e mulheres na percepção do apoio social, foi verificado que por se tratar de uma amostra não-paramétrica, o teste U de Mann-Whitey demonstrou-se como mais apropriado para tal.

Após o resultado, foi observado que seria necessário reter a hipótese nula, indicando que não houve diferença estatisticamente significativa entre esses grupos de indivíduos. Entretanto, isso não indica propriamente que as médias dos escores sejam idênticas ou que não possam existir efeitos substantivos, somente que não houve evidência forte o suficiente para provar que a hipótese nula era falsa (Rumsey, 2009).

Desse modo, foi desenhado um gráfico em que pudesse ser visualizado a diferenças de escores entre homens e mulheres conforme demonstrado:

Figura 8 - Comparação entre escores de apoio social x gênero



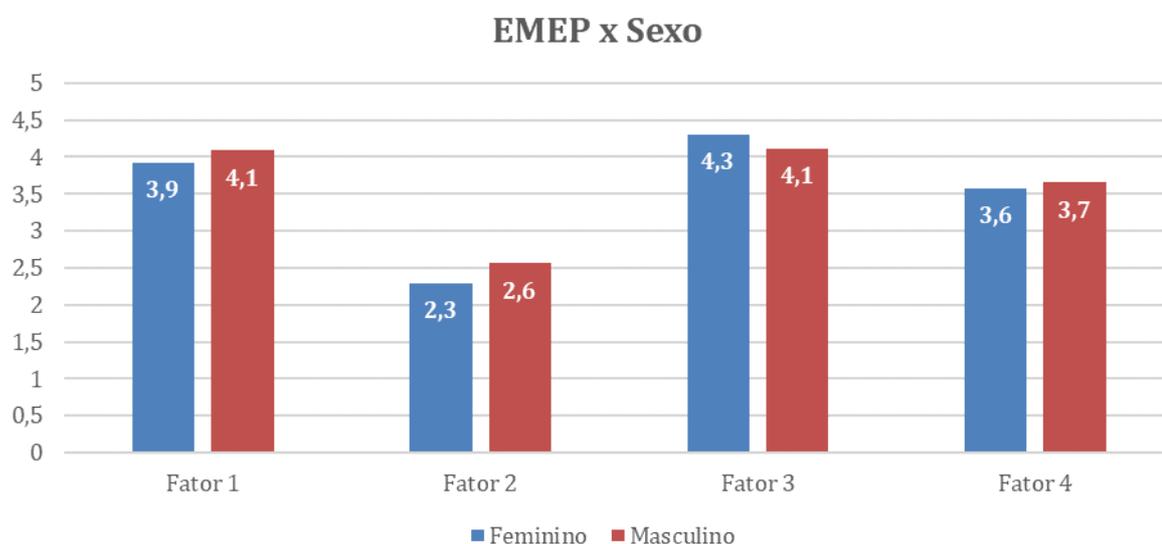
Analisando o figura 8 é possível perceber que de uma forma geral, os participantes do sexo masculino obtiveram em todas as dimensões escores mais altos, inclusive quando comparados com a média geral obtida, conforme mencionado em seções anteriores. É importante ainda enfatizar que as dimensões de Interação Social Positiva (6,9%) e Emocional (6,53%) apresentaram a maior diferença percentual entre homens e mulheres. Esses dados corroboram ao mesmo tempo com divergências entre esses grupos como sendo

significativamente pequenas, como também não excluindo essa avaliação mais aprofundada considerando que é um constructo tão sensível e de cunho sócio-psicológico.

- Estratégias de Enfrentamento x Sexo

No que concerne aos aspectos evidenciados das estratégias de enfrentamento, é preciso considerar que esse constructo foi avaliado a partir de 4 fatores anteriormente elencados do instrumento EMEP. A amostra evidenciada é não-paramétrica, para isso foi utilizado o Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes para que possibilitasse comparações. De acordo com os dados encontrados, foi configurado que não houve diferenças significativas ($p > 0,05$) entre homens e mulheres nos quatro fatores de modo de enfrentamento de problemas, fazendo assim com que a hipótese nula ficasse retida. Da mesma forma como foi avaliada a média das dimensões do apoio social, foi optado na mesma linha para analisar as estratégias de enfrentamento utilizadas entre homens e mulheres, conforme descrito no quadro:

Figura 9 - Comparação entre médias de estratégias de enfrentamento x gênero



Diante dos expostos no gráfico 8, é possível perceber que as médias apresentaram valores diferentes entre os pacientes do sexo masculino e feminino, mas com uma aproximação ainda

maior entre esses grupos quando comparada com a diferença existente no apoio social. Desse modo, há um possível padrão de resposta semelhante entre homens e mulheres nos diferentes fatores, destacando uma discreta diferença nos fatores 1, 2 e 4 em que os homens aparecem com uma média maiores do que as mulheres. Sendo possível evidenciar somente uma média mais alta entre pacientes do sexo feminino no fator 3 – remete as estratégias de cunho religioso/pensamentos fantasiosos. Ainda em termos comparativos, o fator 2 (estratégias focalizada na emoção), apresentou um maior percentual de diferença (10,43%) entre participantes do sexo masculino e feminino.

Vale ainda salientar que esse destrinchamento dos dados – mesmo com o $p > 0,05$ – ocorreu para que a análise fosse realizada de modo completo, analisando as médias apresentadas em cada um desses grupos e seus respectivos fatores. Através desses dados de significância, mesmo quando negativos ao esperado, são também resultados tão válidos quanto os positivos, uma vez que ao publicar essas constatações evita a possível duplicação de estudos para tentar provar algo que já foi verificado empiricamente (Vieira, 2011).

Através das análises realizadas e dos resultados encontrados, almejamos pelo valor de $p < 0,05$ para comprovar as diferenças estatísticas que foram planejadas ao se construir um determinado estudo. Entretanto, o valor por vezes alto de p não significa necessariamente a ausência de efeito, mas diversas hipóteses podem surgir, entre elas que houve uma diferença percentual de respondentes homens (64,3%) e mulheres (35,7%), podendo assim, provocar essa interferência quando comparado dados intergrupos. Outro dado ainda relevante é que para o tipo de amostra pesquisada, diferenças de 5% podem ser significativas do ponto de vista clínico, sem, no entanto, serem do ponto de vista estatístico (Conceição, 2008). Desse modo, o detalhamento aqui ocorreu justamente por essas nuances da amostra pesquisada

5.5. Objetivo Específico 2 - Avaliar se há correlação entre o apoio social percebido pelos pacientes e o modo de enfrentamento.

Na análise desse objetivo, é preciso antes da apresentação dos resultados, compreender o que é proposto a avaliar. Desse modo, a proposição é a verificação da existência ou não de possíveis correlações entre as dimensões que abarcam o apoio social e as estratégias de enfrentamento. Para efeitos de clarificação, a correlação revela se existe uma relação funcional – quando as modificações sofridas por uma variável são acompanhada por alterações em outra variável – entre variáveis. Dito isso, essa é uma das técnicas estatísticas mais utilizadas em Psicologia (Faísca, 2010), pois através desse recorte permite-se avaliar o sentido (diretamente/positivo ou inversamente/negativo) e a intensidade (negligenciável, fraca, moderada, forte ou muito forte) da relação entre duas variáveis quantitativas. Ainda corroborando a isso, permite inferir possíveis avaliações de qual variável é melhor preditora de outra variável de interesse, em outras palavras, a variável que guarda uma relação de intensidade mais forte com a variável de interesse (e.x: estratégias de enfrentamento, apoio social).

Após a escolha pela técnica estatística de correlação, é importante considerar o teste de correlação que será utilizado. No caso desse estudo específico, por se tratar de uma amostra em que demonstrou uma curva de normalidade fora do padrão, valores de $p < 0,05$ no teste de Kolmogorov-Smirnov, então optou-se pela Correlação de Spearman. Desse modo, quando configuradas as variáveis que se propõe a avaliar nesse objetivo (todas as dimensões de apoio social x todos os fatores das estratégias de enfrentamento), o *output* se configura conforme descrito no tabela 9, em que estão destacados os resultados significativos:

Tabela 9 - Correlações entre fatores do EMEP x dimensões do EAS

		Interacao Social					
		Afetivo	Emocional	Material	Positiva	Informacao	Geral
Fator1	r	.251**	.330**	.315**	.220*	.320**	.331**
	Valor de p	.005	.000	.000	.013	.000	.000
Fator2	r	.130	.112	.129	.138	.097	.108
	Valor de p	.148	.213	.150	.123	.281	.227
Fator3	r	.233**	.240**	.297**	.133	.299**	.257**
	Valor de p	.009	.007	.001	.137	.001	.004
Fator4	r	-.005	.222*	.160	.163	.192*	.200*
	Valor de p	.954	.013	.074	.068	.031	.025

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral) * . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral)

De acordo com a observação realizada no quadro de correlação entre as variáveis, é possível destacar os extremos – as que mais se relacionaram e as que menos se relacionaram -, assim, no quesito de maior número de relações significativas é possível evidenciar o fator 1 (estratégias focalizadas no problema) em que se relacionou com todas as dimensões de apoio social, apresentando inclusive as melhores intensidades. Por outro lado, o fator 2 (estratégias focalizadas na emoção) não obteve nenhum valor de p significativo, dessa forma, não relacionou-se com nenhuma das dimensões de apoio social.

Ainda acerca dos valores demonstrados no tabela 9, é possível evidenciar que todos os fatores e dimensões de relacionam diretamente umas com as outras, apresentando um valor positivo de sentido, inferindo assim que os valores elevados de uma variável estão associados a valores elevados de outra variável, assim como o valores baixos de uma variável estão associados a valores baixos da outra variável. Assim, é possível dizer, por exemplo, que ao individuo utilizar com mais intensidade as estratégias de enfrentamento focalizado no problema, é também um indicativo da maior percepção de recursos da dimensão de apoio emocional.

Esses resultados, portanto, corroboram com uma das hipóteses iniciais do estudo em que pontuava: “Espera-se que os pacientes que percebem o suporte social como satisfatório possuam estratégias de enfrentamento adaptativas ao problema.”. Conforme previsto na tabela

8, o fator 1 (estratégias de enfrentamento focalizadas no problema) está atrelado a todas as dimensões de apoio social de forma positiva, indicando que os pacientes que obtiveram escores altos de apoio, tiveram a tendência da utilização desse tipo de enfrentamento. Em contrapartida, conforme descrito, o fator 2 não se relaciona com nenhuma das dimensões justamente pelo seu papel antagonista as estratégias adaptativas ao problema, já que pacientes que utilizam o fator 1 tem a tendência a não utilizar estratégias focalizadas na emoção. Esse resultado, corrobora com o estudo de Leite, Amorim, Castro & Primo (2012), em que pontua que de modo geral, os escores elevados no enfrentamento focalizado no problema estão associados a escores baixos no enfrentamento com foco na emoção.

Considera-se na literatura de Lazarus e Folkman (1985) que estratégias focalizadas no problema tem a tendência de uma natureza mais adaptativa, já que há uma aproximação em relação ao estressor e tentativas em lidar com a situação. Entretanto, as estratégias focalizadas na emoção tem uma tendência menos adaptativa, uma vez que há uma tentativa de afastamento do estressor, cumprindo uma “função paliativa” ao problema.

De uma forma geral, na tabela 9 observou-se uma correlação entre quase todos os fatores de estratégias de enfrentamento e dimensões de apoio social, essa íntima relação provavelmente se deva ao que já foi descrito anteriormente ao longo desse trabalho, que é a influência exercida do apoio social nos modos como o paciente enfrenta e lida com uma situação, de modo que os familiares, amigos, a rede de relações desse paciente são fatores protetivos e motivadores para lidar com situações de fragilidade como a internação. Especificamente nas unidades de terapia intensiva adulto em que a pesquisa foi realizada, os pacientes encontravam-se durante a maior parte do tempo sozinhos ou com algumas interações com a equipe de saúde, mas foi possível observar através dos discursos, das respostas aos questionários, bem como a vivência prática, que o momento da visita é um marcador no dia daquele paciente.

Corroborando com essa idéia, o Hospital Moinhos de Vento – Rio Grande do Sul (2017), juntamente com o Ministério da Saúde, desenvolveram uma prática de visita ampliada na unidade de terapia intensiva, desenvolvendo a idéia de que essa prática é uma forma de oferecer suporte ao paciente em várias dimensões (adesão ao tratamento, melhora de orientação alo e autopsíquica, redução dos níveis de ansiedade, dores e medos). Essa é uma prática que não é desenvolvida nas unidades de terapia intensiva pesquisadas (UTI HUOL e UTI HMWG), mas que através dos resultados do presente estudo, verificou-se a importância do apoio social, associado ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas, promovendo diversos benefícios a recuperação e a saúde desses pacientes e que provavelmente com o desenvolvimento de ações que possibilitem o fortalecimento desses constructos, será construído um serviço humanizado e de melhorias significativas ao usuário.

5.6. Objetivo Específico 3 - Investigar se existe relação entre o apoio social percebido, estratégias de enfrentamento utilizadas e variáveis sociodemográficas e clínicas em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Por fim, o último objetivo específico desse estudo, concentrou as informações no que concerne as possíveis relações existentes entre as variáveis sociodemográficas e clínicas encontradas nas respostas ao Questionário Sociobiodemográfico aplicado nos pacientes, com os resultados da Escala de Apoio Social e da Escala de Estratégias de Enfrentamento aos Problemas.

Nesse sentido, devido ao volumoso número de informações, foram selecionadas somente as relações significativas para discussão dos resultados, já que através da interpretação destes dados serão desenvolvidas teorias acerca do comportamento dos pacientes adultos internados nas unidades de terapia intensiva pesquisadas. Desse modo, será possível discutir as principais influências no que diz respeito ao apoio social e as estratégias de enfrentamento.

As variáveis sociodemográficas presentes nesse estudo seguem duas linhas – categóricas e numéricas -. Entretanto, a maior parte dessas variáveis são do tipo categórica e nominal, ou seja, essas variáveis são caracterizadas pelo nome da categoria à qual pertence (estado civil, renda familiar, etc), sendo assim, não podem ser quantificadas por números. A forma de representar alguns desses nomes de forma numérica não prediz que haja um sentido para, por exemplo, consideração desses valores em um estudo de correlação. Todavia, há exceção para o uso de variáveis categorias em correlações desde que essas sejam dicotômicas – assumindo apenas dois valores (sim/não, masculino/feminino, etc).

Dito isso, como não há um consenso na literatura estatística sobre a relação entre variáveis quantitativas (numéricas) e qualitativas (categóricas), em que diversos autores divergem e questionam a veracidade e o peso dos resultados apresentados. Sendo assim, optou-se nesse estudo evidenciar as variáveis categóricas dicotômicas relacionando-se com as numéricas através de correlações e as variáveis categóricas que possuem mais de dois valores, foi escolhido o uso de diferenciações entre grupos.

Diantemão, nesse tópico também serão abordadas três das hipóteses do estudo (a quarta já foi abordada em seções anteriores) apresentando os resultados referente as mesmas. Em relação a hipótese “os pacientes que possuem diferentes patologias clínicas poderão apresentar estratégias de enfrentamento e apoio social percebido de modos diferentes”, foi adotado como modelo estatístico o teste Kruskal-Wallis, em que utiliza como três ou mais populações (no caso, os pacientes com as diferentes patologias clínicas).

Esse modelo é utilizado para testar a hipótese nula (H_0) de que todas as populações possuem funções de distribuição iguais em contraponto com a hipótese alternativa (H_1) de que pelo menos duas das populações possuem funções de distribuições diferentes. Dada a devida explicação, foi aplicado através do SPSS, o teste nas diferentes populações demonstrando que não houve significância em nenhum dos resultados relacionados ao EMEP ou EAS, evidenciando

assim que não há uma relação entre as diferentes patologias dos indivíduos aos modos de enfrentamento e a percepção de apoio social, nesse estudo e com essa amostra especificamente.

Em relação as outras duas hipóteses, “Pacientes com doenças crônicas devem possuir estratégias de enfrentamento mais adaptativas” e “Pacientes com doenças agudas devem possuir estratégias de enfrentamento menos adaptativas”, como se tratam de relações antagonistas (doenças crônicas/agudas e enfrentamento adaptativo/menos adaptativo), não houve uma diferenciação significativa em nenhum dos casos ($p > 0,05$), demonstrando assim, que para essa amostra não houve diferenças se o indivíduo possuía determinado tipo de patologia e o uso de estratégias menos ou mais adaptativas. Além da verificação através do valor de p , também foram verificadas as médias que apresentaram intervalos entre 3,8 – 4,1 (Fator 1), 2,3 – 2,8 (Fator 2), 4,1 – 4,3 (Fator 3) e 3,2 – 3,8 (Fator 4), demonstrando indicativos que os pacientes pontuarem de forma bastante equivalente.

5.6.1. Associações entre variáveis categóricas x numéricas – Diferenciação entre grupos

As variáveis descritas e construídas no questionário sócio-demográfico possuem a sua importância no processo de avaliação e análise desses pacientes, portanto, é adequado que sejam exploradas conforme preconizado no objetivo específico, bem como na identificação de possíveis fatores *outside* do que os instrumentos escolhidos estão formatados a avaliar, fazendo assim, uma avaliação realmente global do indivíduo. As variáveis consideradas categorias (nominais) são as seguintes: Naturalidade, Moradia, Estado Civil, Benefícios, Renda familiar, Reside com quem, Especialidade Médica, Motivo internação, Especificar dor, Especificar atividade lazer, Estado Saude, Especificar visitas, Enfrentamento Internação, Estrutura física e Assistência da Equipe. Entretanto, nem todas essas variáveis serão descritas ao longo do texto, uma vez que podem não estabelecer uma relação que realmente faça sentido ou que sejam significativas.

Dito isso, foi-se optado por realizar o modelo de análise que vise associar as variáveis independentes nominais/ordinais (com até duas categorias) com variáveis dependentes numéricas, denominado assim, no caso para amostra não paramétrica de Teste U de Mann-Whitney. De acordo com Silva & Bogoni (2015), esse teste é aplicado nas situações onde há um par de amostras consideradas independentes e tem a intenção de testar se as populações que deram origem a essas amostras podem ser consideradas semelhantes ou não. Esse teste pode ser considerado a versão não-paramétrica do teste T de Student, para amostras independentes. Desse modo, foram estabelecidas algumas associações entre variáveis, de acordo com a tabela 10, a seguir:

Tabela 10 - Associação entre variáveis (Até 2 categorias)

Variáveis		Valor de p	Valor U
Catégorica	Numérica		
Dor (Sim/Não)	EAS_ Interação Social Positiva	0,034	1,565
Sexo (Masc./Fem.)	Quantos dias de internação	0,019	2,269
Ocupação Profissional (Sim/Não)	Quantidade de internações na UTI	0,009	1,490
Hospital (HMWG/HUOL)	Quantos dias de internação	0,00001	3,154

É possível visualizar através da tabela 10 que a variável catégorica “Dor” associou-se de forma significativa com a dimensão de apoio social interação social positiva, demonstrando ainda que os pacientes que inferiram sentir dor obtiveram média de 56,84 nessa dimensão, enquanto que àqueles que responderam não sentir dor alcançaram uma média de 70,16. Dessa forma, é possível inferir que os pacientes que não possuíam dor acabavam por utilizar-se dessa dimensão de forma mais intensa.

No que concerne a variável “Sexo”, houve uma associação significativa em relação a quantidade de dias de internação na unidade de terapia intensiva. Desse modo, os pacientes do sexo masculino apareceram com uma média de 12,23 dias de internação, enquanto que as pacientes do sexo feminino demonstraram uma média de 3,27 dias na UTI. Assim, esse dado corrobora com informações da literatura científica já exploradas anteriormente nessa

dissertação acerca da procura tardia dos pacientes do sexo masculino e o agravamento das patologias, sendo necessária intervenções de maior complexidade e conforme apresentado nesse resultado, uma maior quantidade de dias de internação.

No que diz respeito ao questionamento de ocupação profissional, a variável numérica que associou-se foi a de quantidade de internações. Os pacientes que responderam não apresentar uma ocupação profissional, apresentaram uma média maior na quantidade de dias internados na UTI (média de 71,78 dias), comparado com àqueles que possuíam ocupação que acabaram pontuando uma média de 57,87 dias na unidade. Demonstrando assim, que àqueles pacientes que não possuem ocupação tinham a tendência a apresentar uma duração 20% maior do que àqueles que possuíam.

Em relação aos dias de internação foi evidenciada uma associação significativa com os hospitais de pesquisa, através da análise do teste U de Mann-Whitney, resultou em que os pacientes do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel (HMWG) tinham uma média de internação de 82,06 dias, enquanto que os pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) apresentavam uma média de 44,94 dias de internação. Esse resultado representa que os pacientes do HMWG tem em média 45,23% a mais de dias de internação em relação aos pacientes do HUOL, pondendo-se inferir algumas teorizações problemáticas acerca da infraestrutura, de recursos humanos, natureza da organização (Urgência/Emergência/Doenças Crônicas), bem como logística acerca dos processos de internação.

Dito isso, ainda foram realizadas outras associações entre as variáveis categóricas com as variáveis numéricas, utilizando-se o teste de análise estatística Kruskal Wallis, que propõe avaliar variáveis com mais de duas categorias e de uma amostra não paramétrica. Foram apresentadas somente as variáveis que possuíam associações significativas, conforme explicitado na tabela 11:

Tabela 11 - Associação entre variáveis – Diferenciação entre grupos (>2 categorias)

Variáveis		Valor de p
Catégorica	Numérica	
Estado Civil	EAS_Afetivo	0,036
Estado Civil	EAS_Material	0,004
Estado Civil	EAS_ Interação Social Positiva	0,011
Estado Civil	EAS_Geral	0,018
Renda Familiar	Fator 1	0,015
Estrutura Física	EAS_Afetivo	0,032
Estrutura Física	EAS_Emocional	0,023
Estrutura Física	EAS_Geral	0,027
Estrutura Física	Quantos dias de internação	0,006
Assistência da Equipe	EAS_ Informação	0,046
Especialidade médica	Quantos dias de internação	0,00001
Enfrentamento da Internação	Quantos dias de internação	0,011

Assim, é possível evidenciar as relações que apresentaram significância entre as variáveis independentes nominais e variável dependente quantitativa. Desse modo, considerando que as variáveis analisadas possuem mais do que duas categorias, é correto utilizar-se do teste de Kruskal-Wallis. Conforme é observado na tabela 11, as variáveis independentes nominais “Estado Civil” e “Estrutura Física” apareceram com maior número de associações entre variáveis dependentes quantitativas.

No que diz respeito a variável estado civil, evidenciou-se que na dimensão de apoio social afetivo e material, os viúvos utilizaram mais dessas dimensões – atingindo escore próximos ou iguais a 100 - do que as demais categorias dessa variável. Já nas dimensões de Interação Social Positiva e Geral, o público que atingiu maiores escores foram indivíduos em união estável ou casados. Demonstrando, assim, que os participantes solteiros, divorciados e separados atingiram menores pontuações no que concerne da percepção acerca de apoio social em que a escala utilizada pretendia mensurar.

Em relação a variável “Estrutura Física”, houveram relações significativas com as dimensões de apoio social afetivo, emocional e geral, de tal modo que, àqueles indivíduos que percebiam a estrutura física como ótimo, passou a utilizar de modo mais intensivo dessas três dimensões de apoio, com valores de escore que variavam entre 95,4 a 86. Em relação a

associação entre a estrutura física e a quantidade de dias internados na UTI, é demonstrada uma relação altamente significativa, sendo perceptível de acordo com as análises, que à medida que o indivíduo passa mais tempo internado naquele ambiente, a sua percepção acerca da estrutura passa a ser pior.

No que compete a variável “Renda Familiar”, houve uma associação significativa com o fator 1 da escala de modos de enfrentamento ao problema, demonstrando que os indivíduos que possuam uma renda familiar de menos de 1 salário mínimo pontuaram uma média de 3,8, em contrapartida, àqueles indivíduos que possuíam uma renda familiar de 7 ou mais salários mínimos obtiveram uma média de 4,3. Dessa forma, é objetivo pontuar que à medida que os participantes possuem menor renda, há uma tendência menor de se utilizar de estratégias de enfrentamento focalizada no problema. Enquanto que os pacientes que possuíam maior renda, acabavam apresentado médias maiores nessa mesma estratégia.

A “assistência da equipe” foi uma variável que demonstrou uma associação significativa com a dimensão de apoio social de informação, em que os pacientes que responderam “ruim” para a assistência da equipe, obtiveram pontuações maiores (escore de 95) nessa dimensão de apoio.

Por fim, as variáveis “Especialidade médica” e “Enfrentamento da internação”, relacionaram-se significativamente com a quantidade de dias de internação desse paciente. A especialidade médica teve uma associação bastante significativa, em que a Nefrologia aparece com a maior quantidade de dias de internação (47,2 dias), seguido da Oncologia com 17,7 dias de internação. Já a variável que avaliava o enfrentamento a internação a partir da perspectiva do paciente, demonstrou que à medida que o paciente aumentava o seu tempo de internação, a respostas na escala likert iam piorando, dessa forma, os pacientes que responderam enfrentar de forma ruim a situação tinham uma media de 15,47 dias de internação, em contrapartida, àqueles que pontuaram como ótimo, possuíam uma media de 2,98 dias de internação.

5.6.2. Correlações entre variáveis numéricas e categóricas dicotômicas

Para efeitos organizativos, esse segundo tópico foi desenvolvido para separação das análises entre variáveis categóricas dicotômicas e variáveis numéricas. Como forma de elucidar, foram consideradas as variáveis dicotômicas: Sexo, Hospital, Escolaridade, Religião, Ocupação Profissional, Realização de cirurgia, Dor, Atividade Lazer, Visitas. As variáveis numéricas: Médias dos fatores do EMEP, Escores das dimensões do EAS, Idade, Filhos, Internações na UTI, Dias na UTI.

Em relação as variáveis numéricas e categóricas dicotômicas, foi adotado a análise através da correlação de Spearman (amostra não-paramétrica), conforme elencada as significativas:

Tabela 12 - Relação entre apoio social e variáveis sociodemográficas e clínicas

Correlação	Coefficiente de Spearman	Valor de p
EAS_Material x Idade	-0,274**	0,002
EAS_Interação Social Positiva x Idade	-0,241**	0,007
EAS_Interação Social Positiva x Dor	-0,190*	0,033
EAS_Emocional x Idade	-0,234**	0,008
EAS_Emocional x Atividade de Lazer	0,192*	0,031
EAS_Informação x Idade	-0,255**	0,004
EAS_Afetivo x Idade	-0,274**	0,002
EAS_Geral x Idade	-0,288**	0,001

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral); * A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral)

Conforme observado na tabela 12, praticamente todas as correlações entre as variáveis apresentaram uma relação inversa, demonstrando assim que à medida que uma variável aumenta, a outra diminui e vice-versa. Destarte, pode-se afirmar que as 5 dimensões de apoio

social apresentaram pelo menos uma correlação significativa e que foram exploradas de acordo com os resultados.

A dimensão Material relacionou-se com a variável idade de modo significativo ($p < 0,01$) e inverso, demonstrando assim que à medida em que os indivíduos possuem uma idade mais avançada, acabam utilizando-se menos essa dimensão, da mesma maneira que indivíduos que apresentam uma idade menor, utilizam mais essa dimensão.

A categoria de Interação Social Positiva apresentou-se relacionando com as variáveis idade e dor. Na variável categórica idade, é possível inferir a partir do resultado que os indivíduos que possuem uma idade mais avançada, tem a tendência a utilizar com menos intensidade esse tipo de dimensão de apoio social, da mesma forma que essa dimensão parece esta associada ao uso mais intenso pelos indivíduos com idade mais reduzida. No que concerne a correlação entre dor (se há presença ou não) e interação social positiva, os indivíduos que não apresentam sintomas doloridos, possivelmente acaba percebendo com mais intensidade esse tipo de apoio social, assim como àqueles que percebem esses sintomas utilizam com menos intensidade essa categoria de apoio.

A dimensão Emocional relacionou-se com as variáveis idade e de prática de atividades de lazer (inclusive passatempos, atividades físicas, etc). No que compete a variável idade, houve uma relação inversa (indireta), uma vez que àqueles indivíduos que possuíam uma idade mais avançada, acabavam por utilizar-se menos dessa dimensão de apoio. Em contrapartida, a correlação com a variável de práticas de lazer, relacionou-se de modo direto, indicando que os pacientes que possuem esse tipo de atividade, acabam pontuando escores mais altos nessa dimensão.

Por fim, as três últimas dimensões de apoio social que obtiveram associações com as variáveis sociodemográficas, acabaram relacionando-se todas com a idade dos participantes e de modo indireto. Assim, as dimensões de Informação, Afetivo e o escore Geral, obtiveram

correlações inversas, de modo que à medida que utiliza-se algumas dessas dimensões de forma mais intensa, os indivíduos parecem ter idades menos avançadas. De uma forma geral, é possível perceber de forma objetiva, que a variável idade, correlacionou-se com todas as dimensões de apoio social do instrumento utilizado, podendo assim, inferir que essa é uma variável que exerce influência significativa a ser considerada desde a aplicação até o momento da análise de dados.

Esse dado pode estar relacionado também a fatores psicológicos e sociais em decorrência do tempo de desenvolvimento dos indivíduos, uma vez que, à medida que os indivíduos envelhecem, pode-se dizer que há o acúmulo de aprendizagens em decorrência das vivências de vida, e por conseguinte, pode-se dizer que as práticas adaptativas ou desadaptativas de apoio social, estão relacionadas de modo inversamente proporcional a idade dos participantes respondentes.

Nos aspectos relacionados as estratégias de enfrentamento, é importante considerar as possibilidades de correlações significativas presentes nesse estudo, conforme descrito na tabela:

Tabela 13 - Relação entre estratégias de enfrentamento e variáveis sociodemográficas/clínicas

Correlação	Coefficiente de Spearman	Valor de p
Fator 1 x Filhos	-0,287**	0,001
Fator 1 x Idade	-0,215*	0,015
Fator 3 x Filhos	-0,223*	0,012
Fator 3 x Escolaridade	-0,218*	0,014
Fator 4 x Filhos	-0,182*	0,042

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral); * . A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral)

Através dos resultados obtidos na tabela 13, é possível perceber a relação significativa entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas e os fatores das estratégias de

enfrentamento. Todas as correlações entre os fatores do EMEP e as variáveis se relacionaram de forma inversamente proporcional, ou seja, à medida que aumenta a utilização de uma variável, a outra diminui e vice-versa. Nesse sentido, as estratégias focalizadas no problema (Fator 1), considerada pela literatura e pelos teóricos Lazarus e Folkman da área de *coping*, como uma estratégia adaptativa, se relaciona de modo significativo e inverso com duas variáveis (Filhos e Idade). Nesse sentido, à medida que um indivíduo possui uma idade mais avançada, tem a tendência a utilizar em menor intensidade esse tipo de estratégia de enfrentamento, da mesma forma que àqueles que possuem uma idade menos avançada, acabam por utilizar mais esse tipo de estratégia, esse dado corrobora com dados do estudo original desenvolvido por Seild (2006).

Em relação a variável quantidade de filhos, foi possível observar na tabela 13 que à medida que o paciente possui uma maior quantidade de filhos, passa a utilizar esse tipo de estratégia com menos intensidade, em contrapartida, àqueles que possuem uma menor quantidade de filhos, tendem a utilizar mais esse tipo de estratégia. Pode-se então inferir a partir desses resultados que indivíduos que possuem mais filhos tem a tendência a desenvolver estratégias menos adaptativas, uma vez que permeia pensamentos ao longo da internação da UTI, como medo da morte, do desconhecido, do afastamento do seio familiar, dos cuidados voltados a esses filhos -. Como o paciente encontra-se fragilizado e isolado do convívio social com familiares e amigos, é possível o desenvolvimento de pensamento acerca do que pode está acontecendo extra muro hospitalar e assim acabe por se utilizar de estratégias que provavelmente não fortalecem o modo de lidar com a situação-problema.

A estratégia de enfrentamento focalizada em comportamentos religiosos/pensamentos fantasiosos obteve duas correlações significativas entre as variáveis sociodemográficas e clínicas (escolaridade e filhos). No que diz respeito a relação entre essa estratégia e a variável escolaridade, é possível perceber que há uma relação inversa, ou seja, a medida que uma

variável aumenta, a outra diminui, em termos simples e objetivo. Sendo assim, os indivíduos que possuem um nível de escolaridade menor, acaba por utilizar mais fortemente essa estratégia de enfrentamento, assim como àqueles que possuem níveis de escolaridade mais elevado, optam por utilizar menos esse tipo de estratégia.

Esse resultado corrobora com alguns estudos da literatura internacional, comparando principalmente o fator religiosidade x escolaridade, como é o caso da pesquisa desenvolvida pelo Pew Research Center, em que aponta a relação inversamente proporcional entre religião com escolaridade. Nesse estudo publicado em 2016, é pontuado que à medida que os níveis de educação aumentam, os indivíduos acabam derrubando essa possível identidade religiosa e recorrem a ciência ou a outras fontes não-religiosas para obter respostas as questões mais importantes da vida. Ainda comparado com Seidl *et al.* (2001) – estudo que verificou EMEP -, esse resultado é bastante semelhante entre os estudos, uma vez que no estudo de Seidl a correlação também ocorre de modo inversamente e com a intensidade similar.

Ainda em relação ao fator 3, houve uma correlação significativa de modo inverso em relação aos filhos. Nesse sentido, àqueles indivíduos que possuíam uma maior quantidade de filhos, acabavam por utilizar-se menos desse tipo de estratégia de enfrentamento, assim como àqueles que possuíam

No que concerne ao fator 4 – estratégia de enfrentamento focalizado no suporte social -, foi possível observar que nessa população pesquisada, os indivíduos possuíam uma relação inversa com a variável filhos, ou seja, àqueles que possuíam uma maior quantidade de filhos, acabavam por utilizar em menor intensidade dessa estratégia.

De modo geral, foi possível observar através desses resultados que a variável sociodemográfica filhos apareceu na correlação significativa com três fatores da escala de modos de enfrentamento de problemas, podendo inferir que é uma variável de importante análise nesse contexto de saúde – já que remete diretamente ao constructo de apoio social -,

bem como na relação entre o contexto, o público-alvo e as estratégias adotadas por esses pacientes. Assim, a variável relacionada a filhos parece exercer influência inversa nos modos de se enfrentar a problemática da internação na unidade de terapia intensiva adulto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atendeu os objetivos que se propôs a avaliar, contribuindo para uma compreensão inicial quanto à percepção de apoio social e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes que encontram-se internados em unidades de terapia intensiva, no contexto de Natal (RN). Ao se tratar de uma área ainda pouco explorada quando se trata de pacientes enquanto objetos de estudos psicológicos no ambiente da UTI, a literatura científica ainda é incipiente ao realizar comparações entre amostras semelhantes. Neste estudo, foi possível observar que apesar da condição de fragilidade em que esses pacientes se encontram, seja pelo agravamento de uma doença ou por uma recuperação cirúrgica, a forma de enfrentar a situação superou as expectativas da pesquisadora.

Através das análises e do destrictamento dos resultados, os paciente apresentaram escores acima da média padrão da percepção de apoio social, bem como pontuaram de forma satisfatória no instrumento de estratégia de enfrentamento, sendo assim, os indivíduos realmente pareceram lidar com essa situação adversa de forma adaptativa e contando com a ajuda e suporte de familiares nos momentos de visitas e através dos vínculos desenvolvidos desde então.

Ao realizar a revisão de literatura e a busca por materiais que sustentassem dados obtidos nesse estudo através de amostras semelhantes (pacientes internados em unidades de terapia intensiva), houve uma certa dificuldade, uma vez que as pesquisas científicas e teóricas desenvolvidas estão voltadas para equipe, familiares e muitas voltadas para o público infantil/adolescente. Dessa forma, as análises de comparações foram realizadas por amostras de grupos clínicos, pacientes hospitalizados – de uma forma generalizada -, mas que pode ser possível que hajam perdas ou discrepâncias devido a diferenciação contextual.

Através do contato com os pacientes que encontravam-se na condição de internação e fragilizados devido ao possível agravamento de suas patologias, é imprescindível que o olhar

dos pesquisadores também volte-se para esse público, que por vezes são estudados através da perspectiva do outro – familiares, amigos, equipe de saúde – e pouca “voz” é dada a esses indivíduos, que por se encontrarem em uma condição de saúde tênue é encarado como uma população de difícil acesso e poucos dados retornáveis em termos de cientificidade.

O foco principal de intervenção nesse setor do hospital se dá pelo paciente, mas pouco se estuda devido a fragilidade e a condição de saúde do mesmo. Entretanto, nesse mesmo ambiente existem pacientes que encontram-se em condições clínicas de serem atendidos pelo profissional de psicologia, por exemplo, e que através de seu conhecimento na dinâmica, no psiquismo e suas implicações do ponto de vista físico, pode realizar intervenções singulares, norteadoras e suportivas de modo a fortalecer o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas ao contexto e a situação.

É necessário, acima de tudo, que a medição de constructos psicológicos como percepção de apoio social e estratégias de enfrentamento, sejam avaliados no momento no qual o paciente vivencia a problemática, uma vez que após a vivencia dessa situação a elaboração pode ser dada de forma enviesada, assim, conforme descrito até então o interesse desta pesquisa foi de avaliar como o indivíduo reage diante dessa situação, quais os elementos que se utiliza para o enfrentamento da internação na unidade, se adaptativos ou pouco adaptativos, quais as direções e enfoques que esse paciente focou durante o seu processo de internação em um ambiente específico como a UTI.

Para além de medições e avaliações de score, esse foi um trabalho que exigiu também reflexões acerca das práticas dos profissionais que fazem parte do ambiente intesivista, com destaque ao psicólogo. O trabalho do psicólogo é de relevância ímpar para o suporte e intervenções psicológicas necessárias para o paciente. A importância da psicologia enquanto profissional obrigatório nas UTIs é reconhecida por lei, mas que é necessário lembrar de forma objetiva qual a função desse profissional. Nesse sentido, através das leituras, da pesquisa

e de experiências anteriores esse profissional atua em três eixos quando se trata de unidade intensivista (Avaliação, Mediação e Coordenação).

Os aspectos referentes ao plano e a esfera psicológica muitas vezes não são detectadas pelos familiares e nem pela equipe, ocasionando assim a entrada do psicólogo como mediador nesse processo de adoecimento. A importância aqui se dá no sujeito não somente como um conjunto de sintomas físicos e biológicos (que são de extrema relevância dado o contexto), mas da observância de se enxergar como ser bio-psico-social para além de um organismo, de um sujeito de pesquisa, de um objeto, uma pessoa.

Sendo assim, é de importância ímpar discutir também acerca das limitações encontradas neste estudo, já que se trata de uma pesquisa que visa avaliar constructos psicossociais extremamente sensíveis à mudanças, considera-se ético discorrer acerca de possíveis aspectos que podem ser melhorados em pesquisas posteriores. A primeira vai ao encontro de algo preconizado em um dos estudos da literatura em que pontuava acerca de desenvolvimento de sintomas de TEPT, assim o não acompanhamento longitudinal dos pacientes, foi um aspecto que poderia trazer possíveis explicações para sintomas psicológicos no momento posterior a alta, bem como o acompanhamento desses indivíduos, objetivando uma melhor qualidade de vida.

O segundo aspecto a ser considerado como uma possível limitação seria pelo fato da escolha de amostra por conveniência, já que esse tipo de amostra não permite inferências de generalizações, mesmo que possibilite o reconhecimento do contexto e da cultura do lugar em que se investigue, adicionando outros dados de importante significado para avaliação da população. O terceiro aspecto a ser considerado diz respeito ao contexto da unidade de terapia intensiva, em que, por vezes, foi necessário interromper a aplicação e voltar em momento mais confortável, de modo que não atrapalhassem rotinas ou ocasionasse desconforto ao paciente.

Por fim, o quarto e último aspecto que irei me deter diz respeito ao instrumento de estratégias de enfrentamento, já que este não foi elaborado para o público de pacientes que encontram-se internados na unidade de terapia intensiva, como também não possui um escore padronizado que permitisse um refinamento nos dados obtidos. Entretanto, é um instrumento de larga utilização na área da saúde e que permite realizar possíveis comparações entre amostras de pacientes em condições de hospitalização, por exemplo.

De todo modo, é sugerido, portanto, a elaboração e construção de instrumentos acerca das condições inerentes vivenciadas na UTI, bem como a pesquisa científica brasileira voltada para esse público, no intuito final de fornecer uma melhor assistência e cuidado, no ambiente humanizado tão preconizado na teoria e pouco praticado.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alpers, L.M., Helseth, S., & Bergbom, I. (2012). Experiences of inner strength in critically ill patients – a hermeneutical approach. *Intensive Crit Care Nurs*, 28(3), 150-8. Recuperado de [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(11\)00097-8/fulltext](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(11)00097-8/fulltext)

Antunes, F., Marcon, S.S., & Oliveira, M.L.F. (2013). Feelings of caregivers of alcohol abusers at hospital admission. *Acta paul enferm.*, 26(6), 581-85. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/en_12.pdf

Bardin, L. (2006). Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70.

Bloomer, M.J., Tiruvoipati, R., Tsiripillis, M., & Botha, J.A (2010). End of life management of adult patients in an Australian metropolitan intensive care unit: A retrospective observational study. *Australian Critical Care*, 23(1), 13-19. Recuperado de [http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(09\)00133-7/pdf](http://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(09)00133-7/pdf)

Brasil (2016). Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES)*, 2016, Recuperado de http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp.

Brasil (1998). Ministério da Saúde. *Portaria nº 3432/GM*, de 12 de Agosto de 1998. Recuperado de <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4d02b9004745871490c4d43fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+3.432-1998.pdf?MOD=AJPERES> .

Brasil (2005). *Política Nacional de Assistência ao Paciente Crítico*. Anexo I. Recuperado de <http://www2.ghc.com.br/gepnet/docsr/rismaterialdidatico62.pdf>

Brasil (2009). Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes*. Recuperado de http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf

Brasil (2010). Ministério da Saúde. *Resolução nº 7*, de 24 de Fevereiro de 2010. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html

Brasil (2013). Agência Nacional de Saúde Suplementar. Média de Permanência UTI Adulto. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/E-EFI-07.pdf>

Breakwell, G.M., Fife-Schaw, C., Hammond, S., & Smith, J.A. (2010). *Métodos de Pesquisa em Psicologia*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Campos, M.J.C. (2005). *Autopercepções em crianças e jovens com Síndrome de Down – Estudo da competência percebida e da aceitação social*. Dissertação de mestrado em Ciências do Desporto, na área da Actividade Física Adaptada. Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física – Universidade do Porto, Porto. Recuperado de https://sigarra.up.pt/faup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=22700

Castro, M.S.M., Travassos, C., & Carvalho, M.S. (2002). Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 7, 795-811. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n4/14606.pdf>

Conselho Federal do Psicologia (2001). *Resolução n° 02/2001*, de 10 de março de 2001. Brasília, DF. Recuperado de https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2006/01/resolucao2001_2.pdf

Chahraoui, K., Laurent, A., Bioy, A., & Quenot, J.P. (2015). Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *J Crit Care*, 30(3), 599-605. Recuperado de [http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(15\)00079-9/fulltext](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(15)00079-9/fulltext)

Chor, D., Griep, R.H., Lopes, C.S., & Faerstein, E. (2001) Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cad. Saúde Pública*, 17(4), 887-896. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5294.pdf>

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), 300-314. doi: 10.1097/00006842-197609000-00003.

Conceição, M. J. (2008). Leitura crítica dos dados estatísticos em trabalhos científicos. *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.*, 23 (3), 396-99. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v23n3/v23n3a18.pdf>

Costa, P. R. (1994). *O hospital e a saúde das populações, um estudo sobre as condições de vida e o Sistema Local de Saúde de Camaçari, Bahia, 1980 – 1990*. Trabalho de conclusão de curso de especialização em administração hospitalar. Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Costa-Júnior, F.M., & Maia, A.C.B. (2009). Concepções de Homens Hospitalizados sobre a Relação entre Gênero e Saúde. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(1), 55-63. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n1/a07v25n1.pdf>

Cox, C.E., Porter, L.S., Buck, P.J., Hoffa, M., Jones, D., Walton, B., Hough, C.L., & Greeson, J.M. (2014). Development and preliminary evaluation of a telephone-based mindfulness training intervention for survivors of critical illness. *American Thoracic Society Journal*, 11(2), 173-181. doi: 10.1513/AnnalsATS.201308-283OC.

Creutzberg, M., Funck, L., Kruse, M.H.L., & Mancia, J.R. (2004). Livro-Temas do 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Enfermagem hoje: coragem de experimentar muitos modos de ser; Out 24-9, Gramado (RS), Brasil. Brasília (DF): ABEn. Recuperado de <http://www.bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=74992&popup=1>

Dancey, C.P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática para Psicologia: usando SPSS para Windows*. 3ª ed. São Paulo: Artmed.

Dias, T.L., & Leite, L.L.G. (2014). Rede de apoio social e afetivo e estratégias de enfrentamento na doença falciforme: um olhar sobre a pessoa e a família. *Psicologia em Revista*, 20(2), 353-73. doi: 10.5752/P.1678-9523.2014v20n2p353

Di Biaggi, T.M. (2002). *Relação Médico-família em UTI: a visão do médico intensivista*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Recuperado de http://www.ibrati.org/sei/docs/tese_583.doc

Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136. Recuperado de <http://science.sciencemag.org/content/196/4286/129.long>

Faísca, L. (2010). Modelar relações entre variáveis quantitativas – Seminários de métodos e análise de dados. Recuperado de w3.ualg.pt/~lfaisca/SMAD05/SMAD%2005.pdf

Ferreira, P.L. (2005). *Estatística Descritiva e Inferencial*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Field, A. (2011). *Descobrendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.

Fleischer, S., Berg, A., Behrens, J., Kuss, O., Becker, R., Horbach, A., & Neubert, T.R. (2014). Does an additional structured information program during the intensive care unit stay reduce

anxiety in ICU patients?: a multicenter randomized controlled trial. *BMC Anesthesiol*, 28, 14-48. Recuperado de <https://bmcanesthesiol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2253-14-48>

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1985) If it Changes it Must Be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170. Recuperado de <http://psycnet.apa.org/journals/psp/48/1/150/>

Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol.*, 55, 745-74. Recuperado de <http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>

Folstein, M. S., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12,189-198. Recuperado de <http://www.journalofpsychiatricresearch.com/retrieve/pii/0022395675900266>

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusociência.

Frizon, G., Nascimento, E.R.P., Bertoncillo, K.C.G., & Martins, J.J. (2011). Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. *Rev Gaúcha Enferm.*, 32(1), 72-8. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n1/a09v32n1.pdf>

Gimenes, M.G.G., & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M.G.G. Gimenes & M.H. Fávero (Orgs.). *A mulher e o câncer* (pp. 171-195) Campinas: Editora Psy.

Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J.F., & Andrés, J. (2007). Emotional disorders and psychological needs of patients in an intensive care unit. *Med Intensiva*, 31(6), 318-25. Recuperado de <http://www.medintensiva.org/es/alteraciones-emocionales-necesidades-psicologicas-pacientes/articulo/13108551/>

Gonçalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R. & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/12.pdf>

Gries, C.J., Engelberg, R.A., Kross, E.K., Zatzick, D., Nielsen, E.L., Downey, L., & Curtis J.R. (2010). Predictors of symptoms of posttraumatic stress and depression in family members after patient death in the ICU. *Chest.*, 137(2), 280-7. Recuperado de <http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22081/chest.09-1291.pdf>

Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde*. Tese de Doutorado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado de <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4487>

Griep, R.H., Chor, D., Faerstein, E., Werneck, G. L., & Lopes, C. (2005). Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 21 (3), 703-714. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/04.pdf>

Guedea, M.T.D., Albuquerque, F.J.B., Tróccoli, B.T., Noriegad, J.A.V., Seabrea, M.A.B., & Guedea, R.L.D. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n2/a17v19n2.pdf>

Hulka, B.S., & Wheat, J.R. (1985). Patterns of utilization: the patient perspective. *Med. Care*, 23 (5), 438-60.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. (1998). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Recuperado de <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/analise.shtm>

Johnston, L.B. (2014). Surviving critical illness: new insights from mixed-methods research. *Smith College Studies in Social Work*, 84(1), 76-106. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/00377317.2014.860834>

Klink, M.A.V.D., Heijboer, L., Hofhuis, J.G.M., Hovingh, A., Rommes, J.H., Westerman, M.J., & Spronk, P.E. (2010). Survey into bereavement of family members of patients who died in the intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing.*, 26(4), 215-25. Recuperado de [http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397\(10\)00041-8/fulltext](http://www.intensivecriticalcarenursing.com/article/S0964-3397(10)00041-8/fulltext)

Kongsuwan, W., Chaipetch, O., & Matchim, Y. (2012). Thai Buddhist families' perspective of a peaceful death in ICUs. *Nursing Critical Care.*, 17(3), 151-9. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1478-5153.2012.00495.x/pdf>

Kóvacs, M. J. (2010). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Laham, M. (2007). El Modelo biopsicosocial. *Psicologia de la salud*. Recuperado de <http://www.psicologiadelasalud.com.ar/art-comunidad//el-modelo-biopsicosocial-154.html?p=1p>

Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37(9), 1019-1024. Recuperado de http://gruberpeplab.com/3131/Lazarus_1982.pdf

Leite, F.M.C., Amorim, M.H.C., Castro, D.S., & Primo, C.C. (2012). Estratégias de enfrentamento e relação com condições sociodemográficas de mulheres com cancer de mama. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (2), 211-17. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a09v25n2.pdf>

Levine, D. M., Berenson, M. L., & Stephan, D. (2000) *Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português*. Rio de Janeiro: LTC.

Lewis-Newby, M., Curtis, J.R., Martin, D.P., & Engelberg, R.A. (2011). Measuring family satisfaction with care and quality of dying in the intensive care unit: does patient age matter?. *Journal of palliative medicine.*, 14(12), 1284-90. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263487/pdf/jpm.2011.0138.pdf>

Lopes, F.J. (2012). *Estresse e enfrentamento dos familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Recuperado de http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7139/tde-04112013-145806/publico/original_FRANCINE_JOMARA_LOPES_DO.pdf

Machado, V.C.S., & Fonseca, L.A. (2010). Manifestações psíquicas no adoecimento: a experiência de desamparo. *Revista de Psicologia*, 25(1), 10-5. Recuperado de <http://blog.newtonpaiva.br/psicologia/wp-content/uploads/2012/08/pdf-e2-53.pdf>

Matsukura, T. S., Marturano, E.M., & Oishi, J. (2007). Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Rev bras educ espec*, 13(3), 415-428. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v13n3/a08v13n3.pdf>

McCubbin, H. I., & Figley, C. R. (1983). *Bridging normative and catastrophic family stress*. In H. I. McCubbin & C. R. Figley (Eds.), *Stress and the family: Volume I: Coping with normative stress* (pp. 221_228). New York: Brunner/Mazel.

Mello, M.R., & Schneider, J. F. (2011). A família e a internação psiquiátrica em hospital geral. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32(2), 226-33. Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/14159/12894>

Mistura, C., Schenkel, F.W., Rosa, B.V.C., & Girardon-Perlini, N.M.O. (2014) The experience of accompanying a family member hospitalized for cancer. *Journal of Research Fundamental Care Online (Online)*, 6 (1),47-61. Recuperado de http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2867/pdf_1045

Moritz, R.D., Schwingel, R.F., & Machado, F.O. (2005). Critérios prognósticos de pacientes graves: comparação entre a percepção dos médicos e o índice APACHE II. *Rev Bras Ter Intensiva.*, 2005, 17(3), 176-80. Recuperado de http://www.rbti.org.br/content/imagebank/pdf/antigos/rbti_vol17_03.pdf#page=31

Oliveira, L.A., Cecilio, L.C.O., Andrezza, R., & Araújo, E. C. (2016). Processos microregulatórios em uma unidade básica de saúde e a produção do cuidado. *Saúde debate*, 40 (109), 8-21. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00008.pdf>

O'Mahony, S., McHenry, J., Blank, A.E., Snow, D., Karakas, S.E., Santoro, G., Selwyn, P., & Kvetan, V. (2010). Preliminary report of the integration of a palliative care team into an intensive care unit. *Palliat Med.*, 24(2), 154-65. Recuperado de <http://pmj.sagepub.com/content/24/2/154.long>

Organización Panamericana de la Salud (2012). *Implementación del modelo biopsicosocial para la atención de personas con discapacidad a nivel nacional*, de Janeiro de 2012, San Salvador, El Salvador. Recuperado de http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1544-

implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci-1&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364

Pew Research Center (2016). Educational attainment among the religiously unaffiliated. Recuperado de <http://www.pewforum.org/2016/12/13/educational-attainment-among-the-religiously-unaffiliated/#fn-26991-19>

Pina, RZ., Lapchinsk LF., & Pupulim, JSL. (2008). Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva. *Rev. Cien. Cuid. Saude*, 7(4),503-508. Recuperado de <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/6658/3916>

Pinto, K.D.C., Cavalcanti, A.N., Maia, E.M.C., Pereira, H.G., & Bezerra, J.C. (2016). A relevância da família no processo de hospitalização: revisão integrativa. *Revista Psicopedagogia Online*. Recuperado de <https://www.psicopedagogia.com.br/index.php/1706-a-relevancia-da-familia-no-processo-de-hospitalizacao-revisao-integrativa>

Pozzati, R., Beuter, M., Rocha, L., dos Santos, N., Budó, M., & Girardon-Perlini, N. (2014). O cuidado na saúde dos homens: realidade e perspectivas [Health care in men: reality and perspectives]. *Revista Enfermagem UERJ*, 21(4), 540-545. doi:10.12957/reuerj.2013.10032

Ratzer, M., Brink, O., Knudsen, L., & Elklit, A. (2014). Posttraumatic stress in intensive care unit survivors – a prospective study. *Health Psychol Behav Med*, 2(1), 882-898. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4346029/pdf/rhpb-2-882.pdf>

Ribas, R.C., Moura, M.L.S, & Hutz, C.S. (2004). Adaptação brasileira da Escala de Desajabilidade Social de Marlowe-Crowne. *Aval. Psicol.*, 3 (2), 83-92. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712004000200003&lng=pt&tlng=pt

Ribeiro, F.M.L., & Minayo, M.C.S. (2014). O papel da religião na promoção da saúde, na prevenção da violência e na reabilitação de pessoas envolvidas com a criminalidade: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19 (6), 1773-89. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01773.pdf>

Rumsey, D. (2009). *Estatística para leigos*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Sá, D.D., Resende, M.V., & Diniz, G.C.L.M. (2015). Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 27(1), 18-25. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n1/0103-507X-rbti-27-01-0018.pdf>

Sandler, E., Hales, B., Henry, B., Xiong, W., Myers, J., Wynnychuk, L., Taggar, R., Heyland, D., & Fowler, R. (2014). Factors affecting Family satisfaction with inpatient end of-life care. *PLoS ONE*, 9(11), 1-7. Recuperado de <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0110860&representation=PDF>

Santos, C.T., & Sebastiani, R. W. (2003). Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. Em Angerami-Camon, W.A. (Org). *E a psicologia entrou no hospital*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Scragg, P., Jones, A., & Fauvel, N. (2001). Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia*, 56(1),9-14. doi: 10.1046/j.1365-2044.2001.01714.x.

Schelling, G., & Mckinley, S. (2003). Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality of life outcomes after cardiac surgery. *Critical Care Medicine*, 31(7): 1971-80. doi: 10.1097/01.CCM.0000069512.10544.40.

Seidl, E.M.F., & Tróccoli, B.T. (2006). Desenvolviemnto de escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. *Psic Teor e Pesq*, 22(3), 317-26. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n3/08.pdf>

Seidl, E.M.F., Tróccoli, B.T., & Zannon, C.M.M.C. (2001). Análise Fatorial de Uma Medida de Estratégias de Enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17, 225-234. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v17n3/8812.pdf>

Serralta, F.B., Cony, F., Cembranel, Z., Greyson, B., & Szobot, C.M. (2010). Equivalência semântica da versão em português da Escala de Experiência de Quase-Morte. *Psico-USF*, 15(1), 35-46. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n1/05.pdf>

Sherbourne, C.D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Soc Sci Med*, 38(6), 705-14. Recuperado de <https://ubir.buffalo.edu/xmlui/handle/10477/1876>

Silva, P. G., & Bogoni, J.A. (2015). Introdução a estatística básica. Recuperado de <http://www.liaaq.ccb.ufsc.br/files/2013/10/Aula-4.pdf>

Stolagli, V. P., Evangelista, M. R. B., & Camargo, O. P. (2008). Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. *Acta Ortopédica Brasileira*, 16(4), 242-46. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/aob/v16n4/v16n4a11.pdf>

Straub, R.O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma abordagem biopsicossocial*. Porto Alegre: Artmed.

Suit, D., & Pereira, M.E. (2008). Vivência de stigma e enfrentamento em pessoas que convivem com o HIV. *Psicol. USP*, 19 (3), 317-40. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n3/v19n3a04.pdf>

Vento, de Moinhos Hospital. (2017). Projeto UTI Visitas – Implementação e avaliação da visita familiar ampliada em UTIs brasileiras. Recuperado de http://www.abrhrs.org.br/sites/default/files/artigos/case_hospital_moinhos_de_vento.pdf

Vieira, S. (2011). *Introdução à bioestatística*. Rio de Janeiro: Elsevier.

Villar, S.R., Casado, M.S., Prigerson, H.G., Garcia, S.M., Villar, M.R., Martin, V.A.H., Schulke, C.M.M., Veja, R.B., Quintana, M., & Abellanas, G.L. (2012). Incidencia del trastorno por duelo prolongado en los allegados de pacientes fallecidos durante o tras ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev. Esp. Anesthesiol Reanim.*, 59(10), 535-41. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935612002423>

Vilelas, J. (2009). *Investigação : o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Zanini, D. S., Verolla-Moura, A., & Queiroz, I.P.A.R. (2009). Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. *Psicol estud*, 14(1), 195-202. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a23v14n1.pdf>

APÊNDICE A:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa “*Estratégias de enfrentamento e apoio social em pacientes adultos em unidade de terapia intensiva*”, que é coordenada pela Prof.^a Dr.^a Eulália Maria Chaves Maia. Essa pesquisa pretende investigar o apoio social percebido (como se percebe o apoio oferecido pelas pessoas) e as estratégias de enfrentamento (os esforços psicológicos que recorre para conseguir passar por determinada situação estressora) usadas pelos pacientes adultos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A motivação para realização do estudo é verificar a utilização de estratégias de enfrentamento (formas racionais e emocionais de lidar com um problema) por parte do paciente ao deparar-se com o momento vivenciado, bem como a percepção de apoio social (como se percebe o apoio oferecido pelas pessoas).

Caso decida aceitar o convite, você responderá de maneira assistida a três questionários, sendo estes: 1) Questionário clínico e sócio-demográfico (que terá por objetivo obter dados sociais e clínicos como, por exemplo, referentes à idade, sexo, escolaridade/tempo de estudo, tempo de internação e dados de saúde); 2) Escala de modos de enfrentamento de problemas-EMEP (a qual investiga como você utiliza as estratégias de enfrentamento diante de problemas); 3) Escala de Apoio Social (busca investigar como você percebe o apoio oferecido pelas pessoas que você é mais próximo). Estima-se que o tempo gasto para a aplicação de todos os instrumentos seja menor que 60 minutos.

Os riscos envolvidos com sua participação serão mínimos, uma vez que os instrumentos de coleta de dados serão questionários com opções para marcar, além disso, será garantido que todas as informações obtidas serão absolutamente sigilosas, e seu nome não será identificado em nenhum momento. Caso haja algum tipo de desconforto emocional no decorrer da entrevista, serão realizadas intervenções psicológicas, prontamente, pela própria pesquisadora integrante da pesquisa.

Como benefício ao participar da pesquisa você terá: a geração de conhecimento à comunidade científica e à população em geral para compreender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos. Além de

possibilitar a criação de formas de atuação que visem proporcionar melhorias a sua saúde mental e equilíbrio emocional.

Em caso de algum problema que você possa ter, relacionado com a pesquisa, você terá direito a assistência psicológica gratuita que será prestada pelo Serviço de Psicologia Aplicada – UFRN, após contato com a pesquisadora responsável pela pesquisa, a Profa. Dra. Eulália Maria Chaves Maia. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Os dados que você nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro por um período de cinco anos.

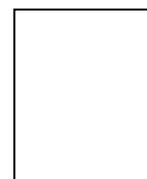
Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora responsável, Dr.^a Eulália Maria Chaves Maia, na sala 616, do Laboratório de Psicologia, setor verde, Campus Universitário Central da Universidade Federal do Rio Grande do Norte ou pelo telefone 3215-3592, Ramal 220.3215-3135. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa - UFRN pelo telefone (84) 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, a importância, a maneira como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos, além de ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar voluntariamente da pesquisa “*Estratégias de enfrentamento e apoio social em pacientes adultos em unidade de terapia intensiva*”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Participante da pesquisa:



Nome: _____

Assinatura:

Impressão
datiloscópica do
participante

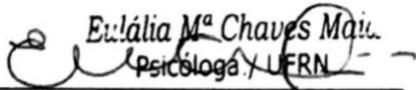
Declaração do Pesquisador Responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “*Estratégias de enfrentamento e apoio social em pacientes adultos em unidade de terapia intensiva*”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Pesquisadora Responsável:

Eulália Maria Chaves Maia


Eulália M.ª Chaves Maia
Psicóloga / UERN
CRP-RN/0017

Natal, ____ de _____ de 2016.

APÊNDICE B:N^o**Questionário Sociodemográfico****1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS****Nome (Iniciais):** _____ **Idade:** _____**Prontuário:** _____ **Sexo:** () Feminino () Masculino**Hospital (Hospital Universitário Onofre Lopes/Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel):**

_____**Naturalidade:** _____**Município onde mora atualmente:** _____**Possui filhos:** () Não () Sim **Quantos:** _____**Estado Civil:**

() Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Separado () União Estável

Possui religião: () Não () Sim **Qual:** () Espírita () Católica () Evangélica

() Outra: _____

Escolaridade:

() Analfabeto () Ensino Médio Incompleto

() Sabe ler e escrever () Superior Completo

() Ensino Fundamental completo () Superior Incompleto

() Ensino Fundamental Incompleto () Pós-Graduação Completa

() Ensino Médio Completo () Pós-Graduação Incompleta

Ocupação profissional: () Não () Sim **Qual:** _____**Caso não possua ocupação, recebe:** () Aposentadoria () Benefícios () Sem ajudas financeiras**Renda Familiar (em salários mínimos):**

() Menos de 1 salário mínimo

() Até 2 salários mínimos mensais

() 3 a 6 salários mínimos mensais

() 7 a 10 salários mínimos mensais

() 11 ou mais salários mínimos mensais

Você possui/possuía alguma atividade de entretenimento que costuma/costumava realizar nos tempos livres? () Não () Sim **Se sim, qual(is)?**

De modo geral, como você considera o seu estado atual de saúde? () Ótimo () Bom () Regular () Ruim

Você tem recebido visitas durante essa internação: () Não () Sim

Se sim, quem são as pessoas que tem lhe visitado? _____

Como você avalia que tem enfrentado essa internação? () Ótimo () Bem () Regular () Ruim

Durante esse período, como você considera a estrutura física dessa UTI: () Ótima () Boa () Regular () Ruim

Nessa hospitalização, você considera a assistência da equipe dessa UTI: () Ótima () Boa () Regular () Ruim

ANEXO A:**ESCALA DE APOIO SOCIAL (GRIEP, 2003)**

Se precisar com frequência você conta com alguém	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
1. que a ajude se ficar de cama					
2. para lhe ouvir quando você precisar falar					
3. para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise					
4. para levá-la ao médico					
5. que demonstre amor e afeto por você					
6. para se divertir junto					
7. para lhe dar informações que a ajude a compreender uma determinada situação					
8. em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas					
9. que lhe dê um abraço					
10. com quem relaxar					
11. para preparar refeições, se você não puder prepará-las					
12. de quem você realmente quer conselhos					

13. com quem distrair a cabeça					
14. para ajudá-la nas tarefas diárias, se você ficar doente					
15. para compartilhar preocupações e medos mais íntimos					
16. para dar sugestões de como lidar com um problema pessoal					
17. com quem fazer coisas agradáveis					
18. que compreenda seus problemas					
19. que você ame e que faça você se sentir querida					

ANEXO B:

ESCALA DE MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS (EMEP)
Instruções

As pessoas reagem de diferentes maneiras nas situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está fazendo para enfrentar a internação na unidade de terapia intensiva. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta situação, no momento atual. Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a internação.

1	2	3	4	5
Você nunca faz isso	Você faz isso um pouco	Você faz isso às vezes	Você faz isso muito	Você faz isso sempre

Item	Alternativas de resposta				
1. Você leva em conta o lado positivo das coisas?	1	2	3	4	5
2. Você se culpa?	1	2	3	4	5
3. Você se concentra em alguma coisa boa que pode vir desta situação?	1	2	3	4	5
4. Você tenta guardar seus sentimentos para si mesmo?	1	2	3	4	5
5. Procura um culpado para a situação?	1	2	3	4	5
6. Espera que um milagre aconteça?	1	2	3	4	5
7. Pede conselho a um parente ou a um amigo que você respeite?	1	2	3	4	5
8. Você reza / ora?	1	2	3	4	5
9. Conversa com alguém sobre como está se sentindo?	1	2	3	4	5
10. Você insiste e luta pelo que quer?	1	2	3	4	5
11. Você se recusa a acreditar que isto esteja acontecendo?	1	2	3	4	5

12. Você briga consigo mesmo; Você fica falando consigo mesmo o que deve fazer?	1	2	3	4	5
13. Desconta em outras pessoas?	1	2	3	4	5
14. Encontra diferentes soluções para o seu problema?	1	2	3	4	5
15. Tenta ser uma pessoa mais forte e otimista?	1	2	3	4	5
16. Você tenta evitar que os seus sentimentos atrapalhem outras coisas na sua vida?	1	2	3	4	5
17. Você se concentra nas coisas boas da sua vida?	1	2	3	4	5
18. Você desejaria mudar o modo como você se sente?	1	2	3	4	5
19. Aceita a simpatia e a compreensão de alguém?	1	2	3	4	5
20. Demonstra raiva para as pessoas que causaram o problema?	1	2	3	4	5
21. Pratica mais a religião desde que tem esse problema?	1	2	3	4	5
22. Você percebe que você mesmo trouxe o problema para si?	1	2	3	4	5
23. Você se sente mal por não ter podido evitar o problema?	1	2	3	4	5
24. Você sabe o que deve ser feito e está aumentando seus esforços para ser bem sucedido?	1	2	3	4	5
25. Você acha que as pessoas foram injustas com você?	1	2	3	4	5
26. Você sonha ou imagina um tempo melhor do que aquele em que você está?	1	2	3	4	5
27. Tenta esquecer o problema todo?	1	2	3	4	5
28. Está mudando e se tornando uma pessoa mais experiente?	1	2	3	4	5
29. Você culpa os outros?	1	2	3	4	5
30. Você fica se lembrando de que as coisas poderiam ser piores?	1	2	3	4	5

31. Conversa com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o seu problema?	1	2	3	4	5
32. Você tenta não agir tão precipitadamente ou seguir sua própria idéia?	1	2	3	4	5
33. Muda alguma coisa para que as coisas acabem dando certo?	1	2	3	4	5
34. Procura se afastar das pessoas em geral?	1	2	3	4	5
35. Você imagina e tem desejos sobre como as coisas poderiam acontecer?	1	2	3	4	5
36. Encara a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez?	1	2	3	4	5
37. Descobre quem mais é ou foi o responsável?	1	2	3	4	5
38. Pensa em coisas fantásticas ou irreais (como vingança ou achar muito dinheiro) que te fazem sentir melhor?	1	2	3	4	5
39. Você pensa que sairá dessa experiência melhor do que entrou nela?	1	2	3	4	5
40. Você diz a si mesmo o quanto já conseguiu?	1	2	3	4	5
41. Você desejaria poder mudar o que aconteceu com você?	1	2	3	4	5
42. Você fez um plano de ação para resolver o seu problema e o está cumprindo?	1	2	3	4	5
43. Conversa com alguém para obter informações sobre a situação?	1	2	3	4	5
44. Você se apega à sua fé para superar esta situação?	1	2	3	4	5
45. Você tenta não fechar portas atrás de si? Tenta deixar em aberto várias saídas para o problema?	1	2	3	4	5

Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar essa situação de internação na UTI?

Muito obrigada pela sua participação!