

DOENTE GRAVE E FAMÍLIA
PERCEPÇÃO DE SEUS PROBLEMAS

por

I N E Z M A R I A O R O

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FLORIANÓPOLIS - S.C.

1979

I N E Z M A R I A O R O

DOENTE GRAVE E FAMÍLIA
PERCEPÇÃO DE SEUS PROBLEMAS

Dissertação apresentada a Uni
versidade Federal de Santa Ca
tarina para obtenção do Grau
de Mestre.

FLORIANÓPOLIS - S.C.,

1979

Esta dissertação foi julgada .ª.dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, .ª.provada em sua forma final pelo programa de Pós-Graduação.

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves

(Orientadora e Coordenadora do Curso)

Apresentação perante a banca examinadora composta das professoras:

Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Dr.^a Lúcia Hisako Takase Gonçalves - Presidente

Mariana Fernandes de Souza
Dr.^a Mariana Fernandes de Souza - Examinadora

Ecy Lima Barreto
Dr.^a Ecy Lima Barreto - Examinadora

Assistir o indivíduo e família em situação limite de vida, quando em estado grave é uma das ações mais glorificantes para o pessoal da Enfermagem .

Às minhas irmãs de comunidade:

PAULETTE, ZITA, METILDE e NILCE
por seu estímulo e apoio para o me
lhor desenvolvimento deste estudo.

AGRADECIMENTOS

- À Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves, pelo carinho, interesse e dedicação na orientação deste trabalho.
- À Mestra Alacoque Lorenzini, por seu incentivo e colaboração amiga.
- Ao Prof. Evaristo Manoel Pereira, pela dedicação e interesse com que se empenhou no tratamento estatístico dos dados e na orientação da metodologia.
- À Dra. Mariana Fernandes de Souza, pelas críticas minuciosas e sugestões valiosas na elaboração final da dissertação.
- À Dra. Ecy Lima Barreto, pela disponibilidade e dedicação em fazer sua apreciação crítica para elaboração final da dissertação.
- À Psicóloga Profa. Vera Lúcia Rocha, ao Parapsicólogo Prof. Tarcizo de Oliveira e ao Psiquiatra, Dr. Pedro Largura, pela orientação específica.

- Às Prof^{as}. Ingrid Elsen e Maria Albertina Braglia Pacheco, ex-coordenadoras do curso de pós-graduação, pelo incentivo e estímulo proporcionado.
- Às Irmãs Rozilde Binoto, Paulina Frâncio, Teolides Trevisan e Isabel Tooda, pela dedicação na correção ortográfica e colaboração na tradução da literatura inglesa.
- À Administração Central da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, em especial aos Diretores do Hospital Governador Celso Ramos e sua chefe de serviço de Enfermagem, pelas condições proporcionadas na realização deste trabalho.
- Aos pacientes e familiares componentes da amostra da pesquisa, pela disponibilidade e colaboração.
- À Maria Salete Inacio, pelo interesse, carinho e perfeição do seu trabalho datilográfico.
- A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram na realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- A Deus, autor da vida na sua plena dimensão, pela possibilidade de realizar este trabalho, adquirindo maior conhecimento em minha vida pessoal e profissional.
- Às minhas famílias Salvatoriana e Oro, bem como às pessoas que se envolveram mais direta e afetivamente, pelo apoio interesse e compreensão com que acompanham a minha vida.

RESUMO

O presente estudo, trata do paciente grave e sua família quanto ao nível de percepção de seus problemas. Estuda-se a relação dos problemas percebidos pelos pacientes com a idade, o sexo, a escolaridade, o diagnóstico médico, a responsabilidade familiar, a credibilidade religiosa, o ajustamento familiar e o nível de satisfação das expectativas da área técnica, referentes às atividades no atendimento das necessidades psicobiológicas; e da área expressiva, referentes às atividades no atendimento das necessidades psicossociais e espirituais.

Foram entrevistados trinta pacientes que estiveram hospitalizados em estado grave, numa Unidade de Terapia Intensiva e Unidade de Queimados de um Hospital Geral de Florianópolis - SC, no ano de 1978 os quais se recuperaram. Foram incluídos na amostra, um familiar de cada paciente que esteve mais envolvido com o mesmo.

O estudo foi baseado na teoria das crises, abordada

por CAPLAN¹², AGUILLERA¹ e outros que indicam os fatores determinantes de crise; a percepção do acontecimento, apoio situacional e o mecanismo de resistência.

Os resultados encontrados demonstram que o bom ajustamento familiar e o alto nível de satisfação das expectativas interferem significativamente no baixo nível de percepção dos problemas. Ainda, o nível de problemas percebidos pela família está diretamente relacionado com o nível apresentado pelos pacientes. Os principais elementos de apoio indicados pelos pacientes foram: a família, os amigos e o ministro religioso; e os indicados pela família foram: o pessoal da equipe hospitalar, parentes e amigos.

Constatou-se não existir relação entre o nível de percepção dos problemas pelos pacientes com a idade, o sexo, a escolaridade, o diagnóstico médico, a responsabilidade familiar e a credibilidade religiosa. Por isso, propõe-se que novos estudos sejam feitos para verificar a influência destas variáveis dirigidas a grupos específicos.

ABSTRACT

This paper, deals with patients in serious-stages and their families concerning with the level of perception of their problems. It also intends to deal with the relation perceived by them and their age, sex, schooling, doctor's diagnosis, familiar responsibilities, religious credibility, familiar adjustment and still the level of satisfaction of expectancy of the technical areas related to the activities to aid the patient's psychological needs and expressive areas, related to the activities to guide the patient's psycho-social and spiritual needs.

We interviewed thirty patients who were in hospital in serious stages, in a Unit of Intensive Therapy and Unit of Burnt in a General Hospital of Florianópolis - SC in the year 1978 and from which they recovered. We also included in the sample, a member of the patient's family who was closely related to the patient.

The study was based on the theories of crisis, touched upon by CAPLAN, AGUILLERA and others which indicate the

determinant factors of the crisis: the perception of what happens, the situational aid and resistance mechanism.

The results found demonstrated that the familiar adjustment and the high level of satisfaction of expectancy interfere significantly in the low level of perceiving the problems; even if the level of the problem perceived by the family is directly related to the level presented by the patients. The main elements of help indicated by the patients were: the family, friends, the religious ministry, and the so indicated by the family were: the hospital personnel, relatives and friends.

We concluded that there wasn't any relation between the level of perception of the problems by the patients with age, sex, schooling, medical diagnosis, and familiar responsibility and religious credibility. Therefore new studies have been proposed to verify the influence of these variables, directed to specific groups.

SUMÁRIO

	Página
I. INTRODUÇÃO	1
II. OBJETIVOS	6
III. MATERIAL E MÉTODO	9
1. Variáveis controladas	19
2. População	20
3. Amostragem	21
4. Localização da amostra	21
5. Método e instrumento de coleta de dados	21
6. Procedimentos para a coleta de dados	22
IV. RESULTADOS	23
1. Procedimentos estatísticos para análise dos dados	24
2. Características da amostra	28
3. Apresentação dos resultados	30
4. Comentários gerais	60
V. CONCLUSÕES	68
VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
VII. REFERÊNCIA BIBILOGRÁFICA E BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	72
ANEXOS	

I - INTRODUÇÃO.

A presente pesquisa, constitui-se de levantamento de problemas percebidos pelos pacientes que estiveram hospitaliza- dos em estado grave, bem como, de levantamento de problemas percebidos pela família dos mesmos.

A teoria das crises abordada por CAPLAN¹², AGUILLERA¹ e outros, serviu de suporte teórico para a mesma. Para CAPLAN¹² crise é a situação em que o indivíduo entra em desequilíbrio, por enfrentar um obstáculo que se antepõe a seus objeti- vos de vida. A pessoa em crise não consegue resolver seus problemas de forma habitual. A tensão e a angústia aumentam con- seqüentemente. E assim, sente-se sem ajuda e incapaz de resol- ver o problema.

Segundo o mesmo autor, são dois os tipos de crise: as ma- turacionais que fazem parte do processo de maturação e as si- tuacionais que estão ligadas a situações que surgem.

A vulnerabilidade de uma pessoa entrar em crise é determi- nada por três fatores, conforme citam AGUILLERA¹ e outros:

1º - percepção do acontecimento

2º - mecanismo de resistência

3º - apoio na situação.

Conforme explica WILLIAMS⁷⁶, as diferenças individuais de propensão à crise, decorrem principalmente dos padrões genéticos e das influências ambientais.

Da mesma maneira, ao descrever os estados de equilíbrio e desequilíbrio, CAPLAN¹² comenta que é necessário levar-se em conta não só a pessoa em crise, mas também a realidade de seu meio e sua interação com outros indivíduos. Assim, geralmente uma pessoa em crise não consegue enfrentá-la sozinha. Necessita ser ajudada e tratada por aqueles que a rodeiam: sua família, seus amigos e por quem de responsabilidade, dependendo do tipo de situação geradora da crise. Cabe então, à equipe hospitalar e muito em especial à enfermagem, intervir na crise do paciente hospitalizado, dando-lhe principalmente, apoio na situação.

A doença e a hospitalização são fatos, entre outros, precipitadores de crise situacional, conforme referem MILLIKEN⁵² e ZIND⁷⁸. Por isso resolveu-se estudar o paciente hospitalizado em estado grave, considerando-o como um indivíduo em crise, porque, além de enfrentar as consequências da própria doença e o desconforto da hospitalização, enfrenta ainda, a ameaça de perder a vida.

Como as pessoas são interdependentes, quando um membro da família adoece, todos os outros ficam em tensão. A doença é uma ameaça à integridade da família e aos sentimen-

tos de invulnerabilidade e de segurança. HALL e WEAVER³⁶ dizem que a doença, não importa o grau de gravidade, lembra a cada membro da família que a morte pode ocorrer às pessoas a quem eles são mais ligados emocionalmente. KÜBLER-ROSS⁴⁶ refere ser necessário entender que os membros da família estão sujeitos aos mesmos sentimentos, com a mesma reação emocional dos pacientes.

A família representa um dos fatores de segurança do doente, embora nem sempre consiga cumprir tal investidura.

CONDRAU (20:16)* refere que "infelizmente é sobrestimada a capacidade do familiar, ou pessoa mais íntima do paciente, de suportar a gravidade da situação". E diz ainda, "tanto o paciente como seus íntimos devem ser alvo dos cuidados práticos da equipe de saúde".

As colocações acima, justificaram a inclusão neste estudo, também da investigação de problemas percebidos pela família do paciente em estado grave.

Como a pesquisa aborda o tema risco de vida, previu-se que o medo da morte esteja presente a quem se encontrar naquela situação. Sobre isto vários autores prestam sua contribuição:

* Na representação (20:16) o primeiro número (20), significa a referência bibliográfica e o segundo (16), depois de dois pontos, significa o número da página de onde provém a citação. E assim, nos demais apresentados ao longo deste trabalho.

BECKER (6:35), diz que "o medo da morte é natural e está presente em todos, pois trata-se do medo básico que influi em todos os demais. Um medo ao qual ninguém está imune, por mais disfarçado que possa estar. Em tempos normais, agimos sem realmente acreditar em nossa própria morte, como se acreditássemos piamente em nossa imortalidade física. Todo homem sabe que um dia morrerá, mas não se atenta para isso. O sentimento do medo está reprimido";

KNEISL (44:76) fala que "o medo da morte é o mais real e inevitável para o paciente. Além disso, ele pode estar experimentando o medo da solidão, do abandono e do isolamento";

REED (64:70) refere que, "à medida que o doente piora ele constrói muros entre si mesmo e o mundo e, à medida que ele constrói muros ele se fecha para uma parte da realidade".

Já WAHL⁷⁴ comenta que os gregos acreditavam que o acontecimento mais temeroso não era morrer, mas morrer sozinho. Percebe-se, então, a importância de uma presença junto ao paciente sofredor. No entanto, COSTA²², em seu trabalho, mostra que existe omissão do enfermeiro em assistir efetivamente o paciente grave ou moribundo, abandonando-o por medo da morte e por desconhecimento da importância de sua atuação profissional. Conseqüentemente, a assistência nem sempre vai ao encontro das reais necessidades do paciente. Razão pela qual, investigou-se os próprios pacientes que passaram pela experiência de doença grave, com risco de vida, sobre o nível de problemas percebidos; esperando-se que os resultados possam prestar contribuição aos que atenderam as pessoas que se

encontrarem nessa situação.

Com o levantamento dos problemas percebidos pela família, pretende-se proporcionar conhecimentos que levem a um melhor atendimento da mesma.

Sabe-se que uma boa assistência ao paciente, é aquela em cujo planejamento e execução, leva-se em consideração o que o paciente faz, percebe e deseja. Contudo, a assistência é geralmente dirigida unilateralmente, isto é, da equipe de saúde para o paciente. Isto ocorre principalmente com paciente grave. É uma situação em que os cuidados relacionados com o fator instrumental com a área técnica são mais evidentes, deixando-se de lado, muitas vezes os cuidados relativos ao fator básico ou com a área expressiva, tão importante para uma interação efetiva com o paciente gravemente enfermo. Johnson e Martin, citado em KAMIYAMA⁴¹, salientam que os cuidados da área expressiva representam papel primordial da enfermagem no cuidado ao paciente.

Segundo FUERST³³ e outros, o fator instrumental ou técnico corresponde às atividades referentes diretamente aos cuidados físicos e ao tratamento da doença. O fator expressivo refere-se às atividades psico-sociais relativas à manutenção do equilíbrio motivacional do paciente.

Esta pesquisa limitou-se tão somente, a um estudo retrospectivo, feito junto ao indivíduo que passara pela experiência de estado grave e de seu respectivo familiar, analisando os relatos de suas experiências. Pretende-se, com base nos resultados, realizar pesquisas mais amplas que visem a assistência global aos pacientes em estado grave.

II - OBJETIVOS

Propôs-se, para este estudo, os seguintes objetivos:

Objetivo geral

Levantar os problemas percebidos pelos pacientes que estiveram hospitalizados em estado grave, bem como, levantar os problemas percebidos pelos familiares.

Objetivos específicos

1. Identificar a existência de relação entre os níveis de problemas percebidos pelos pacientes e as variáveis:
 - 1.1. idade
 - 1.2. sexo
 - 1.3. escolaridade
 - 1.4. diagnóstico médico
 - 1.5. responsabilidade familiar
 - 1.6. credibilidade religiosa
 - 1.7. ajustamento familiar.

2. Identificar a existência de relação entre os níveis de problemas percebidos pelos pacientes e o nível de satisfação das expectativas:
 - 2.1. da área técnica
 - 2.2. da área expressiva
3. Identificar a existência de relação entre os níveis de problemas percebidos pelos pacientes e os níveis de problemas percebidos por sua família.
4. Identificar, segundo opinião do paciente em estado grave, quem representa elemento de apoio, excluindo-se o pessoal da equipe hospitalar.
5. Identificar, segundo opinião do familiar, quem são os seus principais elementos de apoio naquela situação.

III - MATERIAL E MÉTODO

1. Variáveis Controladas

Considerando-se os objetivos da pesquisa, decidiu-se controlar as seguintes variáveis: nível dos problemas percebidos, idade, sexo, escolaridade, diagnóstico médico, responsabilidade familiar, credibilidade religiosa, ajustamento familiar e nível de satisfação das expectativas nas áreas técnica e expressiva.

1.1. Nível dos problemas percebidos

Problemas percebidos, segundo KAMIYAMA (41:7) "são aqueles que os indivíduos conscientizam ou percebem como problemas e conseguem verbalizar".

ARGYLE³, conceitua percepção como um fenômeno psicológico de elaboração de uma resposta extraída da informação. Afirma ainda que a percepção é variável, segundo as diferenças individuais.

Segundo PIERON⁶³, percepção é a tomada de conhecimento sensorial de objetos ou de fatos exteriores que tenham dado origem a sensações numerosas e complexas. A resposta perceptiva se manifesta no comportamento, conseqüente a uma estimulação que produz uma sensação.

Para fins deste estudo, basicamente de enfermagem, valeu-se tão somente das terminologias e conceituações emitidas por autores especialistas na área da Psicologia.

Assim, adotou-se como indicadores de problemas percebidos os mecanismos que utiliza o indivíduo em crise emocional, conforme descrevem CAPLAN¹², MURRAY e ZENNER⁵⁷. As fases e as manifestações correspondentes pelas quais passam as pessoas em crise, são as seguintes:

1.^a Fase

...

- 1) Medo ligado mais a perdas psicológicas:
 - . medo do desconhecido - um medo vago, difuso, sem poder especificar o tipo; ansiedade; medo de hospital e da Unidade de Terapia Intensiva;
 - . medo de ficar longe da família;
 - . medo de ameaça à sua auto-estima - medo da inutilidade ou despersonalização; isto é, da ameaça à extensão que a pessoa tem das atitudes favoráveis em relação a si própria;
 - . medo da invação do espaço pessoal - da invasão a sua intimidade;
 - . medo de ficar só.

- ...
- 1.^a Fase
- Fase Inicial
ou
Choque inicial
- 2) Medo ligado mais a danos orgânicos:
 - . medo quanto ao tratamento - sentimento de impotência;
 - . medo quanto à assistência da equipe de saúde;
 - . medo da ameaça à sua auto-imagem - da invalidez ou defeito físico, isto é, prejudicando sua auto-percepção da imagem corporal;
 - . medo da dor;
 - . medo de morrer.
 - 3) Estresse - expresso em sentir cansaço, sentir-se ninguém, sentimento de vazio, agitação, inquietação.
 - 4) Desamparo, sentimento de abandono ou sentir-se sem ajuda.
 - 5) Desorientação - incapacidade de julgar e resolver seus problemas, ignora a causa real de seu estado.
 - 6) Desespero - sensação de pânico.
 - 7) Revolta - de maneira difusa manifestada por agressão, irritabilidade, hostilidade.
 - 8) Excitação, tensão.
 - 9) Depressão - sente-se oprimido, aborrecido, com pensamentos negativos, desgosto.

- 2.^a Fase
- Fuga Defensiva
ou
Negação
- 1) Evita a realidade - retraimento, fantasia, indiferença, apatia ou euforia, sente-se até melhor que anteriormente.
 - 2) Repressão - repelindo a idéia da doença, de -
monstrando cinismo ou audácia.
 - 3) Racionalização - dando explicações não reais,
sobre o desconforto ou sintomas e a causa de
seu problema.
 - 4) Transferência - transfere atitudes emocionais
inconscientes, amistosas, hostis ou ambivalentes,
estabelecidas na infância através da re-
lação com seus pais ou pessoas de seu ambiente.
 - 5) Projeção - atribui ao outro seus sentimentos.
 - 6) Conformismo - atitude fatalista, passiva.
- 3.^a Fase
- Reconhecimento
- 1) Raiva - da situação, dos outros e de si mesmo.
 - 2) Exigência e reclamação.
 - 3) Insatisfação e lamentação.
 - 4) Sintomas de somatização da angústia - fadiga,
insônia, anorexia, náusea, diarréia, sudorese,
e outros.

A quarta fase, a da aceitação, adaptação e mudança, não foi considerada porque não constitui problema. É a fase em que o indivíduo supera a crise e amadurece com ela. Te

ve-se a oportunidade de identificá-la por ocasião da entrevista, quando o indivíduo lucidamente relatou os problemas pelos quais passara e como os via, então, apresentando sugestões valiosas.

Determinou-se o nível dos problemas percebidos pela aferição de pesos às três graduações de intensidade de cada um dos mecanismos que utiliza o indivíduo em crise.

Seguem abaixo os pesos aferidos, baseando-se em informações fornecidas por especialistas em psicologia:

- Para os mecanismos da 1.^a fase:

- Não	0
- Sim: pouco	- peso 1
regular	- peso 2
muito	- peso 3

- Para os mecanismos da 2.^a fase:

- Não	0
- Sim: pouco	- peso 3
regular	- peso 6
muito	- peso 9

- Para os mecanismos da 3.^a fase:

- Não	0
- Sim: pouco	- peso 2
regular	- peso 4
muito	- peso 6

Atribuiu-se os pesos mais baixos à primeira fase por que é mais natural ao indivíduo frente a uma situação crítica

ca, sofrer um choque inicial, sem que isto seja um problema maior. É a fase que pode durar de algumas horas até dois dias.

A segunda fase, por ser a da fuga defensiva ou negação é a fase mais grave, motivo porque determinou-se os maiores pesos.

A terceira fase, a do reconhecimento e tomada de consciência da situação, apesar de aparentemente o indivíduo se apresentar mais difícil por suas exigências, reclamações, raivas dirigidas e todos os demais mecanismos, é uma fase mais positiva que a anterior, por estar mais consciente de sua situação. Por isso, foram-lhe atribuídos pesos medianos.

A variável - percepção dos problemas - foi estudada junto dos pacientes e respectivos familiares.

1.2. Idade

Encontram-se na literatura diferentes opiniões sobre a maneira de encarar uma doença grave conforme a idade.

Assim, na opinião de SCHEPARD⁶⁸ e de FUERST, WOLFF, WEITZEL³³, as pessoas idosas por se sentir com suas missões cumpridas desejam a morte. Enfrentam a situação de doença grave com maior passividade e aceitação do que os mais jovens com maiores anseios pela vida.

Já CONDRAU²⁰, tem opinião contrária. Afirma, baseado em pesquisa realizada, que quanto mais idosa a pessoa, maior sua tensão e angústia face a uma situação limite de vida por seu alto grau de negação da morte. Portanto, a idéia de que os velhos enfrentam o fato com resignação olímpica, é posta em dúvida por muitos psicólogos.

Por outro lado, COREY (21:7) diz que "os jovens tendem a aceitar ou neutralizar toda a idéia que lembre a morte e os mais velhos a evitá-la".

Diante das opiniões divergentes de muitos autores decidiu-se estudar a variável idade. Obedeceu-se a seguinte escala na classificação:

18 |— 30 anos
30 |— 40 anos
40 |— 50 anos
50 e mais anos

1.3. Sexo

Foram incluídos ambos os sexos. Acredita-se, que as diferenças sexuais podem influir na percepção dos problemas numa situação limite de vida. A afirmação de Du GAS²⁶, é que a mulher, fica mais angustiada e ansiosa, frente a ameaça de descuido dos filhos e da casa, enquanto que o homem vendo-se em perigo de invalidez ou inutilidade, experimenta uma grande ameaça à sua auto-estima e auto-imagem.

1.4. Escolaridade

Esta variável foi selecionada, porque conforme refere CAPLAN¹², quanto menor o grau de instrução, menor é o grau de crise, devido o baixo nível de percepção de problemas que o indivíduo sofre. A escolaridade é referida em termos de grau de instrução. Foram previstas, inicialmente, cinco categorias, a saber:

- Analfabeto - não saber ler nem escrever ou só saber assinar o nome.
- 1º grau - de 1.^a à 4.^a série
- 1º grau - de 5.^a à 8.^a série
- 2º grau completo ou não
- superior completo ou não.

A vista dos resultados, nos quais as frequências foram muito baixas para as duas últimas categorias e nula para a primeira, procedeu-se à recategorização desta variável, que passou à seguinte:

- 1.^a à 4.^a série do 1º grau
- 5.^a à 8.^a série do 1º grau
- 2º grau e superior.

1.5. Diagnóstico Médico

Selecionou-se esta variável para verificar se diferentes patologias influem na percepção dos problemas,

Após os dados coletados, os diversos diagnósticos foram agrupados na seguinte classificação:

- Queimadura
- Politraumatismo
- Agudização de patologias clínicas
- Afecção de emergência
- Cirurgia com complicações.

1.6. Responsabilidade familiar

Esta variável foi medida em termos de manutenção econômica e no cuidado dos dependentes.

Acredita-se que o grau de responsabilidade familiar interfere na percepção dos problemas. Cita Du GAS²⁶ que a pessoa que tem grande responsabilidade familiar, seja econômica, no sustento da família, ou seja no cuidado de outros: filhos ou outros dependentes, tem uma preocupação natural quando impedida de exercer suas funções, como no caso de estar doente .

Esta variável foi medida com as categorias:

- Nenhuma
- Pequena
- Regular
- Grande

A responsabilidade foi considerada "grande" quando sua renda era a única ou a maior parte da renda para sustentar a família; ou era responsável pelos filhos dependentes ou outras pessoas totalmente sob seus cuidados. "Regular", quando partilhava com igual proporção no ganho familiar e cuidado dos dependentes, como exemplo: o casal em que ambos os cônjuges trabalham e participam tanto da renda financeira, como no cuidado dos dependentes. A responsabilidade era "pequena" , se sua contribuição era uma pequena parte da renda familiar ou no cuidado dos demais, por exemplo: filho que trabalha e contribui com parcela dos vencimentos ou, que ajuda em casa. Não tem "nenhuma" quando era totalmente dependente, sem ne -

nhuma contribuição familiar seja financeira ou nos cuidados de casa.

1.7. Credibilidade religiosa

Du GAS²⁶, afirma que para a assistência integral do ser humano é igualmente importante, o levantamento e atendimento das necessidades da área psíquicoespiritual, quanto das demais áreas psicobiológicas, psicossociais e emocionais.

A experiência no cuidado às pessoas doentes e pesquisas realizadas, como a de ARAUJO², comprovam o que a literatura diz da necessidade religiosa do paciente hospitalizado. FUERST, WOLFF, WEITZEL (33:132) comentam que "é comum muitos pacientes procurarem apoio na sua fé religiosa durante os períodos de estresse". E Du GAS (26:192) refere que "a crença espiritual proporciona fortaleza interna para superação de crise emocional". Baseando-se nessas considerações: pretendeu-se verificar se o grau de vivência religiosa, seria um mecanismo de resistência como fator de equilíbrio para enfrentar uma situação de crise.

Para medida desta variável, adotou-se os mesmos critérios de categorização usado por ARAUJO²:

- Praticante
- Praticante casual
- Não praticante
- Não tem religião

Considera-se praticante a pessoa que no seu entender segue todos os princípios e práticas adotadas, por sua

religião, metodicamente. Praticante casual, aquele que se segue os princípios e práticas de sua religião de vez em quando, conforme conveniência ou necessidade do indivíduo. Não praticante, a pessoa que diz professar determinada religião, mas não segue seus princípios não exercendo tão pouco alguma prática religiosa. E, não tem religião, atribuído àquela pessoa que diz não professar e não seguir nenhuma religião.

1.8. Ajustamento familiar

O ajustamento do indivíduo ao meio familiar, é fator importante para o seu bem estar e satisfação das necessidades psico-sociais. Acredita-se que esta variável tenha influência sobre manifestação dos problemas frente as situações críticas. Por isso foi isolada para o estudo.

Há várias maneiras de se verificar o ajustamento. Entretanto para efeito desta pesquisa, verificou-se apenas pelas respostas dadas à pergunta sobre como se relaciona com os seus familiares.

Assim, considerou-se ajustamento:

- Bom - quando o indivíduo se relaciona bem com a sua família, em clima de diálogo, compreensão e harmonia;
- Regular - quando o relacionamento com a família é apenas formal.
- Mau - quando o indivíduo não se relaciona com a família e nem tem amigos.

À vista dos resultados, porém, suprimiu-se a categoria mau, pelo fato de sua frequência ter sido igual a zero. Procedeu-se, então, a recategorização desta variável que passou a ser a seguinte:

- Bom
- Regular

1.9. Nível de satisfação das expectativas:

"Expectativa é a antecipação de um acontecimento futuro" DORIN (25:98). "É a esperança de um acontecimento futuro", CARVALHO (13:431).

E, para fins deste estudo, considerou-se nível de satisfação das expectativas, o que foi proporcionado ao paciente relativamente àquilo que ele esperava fosse feito naquela situação.

A identificação desta variável foi feita por meio de uma listagem de atividades da área técnica e outra da área expressiva (anexo I) que, após algumas entrevistas de pré-teste verificou-se serem expectativas de todos os pacientes hospitalizados. Desta lista de expectativas, os entrevistados indicaram as que lhes foram satisfeitas.

2 - População

A população desta pesquisa representa todo indivíduo residente na área da Grande Florianópolis, que teve experiência de hospitalização em estado grave e que preencheu os seguintes critérios:

- indivíduo que tenha recuperado sua saúde;
- indivíduo que passara grande parte do seu estado grave consciente e, que no momento da entrevista se encontrava também lúcido;
- indivíduo com idade acima dos 18 anos. Julgou-se que abaixo desta idade, o jovem apresentaria sintomatologia de crise diferente, próprio do adolescente;
- indivíduo que aceitasse fazer parte da pesquisa;
- foi excluído aquele que estivera em situação grave por tentativa de suicídio, por influirem variáveis intervenientes;
- o familiar ou pessoa mais íntima entrevistada foi aquele que teve maior envolvimento na experiên - cia de cada paciente e informado por este.

3 - Amostragem

A amostra estudada foi de trinta pacientes e seus respectivos familiares ou pessoas que mais estiveram envolvidas na experiência. Para cada paciente, um familiar ou um amigo foi entrevistado.

Pelos critérios estabelecidos para este estudo , considerou-se a população de difícil localização. Optou-se, então, por tratamentos estatísticos de métodos não paramé - tricos onde não há obrigatoriedade de um número mínimo de elementos na amostra.

4. Localização da amostra

De acordo com os critérios estabelecidos, encontrou-se somente um hospital na área geográfica limitada com Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) organizado, registro de internação e movimentação da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade Especial para Queimados, onde internam pacientes em estado grave.

Primeiramente, foi feito levantamento dos pacientes que passaram pelos serviços referidos em listagem regressiva quanto as datas a partir de dezembro de 1978, segundo os critérios estabelecidos.

Posteriormente, completou-se a identificação dos pacientes através de prontuários arquivados no SAME, quanto aos itens referentes à idade, endereço e confirmação do diagnóstico.

5. Método e Instrumento de coleta de dados

A entrevista foi o método adotado, seguiu-se durante a mesma um roteiro estabelecido (ANEXO III). E os dados coletados foram anotados em formulário próprio para pacientes (ANEXO I) e para o familiar (ANEXO II). Foi assegurado o anonimato das revelações junto à população entrevistada, embora tenha colocado o nome no formulário para identificar o do familiar e o confronto de ambos.

A forma final do instrumento foi conseguida, através de sucessivos pré-testes com realização das reformulações necessárias até se verificar sua aplicabilidade. Valeu-se também das contribuições de autoridades na área da psicologia,

para seleção de sinais e sintomas de mecanismos que apresentam pessoas em crise emocional.

6. Procedimentos para a coleta de dados

De posse de uma listagem de pacientes, com os respectivos endereços, os dados foram colhidos no domicílio, pela pesquisadora, seguindo-se os critérios estabelecidos.

Para a coleta, seguiu-se a ordem da entrevista segundo a lista de nomes, descartando-se os que mudaram de endereço e os que não preenchiam os critérios estabelecidos. O critério, nível de consciência, foi verificado no momento da entrevista através do diálogo inicial averiguou-se do estado de lucidez no momento. Em caso positivo, perguntou-se como se encontrou durante a hospitalização. Se dizia não se lembrar de nada, era excluído da amostra. Se dizia ter tomado consciência de sua situação, localizando-se no tempo e no espaço momentos ou poucos dias após o acometimento, ficando assim, a maior parte da hospitalização consciente, este era incluído na amostra. Este critério foi adotado, uma vez que não se encontra no prontuário anotações precisas quanto ao grau de consciência.

Os dados referentes à identificação do paciente bem como o diagnóstico médico, foram colhidos no prontuário e confirmados por ocasião da entrevista formal.

Precedeu-se a cada entrevista, cuidadoso estabelecimento do "Rapport" (ANEXO III) para a obtenção da colaboração e de respostas verdadeiras às questões.

IV - RESULTADOS

1. Procedimentos estatísticos de análise dos dados

1.1. Preliminares

Os objetivos fixados para desenvolvimento da pesquisa, a natureza da população e o número de elementos da amostra levaram à utilização de técnicas estatísticas não-paramétricas para análise dos dados.

Como os objetivos principais são a pesquisa de relação entre variáveis, os problemas foram considerados em dois grandes grupos:

1.1.1. os de amostras independentes;

1.1.2. os de associação de duas amostras.

Tem-se amostras independentes quando se reúnem as medidas dos níveis de problemas percebidos pelos pacientes segundo:

- a idade
- o sexo
- a escolaridade

- o diagnóstico médico
- a responsabilidade familiar
- a credibilidade religiosa
- o ajustamento familiar

No segundo caso, está o exame da existência de relação entre o nível de problemas percebidos pelo paciente e:

- O nível de satisfação das expectativas
 - . na área técnica
 - . na área expressiva
- O nível de problemas percebidos pelo familiar.

Essa classificação conduziu ao tipo de teste a ser utilizado. Assim:

- para o caso de amostras independentes foram empregadas as provas:
 - . de Mann-Whitney: se havia apenas duas amostras;
 - . de Kruskal-Wallis: para mais de duas amostras.
- para o segundo caso, utilizou-se o Coeficiente de correlação por postos de Spearman.

1.2. Teste de Mann-Whitney:

A hipótese nula - de que as duas amostras não se diferenciam significativamente quanto à característica estudada - é testada mediante o cálculo da estatística U, cuja expressão segundo SIEGEL⁶⁹ é:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_1 (n_1 + 1)}{2} - R_1 \quad \text{ou,}$$

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_2 (n_2 + 1)}{2} - R_2$$

Sendo:

n_1 número de observações do grupo menor;

n_2 número de observações do grupo maior;

R_1 soma dos postos atribuídos às observações do grupo menor;

R_2 soma dos postos atribuídos às observações do grupo maior;

Para $9 < n \leq 20$ têm-se tabulados valores críticos de U para diversos níveis de significância. Para grandes amostras (assim entendido quando $n_2 < 20$), a distribuição de U é aproximadamente normal com:

$$\text{Média: } \mu_U = \frac{n_1 \cdot n_2}{2}$$

$$\text{Desvio padrão: } \tau_U = \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n(n-1)} \left(\frac{n^3 - n}{12} - \Sigma T \right)}$$

sendo:

$n = n_1 + n_2$ número total de observações; e

$T = \frac{t^3 - t}{12}$ em que t é o maior número de observações empatadas em determinado posto.

O poder-eficiência da prova, quando comparada com a prova t de Student, tende para 95,5% quando n aumenta (MOOD⁵⁴).

1.3. Teste de Kruskal-Wallis;

Testa-se a hipótese nula - não há diferença significativa entre as amostras, relativamente à característica sob exame - através da estatística H dada pela fórmula (SIEGEL⁶⁹):

$$H = \frac{12 \sum_{i=1}^k \frac{R_i^2}{n_i} - 3(n+1)}{n(n+1)} - \frac{\sum T}{n^3 - n}$$

Sendo:

n_i o número de observações do grupo i ;

n o número total de observações;

k o número de grupos estudados;

R_i a soma dos postos atribuídos às observações do grupo i ;

$T = t^3 - t$ em que t é o número de escores existentes em cada grupo de observações empatadas.

Quando $n_i > 5$, H tem distribuição aproximadamente χ^2 com $k - 1$ graus de liberdade. Para $n_i < 5$ e $k = 3$ há tabelas das probabilidades exatas associadas a H .

Comparada com a prova F , o poder-eficiência do teste de Kruskal-Wallis é de, aproximadamente, 95,5%.

1.4. Coeficiente de Correlação por Postos de Spearman:

A associação entre variáveis (duas) é medida pelo coeficiente r_s , definido por SIEGEL⁶⁹:

$$r_s = \frac{\Sigma X^2 + \Sigma Y^2 - \Sigma d^2}{2 \sqrt{\Sigma X^2 \Sigma Y^2}}$$

onde:

$$\Sigma X^2 = \frac{n^3 - n}{12} - \Sigma T_X$$

$$\Sigma Y^2 = \frac{n^3 - n}{12} - \Sigma T_Y$$

em que:

n é o número de observações de cada variável;

$T = \frac{t^3 - t}{12}$ onde t é o número de observações empacadas em determinado posto;

d é a diferença entre os postos das variáveis num par de observações.

Para testar a significância de r_s sob a hipótese nula - r_s não difere significativamente de zero, ou seja, as duas variáveis não são associadas na população - usa-se (KENDAL⁴²) a distribuição t de STUDENT com $n - 2$ graus de liberdade, sendo:

$$t = r_s \sqrt{\frac{n - 2}{1 - r_s^2}}$$

1.5. Erro α admitido:

Em todos os procedimentos usados foi adotado o nível de significância (correspondente ao erro α) de 5%.

2. Características da Amostra

A amostra estudada foi composta de um total de trinta pacientes que estiveram hospitalizados em estado grave e seus respectivos familiares.

Apresenta-se a seguir pelo quadro sinótico as características da referida amostra em relação às variáveis estabelecidas:

- as idades variaram entre 18 e 73 anos;
- o sexo masculino prevaleceu ligeiramente na amostra, na razão de 16 por 14 do feminino;
- quanto à escolaridade, não houve analfabetos. Este nível oscilou entre alfabetizados até pacientes com curso superior completo;
- os 30 diferentes tipos de diagnóstico médico, conforme o quadro sinótico, foram classificados em cinco categorias por tipo de especialidades clínicas conforme Tabela 7.
- a responsabilidade familiar prevaleceu a classificada como "grande" num total de 14;
- quanto à credibilidade religiosa prevaleceu na amostra os de categoria "praticante" em 16 pacientes; e,
- ajustamento familiar com a quase totalidade da amostra, ou seja, 26 pacientes na classificação "bom".

O quadro sinótico apresenta também, o nível de problemas percebidos pelos pacientes e por seus respectivos familiares, bem como, o nível de satisfação das expectativas dos pacientes.

QUADRO SINÓTICO - Características dos pacientes e respectivos familiares segundo as variáveis

PACIENTE	NÍVEL DE PROBLEMA		NÍVEL DE SATISFAÇÃO DAS EXPECTATIVAS		IDA- DE	SEXO	ESCOLARIDADE	DIAGNÓSTICO MÉDICO	RESPONSABILIDADE FAMILIAR	CREDIBILIDADE DA FAMILIA	AJUSTAMENTO FAMILIAR
	NÍVEL MÁXIMO	NÍVEL MÍNIMO	NÍVEL MÁXIMO	NÍVEL MÍNIMO							
01	70	141	12	19	28	F	2º grau	Queimadura 2º e 3º Grau	Pequena	Praticante	Regular
02	46	28	12	16	29	M	7a.série	Cetoacidose Diabética	Regular	Prat.casual	Regular
03	39	18	11	16	56	F	8a.série	Estado de mal convulsivo	Regular	Praticante	Bom
04	26	15	13	20	51	M	superior	Pneumonia + Septicemia	Grande	Praticante	Bom
05	54	52	9	10	21	F	4a.série	Cetoacidose Diabética	Nenhuma	Prat.casual	Bom
06	55	49	12	17	42	M	4a.série	Politraumatismo + Enfis. Subcutâneo + IRA.	Grande	Não Pratic.	Bom
07	37	39	14	22	26	M	7a.série	Politraumatismo - Comção Cerebral	Grande	Prat.casual	Bom
08	16	30	10	20	19	M	8a.série	Pneumonia alveolar + Choque hipovolêmico	Nenhuma	Prat.casual	Bom
09	34	26	16	26	35	F	2º grau	Hemorragia digestiva por úlcera gástrica	Grande	Praticante	Bom
10	56	43	19	26	29	F	7a.série	Pneumonia + choque séptico	Regular	Prat.casual	Regular
11	20	37	17	24	19	M	5a.série	Queimadura 2º grau de 1/60 de área	Peguenta	Praticante	Bom
12	16	25	16	25	73	M	2º grau	Úlcera péptica - degastrectomia + vagot.	Grande	Não Pratic.	Bom
13	94	75	12	13	44	F	2a.série	Aborto séptico + Hemólise intravascular	Grande	Praticante	Bom
14	15	28	17	25	58	F	2a.série	Colelitíase + Colecistectomia	Regular	Praticante	Bom
15	40	46	15	19	23	F	6a.série	Tromboflebite de seio Caverno	Grande	Prat.casual	Bom
16	32	28	9	20	19	M	2º grau	Trauma de crâneo + Craneoplastia	Pequena	Prat.casual	Bom
17	34	26	16	24	38	M	4a.série	Henatoma intracerebral	Pequena	Praticante	Bom
18	44	34	12	23	50	M	4a.série	Hemorragia digestiva + Cirrose hepática	Grande	Praticante	Bom
19	47	36	9	17	40	M	4a.série	Hemorragia sub-aracnóide + Hipert.arterial	Grande	Praticante	Bom
20	37	21	13	24	52	F	Alfabet.	Estado de mal epilético	Regular	Praticante	Bom
21	44	45	13	23	41	M	6a.série	Aterosclerose : obstrução de íliaca e fe mural - Endarterectomia	Grande	Prat.casual	Bom
22	23	28	14	24	43	F	3a.série	Trobose Venosa	Regular	Praticante	Bom
23	20	28	13	26	64	F	Alfabet.	Gastroenterite aguda + Hipert.arterial	Regular	Não Pratic.	Bom
24	18	30	16	25	30	M	4a.série	Queimadura membros inferiores	Grande	Praticante	Bom
25	57	59	12	19	31	M	2a.série	Queimadura míxta	Grande	Prat.casual	Regular
26	26	27	15	24	63	M	2º grau	Politraumatismo: Contusão cerebral + f.cost.	Grande	Praticante	Bom
27	50	40	3	14	47	M	2º grau	Politraumatismo: fratura de femur D	Regular	Prat.casual	Bom
28	22	24	17	25	39	F	superior	Gravidez tubária + Hemorragia	Regular	Prat.casual	Bom
29	69	36	10	17	25	F	2º grau	Abcesso Pulmonar - Pneumonia	Pequena	Praticante	Bom
30	85	62	10	13	31	F	Alfabet.	Litíase ureteral + Parada Cardíaca	Grande	Praticante	Bom

3. Apresentação dos Resultados

De acordo com os objetivos estabelecidos para este estudo, a metodologia empregada e os procedimentos utilizados, obteve-se os seguintes resultados:

3.1. Nível de problemas percebidos pelos pacientes relacionados com as suas características segundo as variáveis.

3.1.1. Relacionamento com a idade:

A tabela 1 apresenta os pacientes classificados por idades, registrando o nível de problemas por eles percebidos.

TABELA 1 - Níveis dos problemas percebidos pelos pacientes segundo a idade.

18 30		30 40		40 50		50 e mais	
P	NP	P	NP	P	NP	P	NP
1	70,0	9	34,0	6	55,0	3	39,0
2	46,0	17	34,0	13	94,0	4	26,0
5	54,0	24	18,0	19	47,0	12	16,0
7	37,0	25	57,0	21	44,0	14	15,0
8	16,0	28	22,0	22	23,0	18	44,0
10	56,0	30	85,0	27	50,0	20	37,0
11	20,0					23	20,0
15	40,0					26	26,0
16	32,0						
29	69,0						

LEGENDA: P = Paciente

NP = Nível do Problema

Conforme demonstra a Tabela 1, a idade predominante encontra-se na faixa etária de 18 — 30 anos, com 10 pacientes, seguindo em ordem decrescente, 8 pacientes com mais de 50 anos de idade, e 6 pacientes, número repetido, nas faixas de 30 — 40 e 40 — 50 anos de idade.

Para testar a existência de relação entre o nível de problemas percebidos e a idade dos pacientes, utilizou-se a prova de Kruskal-Wallis, fazendo-se uso dos postos correspondentes ao nível dos problemas, que são mostrados na Tabela 2.

TABELA 2 - Postos dos níveis de problemas dos pacientes segundo as idades.

18 — 30	30 — 40	40 — 50	50 e mais
28,0	12,5	24,0	16,0
20,0	12,5	30,0	9,5
23,0	4,0	21,0	2,5
14,5	26,0	18,5	1,0
2,5	7,0	8,0	18,5
25,0	29,0	22,0	14,5
5,0			5,5
17,5			9,5
11,0			
27,0			
$R_1:$	$R_2:$	$R_3:$	$R_4:$
173,5	91,0	123,5	77,0

$$\Sigma T = 6 (2^3 - 2) \Rightarrow \Sigma T = 36$$

Assim:

$$H = \frac{\frac{12 \times 7673,5583}{30 \times 31} - 3 \times 31}{1 - \frac{36}{30^3 - 30}}$$

$$H = 6,022$$

Como o valor de H é menor que o do qui quadrado para 3 graus de liberdade e nível de significância de 5% (7,82), não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que não há diferença significativa entre os níveis de problemas percebidos, relativamente à idade dos pacientes.

3.1.2. Relacionamento com o sexo:

Os pacientes, conforme os níveis de problemas percebidos, classificam-se segundo o sexo conforme mostrado na Tabela 3.

TABELA 3 - Níveis dos problemas percebidos pelos pacientes segundo o sexo.

FEMININO		MASCULINO	
PACIENTE	NÍVEL DO PROBLEMA	PACIENTE	NÍVEL DO PROBLEMA
1	70,0	2	46,0
3	39,0	4	26,0
5	54,0	6	55,0
9	34,0	7	37,0
10	56,0	8	18,0
13	94,0	11	20,0
14	15,0	12	16,0
15	40,0	16	32,0
20	37,0	17	34,0
22	23,0	18	44,0
23	20,0	19	47,0
28	22,0	21	44,0
29	69,0	24	18,0
30	85,0	25	57,0
		26	26,0
		27	50,0

Por esta Tabela observa-se uma frequência quase que homogênea entre grupos de sexo feminino, com 14 elementos, e sexo masculino com 16 elementos.

A existência ou não de relação entre o nível de problemas percebidos e o sexo dos pacientes foi testada pela prova de MANN-WHITNEY utilizando-se os elementos da Tabela 4.

TABELA 4 - Postos dos níveis dos problemas percebidos pelos pacientes segundo o sexo.

FEMININO	MASCULINO
28,0	20,0
16,0	9,5
23,0	24,0
12,5	14,5
25,0	2,5
30,0	5,5
1,0	2,5
17,0	11,0
14,5	12,5
8,0	18,5
5,5	21,0
7,0	18,5
27,0	4,0
29,0	26,0
	9,5
	22,0

Tem-se:

$$U_1 = 14 \times 16 + \frac{14 \times 15}{2} = 243,5$$

$$U_1 = 85,5$$

$$U_1 = 14 \times 16 + \frac{16 \times 17}{2} = 221,5$$

$$U_2 = 138,5.$$

Tomando-se o menor valor, vem:

$$U = 85,5$$

Como o valor observado de U (85,5) é maior que o valor crítico (64) tabulado para o nível de significância de 5%, não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que os pacientes do sexo feminino não se diferenciam, significativamente, dos pacientes do sexo masculino quanto ao nível dos problemas percebidos.

3.1.3. Relacionamento com a Escolaridade:

Os pacientes e seus níveis de problemas percebidos estão classificados na Tabela 5 segundo a escolaridade.

TABELA 5 - Níveis de problemas percebidos pelos pacientes segundo a escolaridade.

1. ^a a 4. ^a SÉRIE DO 1. ^o GRAU		5. ^a a 8. ^a SÉRIE DO 1. ^o GRAU		2. ^o GRAU e SUPERIOR	
N	NP	N	NP	P	NP
5	54,0	2	46,0	1	70,0
6	55,0	3	39,0	4	26,0
13	94,0	7	37,0	9	34,0
14	15,0	8	16,0	12	16,0
17	34,0	10	56,0	16	32,0
18	44,0	11	20,0	28	26,0
19	47,0	15	40,0	27	50,0
20	37,0	21	44,0	28	22,0
22	23,0			29	29,0
23	20,0				
24	18,0				
25	57,0				
30	85,0				

LEGENDA: P = Paciente

NP = Nível do Problema

Do total de 30 pacientes encontram-se: 13 portadores de grau de instrução compreendido até a 4.^a série do 1.^o grau; 8 entre 5.^a a 8.^a série do 1.^o grau; 9 com 2.^o grau e/ou com curso superior.

Para testar se há relação entre o nível dos problemas percebidos e a escolaridade, empregou-se a prova de KRUSKAL-WALLIS.

Os dados utilizados no teste constam da Tabela 6.

TABELA 6 - Postos dos níveis de problemas pelos pacientes segundo a escolaridade.

1. ^a a 4. ^a SÉRIE DO 1. ^o GRAU	5. ^a a 8. ^a SÉRIE DO 1. ^o GRAU	2. ^o GRAU e SUPERIOR
23,0	20,0	28,0
24,0	16,0	9,5
30,0	14,5	12,5
1,0	2,5	2,5
12,5	25,0	11,0
18,5	5,5	9,5
21,0	17,0	22,0
14,5	18,5	7,0
8,0		27,0
5,5		
4,0		
26,0		
29,0		
$R_1:$	$R_2:$	$R_3:$
217,0	119,0	129,0

$$\Sigma T = 6(2^3 - 2) \Rightarrow \Sigma T = 36$$

Tem-se, então:

$$H = \frac{\frac{12 \times 7241,3558}{30 \times 31} - 3 \times 31}{1 - \frac{36}{30^3 - 30}}$$

$$H = 0,437$$

Não se pode, portanto, rejeitar a hipótese nula, porquanto o valor calculado de H é menor que o valor de χ^2 (5,99) para 2 graus de liberdade e nível de significância de 5%.

Conclui-se, então, que inexistente diferença significativa entre os níveis de problemas percebidos, relativamente à escolaridade dos pacientes.

3.1.4. Relacionamento com o diagnóstico médico:

A classificação dos pacientes, conforme os níveis de problemas percebidos, segundo o diagnóstico médico é apresentado na Tabela 7.

TABELA 7 - Nível dos problemas percebidos pelos pacientes segundo o diagnóstico médico

QUEI - MADURA		POLI-TRAU MATISMO		AGUD.DE AFEC- ÇÃO CRÔNICA		AFECÇÃO DE EMERGÊNCIA		CIRURGIA COM COMPLICAÇÕES	
P	NP	P	NP	P	NP	P	NP	P	NP
1	70,0	6	55,0	2	46,0	4	26,0	12	16,0
11	20,0	7	37,0	3	39,0	8	16,0	14	15,0
24	18,0	16	32,0	5	54,0	9	34,0	17	34,0
25	57,0	26	26,0	20	37,0	10	58,0	21	44,0
		27	50,0	22	23,0	13	94,0	30	85,0
						15	40,0		
						18	44,0		
						19	47,0		
						23	20,0		
						28	22,0		
						29	69,0		

LEGENDA: P = Paciente

NP = Nível do Problema

Mostra a Tabela 7, maior frequência das afecções de emergência totalizando 11 pacientes, seguindo iguais frequências de 5 pacientes para os politraumatizados, agudização de afecções crônicas e para cirurgias com complicações. A menor frequência observa-se para as queimaduras, em 4 pacientes.

Na Tabela 8, os níveis de problemas são transforma

dos em postos, para que se possa testar a existência de relação entre as variáveis nível de problemas percebidos e diagnóstico médico.

TABELA 8 - Postos dos níveis dos problemas percebidos pelos pacientes segundo o diagnóstico médico.

QUEI - MADURA	POLI-TRAU MATISMO	AGUD.DE AFEC ÇÃO CRÔNICA	AFECÇÃO DE EMERGÊNCIA	CIRURGIA COM COMPLICAÇÕES
28,0	24,0	20,0	9,5	2,5
5,5	14,5	16,0	2,5	1,0
4,0	11,0	23,0	12,0	12,5
26,0	9,5	14,5	25,0	18,5
	22,0	8,0	30,0	29,5
			17,0	
			18,5	
			21,0	
			5,5	
			7,0	
			27,0	
R ₁ :	R ₂ :	R ₃ :	R ₄ :	R ₅ :
63,5	81,0	81,5	175,5	63,5

$$\Sigma T = 6(2^3 - 2) \Rightarrow \Sigma T = 36$$

Conforme a prova de KRUSKAL-WALLIS, em:

$$H = \frac{\frac{12 \times 7255,1752}{30 \times 31} - 3 \times 31}{1 - \frac{36}{30^3 - 30}}$$

$$H = 0,616$$

Sendo este valor menor que o valor de χ^2 para 4 graus de liberdade e nível de confiança de 95% (9,49), não se pode rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então que os níveis de problemas percebidos não se diferenciam significativamente em relação ao diagnóstico médico dos pacientes.

3.1.5. Relacionamento com a responsabilidade familiar:

Na Tabela 9, os pacientes estão agrupados conforme o nível dos problemas, segundo o grau de responsabilidade familiar.

TABELA 9 - Níveis dos problemas percebidos, pelos pacientes segundo a responsabilidade familiar.

NENHUMA OU PEQUENA		REGULAR		GRANDE	
P	NP	P	NP	P	NP
1	70,0	2	46,0	4	26,0
5	54,0	3	39,0	6	55,0
8	16,0	10	56,0	7	37,0
11	20,0	14	15,0	9	34,0
16	32,0	20	37,0	12	16,0
17	34,0	22	23,0	13	94,0
29	69,0	23	20,0	15	40,0
		27	50,0	18	44,0
		28	22,0	19	47,0
				21	44,0
				24	18,0
				25	57,0
				26	26,0
				30	85,0

LEGENDA: P = Paciente

NP = Nível de Problema

O grau de responsabilidade familiar, predominou na amostra na categoria de "grande" com 14 elementos, os de "regular" responsabilidade familiar foram 9 pacientes, sendo que a menor frequência foi dos que não tinham, "nenhuma" ou tinham "pequena" responsabilidade familiar.

Na Tabela 10, estão os postos correspondentes aos níveis de problemas que serviram à aplicação do teste.

TABELA 10 - Postos dos níveis de problemas percebidos pelos pacientes segundo a responsabilidade familiar dos pacientes.

NENHUMA OU PEQUENA	REGULAR	GRANDE
28,0	20,0	9,0
23,0	16,0	24,0
2,5	25,0	14,5
5,5	1,0	12,5
11,0	14,5	2,5
12,5	8,0	30,0
27,0	5,5	17,0
	22,0	18,5
	7,0	21,0
		18,5
		4,0
		26,0
		9,5
		29,0

$$\Sigma T = 6(2^3 - 2) \Rightarrow \Sigma T = 36$$

Empregou-se o teste de KRUSKAL-WALLIS para verificar se existe relação entre o nível de problemas percebidos pelos pacientes e sua responsabilidade familiar.

Tem-se:

$$H = \frac{12 \times \frac{7281,498}{30 \times 31} - 3 \times 31}{1 - \frac{36}{30^3 - 30}}$$

$$H = 0,956$$

O valor observado de H é menor que o valor de χ^2 para 2 graus de liberdade e nível de confiança de 95% (5,99) e, assim, não se pode rejeitar a hipótese nula.

A conclusão, portanto, é que inexistente diferença significativa entre os níveis de problemas percebidos, relativamente à responsabilidade familiar dos pacientes

3.1.6. Relacionamento com a credibilidade religiosa:

Têm-se na Tabela 11 os pacientes, conforme os níveis de problemas percebidos, agrupados segundo a credibilidade religiosa.

TABELA 11 - Níveis dos problemas percebidos pelos pacientes segundo a credibilidade religiosa.

NÃO PRATICANTE E PRATICANTE CASUAL		PRATICANTE	
PACIENTE	NÍVEL DE PROBLEMA	PACIENTE	NÍVEL DE PROBLEMA
2	46,0	1	70,0
5	54,0	3	39,0
6	55,0	4	26,0
7	37,0	9	34,0
8	16,0	11	20,0
10	56,0	13	94,0
12	16,0	14	15,0
15	40,0	17	34,0
16	32,0	18	44,0
21	44,0	19	47,0
23	20,0	20	37,0
25	57,0	22	23,0
27	50,0	24	18,0
28	22,0	26	26,0
		29	69,0
		30	85,0

Pela Tabela 11, observa-se que os componentes da amostra distribuíram-se, quanto à credibilidade religiosa referida em praticabilidade, em 16 praticantes e 14 praticantes casuais ou não praticantes.

TABELA 12 - Postos dos níveis de problemas percebidos pelos pacientes segundo a credibilidade religiosa.

NÃO PRATICANTE E PRATICANTE CASUAL	PRATICANTE
20,0	28,0
23,0	16,0
24,0	9,5
14,5	12,5
2,5	5,5
25,0	30,0
2,5	1,0
17,0	12,5
11,0	18,5
18,5	21,0
5,5	14,5
26,0	8,0
22,0	4,0
7,0	9,5
	27,0
	29,0
$R_1:$	$R_2:$
218,5	246,5

Aplicou-se o teste de MANN-WHITNEY para verificar se a credibilidade religiosa tem alguma influência ao nível dos problemas percebidos pelos pacientes.

Utilizando os dados da Tabela 12, vem:

$$U_1 = 14 \times 16 + \frac{14 \times 15}{2} - 218,5$$

$$U_1 = 110,5$$

$$U_2 = 14 \times 16 + \frac{16 \times 17}{2} - 246,5$$

$$U_2 = 113,5$$

e tomando o menor valor:

$$U = 110,5 \quad U = 110,5$$

O valor calculado de U supera o valor crítico tabulado (64) para o nível de confiança de 95%. Não se pode, portanto, rejeitar a hipótese nula

Conclui-se, então que os pacientes que praticam um credo religioso não se diferenciam, significativamente, daqueles que não o praticam ou o praticam casualmente, quanto ao nível de problemas percebidos.

3.1.7. Relacionamento com ajustamento familiar:

A Tabela 13 apresenta os pacientes e seus níveis de problemas percebidos classificados segundo o grau de ajustamento familiar.

TABELA 13 - Níveis de problemas percebidos, pelos pacientes segundo o ajustamento familiar.

REGULAR		BOM	
PACIENTE	NÍVEL DO PROBLEMA	PACIENTE	NÍVEL DO PROBLEMA
		3	39,0
		4	26,0
		5	54,0
		6	55,0
1	70,0	8	37,0
		8	16,0
		9	34,0
		11	20,0
2	46,0	12	16,0
		13	94,0
		14	15,0
		15	40,0
		16	32,0
		17	34,0
10	56,0	18	44,0
		19	47,0
		20	37,0
		21	44,0
		22	23,0
		23	20,0
25	57,0	24	18,0
		26	26,0
		27	50,0
		28	22,0
		29	69,0
		30	85,0

A grande maioria da amostra, 26 elementos, classificou-se no grau "bom" de ajustamento familiar, enquanto que 4 elementos constaram na categoria "regular".

Para aplicação do teste de MANN-WHITNEY - destinado a verificar se existe relação entre o nível de problemas percebidos e o grau de ajustamento familiar - foram uti

lizados os elementos constantes da Tabela 14.

TABELA 14 - Postos dos níveis de problemas percebidos pelos pacientes segundo o ajustamento familiar.

REGULAR	BOM
	16,0
	9,5
	23,0
	24,0
28,0	14,5
	2,5
	12,5
	5,5
	2,5
20,0	30,0
	1,0
	17,0
	11,0
	12,5
25,0	18,5
	21,0
	14,5
	18,5
	8,0
	5,5
	4,0
26,0	9,5
	22,0
	7,0
	27,0
	29,0
R ₁ :	R ₂ :
99,0	366,0

$$\Sigma T = 6 \left(\frac{2^3 - 2}{22} \right) \Rightarrow \Sigma T = 3,0$$

Tem-se, então:

$$U = 4 \times 26 + \frac{4 \times 5}{2} = 99$$

$$U = 15$$

$$z = \frac{15 - \frac{4 \times 26}{2}}{\sqrt{\frac{4 \times 26}{30 \times 29} \left(\frac{30^3 - 30}{12} - 3 \right)}}$$

$$z = 2,259$$

O valor absoluto do z calculado (2,259) é maior que o valor tabulado (1,96) para o grau de significância de 5%, o que conduz à rejeição da hipótese nula.

Conclui-se, então, que os níveis de problemas percebidos pelos pacientes se diferenciam, significativamente, conforme o grau de ajustamento familiar. Em vista da, so ma dos postos nos dois grupos e do número de pacientes de ca da grupo, resulta que os pacientes com ajustamento familiar classificado como bom têm níveis de problemas mais baixos que os pacientes com ajustamento familiar regular.

3.2. O nível de problemas percebidos pelo paciente confrontado com o nível de satisfação das expectativas nas áreas técnica e expressiva.

O estudo da existência de associação entre cada uma dessas variáveis e o nível de problemas percebidos, fez-se mediante o emprego do coeficiente de correlação por postos de SPEARMAN.

A Tabela 15 registra os pacientes, segundo os níveis de satisfação das expectativas nas áreas técnica e expressiva.

TABELA 15 - Níveis de satisfação das expectativas dos pacientes.

PACIENTE	NÍVEL DE SATISFAÇÃO DAS EXPECTATIVAS	
	ÁREA TÉCNICA	ÁREA EXPRESSIVA
1	12,0	19,0
2	12,0	16,0
3	11,0	16,0
4	13,0	20,0
5	9,0	10,0
6	21,0	17,0
7	14,0	22,0
8	10,0	20,0
9	16,0	26,0
10	19,0	26,0
11	17,0	24,0
12	16,0	25,0
13	12,0	13,0
14	17,0	25,0
15	15,0	19,0
16	9,0	20,0
17	16,0	24,0
18	12,0	23,0
19	9,0	17,0
20	13,0	24,0
21	13,0	23,0
22	14,0	24,0
23	13,0	22,0
24	16,0	25,0
25	12,0	19,0
26	15,0	24,0
27	3,0	14,0
28	17,0	25,0
29	10,0	17,0
30	10,0	13,0

3.2.1. Expectativas da área técnica;

Para cálculo do coeficiente de correlação, os níveis de problemas percebidos e os níveis de satisfação das expectativas na área técnica, foram transformados em postos. No caso dos níveis dos problemas, os postos estão em ordem direta (o maior nível corresponde ao maior posto), enquanto para os níveis de satisfação das expectativas os postos seguem a ordem inversa (maior satisfação correspondendo ao menor posto), pois se espera que a maior satisfação das expectativas responda menor nível de problemas percebidos.

Tem-se, então, de acordo com os elementos da Tabela 16.

$$T_X = 6 \cdot \left(\frac{2^3 - 2}{12} \right) \Rightarrow T_X = 3$$

$$\Sigma X^2 = \frac{30^3 - 30}{12} - 3 \Rightarrow \Sigma X^2 = 2244,5$$

$$T_Y = 2 \left(\frac{2^3 - 2}{12} \right) + 3 \left(\frac{3^3 - 3}{12} \right) + 2 \left(\frac{4^5 - 4}{12} \right) + \frac{6^3 - 6}{12}$$

$$T_Y = 34,5$$

$$\Sigma Y^2 = \frac{30^3 - 30}{12} - 34,5 \Rightarrow \Sigma Y^2 = 2213$$

$$r_s = \frac{2244,5 + 2213 - 2144,5}{2 \sqrt{2244,5 \times 2213}}$$

$$r_s = 0,519$$

Para testar a significância de r_s , faz-se;

$$t = 0,519 \sqrt{\frac{30 - 2}{1 - (0,519)^2}}$$

$$t = 3,213$$

TABELA 16 - Postos dos níveis de problemas e de satisfação das expectativas dos pacientes na área técnica.

PACIENTE	POSTOS		D
	PROBLEMAS PERCEBIDOS	SATISF. DAS EXPECT. NA ÁREA TÉCNICA	
1	28,0	19,5	8,5
2	20,0	19,5	0,5
3	16,0	23,0	- 7,0
4	9,0	14,5	- 5,0
5	23,0	28,0	- 5,0
6	24,0	19,5	4,5
7	14,0	11,5	3,0
8	2,5	25,0	-22,5
9	12,5	6,5	6,0
10	25,0	1,0	24,0
11	5,5	3,0	2,5
12	2,5	6,5	- 4,0
13	30,0	19,5	10,5
14	1,0	3,0	- 2,0
15	17,0	9,5	7,5
16	11,0	28,0	-17,0
17	12,5	6,5	6,0
18	18,5	19,5	- 1,0
19	21,0	28,0	- 7,0
20	14,5	14,5	0,0
21	18,5	14,5	4,0
22	8,0	11,5	- 3,5
23	5,5	14,5	- 9,0
24	4,0	6,5	- 2,5
25	26,0	19,5	6,5
26	9,5	9,5	0,0
27	22,0	30,0	- 8,0
28	7,0	3,0	4,0
29	27,0	25,0	2,0
30	29,0	25,0	4,0

$$\sum d^2 = 2144,5$$

O valor tabulado de t para 28 graus de liberdade e o nível de confiança de 95% é 2,048. Como o valor calculado de t é maior que o tabulado, pode-se rejeitar a hipótese nula.

Conclui-se, então, que o nível de problemas percebidos pelos pacientes está inversamente correlacionado com o nível de satisfação das expectativas na área técnica. Isto é: quanto maior é o nível de satisfação das expectativas na área técnica, menor o nível de problemas percebidos.

3.2.2. Expectativas da área Expressiva:

Para exame da correlação entre os níveis de problemas percebidos e os níveis de satisfação das expectativas na área expressiva, procedeu-se de modo análogo ao descrito no item anterior. Neste caso também, ao maior nível de problemas percebidos fez-se corresponder o maior posto, enquanto ao maior nível de satisfação fez-se corresponder o menor posto.

Dos elementos registrados na Tabela 17 segue-se:

$$\Sigma X^2 = 2244,5$$

$$T_Y = 5\left(\frac{2^3 - 2}{12}\right) + 3\left(\frac{3^3 - 3}{12}\right) + \frac{4^3 - 4}{12} + \frac{5^3 - 5}{12}$$

$$T_Y = 23,5$$

$$\Sigma Y^2 = \frac{30^3 - 30}{12} - 23,5 \Rightarrow \Sigma Y^2 = 2224$$

$$r_s = \frac{2244,5 + 2224 - 1534,5}{2 \sqrt{2244,5 \times 2224}}$$

$$r_s = 0,657$$

Testando-se a significância de r_s (item 1,4), vem:

$$t = 0,657 \sqrt{\frac{30 - 2}{1 - (0,657)^2}}$$

$$t = 4,611$$

TABELA 17 - Postos dos níveis de problemas e de satisfação das expectativas dos pacientes na área expressiva.

PACIENTE	POSTO		D
	PROBLEMAS PERCEBIDOS	SATISF. DAS EXPECT. NA ÁREA EXPRESSIVA	
1	28,0	20,0	8,0
2	20,0	25,5	- 5,5
3	16,0	25,5	- 9,5
4	9,5	17,0	- 7,5
5	23,0	30,0	7,0
6	24,0	23,0	1,0
7	14,4	14,5	0,0
8	2,5	17,0	-14,5
9	12,5	1,5	11,0
10	25,0	1,5	23,5
11	5,5	9,0	- 3,5
12	2,5	4,5	- 2,0
13	30,0	28,5	1,5
14	1,0	4,5	- 3,5
15	17,0	20,0	- 3,0
16	11,0	17,0	- 6,0
17	12,5	9,0	3,5
18	18,5	12,5	6,0
19	21,0	23,0	- 2,0
20	14,5	9,0	5,5
21	18,5	12,5	6,0
22	8,0	9,0	- 1,0
23	5,5	14,5	- 9,0
24	4,0	4,5	- 0,5
25	26,0	20,0	6,0
26	9,5	9,0	0,5
27	22,0	27,0	- 5,0
28	7,0	4,5	2,5
29	27,0	23,0	4,0
30	29,0	28,5	0,5

$$\Sigma d^2 = 1534,5$$

Como esse valor é maior que o tabulado (2,048) para 28 graus de liberdade de significância de 5%, rejeita-se a hipótese nula. Admite-se, portanto que o coeficiente de correlação é significativo.

Conclui-se, assim, que existe correlação inversa entre o nível de problemas percebidos e o nível de satisfação das expectativas na área expressiva, isto é: quanto maior o nível de satisfação das expectativas na área expressiva, menor o nível de problemas percebidos pelo paciente.

3.3. O nível de problemas percebidos pelo paciente confrontando com o nível de problemas percebidos pelo familiar.

A Tabela 18 registra os níveis de problemas percebidos pelos pacientes e familiares.

TABELA 18 - Níveis de problemas percebidos pelos pacientes e seus familiares.

PACIENTE	NÍVEIS DOS PROBLEMAS PERCEBIDOS	
	PACIENTE	FAMILIAR
1	70,0	56,0
2	46,0	28,0
3	39,0	18,0
4	26,0	15,0
5	54,0	52,0
6	55,0	49,0
7	37,0	39,0
8	16,0	30,0
9	34,0	26,0
10	56,0	43,0
11	20,0	37,0
12	16,0	25,0
13	94,0	75,0
14	15,0	28,0
15	40,0	46,0
16	32,0	28,0
17	34,0	26,0
18	44,0	34,0
19	47,0	36,0
20	37,0	21,0
21	44,0	45,0
22	23,0	28,0
23	20,0	28,0
24	18,0	30,0
25	57,0	59,0
26	26,0	27,0
27	50,0	40,0
28	22,0	24,0
29	69,0	36,0
30	85,0	62,0

Para testar a existência de associação entre essas variáveis, usou-se o coeficiente de SPEARMAN.

Os postos correspondentes aos níveis de problemas (o maior nível de problemas está associado ao maior posto) constam da Tabela 19.

TABELA 19 - Postos dos níveis de problemas percebidos pelos pacientes e seus familiares.

PACIENTE	POSTOS DO NÍVEL DE PROBLEMAS PERCEBIDOS		D
	PACIENTE	FAMILIAR	
1	28,0	27,0	1,0
2	20,0	11,0	9,0
3	16,0	2,0	14,0
4	9,5	1,0	8,5
5	23,0	26,0	3,0
6	24,0	25,0	1,0
7	14,5	20,0	5,5
8	2,5	14,5	12,0
9	12,5	6,5	6,0
10	25,0	22,0	3,0
11	5,5	19,0	13,5
12	2,5	5,0	2,5
13	30,0	30,0	0,0
14	1,0	11,0	10,0
15	17,0	24,0	7,0
16	11,0	11,0	0,0
17	12,0	6,5	6,0
18	18,5	16,0	2,5
19	21,0	17,5	3,5
20	14,5	3,0	11,5
21	18,5	23,0	4,5
22	8,0	11,0	3,0
23	5,5	11,0	5,5
24	4,0	14,5	10,5
25	26,0	28,0	2,0
26	9,5	8,0	1,5
27	22,0	21,0	1,0
28	7,0	4,0	3,0
29	27,0	17,5	9,5
30	29,0	29,0	0,0

$$\Sigma d^2 = 1380$$

Tem-se:

$$\Sigma X^2 = 2244,5$$

$$T_Y = 3 \left(\frac{2^3 - 2}{12} \right) + \frac{5^3 - 5}{12} \Rightarrow T_Y = 11,5$$

$$\Sigma Y^2 = \frac{30^3 - 30}{12} - 11,5 \Rightarrow \Sigma Y^2 = 2236$$

$$r_s = \frac{2244,5 + 2236 - 1380}{2 \sqrt{2233,5 \times 2236}}$$

$$r_s = 0,692$$

A significância de r_s é testada por:

$$t = 0,692 \sqrt{\frac{30 - 2}{1 - (0,692)^2}}$$

$$t = 5,072$$

Sendo o valor tabulado de t para 28 graus de liberdade e nível de significância de 5% igual a 2,048, pode-se rejeitar a hipótese nula. O coeficiente de correlação é, portanto, significativo.

Conclui-se, assim, que existe correlação entre o nível de problemas percebidos pelos pacientes e o nível de problemas percebidos por seus familiares.

3.4. Principais elementos de apoio ao paciente em estado grave, segundo a opinião do mesmo, excluindo-se o pessoal da equipe hospitalar.

TABELA 20 - Elemento de apoio ao paciente em situação de estado grave, segundo sua opinião em ordem de prioridade.

ELEMEN- TO DE APOIO	ORDEM DE PRIORI- DADE			TOTAL
	1. ^a	2. ^a	3. ^a	
FAMÍLIA	26	5		31
AMIGOS	1	17	14	42
MINISTRO RELI- GIOSO	3	8	16	27
TOTAL	30	30	30	90

Como elemento de apoio ao paciente hospitalizado em estado grave identifica-se em 1.^a prioridade a família, seguindo os amigos em 2.^a prioridade e em 3.^a prioridade o Ministro Religioso embora este último se encontre bastante próximo do anterior, amigos.

3.5. Principais elementos de apoio ao familiar do paciente em estado grave, segundo sua opinião.

TABELA 21 - Elemento de apoio ao familiar do doente grave ,
segundo sua opinião em ordem de prioridade.

ELEMEN- TO DE APOIO	ORDEM DE PRIORI- DADE			TOTAL
	1. ^a	2. ^a	3. ^a	
PESSOAL DO HOSPITAL	23	11	8	42
PARENTES	5	19	5	29
AMIGOS	2		17	19
TOTAL	30	30	30	90

O pessoal do hospital é apontado em 1.^a priorida-
de como elemento de apoio para o familiar do paciente em es-
tado grave, seguindo-se os parentes em 2.^a prioridade e os
amigos em 3.^a .

4. Comentários Gerais

Conforme se verifica nas tabelas 1 a 12, os dados apresentados revelam que a idade, o sexo, a escolaridade, o diagnóstico médico, a responsabilidade familiar e a credibilidade religiosa não interferem significativamente na percepção dos pacientes, quanto ao nível de seus problemas. Estes resultados estão de acordo com o parecer de CONDRAU (20:7) que diz: "todo indivíduo comporta-se em relação a uma situação limite de vida, de um modo que independe de conhecimentos ou crenças, de influências sociais, ideológicas, religiosas ou familiares". Entretanto, há autores que contrariam esta afirmação, motivo porque as referidas variáveis foram estudadas. À vista dos resultados encontrados, sugere-se ao final estudos mais dirigidos.

Deve-se registrar também que, apesar de certas variáveis não influenciarem o nível de problemas, foi possível observar alguma atuação qualitativa. No caso da variável diagnóstico médico que não apresentou diferença quanto à intensidade de problemas, certos tipos de sintomas, porém, foram apresentados por pacientes portadores de determinados diagnósticos, como se relata mais adiante.

Quanto à credibilidade religiosa, cuja intensidade foi medida segundo a frequência com que a pessoa pratica a religião, os componentes do estudo distribuíram-se em diferentes classificações e nem por isso houve qualquer influência sobre o nível dos problemas percebidos. Por isso, para esse tipo de estudo, talvez seja válido medir em termos de

grau de fé professada pela pessoa, como um possível indicador de fortaleza interna, atuando como mecanismo de resistência na superação da crise. Como se pôde observar que alguns, apesar de sentirem intensamente problemas de medo, estresse, angústia, abandono e outros, revelaram encontrar na sua fé profunda em Deus a força para superar a situação. Outros, recorreram a promessas e benzeduras, atribuindo sua cura a milagre divino.

Nas tabelas 13 e 14 os dados demonstram que o grau de ajustamento familiar, outra variável deste estudo, interferiu significativamente no nível de percepção dos problemas pelos pacientes hospitalizados em estado grave. Para tanto questionou-se o tipo de relacionamento com a família. MURRAY, ZENTNER (57:357) relatam que a "família é a unidade básica para o desenvolvimento da pessoa. E, para desenvolver-se sadia-mente, a pessoa precisa ser envolvida intimamente de calor humano, pois nenhum homem é uma ilha".

LOPES⁴⁹ diz que ao doente consciente da gravidade de sua situação, o rompimento dos laços afetivos, quer das pessoas da família, quer dos amigos, é prejudicial ao seu restabelecimento. Isto porque, o paciente frente às graves crises existenciais necessita de presença humana de contexto afetivo, para ajudá-lo a suportar e acompanhar os procedimentos técnicos na tentativa de salvar-lhe a vida.

E, diz ainda que mesmo os solitários, os párias sem família e sem amigos, precisam na etapa final de sua luta contra a doença sentir profundamente apoio e conforto.

Os resultados das tabelas 13 e 14 demonstram que,

quanto mais ajustados eram os pacientes com os seus familiares, menos problemas eles sentiram. Estes resultados corroboram com os achados na literatura citada, em relação à teoria das crises. Pois, o apoio situacional, aqui representado pela família, constitui entre outros, fator de equilíbrio do indivíduo frente a situação de crise. As respostas, conforme apresenta a tabela 20, confirmam o que foi dito como sendo a família o principal elemento de apoio, particularizada na pessoa mais íntima: cônjuge, pais, irmãos ou empregada. Convém ressaltar que foi solicitado aos pacientes que não incluísem nestes elementos de apoio o pessoal hospitalar, pois deste era óbvio que esperasse receber tal auxílio. Isto foi comprovado, porque quanto mais alto foi o nível de satisfação de suas expectativas proporcionado pela equipe de saúde, menos problemas, o paciente apresentou. Este resultado é apresentado nas tabelas 15 a 17.

Como se verifica, a equipe de saúde também representa outro elemento como fator de equilíbrio da pessoa frente a uma situação crítica.

Pelas observações feitas por ocasião da entrevista, constatou-se que as expectativas da área técnica quanto aos cuidados de higiene e conforto, a aplicação da terapêutica e tratamentos com habilidade e segurança, a presteza para atendimento às solicitações e alívio da dor, a assistência adequada para o atendimento às necessidades básicas, especialmente quanto a alimentação, exercício, sono e repouso, orientação sobre os cuidados prestados e informações necessárias quanto ao diagnóstico, tratamento e prognóstico, foram

consideradas fundamentais pelo paciente como fator de segurança e superação do medo de hospitalização e do atendimento da equipe de saúde. Como também foram considerados importantes os cuidados da área expressiva tais como: a atenção, paciência, compreensão e apoio de toda equipe hospitalar, da família e dos amigos, o ambiente acolhedor, carinhoso, com bom relacionamento e unidade de trabalho; o atendimento religioso conforme a sua crença e o seu desejo; o respeito à sua identidade, intimidade e aparência pessoal; nas informações necessárias quanto aos cuidados oferecidos, sobre sua família e seus amigos; e, liberdade para expressar suas idéias e opiniões.

Sobre a importância desta presença efetiva, principalmente humana e expressiva, alguns autores fazem valiosas declarações:

NORTON (59:9), psicanalista americano, mostrou que "a família, amigos, médicos e o clero, muitas vezes, abandonam o paciente quando lhes parece que vai morrer, causando-lhe um grande mal".

YEAWORTH⁷⁷, em seus estudos, conclui que das várias categorias de profissionais da saúde, a enfermagem tem um papel central em relação a pacientes gravemente enfermos. No curso de seus deveres profissionais ela tem um potencial para uma interação construtiva com pacientes e suas famílias.

COSTA²², numa pesquisa feita junto dos enfermeiros e estudantes de enfermagem sobre Situações Vida-Morte, concluiu que o enfermeiro abandona o paciente grave ou moribundo por medo da morte, por falta de preparo pessoal no curso

de enfermagem e, pelo desconhecimento da importância da ação do enfermeiro junto ao paciente grave e/ou que vem a falecer.

Para que os profissionais da saúde prestem assistência adequada a seus pacientes, especialmente aqueles em estado grave, com risco de vida, é preciso que busquem se fortalecer nas várias situações de vida, bem como no exercício profissional.

Somente através de uma interação efetiva com o paciente e sua família é que este profissional toma conhecimento de suas expectativas, para assim satisfazê-las. Como diz BIRD (8:VII) "Preocupar-se em ouvir as pessoas, não apenas suas palavras, mas no que o paciente de fato diz, pensa, sente, teme e deseja".

Todos os pacientes componentes da amostra apresentaram problemas que variaram de 15 a 94 pontos, para um total máximo previsto de 141 pontos. Todos os familiares ou pessoas íntimas destes pacientes tiveram o nível de seus problemas na faixa de 15 a 75 pontos, num total máximo estabelecido de 126 pontos. Isto leva a admitir, corroborando o que diz a literatura, que todo paciente hospitalizado em estado grave e seus íntimos sentem problemas em menor ou maior grau, dependendo dos fatores que o cercam.

A variedade de pontos obtidos pareceu comprovar a citação de GRACE³⁵ de que crise é um problema individual, isto é, o que é crise para uma pessoa talvez não o seja para outra. O que faz admitir que a percepção do evento está intimamente relacionada com o mecanismo de resistência interna de cada indivíduo. Conforme viu-se anteriormente em WILLIAMS⁷⁶, a estrutura pessoal de cada um depende principalmente do pa-

drão genético e das influências ambientais.

Durante o levantamento de dados foi possível perceber claramente, a interferência desse mecanismo de resistência interna, pelo que é de se concordar com KNEISL⁴⁴ ao relatar que o comportamento frente a uma situação de crise depende de paciente para paciente. O mesmo autor refere ainda: os que viveram emocionalmente bem, com sucesso na vida e bom relacionamento com as pessoas, a enfrentam pacificamente. Outros que viveram maiores dramas em sua vida, apresentam grande angústia e ansiedade a ponto de haver pânico, rebelião ou grande depressão .

De acordo com BECKER⁶, o que realmente molesta algumas pessoas é a incongruência, a vida tal como é. O neurótico não quer pagar o preço que a natureza deseja dele: envelhecer, ficar doente, machucar-se e morrer. Em vez de viver a experiência, ele a imagina; em vez de organizá-la agindo, ele concebe tudo em sua cabeça. Assim, entende-se que quem tem medo de viver também tem medo de morrer. Isto faz admitir que o vigor pessoal interno para enfrentar a vida tal como é, seja um forte mecanismo de resistência.

Pelas entrevistas de pré-teste na formulação do instrumento de coleta de dados, verificou-se que o medo é um sentimento muito forte presente neste tipo de pacientes. Por isso, foi mais detalhado que os demais sintomas.

No sentimento de medo ao desconhecido, foi constatado especialmente o medo da hospitalização e da Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Isto foi evidenciado principalmente pelos pacientes acometidos por afecções de emergência. Os

queimados e os politraumatizados quando se viram subitamente frente a uma situação nova e, por desconhecerem como seria o tratamento e a assistência, agravado ainda pela idéia pré - concebida de que para a UTI vão os paciente desenganados.

O medo da ameaça à auto-imagem e auto-estima foi manifestado especialmente pelos pacientes com diagnóstico médico de queimadura e politraumatismo com perigo de invalidez, defeito físico, inutilidade ou despersonalização.

Nos pacientes queimados, foi também acentuado o medo de ficar sô, devido ao isolamento. Não suportando o tratamento até o fim, um paciente solicitou alta antecipada. Uma outra paciente, conforme relatou, sentiu-se como uma prisioneira, o que lhe causou pânico, revolta, agressividade e hostilidade.

O medo da invasão do espaço pessoal foi referido especialmente por pacientes do sexo feminino, devido a rotina existente na UTI, de ficarem sem roupa, apenas coberta com roupa de cama.

O medo de morrer, também, esteve presente nos pacientes e principalmente nos familiares por saberem da gravidade e por isso, medo de perder o membro da família.

O medo quanto ao tratamento e à assistência foi apresentado por aqueles cujas expectativas de atendimento na área técnica não foram satisfeitas, no que se refere a habilidade e segurança no desempenho dos cuidados. Devido a um procedimento inadequado nos cuidados de enfermagem, uma paciente ficou todo o tempo da hospitalização com medo de que lhe fizessem algo de errado, motivo pelo que se tornou até intran-

sigente no relacionamento com o pessoal de enfermagem.

Os demais sentimentos se manifestaram indistintamente. Embora não fosse objetivo deste estudo, ao computar os dados foi possível, identificar maior incidência, tanto nos pacientes como nos familiares, de problemas do choque inicial ou seja: o medo, o estresse, o desamparo, o desespero, a desorientação, a revolta, a excitação e a depressão.

Quanto ao apoio situacional, como fator de equilíbrio do indivíduo numa situação de crise, já foi comentado quando se referiu ao relacionamento familiar, a satisfação das expectativas quanto ao atendimento pela equipe de saúde e a identificação por parte dos pacientes referindo como principais elementos de apoio, os familiares, amigos e ministro religioso.

Os principais elementos de apoio indicados pela família foram: pessoal da equipe hospitalar, parentes e amigos, conforme expresso na tabela 21, sendo que do pessoal da equipe hospitalar foi particularizada a equipe de enfermagem e o médico, por seu envolvimento direto com o paciente e de quem esperavam receber as informações precisas e necessárias. A atenção por parte destes profissionais ocasionou respostas de forma satisfatória e quando não houve a devida atenção, resultou em ponto de desequilíbrio.

Quanto ao apoio de outros parentes e amigos, muitos revelaram não ter recebido, sentindo-se sós para resolver o problema e suportar a gravidade da situação.

Mais uma vez, confirma-se que a família precisa de apoio situacional quanto ao paciente.

V - CONCLUSÕES

Frente aos objetivos propostos neste estudo, conclui-se que:

1. Não houve relação entre os níveis de problemas percebidos pelos pacientes e as variáveis: idade, sexo, escolaridade, diagnóstico médico, responsabilidade familiar e credibilidade religiosa.
2. Houve relação entre os níveis de problemas percebidos pelos pacientes e a variável ajustamento familiar, em nível significativo. Os pacientes com ajustamento familiar bom, apresentaram níveis de problemas mais baixos que os pacientes com ajustamento familiar regular.
3. Houve relação entre os níveis de problemas percebidos pelos pacientes e os níveis de satisfação das expectativas na área técnica e na área expressiva. A correlação é inversa, assim, quanto maior o nível de satisfação das expectativas menor o nível de proble -

mas.

4. Houve relação entre os níveis de problemas percebidos pelos pacientes e o nível de problemas percebidos por sua família ou íntimos. A correlação é direta, isto é: quanto maior o nível de problemas do paciente, maior o do familiar.

5. Os elementos de apoio ao paciente em estudo grave, segundo sua opinião, em ordem de prioridade foram:
 - 1º lugar - Família
 - 2º lugar - Amigos
 - 3º lugar - Ministro Religioso

6. Os elementos de apoio ao familiar, segundo sua opinião, em ordem de prioridade, foram:
 - 1º lugar - Pessoal da equipe hospitalar
 - 2º lugar - Parentes
 - 3º lugar - Amigos.

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. Pelos resultados obtidos observou-se que:

- quanto maior o nível de satisfação das expectativas menor o nível de problemas percebidos pelo paciente;
- a família do paciente em estado grave passa por problemas de intensidades semelhantes às do paciente;
- a família representa, na opinião do paciente grave, o principal fator de apoio.

Sugere-se:

- que na assistência prestada aos pacientes, tome-se por base o levantamento prévio de suas necessidades explícitas ou implícitas e de suas expectativas nas áreas técnica e expressiva;
- que a família destes pacientes seja incluída no plano da assistência prestada, a fim de que suas neces

sidades sejam atendidas;

- que a enfermagem atue como elemento de interação entre família-paciente, procurando o bom ajustamento familiar, para que o apoio seja realmente efetivo.

2. Considerando-se as limitações deste estudo na abordagem de pacientes que passaram pela experiência de estado grave e se recuperaram, sugere-se que novos estudos sejam feitos:

- junto do paciente grave, em risco de vida, no momento da crise, com a finalidade de levantar as necessidades e expectativas e estas sejam satisfeitas efetivamente;
- sobre o relacionamento de cada tipo particular de problemas e as variáveis idade, sexo, escolaridade, diagnóstico médico, responsabilidade familiar e credibilidade religiosa, que não apresentaram relação significativa com o nível de problemas quando generalizados;
- relacionando o nível de problemas percebidos pelo paciente com o grau de sua fé como indicador de fortaleza interna, como um mecanismo de resistência na superação de crise;
- verificando o grau quanto à quantidade e à qualidade do atendimento ao paciente grave, nas áreas técnica e expressiva, pela equipe de saúde.

VII - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA E BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. AGUILLERA, Donna et alii. Crisis intervention; theory and methodology. St. Luis, Mosby, 1970.
2. ARAÚJO, Célia Pires. Estudo sobre a necessidade religiosa de pacientes em fase pré-cirúrgica. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1976. (Dissertação-Mestrado)
3. ARGYLE, Michael. A interação social. Rio de Janeiro, Zahar, 1976. p. 422 e 425.
4. AUGUSTO, Mariana. Conhecimento populares a respeito da alimentação infantil das mulheres que frequentam os serviços de higiene pré-natal e higiene infantil do ambulatório da Escola Paulista de Medicina. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1972. (Tese-Doutorado)
5. BARRETO, Elza Helena Ribeiro. Últimos cuidados de enfermagem prestados ao paciente. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 26(3):185-187, abr./jun., 1973.

6. BECKER, Ernest. A Negação da morte. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976. 348 p.
7. BELLAK, Leopold & SMALL, Leonard. Psicoterapia breve y de emergência. 2. ed. México, Pax-México, 1970. 381 p.
8. BIRD, Brian. Conversando com o Paciente. São Paulo, Manole, 1975. 312 p.
9. BOFF, Leonardo. Vida para além da morte. Petrópolis, Vozes, 1973. 206 p.
10. _____. A ressurreição de Cristo, a nossa ressurreição na morte. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1973. 109 p.
11. BROWN, Norman O. Vida contra a morte; o sentido psicanalítico da história. 2.ed. Petrópolis, Vozes, 1974. 397 p.
12. CAPLAN, Gerald. Princípios de psiquiatria preventiva. Buenos Aires, Paidós, 1961.
13. CARVALHO, J. & PEIXOTO, Vicente. Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo, Jácomo, s.d.
14. CASTELLANOS; Brigita E.P. Filosofia de Enfermagem baseada em valores pessoais. Enf. Novas Dimens., v.3(2):93-96, mar./abr., 1977.
15. _____. Necessidade Básica Humana: Liberdade. Enf. Novas Dimens., v. 5(5):245-253, set./out., 1978.
16. CHARDIN, Pierre Teilhard de. O fenômeno Humano. São Paulo, Herder, 1966. 355 p.
17. CIETTO, Luiz et alii. Verificação do nível de assistên -

- cia de enfermagem em um hospital previdenciário federal geral, em São Paulo, segundo as necessidades dos pacientes hospitalizados. Enf. Novas Dimens., v.1(4): 158-171, set./out., 1975.
18. CLEMENCE, Madeleine. Existencialismo - uma filosofia de compromisso. The American Journal, v.66(3):500, Mar., 1966.
19. COLSTONE, Robert. Preparação para a morte. Correio do Povo, Porto Alegre, 06, ago. 1978.
20. CONDRAU, G. O paciente que está morrendo um desafio para o médico. Diálogo médico, Rio de Janeiro, v.1(3):5-16, s.d.
21. COREY, L.C. An analogue of resistance to death awareness. J. Geront, (16):59-69, 1961. Apud Diálogo médico, Rio de Janeiro, v. 1(3):5-16, s.d.
22. COSTA, Luisa A.T. Situações Vida-Morte; participação do enfermeiro. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Neri da UFRJ, 1977. (Dissertação-Mestrado)
23. DAVIS, Anne J. Ethics rounds with intensive care nurses. The Nursing Clinics of North America, V.14(1):45-54, March, 1979.
24. DENTON, John A. & WISENBAKER Jr. Vance, B. Death experience and death anxiety among nurses and nursing students. Nursing Research, v.26(1):61, Jan./Feb.1977.
25. DORIN, Lannoy. Enciclopedia de psicologia contemporânea.

São Paulo, Itamaraty, 1973. v.5

26. Du GAS, Beverly Witter. Enfermagem prática. 3.ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977. 526 p.
27. ENGELMANN, Arno. Ensaio 36 Os Estados Subjetivos; uma tentativa de classificação de seus relatos verbais. São Paulo, ÁTICA, 1979. 544 p.
28. EPSTEIN, Charlotte. Interação efetiva na enfermagem. São Paulo, EPU-EDUSP, 1977. 173 p.
29. ERIKSON, Erick. Growth and crisis of the healthy personality. Apud Senn, MIE. Editor - Symposium on the healthy personality. New York, 1950.
30. . Infância e Sociedade. 2. ed. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1976.
31. FISHER, Ronald A. & YATES, Frank. Tabelas estatísticas para pesquisa em biologia, medicina e agricultura. São Paulo, EDUSP-Polígono, 1971.
32. FREEDMANN, Alfred M. et alii. Psychiatry II. 2.ed. USA, Baltimore, Maryland, 1976. v.2
33. FUERST, Elinor V. et alii. Fundamentos de enfermagem. 5. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1977.
34. GONÇALVES, Maria Margarida C. Enfermagem e segurança emocional do paciente. Enf. Novas Dimens., v.5(1):31-36, jan./fev. 1979.
35. GRACE, Helen K. Crisis Intervention. The Nursing clinics of North America, v.9(1):1-3, 1974.

36. HALL, Joanne & WEAVER. Nursing of families in crisis. Toronto, V.B., 1974.
37. HORTA, Vanda de Aguiar. O processo de enfermagem; fundamentação e aplicação. Enf. Novas Dimens., v.1(1): 10-16, jan./fev. 1975.
38. _____. Necessidades Humanas Básicas; considerações gerais. Enf. Novas Dimens., v.1(5):266-268, set./out. 1975.
39. JASPERS, K. Philosophie II. Berlin, Gottingen Heidelberg, Springer, 1976. Apud Diálogo médico, Rio de Janeiro, v. 1(3):5-16, s.d.
40. JOHNSON, Cynthia. A better way of dying. Time, v. 5, June, 1978.
41. KAMIYAMA, Yoriko. O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas. São Paulo, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP, 1972. (Tese-Doutorado)
42. KENDALL, M. G. Rank correlation methods. London, Griffin. s.d.
43. KLINEBERG, Otto. Psicologia Social. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1959.
44. KNEISL, Carol Ren. Thoughtful care for dying. In: SCHNAPER, Nathan. Management of the dying patient and his family. New York, MSS Information, 1974. p. 74-81.
45. KOIZUMI, Maria Sumie. O atendimento da enfermagem em re

- lação à auto-imagem. Enf. Novas Dimensões., v.1(2): 69-74, mar./abr. 1975.
46. KÜBLER ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer; o que a morte pode ensinar a médicos, enfermeiras, padres e suas famílias. São Paulo, EDART-EDUSP, 1977. 172. p.
47. _____. Para viver, é preciso aceitar a morte. Planeta, (74):21-24, nov. 1978.
48. LEÓN, Sara Alícia Pence. Objetivos e valores da profissão. Enf. Novas Dimens., v.1(1):29-36, jan./fev.1975.
49. LOPES, Lemos. Como vê a relação entre o médico e a morte. Diálogo médico, Rio de Janeiro, v.1(3):2, s.d.
50. LORENZINI, Alacoque. Características da alimentação das gestantes inscritas no programa de assistência materno-infantil do centro de saúde de Florianópolis - S.C. Florianópolis, UFSC, 1978. (Dissertação-Mestrado)
51. MACHADO DE ASSIS. Papéis avulsos. Rio de Janeiro, W.M. Jackson, 1959. 318 p.
52. MILLIKEN, Mary Elizabeth. Relación Humana con el paciente. Buenos Aires, Argentina, Troquel, 1970.
53. MOHANA, João. O mundo e eu. Rio de Janeiro, AGIR, 1973
54. MOOD, Alexander M. On the assumptotic efficiency of certain non-parametric two - sample tests. Ann. Math. Statist, v. 25:514-522.
55. MOODY, Jr. Raymond A. Vida depois da vida. São Paulo, Edibolso, 1966. 355 p.

56. MOOR, Lise. Glossário de términos psiquiátricos. Barcelona, Toray-Hasson, 1969.
57. MURRAY, Ruth & SENTNER, Judith. Nursing concepts for health promotion: New Jersey, Prentice-Hall, 1975. 383 p.
58. NOGUEIRA, Maria Jacyra de C. Assistência de enfermagem à família. Enf. Novas Dimens., v.3(6):327-346, nov./dez. 1977.
59. NORTON, Janice. Die Behandlung einer sterbenden patientin. Psyche stuttgart, (22):99-117, 1968. Apud Diálogo Médico, Rio de Janeiro, v.1(3):5-16, s.d.
60. ORLANDO, Ida Jean. A Dinâmica da relação enfermeira/paciente. São Paulo, E.P.U. - EDUSP, 1978.
61. PAIM, Rosalda C.N. Problemas de enfermagem e a terapia centrada nas necessidades do paciente. Rio de Janeiro, União dos cursos cariocas, 1978. 284 p.
62. PERIOTTO, Adareluce Matta. Atribuição da enfermeira obstetra na assistência pré-natal às gestantes normais. Porto Alegre, Escola de Enfermagem da UFRGS, 1976. (Tese-Doutorado)
63. PIERON, Henri. Dicionário de psicologia. 2. ed. Porto Alegre, Globo, 1969
64. REED, Allan W. Problemas of impending death; the concerns of the dying patient. In: SCHNAPER, Nathan. Management of the dying patient and his family. New York, MSS Information, 1974. p. 67-73.

65. REZENDE, Ana Lúcia M. O processo de comunicação como instrumental da enfermagem. Enf. Novas Dimens., v.2 (2):98-111, maio/jun. 1976.
66. SARANO, Jaques. O relacionamento com o doente; dificuldades e perspectivas no relacionamento entre terapeutas e clientes. São Paulo, EPU, 1978.
67. SEARS, Robert R. & FELDMANN, S. Shirley. As 7 idades do homem; um estudo do desenvolvimento humano: corpo, personalidade e capacidades. Rio de Janeiro, ZAHAR, 1975. 165 p.
68. SHEPARD, Melba W. This I believe ... about questioning the right to die. Nursing out look. v.16(10):22-25, 1968.
69. SIEGEL, Sidney. Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo, Mc Graw-Hill, 1975.
70. SOUZA, Maria de Lourdes. Alguns aspectos básicos da assistência pré-natal em Florianópolis-S.C. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1978. (Dissertação-Mestrado)
71. SOUZA, Mariana Fernandes de. Efeito da interação enfermeira-paciente como método de atendimento à necessidade de segurança do paciente cirúrgico. Porto Alegre, UFRGS, 1976. (Tese-Doutorado)
72. TESCK, Eunice C. de Brito. Um aspecto da responsabilidade da enfermeira na assistência integral ao paciente hospitalizado; a participação de familiares. Enf. NO-

vas Dimens., v.1(6):351-353, jan./fev. 1976.

73. VERONICK, Phyllis J. Métodos de estudios descriptivos en enfermería. Washington, OPAS-OMS, 1971. 89 p.
74. WAHL, Charles Wilham. Helping the dying patient and his family. In: SCHNAPER, Natham. Management of the dying patient and his family. New York, MSS information, 1974. p.150-155.
75. WEIL, Pierre. A consciência cósmica. Petrópolis, Vozes, 1976. 88 p.
76. WILLIAMS, Robert H. To live and to die: when, why and how, Berlin, Springer-Verlag. New York, 1973. 346 p.
77. YEAWORTH, Rosales C. et alii. Attitudes of Nursing Students toward the dying patient. Nursing research , v. 23(1):20-24, 1974.
78. ZIND, Roberta K. Dissuasores de intervenção nas crises na unidade hospitalar. The nursing clinics of north América, v. 9(1), mar. 1974.

ENTREVISTA COM O PACIENTE

Formulário nº _____

Data ____/____/____

Nome: _____

1. Idade _____ 2. Sexo _____ 3. Escolaridade _____

4. Diagnóstico médico: _____

5. O Sr.(a) trabalha? Sim _____ Não _____

5.1. Caso Sim, seu ordenado é:

- a única renda familiar ()

- a maior parte da renda familiar ()

- a menor parte da renda familiar ()

5.2. Caso Não, - tem responsabilidade no grande ()

cuidado de dependentes --- regular ()

pouca ()

- não tem ----- ()

6. O Sr.(a) tem religião?

praticante ()

- Sim ----- praticante casual ()

não praticante ()

- Não ----- ()

7. Tem amigos?

poucos ()

- Sim -----

muitos ()

- Não ----- ()

8. Como é o seu relacionamento com a família?

- bom ()
- formal ()
- nulo ()

9. Quando o Sr(a) esteve em estado grave, ou em risco de vida, o que sentiu ou fez?

9.1. Medo ligado a perdas psicológicas:

- 9.1.1. Medo do desconhecido - Não 0
- Sim: pouco 1
 - regular 2
 - muito 3

- 9.1.2. Medo de ficar longe - Não 0
- da família
- Sim: pouco 1
 - regular 2
 - muito 3

- 9.1.3. Medo de ameaça à sua - Não 0
- auto-estima
- Sim: pouco 1
 - regular 2
 - muito 3

- 9.1.4. Medo da invasão do - Não 0
- espaço pessoal
- Sim: pouco 1
 - regular 2
 - muito 3

- 9.1.5. Medo de ficar só - Não 0
- Sim: pouco 1
 - regular 2
 - muito 3

9.2. Medo ligado a danos orgânicos:

9.2.1. Medo quanto ao tratamento	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.2.2. Medo quanto à assistência da Equipe de saúde	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.2.3. Medo da ameaça à auto-imagem	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.2.4. Medo da dor	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.2.5. Medo de morrer	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3

9.3. Outros tipos de medo:

9.4. Estresse	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3

9.5. Desamparo	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.6. Desorientação	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.7. Desespero	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.8. Revolta	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.9. Excitação	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.10. Depressão	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.11. Evita a realidade	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3

9.12. Repressão	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.13. Racionalização	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.14. Transferência	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.15. Projeção	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.16. Conformismo	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.17. Raiva		
9.17.1. da situação	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.17.2. dos outros	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3

9.17.3. de si mesmo	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.18. Exigência	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.19. Insatisfação	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
9.20. Sintomas de somatização da angústia	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3

9.21. Outros: _____

10. Da lista das expectativas abaixo, quais as que foram satisfeitas;

10.1. na área técnica:

- 10.1.1. cuidados de higiene corporal ()
- 10.1.2. cuidados de higiene oral ()
- 10.1.3. cuidados com a aparência pessoal ()
- 10.1.4. cuidados na prevenção de deformidades físicas ()

- 10.1.5. presteza no atendimento de seu problema ()
- 10.1.6. desempenho dos cuidados com habilidade e segurança ()
- 10.1.7. servido alimentação à gosto ()
- 10.1.8. proporcionado condições para sono e repouso ()
- 10.1.9. atendimento imediato para alívio de suas dores ()
- 10.1.10. atendimento às suas solicitações ()
- 10.1.11. deixado participar no planejamento e na sua assistência ()
- 10.1.12. transmitido certeza e segurança nas ações ()
- 10.1.13. orientado sobre os cuidados prestados pela enfermagem ()
- 10.1.14. informado sobre o diagnóstico ()
- 10.1.15. informado sobre o tratamento ()
- 10.1.16. informado sobre o prognóstico ()
- 10.1.17. informado sobre a realidade de seu estado:
- . de maneira simples sem detalhes ()
- ou
- . a realidade total, mesmo dura ()

10.2. na área expressiva:

- 10.2.1. atenção, paciência e compreensão às solicitações ()

- 10.2.2. atenção, solicitude, segurança e apoio
de toda a equipe hospitalar:
- . médico ()
 - . enfermagem ()
 - . nutrição ()
 - . assistente social ()
 - . serviço de limpeza ()
 - . serviço de RX ()
 - . laboratório ()
 - . direção ()
- 10.2.3. atenção e apoio da família ()
- 10.2.4. atenção e apoio dos amigos ()
- 10.2.5. todos transmitiram confiança pela res-
ponsabilidade na atuação profissional ()
- 10.2.6. ambiente:
- . acolhedor ()
 - . carinhoso ()
 - . com bom relacionamento ()
 - . com unidade de trabalho ()
- 10.2.7. o pessoal encarou seu trabalho com se-
riedade e bom humor? ()
- 10.2.8. recebeu palavras de apoio, conforto,
ânimo e coragem? ()
- 10.2.9. respeito pela sua aparência pessoal ()
- 10.2.10. atendimento religioso:
- atendimento religioso de acordo com
sua crença ()

- . recebeu o conforto espiritual de sua religião ()
- . assistência religiosa do ministro da Igreja ()
- . respeito pela sua crença religiosa ou maneira de pensar ()
- 10.2.11. respeito à sua individualidade e identidade ()
- 10.2.12. proporcionado ambiente privativo, respeitando a intimidade ()
- 10.2.13. dado informações sobre sua família e seus amigos ()
- 10.2.14. dado liberdade em expressar suas idéias a toda equipe hospitalar ()

11. Na sua opinião, quais são as pessoas que mais podem dar apoio à pessoa quando se encontra em estado grave (afora o pessoal do hospital?) Diga três por ordem de prioridade:

1º) _____

2º) _____

3º) _____

12. Quem foi a pessoa (familiar ou amigo) que mais lhe ajudou, ou que esteve junto na época?

Endereço do familiar ou amigo (se não mora junto)

ENTREVISTA COM O FAMILIAR

Formulário do paciente nº _____ Data: ____/____/____.

1. Durante a doença grave de: _____

o que o Sr.(a) sentiu ou fez?

1.1. Sentiu medo:

1.1.1. do desconhecido	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.1.2. de que seu doente morresse	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.1.3. de que seu doente ficasse inválido	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.1.4. quanto ao tratamento	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.1.5. quanto à assistência da Equipe de Saúde	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3

1.2. Estresse	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.3. Desamparo	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.4. Desorientação	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.5. Desespero	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.6. Revolta	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.7. Excitação	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.8. Depressão	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3

1.9. Evitar a realidade	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.10. Repressão	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.11. Racionalização	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.12. Transferência	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.13. Projeção	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.14. Conformismo	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.15. Raiva:		
1.15.1. da situação	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3

1.15.2. dos outros	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.15.3. de si mesmo	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.16. Exigência	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.17. Insatisfação	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.18. Sintomas de somatização da angústia	- Não	0
	- Sim: pouco	1
	regular	2
	muito	3
1.19. Outros:	_____	

2. Na sua opinião, quais são as pessoas que maior apoio podem dar à família ou amigo que cuida de um doente grave?

Diga três em ordem de importância:

1º) _____

2º) _____

3º) _____

GUIA INTRUCIONAL PARA A ENTREVISTA

"*" Refere-se a aspectos que o entrevistador deve observar ou executar.

"-" Refere-se a diálogo com o entrevistado.

1. ESTABELECIMENTO DO "RAPPORT":

- . Cumprimentar a pessoa, aproveitando para identificar -
lhe o nome.
- . Identificar o entrevistador, demonstrando atitude recep-
tiva e acolhedora procurando deixar a pessoa à vontade.
- O sr. esteve internado no hospital (nome) em (período)?
- . Deixar que a pessoa fale à vontade.
- Como está se sentindo agora?
- . Deixar a pessoa falar, não demonstrando pressa.
- O motivo da minha visita é:
- saber como o sr. está passando, pedir sua colaboração
contando-me o que o sr. sentiu e/ou fez quando esteve
hospitalizado, em estado grave, e como foi atendido.
- A finalidade do que estou fazendo é saber o que os doen
tes graves sentem e como desejam ser tratados, a fim de
dar idéias ou orientação ao pessoal do hospital para me-
lhor cuidar desses pacientes.
- Peço sua ajuda respondendo-me algumas perguntas, com to-
da sinceridade, pois seu nome não será divulgado.
- Enfatizar a importância da sua colaboração para atingir

a finalidade do trabalho

- . Após o consentimento do entrevistado, proceder o preenchimento do formulário.

2. PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE ENTREVISTA COM O PACIENTE:

- Antes de me responder sobre o que sentiu ou fez e como foi atendido quando estive no hospital, gostaria que me informasse sobre alguns dados.
- . Proceder o preenchimento das questões de 1 à 7 fazendo as perguntas correspondentes.
- . Na questão 8, assinalar em:
 - Bom - quando o indivíduo responder que se dá bem com sua família, em clima de alegria, de ajuda.
 - Formal - quando responder que trata a família com distância, sem intimidade.
 - Nulo - quando responder que vive sozinho, e, não mantém relacionamento com os familiares.
- Agora vou citar uma série de problemas que o sr. poderá ter sentido naquela ocasião. Gostaria que prestasse atenção e me perguntasse se não entender. Pediria também para me dizer se o que sentiu foi muito, regular ou pouco.
- . Assim nas questões:
 - 9.1 e 9.2 - quanto ao medo, perguntar:
 - O sr. teve receio, medo ou preocupação?
 - . Caso responda sim, perguntar:
 - O sr. poderia me dizer de que?
 - . Deixar que o entrevistado relate todos os tipos de medo e anotar no formulário de acordo com a intensidade por

ele referida. Para os itens supostamente mais difíceis de se obter respostas, dirigir a conversa como segue:

- 9.1.1. Medo do desconhecido - procurar identificar medos vagos, difusos, sem poder especificar ou explicar o relato de fatos que não correspondem à realidade hospitalar; perguntar sobre outros tipos de medo verificando se foram por desconhecimento.
- 9.1.3. Medo de ameaça a sua auto-estima - perguntar se te ve medo de ficar inútil de ser considerado pelos outros como alguém que "vale menos", de não poder trabalhar, de não ser mais respeitado como era antes.
- 9.1.4. Medo da invasão do espaço pessoal - solicitar que relate se teve medo de que os outros descobrissem seus segredos, de que o deixassem sem roupa perante outrem, enfim, que tocasse em sua intimidade.
- 9.2.1. Medo quanto ao tratamento - se teve receio de não estar sendo tratado acertadamente ou sentiu-se sem coragem de sugerir ou pedir algum tratamento.
- 9.2.2. Medo quanto à assistência da equipe de saúde - se confiava no pessoal do hospital ou tinha medo de que lhe fizessem algo de errado, colocando sua vida em risco.
- 9.2.3. Medo da ameaça à sua auto-imagem - perguntar se teve medo de ficar com defeito físico, com cicatriz ou inválido total ou parcialmente sem poder andar,

nem poder executar todos os movimentos sem poder continuar no mesmo serviço.

- 9.3. Perguntar se ainda existem outros tipos de medo sobre os quais ainda não se falou. Caso haja, anotar.
- 9.4. Estresse: Nesta questão perguntar se sentiu cansaço; se teve sentimentos de vazio, de não ser ninguém, de inutilidade; se ficou inquieto, agitado.
- 9.5. Desamparo: sentiu-se abandonado, sem ajuda do pessoal da equipe hospitalar e/ou da família.
- 9.6. Desorientação: se esteve sem condições de "pensar", de resolver seus problemas; se conhecia a gravidade do seu estado.
- 9.7. Desespero: se ficou sem esperança de melhorar, de se curar e voltar para casa.
- 9.8. Revolta: se ficou irritado, com vontade de brigar com os outros, de atirar os objetos.
- 9.9. Excitação: se ficou tenso, nervoso.
- 9.10. Depressão: se ficou desgostoso, "chateado", triste, aborrecido, pensando "coisas ruins".
- 9.11. Evita a realidade: se ficou indiferente, retraído, sem querer pensar no que estava lhe acontecendo, ou se procurava pensar que seu estado não era grave.
- 9.12. Repressão: se procurou esconder os problemas desviando do assunto, fingindo que estava bem ou fazendo-se de forte, não querendo que os outros se incomodassem com ele.

- 9.13. Racionalização: se procurou dar explicações para o seu estado de saúde as quais percebe hoje que não foram verdadeiras.
- 9.14. Transferência: se acusou os outros (família, pessoal do hospital) como causa da sua inquietação, desconforto e situação de perigo.
- 9.15. Projeção: se atribuiu seus próprios sentimentos de incapacidade para os outros, acusando o pessoal do hospital de negligente, de incapaz, de incompetente.
- 9.16. Conformismo: se achou que seu estado era "assim mesmo", "que o que tem que acontecer, acontece", sem procurar se ajudar.
- 9.17. Raiva: se ficou com raiva de estar doente, de estar na aquela situação, se ficou com raiva do pessoal do hospital, dos familiares, dos amigos ou de outros, se ficou com raiva de si mesmo, com ódio de si mesmo.
- 9.18. Exigência: se fez muitas reclamações, se fez muitas exigências quanto ao atendimento recebido da equipe médica e de enfermagem, quanto à comida, à roupa, à limpeza, tipo e horário de tratamento.
- 9.19. Insatisfação: se se queixava muito, se as coisas nunca estavam a seu gosto.
- 9.20. Sintomas de somatização da angústia: se ficou sem sono, enfastiado, com vontade de vomitar, com diarreia, prisão de ventre, barriga distendida, com muita sede, com muito suor, com tontura e palpitação.

9.21. Perguntar se sentiu ou fez mais alguma coisa quando es teve internado. Em caso afirmativo, anotar.

Na questão 10, assinalar com x as respostas afirmati-
vas das expectativas como segue:

10.1. Na área técnica:

- 10.1.1- Recebeu banho corporal, a cama foi arrumada ,
houve limpeza e ordem no quarto diariamente?
- 10.1.2- Seus dentes foram escovados ou, lavaram sua
boca com frequência?
- 10.1.3- Cuidaram de seus cabelos, barba, unhas ou, foi
deixado bem arrumado?
- 10.1.4- Mudaram sua posição na cama para não deformar
as mãos, os pés e cuidaram de seus olhos?
- 10.1.5- Foi atendido rapidamente quando chegou no hos-
pital e sempre que precisou?
- 10.1.6- Achou que o pessoal do hospital sabia fazer os
cuidados com segurança e certeza?
- 10.1.7- A alimentação era do seu gosto, dentro da die-
ta?
- 10.1.8- Conseguiu dormir e descansar? Havia silêncio?
- 10.1.9- Quando estava com dor, foi atendido na hora?
- 10.1.10- Sempre que pediu algo foi atendido?
- 10.1.11- Teve chance de dar palpite sobre o seu trata-
mento, seus cuidados, deixaram o sr. fazer o

que podia?

10.1.12- O sr. confiava na competência do pessoal?

10.1.13- O pessoal de enfermagem lhe explicava ou dizia o que ia fazer, quando lhe dava cuidados?

10.1.14- Foi dito ao sr. qual era seu problema?

10.1.15- Foi explicado qual seria o tratamento e como seria feito e quanto tempo duraria?

10.1.16- Foi-lhe explicado quanto a sua cura, se seria total ou parcial?

10.1.17- Informaram-lhe sobre seu estado? Como foi?

10.2. Na área expressiva:

10.2.1 - Mesmo que chamasse muitas vezes, foi sempre atendido com paciência, atenção e compreensão?

10.2.2 - Recebeu toda a atenção e apoio do pessoal do hospital? Caso sim de quem?

. Anotar no formulário.

10.2.3 - Sua família lhe deu atenção e apoio?

10.2.4 - E seus amigos?

10.2.5 - As pessoas que lhe cuidaram demonstraram responsabilidade naquilo que faziam e, inspiravam confiança?

10.2.6 - O que o sr. achou do ambiente hospitalar?

10.2.7 - As pessoas que cuidavam do sr. o faziam com alegria e satisfação, e também com seriedade

e sem brincadeira?

- 10.2.8 - Recebeu palavras de conforto, de apoio, de ânimo e de coragem do pessoal do hospital e das visitas?
- 10.2.9 - Foi cuidado para que ficasse bem arrumado, fizeram-lhe curativos bem feitos, limpando sempre que precisasse?
- 10.2.10- Recebeu atendimento religioso? Como foi?
- 10.2.11- Foi tratado pelo seu nome, respeitado seu gosto, suas preferências e os objetos de seu uso pessoal?
- 10.2.12- Na hora de seu banho, de urinar ou evacuar cuidaram para não deixá-lo à vista de outras pessoas?
- 10.2.13- Durante a sua hospitalização, foram-lhe fornecidas notícias sobre sua família e seus amigos?
- 10.2.14- Teve liberdade e oportunidade de dizer o que pensava ao pessoal do hospital?

As questões 11 e 12 devem ser feitas tal como se encontram no formulário e anotadas conforme as respostas dadas.

Nota: Para o preenchimento do formulário do familiar dirigir a entrevista nos mesmos termos quanto ao conteúdo desta aplicação aos pacientes, segundo as questões correspondentes, porém dirigir o tratamento à pessoa do familiar.