

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**RECORDAÇÕES MNÊMICAS DO PACIENTE DE TERAPIA INTENSIVA:
QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

KARLA BENDER ROVATTI

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

São Leopoldo

2010

KARLA BENDER ROVATTI

**RECORDAÇÕES MNÊMICAS DO PACIENTE DE TERAPIA INTENSIVA:
QUALIDADE DE VIDA E PREVALÊNCIA DE
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia Clínica, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Dr. Maycoln Teodoro

São Leopoldo

2010

R873r Rovatti, Karla Bender
 Recordações mnêmicas do paciente de terapia intensiva: qualidade de vida e prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático / por Karla Bender Rovatti. -- São Leopoldo, 2010.

115 f. : il. ; 30 cm.

Com: artigo “Memórias e a prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em uma Unidade de Terapia Intensiva”.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, São Leopoldo, RS, 2010.

“Orientação: Prof. Dr. Maycoln Teodoro, Ciências da Saúde”.

1.Memória – Psicologia. 2.Memória – Neuropsicologia. 3.Mnemônica – Stress pós-traumático. 4.Unidade de tratamento intensivo – Stress pós-traumático. 5.Paciente – Qualidade de vida. I.Teodoro, Maycoln. II.Título.

CDU 159.953

159.953:616-001

Catálogo na publicação:
Bibliotecária Carla Maria Goulart de Moraes – CRB 10/1252

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração a todas as pessoas que contribuíram comigo durante a realização do mestrado e que, de alguma forma, colaboraram para a construção deste trabalho.

Em primeiro lugar, meu agradecimento especial à Instituição à qual me dedico e trabalho há mais de doze anos e que acreditou em meu potencial em concluir uma etapa extremamente significativa para minha formação e meu desenvolvimento. Em especial, à Diretoria Médica e à Universidade Corporativa.

Aos meus orientadores Prof. Dr. Maycoln Teodoro, pela construção do projeto e orientação e, mesmo que virtualmente, Profa. Dra. Elisa Kern de Castro, por sua disponibilidade em assumir um trabalho já em andamento. Obrigada aos dois pela humildade em passar seus vastos conhecimentos e contribuir essencialmente pelo gosto pela pesquisa fundamentada na ética e no respeito ao humano.

Um agradecimento a minha equipe – a equipe de Psicologia do Hospital Mãe de Deus – que possibilitou a coleta de dados, as aulas e os seminários cancelados, a paciência em me escutar. Em um gesto de total comprometimento, sempre me estendia a mão, colaborando para a realização deste trabalho.

Ao meu marido, parceiro, companheiro nas horas mais difíceis. A minha filha, que precisou abrir mão muitas vezes de minha presença. Apesar de o esforço ter sido grande para dar conta de tudo, filha, hoje vimos que tudo dá certo. Espero servir sempre de exemplo em tua trajetória pessoal. Agradeço querida família, por compartilharem comigo meus desejos e sonhos. Pela compreensão, pela paciência, pelo amor e pelo carinho recebido em todos os momentos.

Aos meus pais, Gilberto e Déa, por terem me dado a vida e o exemplo a seguir, proporcionado a minha formação de psicóloga, bem como a pessoa que sou, me ofertando sempre, dentro de suas possibilidades, a melhor educação e formação que eu poderia ter recebido.

As minhas irmãs, meus cunhados e colegas que, de perto ou de longe, fizeram parte desta trajetória.

Ao Dr. Marcelo Jefmam, meu médico, que, em momentos difíceis, estava lá ajudando a recuperar minha condição física.

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local responsável por salvar vidas, um ambiente repleto de equipamentos, drogas, alta tecnologia e corpo técnico altamente qualificado. No entanto, medos, fantasias de morte, recordações e sentimentos colocam o paciente diante de um cenário que poderá deixar marcas mnêmicas capazes de gerar efeitos psicológicos importantes como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), afetando a qualidade de vida após a alta hospitalar. Diante disso, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de TEPT em pacientes que passaram por internação em UTI, levantar alguns fatores de risco e de proteção para TEPT a partir do registro de memórias trazido pelo paciente seis meses após a alta hospitalar e correlacionar TEPT, qualidade de vida, com recordações mnêmicas, dados sócio-demográficos e variáveis clínicas. Participaram do estudo 41 pacientes adultos que passaram por internação em UTI em um hospital geral de Porto Alegre, com idade média de 59 anos (DP=14,71). Os instrumentos usados foram: Inventário de Katz, Planilha de dados sócio-demográficos e variáveis clínicas, Memory Tool, WHOQOL-breve e SPTSS. A análise descritiva mostrou a prevalência de TEPT na população estudada de 24,4%, usando-se um ponto de corte ≥ 5 . As mulheres apresentaram mais TEPT do que os homens ($X^2=6,999$, $p<0,05$) e o teste t mostrou que as lembranças mais significativas para os pacientes foram respectivamente: rostos ($t=4,88$, $p<0,05$), pânico ($t=11,17$, $p<0,001$), medo ($t=6,99$, $p<0,05$) e dor ($t=4,02$, $p<0,05$). As memórias afetivas associaram-se de maneira significativa ($t=-2,28$, $p<0,05$) ao TEPT, e as memórias delirantes correlacionaram-se de maneira significativa ao tempo de internação ($r=0,46$, $p<0,001$). O teste Qui-quadrado mostrou que variável clínica delirium apresentou-se estatisticamente significativa em relação ao TEPT ($X^2=6,16$, $p<0,05$), as demais variáveis não foram significativas. A qualidade de vida dos pacientes sofreu abalo após internação do ponto de vista geral, apresentando-se estatisticamente significativas em relação ao TEPT em todas as suas dimensões respectivamente: A análise de regressão hierárquica mostrou que as variáveis gênero e memórias afetivas mostraram-se preditoras de TEPT respectivamente: ($\beta=0,44$, $p<0,01$) e ($\beta=0,46$, $p<0,01$). Conclusão: O presente estudo identificou a prevalência de TEPT em pacientes seis meses após a alta hospitalar e concluiu que, apesar de ter identificado dois preditores de TEPT – gênero e memórias afetivas – novos estudos longitudinais são necessários, a fim de conhecer em profundidade os fatores de risco e de proteção em relação ao TEPT.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, memórias, transtorno de estresse pós-traumático, qualidade de vida.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is a site responsible for saving lives, an environment filled with equipment, drugs, high technology and highly qualified technical staff. However, fears, fantasies of death, memories and feelings put the patient in front of a scenario that may leave marks or records mnemonic capable of generating significant psychological effects such as Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), affecting the quality of life after hospital discharge. Therefore, the purpose of this study was to evaluate the prevalence of PTSD in patients who have ICU stay, raise some risk factors and protective factors for PTSD from record of memories brought by the patient six months after hospital discharge, and correlate PTSD symptoms, quality of life, with mnemonic memories, sociodemographic and clinical variables. Study participants were 41 adult patients who underwent ICU admission in a general hospital in Porto Alegre, mean age 59 years (SD=14,71). The instruments used were: Inventory Katz, Sheet with sociodemographic and clinical variables, Memory Tool, WHOQOL-brief e SPTSS. Descriptive analysis showed the prevalence of PTSD in this population of 24,4%, using a cutoff ≥ 5 , women had more PTSD than men ($X^2=6,99$, $p<0,05$). The t test showed that memories are more meaningful to patients respectively: faces ($t=4,88$, $p<0,05$), panic ($t=11,17$, $p<0,001$), fear ($t=6,99$, $p<0,05$) and pain ($t=4,02$, $p<0,05$). The affectionate memories were associated with significantly ($t=-2,28$, $p<0,05$) with PTSD and delusional memories correlated significantly to the time of admission ($r=0,46$, $p<0,001$). The chi square test showed that delirium clinical variable showed statistical significance relative to PTSD ($X^2=6,16$, $p<0,05$), the other variables were not significant. The quality of life of patients suffered concussion after admission of the general point of view, presenting – was statistically significant in relation to PTSD in all its dimensions respectively, the hierarchical regression analysis showed that the variables gender and affectionate memories proved to be predictive of PTSD respectively ($\beta=0,44$, $p<0,01$) and ($\beta=0,46$, $p<0,01$). Conclusion: This study identified the prevalence of PTSD in patients six months after discharge and concluded that, despite having identified two predictors of PTSD – gender and affectionate memories – new longitudinal studies are needed in order to know in depth the risk factors and protection in relation to PTSD.

Keywords: Intensive Care Unit, memories, Post Traumatic Stress Disorder, quality of life.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de artigos encontrados nas diferentes bases de dados	18
Gráfico 2: Número de artigos relevantes ao tema- <i>Memory and Intensive Care</i>	19
Gráfico 3: Número de artigos e respectivo ano de publicação	19
Gráfico 4: Origem das Publicações.....	20
Gráfico 5: Tipo de Metodologia Utilizada nos Artigos de Revisão.....	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Dados sócio-demográficos e variáveis clínicas	35
Tabela 2: Frequência de pacientes com e sem TEPT, utilizando-se ponto de corte ≥ 5 ..	41
Tabela 3: Média, Desvio-padrão, teste t nível de significância entre o Tipo de Memórias e TEPT com ponto de corte ≥ 5	41
Tabela 4: Média, desvio-padrão, análise de variância ANOVA e nível de significância da comparação do SPTSS X Tipos de Memórias e pacientes de complexidade baixa, média e alta.....	42
Tabela 5: Teste Qui-quadrado – Pacientes com ou sem TEPT e variáveis clínicas	43
Tabela 6: Associação entre TEPT e os três tipos de memória	43
Tabela 7: Gênero e TEPT	44
Tabela 8: Análise de Correlação de Pearson entre TEPT, memórias, idade e dias de internação	44
Tabela 9: Regressão Hierárquica: TEPT total	45
Tabela 10: Dados Sócio-demográficos	62
Tabela 11: Qualidade de Vida – WHOQOL-breve	70
Tabela 12: SPTSS – Rastreamento de Sintomas de TEPT e Menos TEPT.....	71
Tabela 13: Memory Tool (MT) – Instrumento para avaliar as lembranças da UTI.....	71
Tabela 14: Respostas correspondentes ao sumário do Memory Tool.....	72
Tabela 15: Respostas da questão 4b do Memory Tool – <i>Do que você se lembra?</i>	73
Tabela 16: Frequência de pacientes com e sem sintomas de TEPT c/ ponto de corte ≥ 5	75
Tabela 17: Média, Desvio-padrão, teste t e significância entre QV e TEPT com ponto de corte ≥ 5	76
Tabela 18: Teste Qui-quadrado – Memórias e TEPT	77
Tabela 19: Médias, Desvio-padrão, Comparação de Médias (teste t) entre tipos de memórias e TEPT	78
Tabela 20: Teste Qui-quadrado entre gêneros e a presença de TEPT	78
Tabela 21: Teste Qui-quadrado em grupo de pacientes com ou sem sintomas TEPT e as variáveis clínicas	79
Tabela 22: ANOVA: Complexidade <i>versus</i> QV <i>versus</i> SPTSS	79
Tabela 23: Análise de Correlação de Pearson entre Variáveis Memórias, Qualidade de Vida Geral e TEPT Total	81
Tabela 24: Regressão Hierárquica: TEPT total	82

LISTA DE SIGLAS

AMIB – ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA
APACHE II – ACUTE PHYSIOLOGIC AND CRONIC HEALH EVALUATION
CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CID – CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS
CNS – CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DA SAÚDE
DP – DESVIO-PADRÃO
HDSA – HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE
IES – IMPACT OF EVENT SCALE
MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
SF-36 – MEDICAL OUTCOMES STUDY 36- FORM HEALTH SURVEY
SPSS – STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCES
STD – SCALE TRAUMA DAVIDSON
TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TEPT – TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
UTI-MT – MEMORY TOOL

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
SEÇÃO I – REVISÃO BIBLIOMÉTRICA	12
MEMÓRIA E TERAPIA INTENSIVA.....	13
MÉTODO	17
RESULTADOS	18
CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO.....	27
Memória e Prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático em uma Unidade de Terapia Intensiva	27
INTRODUÇÃO.....	28
MÉTODO	33
Participantes.....	33
Instrumentos	36
Delineamento e Procedimentos	39
Análise Estatística	40
RESULTADOS	40
DISCUSSÃO	45
CONCLUSÃO.....	51
SEÇÃO III – RELATÓRIO DE PESQUISA	54
Unidade de Terapia Intensiva: Aspectos Gerais.....	55
Qualidade de Vida e Unidade de Terapia Intensiva	58
OBJETIVOS.....	60
MÉTODO	61
Delineamento.....	61
Participantes.....	61
Procedimentos de Coleta e Análise de Dados	64
Instrumentos	66
Procedimentos Éticos de Pesquisa	69
Análise Estatística	69
RESULTADOS	70
Análises Descritivas	70
Resultados Descritivos dos Instrumentos	70
DISCUSSÃO	82

CONCLUSÃO.....	91
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	102
Apêndice A. Planilha de Dados Sócio-Demográficos e Variáveis Clínicas.....	102
Apêndice B. Texto Apresentado ao Paciente por Telefone.	103
Apêndice C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104
ANEXOS	106
Anexo A. Inventário de Katz	106
Anexo B. Memory Tool	109
Anexo C. SPTSS	111
Anexo D. Protocolo de Aprovação do Comitê de Ética	113
Anexo E. WHOQOL-breve	114

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação trata do tema *memórias do paciente em terapia intensiva, qualidade de vida e a prevalência de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)* seis meses após a alta hospitalar e foi desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Os resultados deste estudo foram organizados em dois artigos (uma revisão sistemática e outro empírico) e um relatório de pesquisa.

Nesta pesquisa, pretendeu-se verificar a prevalência de TEPT em pacientes que passaram por uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qualidade de vida seis meses após a internação e as recordações mnêmicas vividas nesse período. Junto a isto, algumas variáveis foram avaliadas: tempo de internação, diagnóstico, uso de sedação, de ventilação mecânica, agitação psicomotora, doença prévia, doença psiquiátrica, suporte social, estado civil, sexo, episódio de delirium, grau de independência e profissão do paciente.

Embora a literatura internacional tenha produzido estudos sobre o referido tema, destacando publicações nas diversas áreas da saúde, no Brasil não se encontram publicações sobre o assunto. Foi encontrado apenas um artigo sobre terapia intensiva e a prevalência de TEPT. Diante disto, salienta-se a relevância do tema para profissionais da área da saúde, que lutam incessantemente para salvar vidas sem se preocuparem com os aspectos psicossociais envolvidos durante e após a internação em uma UTI. Para apresentação dos resultados obtidos, a dissertação foi dividida em três sessões.

Na primeira seção, é apresentado um artigo de revisão bibliográfica da literatura que aborda o tema *recordações mnêmicas do paciente internado em terapia intensiva* a partir dos estudos publicados nos últimos dez anos, ou seja, de julho de 2000 a julho de 2010, em cinco bases de dados. Foram usados dois descritores: memória e terapia intensiva. Neste artigo, investigou-se a metodologia utilizada pelos autores, origem e ano da publicação, bem como os resultados encontrados.

Já na segunda seção, apresenta-se um artigo empírico, que mostra os principais resultados obtidos sobre a relação entre memória, sintomas de TEPT, qualidade de vida e as variáveis clínicas em pacientes internados em UTI. Neste estudo, foram avaliados 41 pacientes seis meses após a alta hospitalar, mais especificamente na UTI de um hospital privado do sul do Brasil. Foram realizadas análises de correlação, a fim de verificar associações entre as variáveis estudadas, feito o teste t para analisar possíveis

diferenças de gênero, além de análise de regressão para verificar o poder preditivo das variáveis pesquisadas.

Por fim, na terceira seção, há o relatório de pesquisa, em que estão descritas todas as atividades relacionadas ao projeto desenvolvido, bem como sua metodologia e os resultados que não foram contemplados no artigo empírico.

SEÇÃO I
REVISÃO BIBLIOMÉTRICA

MEMÓRIA E TERAPIA INTENSIVA

MEMÓRIA E TERAPIA INTENSIVA

Os registros mnêmicos ou memórias são uma aptidão que permite ao ser humano reconhecer-se em um presente que é produto de sua história e a raiz de seu futuro (Gil, 2002). Nesse sentido, sobreviver a uma unidade de terapia intensiva (UTI) pode fazer com que pacientes registrem em sua memória uma experiência de forma muito singular. Alguns pacientes podem recordar experiências de forma positiva e real, enquanto outros podem registrar em sua memória uma experiência marcada por sofrimento, medo, sensação de pânico e ameaças à vida. Esses registros poderão ser traumáticos, levando os pacientes a consolidarem na memória a imagem de que a UTI é um local capaz de precipitar recordações cuja experiência contribuirá ainda mais para o adoecimento psíquico dessa população.

Helene e Xavier (2003) acrescentam que a memória é uma função que permite a mudança do comportamento por meio da experiência. Assim, essa pode ser entendida como a capacidade de organizar e reconstruir experiências e impressões passadas a serviço das necessidades, dos temores, de interesses atuais e antecipatórios.

Bear, Connors e Paradiso (1996) descrevem a memória como um processo de retenção de informações, no qual as experiências são arquivadas e recuperadas sempre que é preciso. Segundo estes autores, o termo memória advém do latim *memoriae* e significa a faculdade de reter ou readquirir idéias, imagens, expressões e conhecimentos adquiridos oriundos de lembranças. É uma faculdade cognitiva importante porque é a base para a aprendizagem e o armazenamento das representações do passado. É um complexo mecanismo mental que abrange o arquivo e a recuperação da experiência. A partir desse conceito – de que a memória é a faculdade de reter ou adquirir idéias a partir das lembranças – serão explorados, nesse artigo, estudos publicados nos últimos dez anos sobre memória e terapia intensiva.

O ambiente hospitalar, especialmente a UTI, é por definição um local prioritariamente voltado para o atendimento de pacientes gravemente enfermos. A UTI caracteriza-se por ser complexa em seus fluxos e processos, percebida pelos usuários como um local frio, repleto de fantasias e ameaças de morte (Orlando, 2002). Com o avanço tecnológico, a morte distancia-se, e o investimento em relação ao paciente faz aumentar a expectativa de vida. Portanto, as ações dentro de uma UTI voltam-se para a manutenção da vida e, de forma técnica, a salvação da vida do paciente (Biaggi, 1997). O fato é que, diante desse cenário de tomada de decisões rápidas e avanços médicos

inquestionáveis, surgem alguns questionamentos clínicos que merecem destaque. Um deles refere-se à investigação do desgaste psicológico gerado pela UTI ao paciente que necessite de internação e ao impacto na qualidade de vida após a alta hospitalar. Dentro desse contexto marcado pela alta tecnologia, salienta-se a importância de investigar as lembranças (memórias), fatores psicológicos, ambientais e sociais que poderão desencadear, junto ao paciente, seqüelas emocionais futuras. A alta complexidade nos processos da UTI, como citam Góis e Dantas (2004), permeia tanto o atendimento prestado como sua estrutura física. O barulho, os equipamentos modernos, a tecnologia de ponta e a movimentação constante de pessoas o caracterizam como sendo um ambiente gerador de estresse aos pacientes e precipitando algumas alterações de ordem psicológica, afetiva e social.

A terapia intensiva tornou-se, com o passar dos anos, um símbolo da medicina moderna, sendo responsável pela redução da mortalidade em pacientes gravemente doentes (Moritz, 2005). Os pacientes são tratados sistemicamente, e todos os esforços convergem para evitar a morte e salvar a vida. Os cuidados médicos-assistenciais são ininterruptos e constantes, as rotinas são contínuas, as intercorrências e os procedimentos invasivos favorecem a recuperação física do paciente, mas essa luta constante poderá criar uma gama de situações que poderão atuar como fatores de risco para o desequilíbrio emocional dessa população. Sabe-se que o paciente possui pouco ou nenhum controle de si mesmo ao longo da permanência na UTI, devido aos elementos necessários para a manutenção da vida. A falta de privacidade, dificuldade de orientação, dependência física e emocional, estimulação constante pela luz, ruídos de aparelhos e pessoas estranhas, privação de sono, delirium, sedação, ausência da família, entre outros, contribuem para a desorganização psíquica do paciente (Sebastiani, 1984).

Como efeitos da internação em terapia intensiva encontram-se na literatura confusão mental orgânica ou delirium, alterações psicológicas como TEPT, ansiedade, depressão e déficit cognitivo (Amaral, 1997). Em termos psíquicos e emocionais, a terapia intensiva poderá precipitar sentimentos extremos de vulnerabilidade, medo insuportável, manifestações ansiogênicas, agitação psicomotora, como também sensação de desvinculação, abandono e desamparo (Biaggi, 2002; Mello Filho, 1992).

As alterações psíquicas, emocionais e comportamentais sofridas por um período longo – e muitas vezes inesperado – pelos pacientes fazem com que vivam e revivam experiências que serão armazenadas, recordadas, evitadas ou até mesmo negadas como efeito psicológico da experiência em terapia intensiva (Paes, 2000). O registro das

memórias geradas nesse ambiente poderá contribuir para o registro do evento da passagem pela UTI como traumático ou não. Intensivamente, os pacientes precisam de suporte para respirar, para se comunicar, para sobreviver. Mais de 80% dos pacientes recebem sedativos e drogas analgésicas, objetivando a conformidade com a respiração artificial, sendo essa a causadora do aumento de ansiedade para o paciente (Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2006). Alguns estudos demonstram que pacientes apresentam e revivem as memórias factuais (tubos na boca, procedimentos invasivos) e outros lembram vagamente da experiência com o respirador (Corrigan, Samuelson, Fridlund & Thomé, 2007; Ringdal, Plos, Lundberg, Johansson & Bergbom, 2009; Roberts, Rickard, Rajbhandari & Reynolds, 2007).

Hewitt (2002) destaca que sintomas de ansiedade e medo são frequentemente encontrados entre pacientes criticamente enfermos. Logo, torna-se relevante a identificação dos fatores estressores e a configuração de trauma psíquico a partir das memórias geradas durante a internação, que poderão contribuir para o desenvolvimento de quadros psicopatológicos. Esses podem ser desencadeados em função do ambiente tenso, de incertezas em relação à sobrevivência e do grande potencial de situações limítrofes para quem vive (Orlando, 2002). O estresse gerado pela doença, como o desequilíbrio físico e emocional, o risco de morte, as técnicas invasivas e traumáticas, sentimentos de medo, ansiedade, agitação psicomotora e sensação de abandono estão comumente associados à realidade vivenciada pelo paciente em estado crítico, bem como aos eventos estressores.

O ambiente de terapia intensiva poderá gerar memórias distorcidas ou delirantes, memórias factuais e memórias afetivas, reconstruindo um cenário representativo no paciente após um tempo médio de internação nesta unidade (Samuelson et al., 2006). Algumas características individuais, como ser adulto jovem, doença psiquiátrica prévia e experiências traumáticas na infância podem predispor os pacientes às imagens intrusivas, bem como a fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático (Jackson, Hart, Gordon, Hopkins & Ely, 2007).

As alterações psicológicas têm representado um campo importante para investigação científica na área da psicologia, psiquiatria, neurologia e anestesiologia. Novos estudos buscam investigar as memórias registradas pelo paciente em terapia intensiva, a fim de identificar os fatores de risco, os fatores de proteção e a prevalência de TEPT gerados pelo evento (UTI) a partir das recordações mnêmicas deste paciente (Hauer et al., 2009; Löf, Berggren & Ahlström, 2007; Storli & Lind, 2009).

As memórias estão relacionadas aos estados afetivos. Segundo Izquierdo (2004), os estados sentimentais causam e são regulados por vias cerebrais muito bem definidas que usam neurotransmissores como noradrenalina, dopamina, acetilcolina e serotonina, cada um deles atuando sobre receptores diferentes espalhados por todo o cérebro. Alguns desses fatores favorecem a aquisição, consolidação ou evocação de diversos tipos de memórias, por ação das substâncias mencionadas sobre um ou outro receptor nas regiões cerebrais que fazem ou evocam memórias. As memórias emocionantes ou muito aversivas têm sua aquisição e sua consolidação reguladas preferencialmente pelas vias noradrenérgicas centrais, responsáveis por sua aquisição e permanência. No momento da evocação, uma carga maior ou menor de noradrenalina é liberada, relacionando o conteúdo mais ou menos emocionante do que foi vivenciado. O papel dos neurotransmissores na memória passa a ser de extrema importância em relação à evocação, aquisição e permanência do conteúdo a ser lembrado.

Associados aos neurotransmissores, os hormônios também possuem alta relevância nos processos da memória. Estes são liberados pela hipófise, supra-renal e outras glândulas no sangue, que afetam profundamente a formação e evocação das memórias, acrescentando efeitos aos aspectos cognitivos de cada memória, tornando-as dependentes deles. Assim, a memória passa a ser “a informação apreendida”, mais o efeito do hormônio que foi liberado durante o evento ou a experiência, tornando mais fácil evocar a memória quando sob efeito do hormônio.

Um exemplo disso, para Izquierdo (2004), são as memórias estressantes que podem liberar adrenalina e adrenocorticotrofina ao serem evocadas, sendo chamadas de memórias de estado. O estado é aquele que coloca a substância endógena liberada. Sabe-se que as experiências vivenciadas em terapia intensiva junto ao paciente poderão gerar memórias, e essas podem apresentar-se como memórias traumáticas ou delirantes, memórias factuais ou memórias afetivas. Ainda pouco exploradas no âmbito da saúde e pouco faladas pelos pacientes, são referidas, após a alta hospitalar, como imagens intrusivas e responsáveis por desencadear sintomas físicos e psíquicos associados a sofrimento emocional. O estresse sofrido poderá alterar parâmetros fisiológicos do paciente fazendo com que o mesmo registre esses eventos como eventos traumáticos. Pensando nas memórias dos pacientes submetidos à internação em terapia intensiva, pode-se investigar que tanto a evocação das memórias do período na UTI, como também a consolidação dessas após a alta hospitalar podem ser fatores desencadeantes de estresse pós-traumático.

Os dados encontrados em estudos nacionais e internacionais (Costa & Marcon, 2009; Rundshagen et al., 2002) sobre as memórias traumáticas, delirantes ou factuais que acometem o paciente internado na UTI mostram que o ambiente de terapia intensiva pode ser um desencadeador de TEPT e afeta a qualidade de vida do paciente internado após alta. Os dados revelam que recordar a experiência que se teve, ou seja, conseguir nomear o ocorrido, lembrar da presença de figuras afetivas e até mesmo de sentimentos associados a sofrimento e dor, poderá ser um fator de proteção para TEPT, ao contrário das recordações de memórias delirantes. Essas foram associadas a memórias traumáticas, aumentando a prevalência de sintomas (Capuzzo et al., 2008; Löf et al., 2006; Ringdal et al., 2009; Roberts et al., 2007).

Deste modo, o objetivo desse artigo foi realizar uma revisão bibliográfica da literatura mundial sobre memória e terapia intensiva, examinando especificamente a quantidade de publicações sobre o tema nos últimos dez anos, os países que mais publicaram sobre o assunto e os métodos de pesquisa empregados nesses estudos.

MÉTODOS

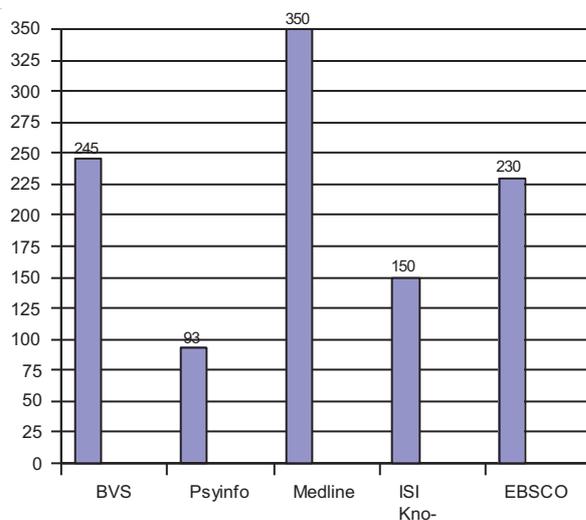
Para elaboração do presente artigo, foi realizada uma revisão bibliográfica da literatura em cinco bases de dados internacionais na área da psicologia e da medicina. Esta revisão consistiu em uma abordagem padronizada, a fim de identificar os resumos e apresentar à comunidade científica, uma atualização de estudos publicados entre julho de 2000 a junho de 2010 com relevância no tema *memória e terapia intensiva*.

Os procedimentos metodológicos utilizados no processo de revisão bibliográfica incluíram: busca pelos descritores “*memory and intensive care*”, levantamento do ano e país da publicação e levantamento do método utilizado. Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas BVS, PsycINFO, Medline, ISI KNOWLEDGE e EBSCO. Somente cinco artigos foram encontrados de forma inédita em apenas uma base de dados; os demais se repetiram em uma ou mais bases concomitantemente. A busca pelos descritores “*memory and intensive care*” foi definida a partir da necessidade de adotar limitadores para a seleção de artigos que focassem o tema em questão, excluindo artigos referentes a pacientes submetidos à internação pediátrica e neonatal, pacientes neurocirúrgicos e com quadro demencial, assim como artigos que referissem patologias de ordem psiquiátrica. Priorizaram-se artigos que incluíssem internação em UTI adulto com pacientes portadores de diagnóstico clínico, cardiológico e trauma.

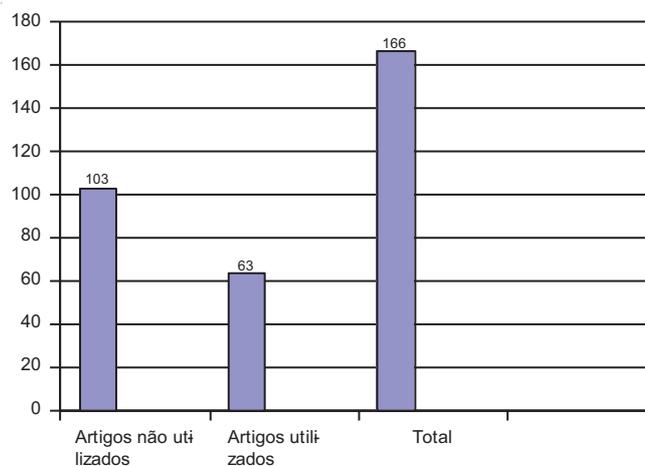
RESULTADOS

Inicialmente, com a introdução dos descritores *memory and intensive care*, foi encontrado nas referidas bases de dados um total de 1068 artigos distribuídos da seguinte maneira (Gráfico 1).

Gráfico 1: Número de artigos encontrados nas diferentes bases de dados

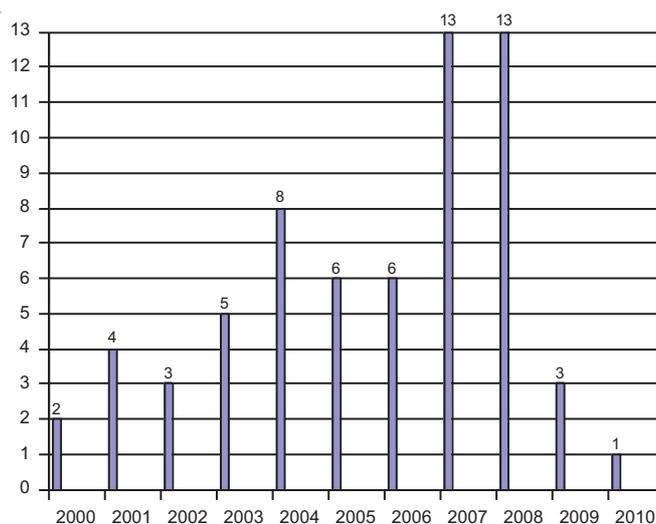


Pelos descritores *memory and intensive care*, encontrou-se uma diversidade de artigos, contemplando variados temas e especialidades dentro da terapia intensiva. Em função disso, foi necessário excluir artigos que não abordassem especificamente o tema *memória e UTI*. A busca objetivou filtrar estudos que retratassem a experiência do paciente a partir das lembranças marcadas durante a internação. Muitos artigos traziam o ambiente da terapia intensiva, patologias, práticas de sedação e analgesia, confusão mental orgânica ou *delirium*, uso de fármacos na terapia intensiva, o papel de profissionais enfermeiros no cuidado do paciente crítico na UTI, perda de memória a partir de quadros neurológicos em terapia intensiva, relato de eventos estressores; outros artigos relacionavam-se a UTIs pediátrica e neonatal. Sendo assim, foi necessária a exclusão desses artigos, visto que o estudo em desenvolvimento enfocou somente a população de pacientes adultos. Feita esta separação (Gráfico 2), restaram 63 artigos utilizados para a elaboração do presente artigo.

Gráfico 2: Número de artigos relevantes ao tema- *Memory and Intensive Care*

Com relação à produção científica entre julho de 2000 a junho de 2010, observa-se, a partir do Gráfico 3, um crescimento importante do número de publicações, destacando os anos de 2007 e 2008, em que foram publicados respectivamente 13 artigos relevantes ao tema. É importante salientar que a busca foi atualizada pela última vez no mês de junho de 2010. Portanto, o número de artigos desse ano são apenas parciais.

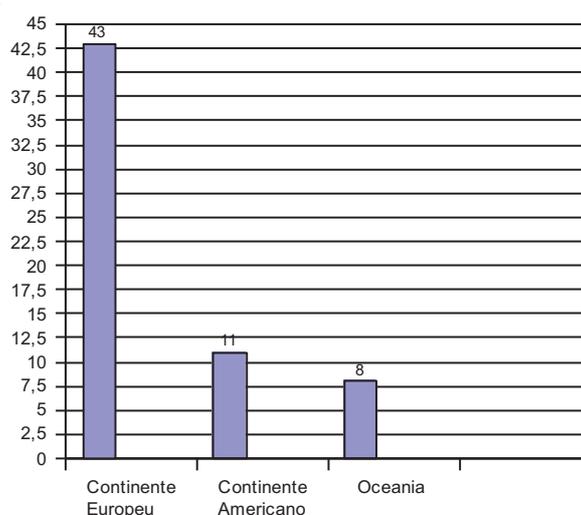
Gráfico 3: Número de artigos e respectivo ano de publicação



Quanto aos locais de origem das pesquisas sobre memória e terapia intensiva, nota-se que, nos últimos dez anos, os países do continente europeu publicaram mais artigos do que outras regiões do mundo, com 43 artigos realizados em diversos países,

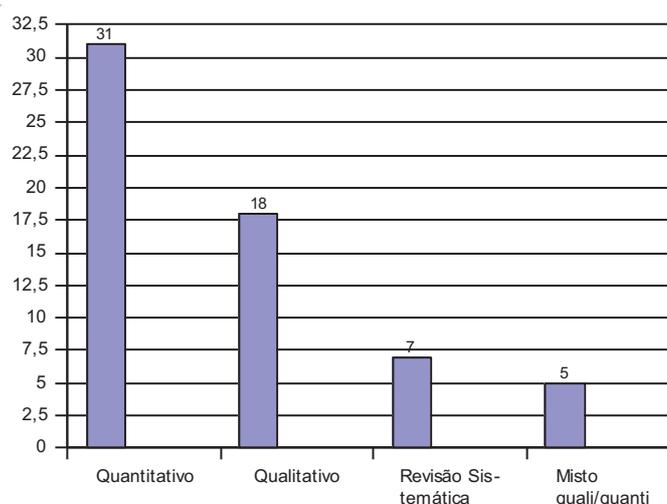
destacando-se a Suécia (12) e o Reino Unido (12). Na seqüência, encontra-se o continente americano com 11 artigos. Destes, apenas dois estudos foram realizados no Canadá, e os demais nos Estados Unidos. Nenhum artigo foi localizado no Brasil, nesses bancos de dados. A Oceania registra oito artigos, todos da Austrália. Um deles tratava-se de uma revisão sistemática recente, realizada por Wallen (2008), na qual cita seis artigos importantes, tanto pelo conteúdo abordado, como pelo impacto da publicação. Esses artigos foram encontrados em todas as bases de dados pesquisadas (Davydow, Gifford, Desai, Needham & Bienvenu, 2008; Griffiths, Fortine, Barber & Young, 2007; Jackson et al., 2007; Stein et al., 2009; Schelling, 2008; Williams, 2009). Chama a atenção a ausência de artigos sobre memória e terapia intensiva nos continentes asiático e africano (Gráfico 4).

Gráfico 4: Origem das Publicações



Do ponto de vista metodológico, a presente revisão bibliográfica encontrou 18 artigos com metodologia qualitativa, 31 artigos com metodologia quantitativa, sete estudos de revisão, e cinco nomeados como estudos mistos, que associam a metodologia qualitativa e quantitativa. Nos estudos qualitativos e mistos, os pesquisadores utilizaram mais freqüentemente delineamento exploratório, descritivo, estudo de caso com análise de conteúdo e de narrativas, estudo fenomenológico; três estudos utilizaram entrevistas, com relato livre dos sujeitos sobre a experiência vivida em terapia intensiva. Os estudos quantitativos, em sua maioria, foram estudos de casos-controle, estudos randomizado e prospectivos de corte (Gráfico 5).

Gráfico 5: Tipo de Metodologia Utilizada nos Artigos de Revisão



Dos 63 artigos pesquisados, 41 artigos investigaram a memória apresentada pelo paciente em UTI do ponto de vista das recordações ou não recordações do período de internação. Estes estudos destacaram que o paciente pode apresentar três tipos de memórias – memória delirante ou traumática, memória afetiva ou memória factual – e que a presença ou ausência de memórias após a internação na UTI poderá ser um preditor de TEPT, depressão e ansiedade. Os demais estudos foram apresentados de forma qualitativa, na qual a observação e análise narrativa buscaram entender a percepção do paciente sobre a experiência na UTI e se esta deixou algum registro mnêmico capaz de impactar negativamente ou positivamente a recuperação psicológica do paciente após o evento UTI. Alguns estudos investigaram a qualidade de vida do paciente após a internação, como também a presença de ansiedade, depressão e eventos ocorridos na vida deste paciente nos 60 dias anteriores à internação na UTI. Essa investigação objetivou entender a presença de eventos estressores prévios associados ao estresse pós-traumático.

Os instrumentos utilizados se repetiram nos estudos quantitativos. Os mais utilizados foram respectivamente: Questionário auto-aplicável (ICUM ferramenta), Memory Tool (UTI-MT), Hospital Anxiety and Depression Scale (HDAS), Impact of Event Scale (IES), Bem estar Index, Davidson Trauma Scale, Short-Form Health Survey, Inventory (UK-PTSS-14), Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form (SF-36) e EuroQol-5D (Badia-Castelló, Trejullano, Serviá, March & Rodriguez, 2006; Cuthebertson, Stracham & Seatt, 2003; Deja et al., 2006; Dowdy et al., 2005; Hauer et al., 2009; Hofhuis et al., 2007; Papadopoulos, 2008; Richter, Waydhas, Pajonk, 2006;

Samuelson, Lundberg & Fridlund, 2007; Twigg, Humphris, Jones, Bramwell & Griffiths, 2008).

Os artigos de revisão sistemática (Davydow et al., 2008; Griffiths et al., 2007; Jackson et al., 2007; Jones, Griffiths & Humphris, 2000; Stein et al., 2009; Williams, 2009) sugerem aos pesquisadores observarem a qualidade de vida prévia do paciente, as variáveis clínicas (doenças pré-existentes, uso de sedação prolongada, idade, diagnóstico). Destacam a importância de acompanhamento ao paciente, após a alta hospitalar, que teria como objetivo a realização de intervenções precoces aos pacientes com sintomas de TEPT, devido à alta prevalência de sintomas encontrada (0-64%), associada ao sofrimento psíquico da população estudada.

Apesar de a presente revisão bibliográfica não tratar do tema *transtorno* de estresse pós-traumático, observou-se que os estudos mais citados sobre memória e terapia intensiva destacam associações entre as recordações mnêmicas do paciente e o tipo de recordações após internação com o desenvolvimento de TEPT e qualidade de vida após a alta (Badia-Castelló et al., 2006; Capuzzo et al., 2004; Griffiths, 2006; Jones, Griffiths, Humphris & Skirrow, 2001). No presente artigo, foram destacados somente os trabalhos que fizeram associação entre memória em terapia intensiva com *sintomas* de estresse pós-traumático.

No estudo mais recente de revisão sistemática, Williams (2009) refere que, em geral, os sobreviventes de terapia intensiva apresentam alta prevalência de sintomas de TEPT, mas somente 19% dos pacientes avaliados apresentaram o diagnóstico de TEPT. Destaca também que os sintomas persistem por alguns anos ou vários anos na população estudada, justificando a preocupação dos pesquisadores em não somente identificar os sintomas descritos pelos questionários de avaliação, mas também utilizar a intervenção clínica como método qualitativo, a fim de conhecer em profundidade o sofrimento destes sobreviventes.

Capuzzo et al. (2005) avaliaram as recordações dos pacientes críticos internados em UTI, associando o tempo de permanência (cinco a dez dias), as infecções e o tipo de memória, divididas em memória *traumática* (alucinações, pesadelos, sonhos), memória *factual* (família, alarmes, vozes, sondagens, tubos na boca, faces) e memória dos *sentimentos* ou *afetivas* (ansiedade, pânico, medo, confusão). O resultado mostrou uma relação significativa e positiva entre memória traumática, alta permanência na UTI e quadros infecciosos. Os autores salientam a importância da prevenção de quadros infecciosos na UTI, responsáveis por encefalopatias e quadros delirantes, a fim de

reduzir as memórias traumáticas e, conseqüentemente, a incidência de sintomas de estresse pós-traumático após a alta hospitalar.

A investigação de Capuzzo et al. (2005) foi inspirada no estudo de Jones, Griffiths, Humphris e Skirrow (2000), no qual foi desenvolvida uma ferramenta para avaliar o registro mnêmico de pacientes gravemente enfermos internados na UTI. Este instrumento foi chamado de Memory Tool e foi utilizado para levantar, junto ao paciente, as recordações ou memórias do vivido na terapia intensiva e a referência ao tipo de memória recordada. Esses autores buscaram investigar, após a alta da UTI, as memórias factuais, memórias afetivas e memórias delirantes ou traumáticas, relacionando a presença dessas com o rastreamento de sintomas relacionados ao TEPT. Os autores concluíram que o desenvolvimento de TEPT agudo pode estar relacionado com recordações de memórias delirantes e que as memórias factuais, mesmo desagradáveis durante o período de internação na UTI, podem apresentar-se como fator de proteção ao paciente, prevenindo transtornos de ansiedade e o desenvolvimento de TEPT.

No estudo de Deja et al. (2006), realizado na Alemanha, os resultados indicaram que conhecer os fatores de risco e proteção no ambiente de terapia intensiva poderá reduzir a morbidade psicológica gerada por quadros crônicos de TEPT. Destacam que a presença da família ou suporte social ao paciente poderá dirimir danos psicológicos, como medo de morrer e sensação de desamparo e abandono. Estudos como de Green (1994) e Granja et al. (2005) apontaram que em torno de 18% dos indivíduos expostos a eventos traumáticos poderão desenvolver sintomas de TEPT, principalmente se o risco de morte estiver associado a esse evento. Deste modo, pode-se inferir que o ambiente de terapia intensiva é considerado um evento traumático na vida dos pacientes que sobreviveram à experiência da UTI.

Em um estudo multicêntrico, Granja et al. (2008) avaliaram 313 pacientes em nove UTIs em Portugal. Nesse estudo, 73% (n=220) dos pacientes apresentaram memórias factuais, ou seja, se lembravam de fatos ocorridos no hospital. Por outro lado, 39% (n=118) apresentaram memórias traumáticas ou delirantes, 40% não se lembravam da chegada ao hospital (n=116) e 23% (n=66) referiram a presença de memórias intrusivas com sintomas de TEPT, de seis a 18 meses após a internação na UTI. Os autores concluíram que a presença de memórias negativas ou a ausência de memória passam a ser um importante fator de risco para o desenvolvimento de TEPT.

Ringdal et al. (2009) apontaram que 12% dos pacientes internados em UTI não tinham qualquer recordação do ambiente de terapia intensiva, enquanto 83% lembravam

do ambiente, sinalizando memórias factuais; 26% relataram memórias afetivas de dor, medo e pânico. Esse mesmo estudo revelou que a idade inferior a 50 anos, associada à ventilação mecânica, ao uso de sedativos e à insuficiência renal foram preditores de memórias delirantes. Essas memórias vinham acompanhadas de sentido inexplicável de pânico após a alta da UTI, comprometendo e dificultando a retomada das tarefas cotidianas. Nesse estudo, foi verificado que, em geral, um ano após a alta hospitalar, os pacientes ainda não haviam retornado às suas atividades diárias e produtivas, como o trabalho.

Em estudo multicêntrico na Austrália, de Roberts et al. (2007), foram entrevistados 152 pacientes em hospitais gerais da região, buscando investigar as memórias dos pacientes internados em terapia intensiva. A pesquisa apontou para a sensibilidade dos pacientes em relação às memórias factuais até dois anos após a alta. Quando perguntados sobre as lembranças da UTI, 12% citaram lembrar-se do ambiente, dos procedimentos, dos sons e ruídos, percebendo essas lembranças como altamente estressoras e associadas à reduzida qualidade de vida e a sintomas de TEPT. Os achados desse estudo chamam a atenção para a presença de estresse traumático em 12% dos pacientes avaliados, não apresentando significância estatística. Um dado curioso desse artigo apontou que 56% dos pacientes avaliados apresentaram quadros de delirium no período de internação, não recordando de eventos factuais ou delirantes devido ao uso de medicações psicoativas utilizadas no tratamento do delirium. Os mesmos 56% relataram dificuldades de registro de memória recente ao longo do tempo.

O quadro de delirium poderá acometer a capacidade cognitiva do paciente com idade acima de 65 anos, e esta síndrome está associada à maior mortalidade do paciente em até cinco anos pós-alta. O delirium é um preditor de mortalidade, aumentando em até três vezes o risco de morte, após controle de comorbidades preexistentes, como também poderá ser um indutor de TEPT, devido à terapêutica farmacológica precipitar quadros de amnésia pós-UTI (Ely, Shintani, Speroff & Gordon, 2004). No estudo citado, Roberts et al. (2007) concluíram que existe uma associação direta entre presença de memórias delirantes e sintomas de TEPT. Assim, quanto maior o número de memórias delirantes apresentado por essa população, maiores serão as possibilidades de o paciente desenvolver TEPT, sendo, então, apontadas como fatores de risco para TEPT e agravo a qualidade de vida após a alta hospitalar.

No estudo realizado por Samuelson et al. (2007), foram acompanhados 226 pacientes adultos até dois meses após a internação na UTI, investigando as memórias e o

sofrimento psíquico dos mesmos. Foram encontrados níveis de ansiedade (4,9%), depressão aguda (7,5%) e TEPT (8,4%), apontando que a experiência na UTI é sentida e percebida como extremamente estressante e potencializadora de medo, e está associada a distúrbios psicológicos posteriores, como sintomas de TEPT agudo. Todos os artigos sugerem a importância em realizar acompanhamento clínico ao paciente sobrevivente após a alta hospitalar, submetido ao ambiente de terapia intensiva, devido ao impacto emocional percebido na população estudada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto a partir da revisão bibliográfica da literatura internacional sobre memórias e terapia intensiva, concluiu-se que este ambiente pode ser gerador de estresse e de memórias, associadas a experiência, essas poderão ser traumáticas ou delirantes, afetivas ou factuais. As memórias delirantes aparecem como fator de risco para TEPT na população estudada, sendo preditora de TEPT após a alta hospitalar (Granja et al., 2008; Jones et al., 2001; Löf et al., 2006; Ringdal, Johansson, Lundberg & Bergbom, 2006; Samuelson et al., 2007). Portanto, torna-se altamente relevante estudar e entender os efeitos do trauma psíquico a que pacientes graves submetidos à internação em terapia intensiva passaram nesse ambiente. As lembranças, a falta delas ou até mesmo as falsas lembranças da passagem pela UTI, parecem imprimir marcas importantes nessa população, fazendo com que grandes centros de pesquisa procurem encontrar respostas sobre os fenômenos psíquicos gerados na internação em terapia intensiva. As memórias factuais aparecem como fatores de proteção aos pacientes, ou seja, nomear o vivido e recordar a experiência através de fatos e eventos aparecem como possibilidade aos pacientes de consolidarem lembranças capazes de serem representadas e, logo, nomeadas com possibilidade de significação, diminuindo a presença de sentimentos de vulnerabilidade, de ausência e do medo do desconhecido.

Um bom número de artigos sugeriu novos estudos aos pesquisadores, objetivando a investigação das memórias (recordações e lembranças) dos pacientes submetidos à UTI após alguns meses de internação, principalmente com o intuito de verificar o retorno desses pacientes às atividades de vida diária, o impacto psicossocial gerado pela internação e os efeitos traumáticos da experiência de sedação ocorrida em terapia intensiva (Jones et al., 2007; Granja, Teixeira-Pinto & Costa Pereira, 2002;

Rotondi et al., 2002; Weinert & Mann, 2008). De um modo geral, os autores destacam a importância da realização de rigorosos estudos longitudinais, a fim de normatizar instrumentos específicos para identificação das memórias perturbadoras dentro da terapia intensiva. Assim, faz-se necessário estimular a comunidade científica da área da saúde no Brasil, a novos estudos, visando publicações e *guidelines* específicos que balizem a prática médico-assistencial no cuidado integrado ao paciente crítico.

SEÇÃO II
ARTIGO EMPÍRICO

**MEMÓRIAS E A PREVALÊNCIA DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-
TRAUMÁTICO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

INTRODUÇÃO

A admissão em uma unidade de terapia intensiva (UTI) é, muitas vezes, súbita, inesperada, trazendo grande risco à continuidade da vida. Pacientes vítimas de acidentes ou de muitas doenças – que, até pouco tempo atrás, eram consideradas fatais – hoje, com o avanço tecnológico das ciências médicas e UTIs cada vez mais sofisticadas, têm afastado o risco de morte (Knobel, Andreoli & Erlichaman, 2008).

Nesse contexto, marcado pela alta tecnologia, pela medicina baseada em evidências e por equipes altamente qualificadas, diferentes áreas do conhecimento científico têm buscado conhecer mais e melhor as repercussões causadas pela arte de fazer sobreviver. De um lado, estão os medicamentos, as respostas rápidas e inesperadas dos médicos, a cura da doença e a busca pela sobrevivência; de outro, estão os pacientes, a luta, os medos, o isolamento, os sons, os gemidos de dor (Scliar, 1996).

Apesar de a terapia intensiva apresentar-se de forma tão eficaz na recuperação física do paciente, ela parece ainda não responder em cuidar do paciente em sua totalidade. Segundo Orlando (2002), muitos trabalhos serão necessários, a fim de responder às demandas psicossociais do paciente internado em uma UTI, incluindo os aspectos de humanização dos espaços e os aspectos relacionados à saúde emocional dos pacientes após a passagem pela UTI.

Muitos são os esforços feitos pelas equipes para salvar a vida do paciente gravemente doente, e todos os recursos possíveis são utilizados, desde a admissão até a alta da UTI. No entanto, durante o período mais crítico, muitas vezes nas primeiras horas de internação, os pacientes encontram-se passivamente *entregues* a cuidados invasivos, ininterruptos ou constantes (Knobel et al., 2008). Essa entrega aos cuidados intensivos – embora inevitável para a manutenção da vida – parece contribuir para o adoecimento psíquico dessa população, percebido pela falta de controle sobre si e sobre seu corpo (Sebastiani, 1984).

Cuida-se de forma altamente resolutiva de um corpo adoecido, mas esquece-se, por uma rotina incessante de cuidados vitais, das alterações psicológicas oriundas da internação na terapia intensiva. Alguns estudos brasileiros (Bittencourt et al., 2007; Dantas & Marosti, 2006) apontam para necessidade de os profissionais responsáveis pelo cuidado em terapia intensiva identificarem os eventos estressores encontrados em UTI, pois eles podem ser responsáveis por desencadear alterações psicológicas e afetivas, reações de estresse atípicas ou crônicas e quadros psicopatológicos. Os mais

comumente encontrados nesse ambiente são: estado de confusão mental ou delirium, transtorno de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, todos responsáveis por gerarem seqüelas emocionais futuras.

É neste sentido que o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) tem sido amplamente estudado nos ambientes hospitalares, preferencialmente em áreas críticas como emergências e UTI, devido às conseqüências emocionais, as lembranças da internação e o sofrimento relatado pelo paciente após experiência em uma UTI (Capuzzo et al., 2008; Löf et al., 2006; Ringdal et al., 2009; Roberts et al., 2007). O TEPT tem sido estudado por profissionais da área da saúde, especialmente fora do Brasil, destacando-se profissionais médicos psiquiatras, neurologistas, intensivistas, anestesistas, enfermeiros e psicólogos.

O TEPT é considerado um transtorno de ansiedade precipitado por um trauma. Seu desenvolvimento está associado a um evento traumático de origem extrema. É um quadro considerado como tal há aproximadamente 25 anos e foi reconhecido pelos profissionais da área de saúde mental, como um transtorno capaz de ser diagnosticado e tratado (Kristensen, 2005). De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Distúrbios Mentais (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), o diagnóstico apresenta-se como uma resposta esperada diante de um evento traumático, sendo caracterizado por um conjunto de reações secundárias que persistem para o paciente, podendo incluir vários sintomas. O TEPT tem alta prevalência no Brasil e está associado a acidentes automobilísticos e violência urbana (Figueira & Mendlowics, 2003); todavia, sempre foi subdiagnosticado na população que sofre ou sofreu traumas psicológicos.

O conceito utilizado no presente estudo baseia-se no proposto pelo DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), conforme descrição a seguir. O paciente deve apresentar seis critérios para o diagnóstico, conforme exposição abaixo:

a) Exposição a um trauma que a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada, com um ou mais eventos que envolveram ameaça a sua integridade física ou de outra pessoa, morte ou ferimento grave, podendo ser real ou ameaçador; ambos os eventos devem envolver sentimentos de impotência, horror e medo intenso.

b) O trauma poderá ser revivido persistentemente através de (1) recordações aflitivas, intrusivas e recorrentes, com a presença de imagens intrusivas, pensamentos ou percepções; (2) sonhos com conteúdo aflitivo, pesadelos; (3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse se apresentando novamente, incluindo alucinações,

revivência, ilusões e *flashbacks* dissociativos; (4) intenso sofrimento psicológico quando, de forma real ou simbólica, a pessoa lembra ou associa algum aspecto do evento causador do trauma; (5) quando, a partir da associação feita, real ou simbólica, existir reatividade fisiológica.

c) Esquiva que persiste a todos os estímulos internos ou externos associados ao evento traumático e entorpecimento geral, em que se encontram: esforços na tentativa de evitar locais, pessoas, pensamentos que reativem a experiência traumática, incapacidade de recordar, perda de interesse em algumas atividades com sensação de distanciamento de pessoas importantes e restrição afetiva e, por fim, sentimento de um futuro abreviado, sem perspectivas.

d) Excitabilidade aumentada, não encontrada antes do trauma, com distúrbio de sono, irritabilidade aumentada, hipervigilância, dificuldade em concentrar-se e resposta de sobressalto exagerada, como se a todo instante a ameaça retornasse.

e) Sofrimento intenso, clinicamente significativo, causando prejuízo em relação às atividades de vida diária, às atividades sociais e laborais, comprometendo as perspectivas de futuro.

f) Duração da perturbação superior a 30 dias nos critérios b, c e d.

De acordo com a conceituação de McNally (1998), o TEPT, na perspectiva cognitiva, pode ser tomado como um transtorno de memória, já que os pacientes com esse diagnóstico ficam irremediavelmente presos às lembranças do passado traumático, comprometendo as perspectivas de seu futuro e das pessoas que convivem com a vítima do trauma. O TEPT é considerado, hoje, o quarto transtorno mental mais comum, resultando em prejuízos sociais e econômicos importantes (Ballenger et al., 2004).

O diagnóstico clínico de TEPT depende do período, da duração e do início dos sintomas. Considera-se TEPT *agudo* os sintomas superiores a um mês do evento e inferiores a três meses; TEPT *crônico* se for superior a três meses; e TEPT *tardio* se o início dos sintomas se der após seis meses do trauma. Para chegar ao diagnóstico de TEPT, alguns autores (Breslau, Chase & Anthony, 2002; Yehuda & McFarlane, 1995) salientam a importância de uma composição de fatores, tempo e conteúdo do trauma associados aos sintomas e ao evento estressor.

Não existem estudos empíricos nacionais mostrando a prevalência de TEPT na população brasileira, porém o artigo de revisão sistemática de Caiuby, Andreoli e Andreoli (2010) investigou a prevalência e incidência de TEPT em pacientes

hospitalizados em UTI nos últimos 12 anos. Essas variaram respectivamente entre 17% a 30 % e 14% a 24% dos pacientes submetidos ao tratamento intensivo.

Muitos são os estudos publicados na literatura mundial, mostrando que a prevalência de TEPT é alta, variando desde 8% (Samuelson et al., 2007), a 64% (Griffiths et al., 2007). Pode-se atribuir a diferença encontrada à metodologia aplicada para diagnosticar TEPT, ou seja, vários instrumentos diferentes foram utilizados em diversos países, dificultando uma análise mais precisa dos dados encontrados. No entanto, grande parte dos estudos apontou para os mesmos fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT (Cuthebertson et al., 2003; Girard et al., 2007; Rattray, 2005; Scragg, 2001; Schelling, 2008). Entre eles, encontra-se ser do sexo feminino, passar por agitação psicomotora, ser contido mecanicamente, interrupção de benzodiazepínicos durante internação, uso de opióides em sedação, choque séptico, delirium, hipoxia, tempo de ventilação mecânica e quadros psicopatológicos prévios. Nestes estudos, não foram encontrados alguns fatores que poderiam ser esperados como fatores de risco, ou até mesmo preditores de TEPT, tais como gravidade e complexidade da doença e tempo de internação. Em um estudo de revisão realizado por Davydow et al. (2008), vários autores apontam para fatores de risco potencial para TEPT, como: memórias assustadoras ou traumáticas, com conteúdo de sonhos, pesadelos e alucinações, ansiedade, depressão ou desânimo e quadro psiquiátrico prévio.

Embora existam semelhanças entre os fatores de risco apontados no Brasil com os fatores de risco de estudos internacionais, Jones et al. (2007) chamam a atenção dos pesquisadores para a necessidade de entender a etiologia dos fatores de riscos, como sepse, hipoxia, delirium e a administração de fármacos, a fim de construir um instrumento ou protocolo clínico que investigue a história do paciente anterior à alta na UTI e, a partir deste, investigar as possíveis variáveis clínicas que interferem e desencadeiam o TEPT em UTI. Salientam ainda que muitos pacientes são internados em UTI, mas apenas parte destes pacientes desenvolvem TEPT, o que demonstra a necessidade dos profissionais da área da saúde – principalmente da saúde mental – de aprofundarem o conhecimento sobre os fatores que possam contribuir para esse acontecimento.

Alguns autores que pesquisam TEPT pós-internação em UTI há mais de dez anos, tais como Ringdal et al. (2009), Samuelson et al. (2007) e Schelling (2008), apontam para os mesmos fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT dos demais vistos e ainda acrescentam: presença de memórias delirantes, ausência de recordações

entre a admissão na UTI e a alta para a enfermaria, ter idade inferior a 50 anos, ser contido mecanicamente, permanecer por mais de 10 dias na UTI principalmente se a longa permanência estiver associada a quadros infecciosos, uso de sedação, de opióides, de ventilação mecânica, além da vivência de traumas e perdas anteriores. Esses autores são os primeiros a apontar perdas anteriores como fatores de risco.

Vários pesquisadores apontam para as limitações em avaliar a prevalência de TEPT em pacientes internados em UTI em função da falta de acompanhamento pós-alta hospitalar (Schelling, 2008; Twigg et al., 2008). Já Pattison (2005) relata a importância de investigar e medir as implicações psicológicas que acometem pacientes internados em terapia intensiva com longa permanência. Ansiedade elevada, altos índices de depressão, quadros delirantes, alucinações, pesadelos, imagens intrusivas, isolamento social, dificuldade de retorno ao trabalho, perda de memória recente e déficit cognitivo leve parecem impactar o bem estar dos pacientes, comprometendo o retorno às atividades anteriormente realizadas. A autora ressalta a importância de avaliações de acompanhamento ao paciente crítico após seis meses de internação, devido ao grau de sofrimento apontado pelo mesmo, bem como a apresentação e publicação de dados disponíveis para as equipes médicas e assistenciais envolvidas no cuidado a essa população.

Sackey, Martling, Carlswärd, Sundin e Radell (2008) realizaram um estudo randomizado e encontraram uma associação do uso de isoflurano, que é uma medicação sedativa, com a diminuição de memórias delirantes em pacientes na UTI, se comparada com as drogas mais comumente utilizadas em sedação intravenosa. Os pacientes que relataram sentimentos negativos em relação à UTI pontuaram altos índices de depressão e ansiedade após a internação, indicando a presença de sintomas de estresse pós-traumático.

Portanto, o objetivo do presente estudo é conhecer a prevalência de TEPT em uma amostra de pacientes que foram internados em uma UTI do Rio Grande do Sul e examinar a relação entre TEPT e recordações mnêmicas das vivências na UTI seis meses após a alta hospitalar. Além disso, buscou-se identificar o valor preditivo das memórias (delirantes ou traumáticas, memórias afetivas e memórias factuais) relatadas pelos pacientes referente ao ambiente da UTI para o aparecimento de sintomas de estresse pós-traumático nesses pacientes.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 41 pacientes que sobreviveram à internação em uma UTI de alta complexidade em um hospital geral privado da cidade de Porto Alegre-RS. De toda a amostra, 18 eram do sexo feminino e 23 do masculino, com idades entre 22 e 79 anos (idade média de 56,09 anos, DP=14,8). A média de dias de internação na UTI foi de 19,15 dias (DP=22,31). Esta amostra correspondeu a 25,78% do total de pacientes internados na UTI do referido hospital seis meses antes da realização da coleta dos dados para esse estudo (agosto a outubro de 2009). Do total de 342 pacientes que foram internados na UTI no período, 64 foram a óbito, 119 não se enquadravam nos critérios de inclusão (descritos abaixo), restando 159 pacientes elegíveis para o estudo. Destes 159 pacientes, 118 não participaram: 23 negaram-se a participar, 58 apresentaram alguma morbidade física ou psíquica após a internação e 37 pacientes não foram localizados.

Os pacientes foram selecionados a partir de uma lista fornecida pela UTI deste Hospital, observando o tempo de internação e o grau de complexidade de acordo com os critérios do escore APACHE II (Ver Instrumentos).

Durante a coleta de dados, após sorteio de 20 pacientes de cada complexidade (baixa, média e alta), selecionaram-se os possíveis participantes da pesquisa. Foi observado um alto índice de pessoas impossibilitadas de participarem da pesquisa (49,15%). O índice de negativas ao telefone chamou a atenção da pesquisadora, sendo considerado já um dado relevante para discussão. Foram realizadas 249 ligações telefônicas para realização do estudo, resultando em um n=41 pacientes. Aproximadamente, um n=58 (49,15%) encontrava-se, segundo relatos de familiares, com seqüelas neurológicas importantes, destacando doenças demenciais, afasias, déficit cognitivo após o adoecimento, hemiplegias, paresias, doença psiquiátrica grave, entre outros comprometimentos que inviabilizaram a participação destes sujeitos no estudo.

Como critérios de inclusão para este estudo, foram considerados: pacientes com internação na UTI superior a 48 horas e idade superior a 18 anos. Como critérios de exclusão, foram considerados: pacientes com déficit visual e auditivo, doença neurológica degenerativa ou demencial, doença oncológica terminal e quadro psiquiátrico prévio, ou seja, pacientes que apresentassem quadros psicóticos, depressão

grave, transtornos fóbicos, ansiedade generalizada, síndrome do pânico e que estivessem em uso de medicações psicotrópicas. Excluiu-se do estudo pacientes que apresentaram alguma dificuldade de ordem física, que estivessem impossibilitados de responder e compreender os instrumentos, assim como os que se recusaram a participar do estudo.

Com relação às características da amostra, os dados descritivos mostraram, quanto ao estado civil, que a maioria era casada ou vivia junto ao cônjuge (n=25), enquanto os solteiros, separados e viúvos totalizaram (n=16). O nível de instrução dos pesquisados indicou, em maior parte, nível superior completo (12), seguido pelo ensino fundamental completo (11) e nove com pós-graduação. Ao serem questionados sobre suas profissões, a maior parte dos entrevistados descreveu a atividade que desempenhava antes da aposentadoria; somente cinco referiram estar aposentados.

Em relação ao diagnóstico de admissão, 14 foram internados por apresentarem diagnóstico cardiológico, oito pacientes com diagnóstico clínico, oito com diagnóstico neurológico, cinco pacientes com problemas respiratórios (pneumologia), e os demais, três oriundos de trauma, um paciente oncológico e um cirúrgico. Em relação às atividades de vida diária, houve um predomínio de pacientes independentes, ou seja, aqueles que não necessitavam de ajuda para a realização de atividades cotidianas (n=34). Apenas cinco referiram precisar de ajuda para dirigir, cozinhar e fazer tarefas de casa pesadas. Um paciente necessitava de auxílio para locomoção, administração de finanças e higiene pessoal. Em relação ao suporte social oferecido pela família, 40 pacientes receberam apoio familiar durante a internação; somente um apresentava o registro em prontuário de ausência da família. Quanto ao quadro psíquico, somente um paciente tinha história de depressão leve prévia, enquanto os demais 40 não apresentavam quadro psiquiátrico.

Dos 41 pacientes entrevistados, dois tiveram alguma doença anterior à internação na UTI e 14 referiram surpresa diante do adoecimento e principalmente da internação em uma UTI.

A Tabela 1 mostra os principais dados sócio-demográficos e as variáveis clínicas da amostra.

Tabela 1: Dados sócio-demográficos e variáveis clínicas

	N (%)	
Sexo	Masculino	23 (56,1%)
	Feminino	18 (43,9%)
Estado Civil	Solteiro/separado	08 (19,5%)
	Casado	25 (61,0%)
	Viúvo	08 (19,5%)
Escolaridade	Ensino fund. completo	03 (7,3%)
	Ensino fund. incompleto	02 (4,9%)
	Ensino médio completo	12 (29,3%)
	Ensino médio incompleto	02 (4,9%)
	Superior completo	12 (29,3%)
	Superior incompleto	01 (2,4%)
	Pós-graduação	09 (21,9%)
Especialidades Médicas	Cardiologia	14 (36,5%)
	Neurologia	08 (20%)
	Pneumologia	05 (12,5%)
	Clínica Geral	08 (20%)
	Cirurgia	01 (2,5%)
	Trauma	03 (7,5%)
	Oncologia	01 (2,5%)
Profissão	Administrador	01 (2,4%)
	Advogado	01 (2,4%)
	Aposentado	09 (22,0%)
	Bancário	03 (7,3%)
	Comércio	02 (4,9%)
	Do lar	08 (19,5%)
	Empresário	02 (4,9%)
	Engenheiro	01 (2,4%)
	Estudante	02 (4,9%)
	Funcionário Público	01 (2,4%)
	Médico	02 (4,9%)
	Padeiro	01 (2,4%)
	Pecuarista	02 (4,9%)
	Professor	03 (7,3%)
	Psicólogo	01 (2,4%)
	Técnico Enfermagem	01 (2,4%)
	Vendedor	01 (2,4%)
Uso de Ventilação Mecânica	Sim	22 (53,7%)
	Não	19 (46,3%)
Uso de Sedação	Sim	24 (58,5%)
	Não	17 (41,5%)
Uso de Contenção Mecânica	Sim	11 (26,8%)
	Não	30 (73,2%)
Agitação Psicomotora na UTI	Sim	10 (24,4%)
	Não	30 (73,2%)
	Não registrado	01 (2,4%)

Doença Prévia	Sim	27 (65,9%)
	Não	14 (34,1%)
Doença Psiquiátrica Prévia	Sim	01 (2,4%)
	Não	40 (97,6%)
Episódio de Delirium na UTI	Sim	11 (26,8%)
	Não	26 (63,4%)
	Não registrado	04 (9,8%)
Presença de Suporte Social	Sim	40 (97,6%)
	Não	01 (2,4%)
Índice de Katz	Independente	35 (85,4%)
	Assistência	05 (12,2%)
	Dependente	01 (2,4%)
Grau de Complexidade da Doença	Alta	13 (31,7%)
	Média	17 (41,5%)
	Baixa	11 (26,8%)
		Média (DP)
Idade (anos)	56,9 (14,8)	
Tempo de Internação em UTI (dias)	19,5 (22,4)	

Instrumentos

* Planilha de Dados Sócio-demográficos e Variáveis Clínicas (Apêndice A): Esta planilha foi elaborada pela pesquisadora e foi preenchida com informações retiradas do prontuário do paciente. A coleta de dados, nesse caso, foi retrospectiva. Buscou-se informações referentes às variáveis clínicas e aos dados sócio-demográficos dos pacientes internados entre os meses de agosto a outubro de 2009. Foram incluídos dados sobre o paciente (nome, sexo, idade, data, escolaridade, profissão e estado civil, suporte social), bem como questões relacionadas ao adoecimento. Os dados clínicos englobaram diagnósticos (CID) de alta da UTI, ausência ou presença de ventilação mecânica (VM), sedação (S) e contenção mecânica (CM), além de alguns dados clínicos descritos no prontuário referentes à internação na UTI, como: agitação psicomotora, doença psiquiátrica prévia, doença ou comorbidade prévia, episódio de delirium, o índice de Katz e grau de complexidade (APACHE II). O índice de Katz índice permitiu avaliar, antes da testagem, a capacidade do paciente de realizar atividades de vida diária, apontando três escores: independente, necessita de assistência ou dependente pa realizar atividades cotidianas.

* Índice de Katz – Inventário de Atividades de Vida Diária (Gallo, Reichel & Andersen, 1995. Anexo A): É um instrumento que investiga as atividades de vida do paciente, tais como tomar banho, vestir-se, utilizar o telefone, controlar finanças, cuidar da casa, entre outras atividades mais complexas. Tem como objetivo principal investigar sua capacidade funcional. O inventário apresenta três escores para cada um dos itens, de acordo com o nível de dependência do paciente: independente/necessita de assistência/dependente. Esse instrumento foi aplicado aos sujeitos com o objetivo de entender o estado funcional do mesmo, servindo como um instrumento de critério de exclusão da amostra, no caso de o paciente apresentar um escore dependente, o que poderia apontar ou sugerir quadro prévio de demência. O inventário ou Índice de Katz foi validado originalmente e publicado por Katz, Ford, Moskowitz, Jackson e Jaffe (1963), pela necessidade de avaliar quadros iniciais de demência, capacidade funcional, locomoção e autonomia de idosos, a partir da identificação das perdas ocorridas no cotidiano. Esse instrumento foi mais tarde adaptado por Gallo et al. (1995) em função das mudanças comportamentais dos idosos e da necessidade de tornar o instrumento mais fidedigno quando aplicado aos cuidadores ou informantes. Recentemente, foi traduzido para o português por Márcia Scafuzca (versão não-publicada). Em recente revisão sistemática sobre instrumentos que medem e avaliam o estado funcional do idoso feita por Marra et al. (2007), o índice de Katz foi apontado como um dos poucos instrumentos capazes de avaliar com qualidade satisfatória as atividades de vida diária, apresentando índices de validade e de confiabilidade variando entre 0,81 e 0,88 na primeira avaliação de cada examinador, e de 0,76 e 0,74 na segunda avaliação. O inventário foi de fácil aplicação e entendimento.

* Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE II) (Knaus, Draper, Wagner & Zimmerman, 1985): É um índice prognóstico para critério de admissão e alta da UTI que proporciona descrição científica e quantitativa de pacientes internados em UTI. Esse indicador possibilita ao médico intensivista a informação útil para análise de desempenho de pacientes do mesmo grupo, definindo numericamente a gravidade deles, indicando um índice aproximado de prognóstico de mortalidade, bem como o perfil de uma UTI. Segundo Orlando (2002), o índice não deve ser utilizado como critério de verificação de qualidade médica-assistencial, nem predizer mortalidade, e sim ser analisado juntamente com a patologia do paciente. A pontuação é calculada a partir da rotina fisiológica de medições de parâmetros como: pressão arterial, temperatura

corporal, frequência cardíaca, entre outros, durante as primeiras 24 horas após a admissão do paciente na terapia intensiva. O método de cálculo é otimizado para o papel, e a pontuação resultante deverá ser interpretada pelo médico intensivista em relação à doença do paciente e ao quadro clínico observado, predizendo o grau de complexidade (alta, média, baixa) do cuidado assistencial e a possibilidade de óbito. Cabe salientar que foi considerado o índice APACHE II das primeiras 24 horas de internação.

* Memory Tool (Jones, Humphris & Griffiths, 2000. Anexo B): Foi desenvolvido para investigar as lembranças dos pacientes internados em terapia intensiva sobre o ambiente da UTI após o período de recuperação. Esse instrumento apresenta 14 questões investigadas por meio de entrevista clínica. Para algumas questões, o paciente teve a possibilidade de graduar suas respostas em claramente/vagamente/nada (não recorda); para outras questões, teve que responder sim/não, em que era pontuado zero (0) para a resposta negativa, e um (1) ponto para a resposta positiva. Além disso, algumas questões apresentavam a alternativa de resposta aberta. O Memory Tool separa as memórias em três tipos: memórias delirantes ou traumáticas (oriundas de sonhos, pesadelos, alucinações, sensação de que pessoas queriam lhe fazer mal), as memórias factuais (recordações de tubo na boca e nariz, familiares, aspiração, visitas médicas) e as memórias afetivas (recordações de sentimentos, como desânimo, medo, depressão, ansiedade e dor). O Alpha é utilizado para examinar medidas individuais em um domínio para medir o mesmo atributo subjacente. O Memory Tool não pode ser somado, a fim de se obter uma pontuação total, como também os itens individuais do Memory dedicados à avaliação dos tipos de memórias (delirantes, afetivas, factuais) não estão interligados, de tal forma que não podem ser consideradas partes de um mesmo domínio. Utilizou-se, no artigo original, o índice Kappa. As questões foram aplicadas e replicadas aos sujeitos de pesquisa, objetivando-se conhecer o nível de concordância das questões. O Memory Tool apresentou um nível de concordância de 90,9 a 100%. Foi validado e traduzido do inglês para o idioma italiano por Capuzzo et al. (2004), com boas propriedades psicométricas. No presente estudo, foi utilizada a ferramenta traduzida do inglês para o português por Granja et al. (2008).

* Escala de Rastreio de Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS-17) – (Carlson, 2001 adaptado e traduzido por Kristensen, 2005. Anexo C): Esse instrumento teve como

objetivo principal investigar os sintomas de estresse pós-traumático. Conta com 17 itens (perguntas) para as quais o paciente escolhe, a partir de uma escala de zero (nunca teve a experiência) a 10 (isso sempre estava acontecendo) as experiências ou os fatos ocorridos nas últimas semanas ou meses de sua vida. A escolha por esse instrumento foi justamente pela possibilidade de investigar a presença de imagens intrusivas sobre o evento traumático, como também por sua propriedade psicométrica satisfatória: Alpha de Cronbach (0,85). Ele apresentou excelente índice de confiabilidade com Alpha de Cronbach de 0,97 nas 17 questões, permitindo à pesquisadora avaliar três sintomas importantes do TEPT: revivência ou reexperiência (B), evitação ou entorpecimento (C) e excitabilidade aumentada (D) que também apresentaram respectivamente um bom índice de confiabilidade, 0,90 (B), 0,79 (C) e 0,82 (D). Os índices do presente estudo ($\alpha=0,92$) apresentaram propriedades psicométricas superiores ao do estudo original ($\alpha=0,85$).

Delineamento e Procedimentos

Este estudo caracterizou-se por ser *ex post facto*. A coleta de dados foi realizada em uma UTI que conta com 32 leitos de atendimento ao paciente criticamente enfermo, e que atende uma média mensal de 114 pacientes.

Os procedimentos realizados para coleta e análise dos dados seguiram-se a partir da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição com protocolo número 09/293d, folha de rosto número FR 255368 e aprovado em 30/06/2009 (Anexo D).

Após aprovação, foi feito o levantamento dos pacientes internados na UTI no período de agosto a outubro de 2009. Esses foram separados por complexidade, respeitando os critérios de inclusão e exclusão através da busca de variáveis clínicas no prontuário do paciente. Após abordagem telefônica (Apêndice B) e com o aceite dos pacientes, foram marcados data, horário e local para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE. Apêndice C) e coleta dos dados. A maioria dos pacientes (20) foi recebida em sala privada, na recepção central do hospital, longe da UTI. Sete pacientes preferiram responder aos instrumentos em suas residências, seis preferiram que os instrumentos fossem enviados por correio e oito pacientes responderam aos instrumentos em uma sala do hospital, com cadeiras posicionadas em forma de sala de aula. Os instrumentos foram explicados pela pesquisadora de forma

coletiva: Inventário de Katz (Anexo A), Memory Tool (Anexo B) e o SPTSS-17 (Anexo C). Nenhum paciente apresentou quadro clínico e emocional que inviabilizasse a aplicação dos instrumentos, e todos os participantes que se deslocaram ao hospital participaram do estudo. A pesquisadora explicou a pesquisa e procedeu, do ponto de vista metodológico e ético, assegurando a cada paciente o direito de desistir a qualquer momento do estudo ou mesmo de não participar.

Após a realização da coleta e de forma espontânea, os participantes da pesquisa conversaram entre si sobre as experiências vivenciadas na UTI. Nesse momento, foi disponibilizado o atendimento psicoterápico focal e reforçado o telefone para marcação de consulta, caso sentissem necessidade de consultar com um psicólogo. É importante ressaltar que a experiência de coleta coletiva oportunizou à pesquisadora um olhar aprofundado da vivência do paciente dentro da UTI. Alguns pacientes emocionaram-se ao reconhecer “colegas de UTI” e puderam esclarecer dúvidas sobre o quadro clínico de cada um, assim como verbalizarem surpresa diante da recuperação. Essa forma de realizar a coleta dos dados se deu, a fim de facilitar a abordagem aos pacientes, a reserva de salas e a otimização de tempo.

Análise Estatística

Todos os dados dos protocolos da pesquisa foram levantados e tabulados na base de dados do programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) 17.0. Inicialmente, foram realizadas as análises de propriedades psicométricas de cada instrumento. A seguir, foi realizada análise descritiva (médias, desvio-padrão, porcentagens) dos resultados em geral. Para analisar as associações entre variáveis, foram feitas correlações entre as variáveis de interesse (*Pearson*), comparação de médias (teste t de student), Qui-quadrado para analisar as memórias (lembranças) e o TEPT. Foram realizadas análises de regressão linear para estabelecer o modelo preditivo da variável TEPT.

RESULTADOS

Inicialmente, foi realizada a análise do percentual de pacientes com sintomas de TEPT e sem sintomas de TEPT seis meses após a alta hospitalar, utilizando um ponto de corte ≥ 5 da média de cada paciente, conforme sugestão de Kristensen (2005). Dessa

maneira, foi possível detectar sintomas compatíveis com TEPT em 24,4% ou 10 pacientes (Tabela 2). Utilizando um ponto de corte $\geq 3,5$, usado em outro estudo (Medeiros, 2008), obtêm-se um percentual de TEPT em 39,9% da amostra, ou seja, 16 pacientes.

Tabela 2: Frequência de pacientes com e sem sintomas de TEPT, utilizando-se ponto de corte ≥ 5

	N %	
Pacientes com TEPT	10	24,4%
Pacientes sem TEPT	31	75,6%

Em seguida, a amostra foi dividida em dois grupos: pacientes com e sem sintomas de TEPT (conforme ponto de corte ≥ 5), e foi feito o teste de comparação de médias (t de student) para examinar possíveis diferenças nos tipos de memórias entre os dois grupos (Tabela 3). Observou-se que os pacientes com sintomas de TEPT apresentaram maiores média de memórias afetivas que pacientes sem sintomas de TEPT de maneira significativa ($t=2,28$, $p<0,05$).

Tabela 3: Média, Desvio-padrão, teste t nível de significância entre o Tipo de Memórias e TEPT com ponto de corte ≥ 5

	Média (DP)	Média (DP)	t	p<
	Pacientes com sintomas de TEPT (N=10)	Pacientes sem sintomas de TEPT (N=31)		
Memórias Afetivas	3,40 (1,57)	2,00 (1,71)	-2,29	0,05
Memórias Factuais	4,80 (2,57)	3,87 (2,07)	-1,16	ns
Memórias Delirantes	0,80 (0,91)	0,64 (1,01)	-0,42	ns

ns = não significativo

Com respeito ao grau de complexidade dos pacientes (baixa, média e alta), os índices TEPT e tipos de memórias, foi realizada análise de variância (ANOVA) e teste post hoc de Tukey (Tabela 4). Não foi encontrada nenhuma diferença entre as variáveis dependentes quando comparadas com os níveis de complexidade da amostra.

Tabela 4: Média, desvio-padrão, análise de variância ANOVA e nível de significância da comparação do SPTSS X Tipos de Memórias e pacientes de complexidade baixa, média e alta

	Grau de Complexidade			F	
	Baixa Média (DP) N=11 (26,8%)	Média Média (DP) N=17 (41,5%)	Alta Média (DP) N=13 (31,7%)	F	p
Mem. Afetivas	1,63 (1,36)	2,23 (1,72)	2,88 (2,0)	1,16	ns
Mem. Factuais	4,27 (1,95)	4,70 (1,89)	3,15 (2,60)	1,95	ns
Mem. Delirantes	0,63 (1,02)	0,52 (0,87)	0,92 (1,11)	0,59	ns
SPTSS total	34,18 (37,04)	61,58 (42,57)	61,00 (33,35)	2,01	ns
SPTSS revivência	7,18 (10,76)	15,82 (15,60)	15,27 (4,23)	1,58	ns
SPTSS evitação	14,45 (15,40)	26,82 (18,04)	26,23 (11,86)	2,43	ns
SPTSS excitabilidade	12,54 (13,60)	18,94 (13,93)	18,15 (11,00)	0,89	ns

A seguir, foi realizado o teste de Qui-quadrado para examinar as possíveis associações entre as lembranças que os pacientes expressaram ter do período de internação na UTI e a presença ou não de sintomas de TEPT. Os pacientes que apresentaram sintomas de TEPT lembraram com maior frequência e de maneira significativa de sentir medo ($X^2=6,99$, $p<0,008$), pânico ($X^2=11,17$, $p<0,001$), de rostos ($X^2=4,89$, $p<0,027$) e de sentir dor ($X^2=4,02$, $p<0,045$) durante a internação na UTI. Além disso, os pacientes com sintomas de TEPT recordaram menos de seus familiares durante o período de internação em comparação com os pacientes sem sintomas de TEPT ($X^2=3,14$, $p<0,077$). No entanto, recordaram de ter observado mais frequentemente a presença de relógio ($X^2=3,12$, $p<0,077$) e de se sentirem desanimados ($X^2=5,26$, $p<0,072$), porém esses resultados foram apenas marginalmente significativos.

Os resultados da associação (Qui-quadrado) entre ter ou não ter sintomas de TEPT e variáveis clínicas (sedação, agitação psicomotora, ventilação mecânica, contenção mecânica, grau de complexidade, tempo de internação, doença psiquiátrica prévia, doença prévia, estado civil) são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Teste Qui-quadrado – Pacientes com ou sem sintomas de TEPT e variáveis clínicas

	Sem TEPT <i>N=31 (75,6%)</i>	Com TEPT <i>N=10 (24,4%)</i>	X ²	p
Ventilação Mecânica	16	6	0,24	ns
Sedação	18	6	0,01	ns
Contenção Mecânica	8	3	0,09	ns
Agitação Psicomotora	7	3	0,51	ns
Doença Prévia	21	6	0,20	ns
Doença Psiquiátrica	1	0	0,33	ns
Episódio de Delirium	9	3	6,16	0,05*
Suporte Social	31	9	3,18	0,10

* $p < 0,001$

Verifica-se que a variável clínica delirium foi associada com a presença de TEPT de maneira significativa ($X^2=6,16$, $p<0,05$), e a falta de apoio social também esteve associada com TEPT, porém de maneira marginalmente significativa ($X^2=3,17$, $p<0,10$).

O teste Qui-quadrado também foi utilizado para verificar a associação de TEPT com os três tipos de memórias: memória afetiva, que contempla sentir-se confuso, desanimado, estar desconfortável, medo, ansiedade, pânico, dor; memória factual, que contempla lembranças de rostos, família, relógio, tubo nariz e boca, alarmes, vozes, escuridão, luzes e aspiração orotraqueal; e as memórias delirantes, que contemplam sonhos, pesadelos, alucinações e sentimentos que as pessoas querem lhe fazer mal (Tabela 6).

Tabela 6: Associação entre a média de TEPT total (n= 10) e os três tipos de memórias

	X ²	p
Memórias Afetivas	12,39	0,05*
Memórias Factuais	12,23	ns
Memórias Delirantes	5,30	ns

* $p = 0,001$

Com relação às diferenças de gênero e TEPT, o teste Qui-quadrado mostrou uma associação entre presença de sintomas de TEPT (n=10) e pacientes do sexo feminino de maneira significativa ($X^2=6,99$, $p<0,01$).

Tabela 7: Gênero e TEPT

	Com TEPT	Sem TEPT	X^2	p
Feminino	08	10	6,99	0,01*
Masculino	02	21		

* $P<0,01$

A análise de correlação de Pearson de variáveis TEPT e suas dimensões revivência, evitação e excitabilidade aumentada, memórias (afetivas, factuais, delirantes), idade do paciente e dias de internação (Tabela 8) mostrou que apenas as memórias afetivas apresentaram correlação significativa com TEPT total ($r=0,41$, $p<0,01$) e as dimensões revivência ($r=0,44$, $p<0,01$) e excitabilidade ($r=0,40$, $p<0,01$). A idade não mostrou correlação significativa com nenhuma das variáveis psicológicas investigadas. Os dias de internação foram estatisticamente associados em relação às memórias delirantes ($r=0,46$, $p<0,01$).

Tabela 8: Análise de Correlação de Pearson entre TEPT, memórias, idade e dias de internação

	Idade	Dias	STPSSSt	Reviv	Evitaç	Excit	M afe	M fac	M deli
Idade	1	,099	-,167	-,255	-,002	-,217	-,146	-,090	,131
Dias		1	-,095	-,092	,023	-,184	,257	,106	,0461**
SPTSS total			1	,930**	,890*	,882**	,408**	0,55	0,81
Revivência				1	,731**	,788**	,443*	,163	,097
Evitação					1	,635**	,271	-,006	,155
Excitabilidade						1	,403**	-,008	-,057
M afetivas							1	,483**	,436**
M factuais								1	,531**
M delirantes									1

* $p=0,05$ ** $p=0,01$

Por último, foi realizada análise de regressão hierárquica, a fim de verificar o poder preditivo das memórias delirantes para os sintomas de TEPT, controlando pelo gênero dos participantes (Tabela 9). É possível observar, no primeiro passo da análise, que o gênero foi preditor de maneira significativa de TEPT ($\beta=0,43$, $p<0,01$), explicando 18,2% da variância. No segundo passo, com a inclusão da variável memórias afetivas, tanto gênero como memórias afetivas mostraram-se predictoras de TEPT, de maneira significativa ($\beta=0,47$, $p<0,01$ e $\beta=0,45$, $p<0,01$ respectivamente), explicando 38,2% da variância total. Esse resultado significa que a presença de memórias afetivas e pacientes do sexo feminino são as variáveis presentes mais propensas a desenvolverem sintomas de TEPT.

Tabela 9: Regressão Linear: TEPT total

	Passo 1 (β)	Passo 2 (β)
Gênero	0,43**	0,47**
Memórias Afetivas	-	0,45**
ΔR^2	0,18	0,20
R^2	0,18**	0,38**

* $P=0,05$ ** $P= 0,01$

DISCUSSÃO

Investigou-se, através deste estudo, a prevalência de TEPT em pacientes internados em terapia intensiva seis meses após a alta hospitalar, a partir das memórias relatadas a cerca das vivências destes pacientes durante a internação na UTI, como também as possíveis diferenças entre homens e mulheres e o tipo de memórias apresentadas em relação à presença ou não de TEPT.

Encontrou-se, no presente estudo, a prevalência de 24,4% de pacientes com TEPT. Nota-se, através da análise descritiva, que estes pacientes estão revivendo mais a experiência traumática seis meses após alta, do que apresentando comportamentos evitativos em relação ao transtorno. Identificou-se também que os sintomas de excitabilidade aumentada são estatisticamente significativos em relação ao TEPT, destacando sintomas de distúrbio de sono, irritabilidade aumentada, hipervigilância,

dificuldade de concentração e resposta de sobressalto exagerada, trazendo ao paciente a ameaça de que o evento traumático poderá acontecer a qualquer momento.

É interessante destacar que o comportamento de evitação diante do enfrentamento do TEPT não se mostrou significativo. Cabe salientar que o paciente que passou por internação em terapia intensiva queixa-se constantemente de ter que retornar inúmeras vezes ao consultório médico, de realizar exames de acompanhamento após a alta e, para que isso ocorra, muitas vezes, precisa recorrer à unidade hospitalar para garantir a manutenção de sua saúde. Diante disso, pode-se inferir que os pacientes já passaram por uma dessensibilização, ou seja, devido à exposição recorrente ao estímulo estressor, no caso o hospital, esse poderá gerar habituação diante de um ambiente inicialmente ameaçador, evitando o comportamento de esquiva (Knapp & Caminha, 2003). Em contrapartida, 27 pacientes, ao serem convidados a participar do estudo, não se sentiram à vontade, argumentando falta de tempo, dificuldades de deslocamento e até mesmo irritabilidade com o convite. Apesar de não constarem formalmente no presente estudo, essas informações sugerem que alguns pacientes não participantes, pela manifestação diante do convite, apresentam dificuldades físicas e emocionais decorrentes da internação, denotando dificuldade de falar no tema, de se remeter ao hospital, perdendo a oportunidade de um diagnóstico e de um cuidado após alta. Mesmo considerando plenamente o direito do paciente em não participar do estudo, este dado parece indicar um comportamento de esquiva, se inferirmos que o convite para participação na pesquisa pode remeter o paciente à experiência vivida na UTI, no hospital, no período da internação.

O índice de TEPT encontrado na literatura é amplo, variando de 0 a 64% (Samuelson et al., 2007). Para discussão do presente estudo, usou-se a análise feita a partir de artigos que utilizaram os mesmos instrumentos para o rastreamento de sintomas de TEPT (Deja et al., 2006; Girard et al., 2007; Jones et al., 2007; Kapfhammer, Rothenhäusler, Krauseneck, Stoll & Schelling, 2004; Nickel et al., 2004; Rothenhäusler et al., 2005; Schelling, 2008). Assim, chega-se a um índice semelhante ao encontrado, variando de 17 a 30 % conforme revisão sistemática realizada por Caiuby et al. (2010). Muitos são os instrumentos utilizados para o rastreamento de sintomas de TEPT encontrados na literatura, embora o SPTSS tenha sido o instrumento mais utilizado pelos autores nos últimos anos.

As memórias afetivas influenciam no desenvolvimento do TEPT, e o resultado encontrado neste estudo mostrou que os pacientes com TEPT apresentaram mais

recordações de memórias afetivas. Os estudos atuais revisados mostram que as memórias delirantes ou traumáticas aparecem como preditoras de TEPT e que as memórias factuais são fatores de proteção aos pacientes (Jones et al., 2001). Delirar durante o período de internação poderá oportunizar aos pacientes perderem dados de realidade vivenciados nesse período, ficando um espaço para ausência de memórias, ou até mesmo a presença de falsas memórias (Loftus, 2003). Essas poderão provocar, no paciente, a necessidade de buscar constantemente informações sobre sua vivência, não permitindo o entendimento, a representação e a consolidação na memória. Logo, impede o paciente de conseguir evocá-la, a ponto de auxiliar na atribuição de um significado à experiência de UTI. Sendo assim, a ausência de memórias poderá apresentar-se como forte fator de risco para a consolidação de memórias traumáticas ou falsas memórias com presença de TEPT.

Quanto às lembranças relatadas pelos pacientes no presente estudo, a maioria lembrou-se claramente de terem sido internados no hospital (87,8%), de apresentarem recordações anteriores à internação (78%) e de terem estado na UTI (90,2%). Alguns tiveram uma sensação de pânico ou apreensão e menos de 15% apresentou alguma recordação intrusiva após alta. Somente 4,9% dos pacientes tiveram amnésia total da internação.

De acordo com as lembranças dos pacientes e a associação com a presença ou não de TEPT, foi encontrado que os pacientes com TEPT se lembraram de forma significativa mais de rostos, de sentirem medo, de sentirem pânico e de sentirem dor, ou seja, tiveram mais lembranças afetivas do que delirantes e factuais. Lembraram-se mais freqüentemente e de forma tendencialmente significativa da presença de relógios na unidade e de sentirem-se desanimados, assim como lembraram menos da presença da família.

De acordo com o estudo de Lemos e Rossi (2002), a UTI é responsável por carregar um forte estigma cultural, passado de geração em geração. O ambiente da terapia intensiva pode ser assustador, aterrorizante e ameaçador, e pacientes que precisam desse recurso terapêutico estão em estado muito grave de saúde, no limite entre a vida e a morte, fazendo-se uma direta associação de UTI como o lugar limite para a vida sem volta. O ambiente físico, a distribuição dos recursos, a iluminação e principalmente a modalidade de ser uma unidade fechada, sem a presença da família, com pessoas diferentes e estranhas a cada turno, reforça a idéia e as fantasias do

paciente, de que esse lugar desconhecido – onde as pessoas estão à beira da morte – é nocivo, altamente estressante e temido.

As lembranças de memórias afetivas encontradas no presente estudo, como medo, pânico, ansiedade e dor, podem ser entendidas a partir do estigma desse espaço. Primeiramente pelo caráter emergencial da internação encontrado no estudo, 14 pacientes nunca haviam internado anteriormente em um hospital, principalmente em UTI; 15 pacientes apresentaram patologias cardíacas como diagnóstico inicial, nas primeiras 24 horas; e 13 pacientes internaram na alta complexidade, necessitando de intervenção rápida. Portanto, a internação abrupta precipita no paciente a sensação de que a vida era segura e eventos ruins ocorriam somente com os outros, instantaneamente, cai-se por terra. O paciente passa a sentir-se vulnerável, inseguro, ansioso e, algumas vezes, em pânico, demonstrando total falta de controle sobre si e sobre a própria vida (Novaes, Aronovich, Ferraz & Knobel, 1997).

Assim como o ambiente físico da UTI é percebido como estranho e desconhecido – ou quando associado com algo, associa-se à morte e ao sofrimento – surge, por parte dos pacientes, a necessidade quase vital de buscarem alguma familiaridade. Uma forma de buscá-la é diante das lembranças de rostos, associados a pessoas potencialmente capazes de cuidarem de forma mais eficaz e carinhosa. Muitos pacientes (17) verbalizaram, no momento da coleta dos dados, que *elegiam* um funcionário para o cuidado primário, ou seja, aquele que dava banho melhor, conversava com afeto, respondia com educação sem cansar-se de repetir. Buscavam rostos daqueles funcionários que perguntavam sobre a família e que, principalmente, se preocupavam com os sentimentos de dor. Essa habilidade desenvolvida é uma defesa diante da ameaça e do medo. Com o passar do tempo na internação, os pacientes sabiam que, diante daquele rosto, poderiam sentir-se seguros.

O fluxo de pessoas estranhas na unidade ocasionada pela troca de turnos, pelo número de profissionais que atuam diante dos cuidados médicos e assistenciais, é grande, o que pode, muitas vezes, prejudicar a organização psíquica do paciente quando seu corpo já está completamente desorganizado. Portanto, buscar rostos afetivos e qualificados poderá trazer ao paciente a sensação de proteção e cuidado.

Em relação às variáveis clínicas investigadas no estudo, relacionando-as com a presença ou ausência de sintomas de TEPT, foi encontrada associação significativa entre pacientes com TEPT e a variável delirium e suporte social. Pacientes que fizeram delirium ou estado de confusão orgânico durante a internação na UTI apresentaram uma

maior vulnerabilidade em relação à presença de sintomas de TEPT. As demais variáveis clínicas não apresentaram associação com a presença de TEPT.

Cabe salientar que estado de confusão ou delirium é uma síndrome psicorgânica que acomete pacientes internados em estado grave em UTI. Apresenta curso e início flutuante, com múltipla etiologia e é responsável, dentro da UTI, por gerar total instabilidade emocional em pacientes e familiares, bem como ser atualmente um preditor de mortalidade em até dois anos após a alta do paciente da UTI (Ely et al., 2004). Costuma ser visto, dentro desta unidade, como um evento comum, muito embora permaneça, assim como o TEPT, subdiagnosticado e banalizado pelas equipes de saúde. Logo, cabe destacar a relevância de profissionais da área da saúde mental estudarem, entenderem e, em especial, informarem equipes assistenciais, a comunidade geral e científica sobre a importância de diagnóstico precoce desses dois preditores, capazes de afetar o paciente que se submeteu à internação em terapia intensiva. A relação existente entre TEPT e delirium se dá através das características dessa síndrome, devido à mesma precipitar, no paciente, alucinações, pesadelos, agitação psicomotora, sensação de desânimo, depressão, além da idéia de que – além da patologia clínica que afeta o seu corpo – a UTI o está enlouquecendo.

Muitas vezes, quando isso ocorre, no caso do delirium hipoativo, o paciente altera seu estado de consciência entre alucinar e verbalizar fatos e, em poucas horas, retomar a consciência e ficar com a nítida sensação de que está enlouquecendo, envergonhando-se de si e dos outros. Introspectivo, cala-se diante das coisas que ouve e vê e, quando muito encorajado, verbaliza para o “rosto” mais acolhedor, que está vendo uma cobra no lugar da gravata do médico, por exemplo. Portanto, o delirium poderá gerar no paciente o registro mnêmico de memórias assustadoras, de conteúdo persecutório, consolidando e reforçando nele e em seus familiares, a idéia de que o ambiente de terapia intensiva é ameaçador, noviço e traumático.

Cabe salientar que, quanto maior for o tempo de internação, maior a probabilidade de o paciente desenvolver delirium, podendo assim consolidar memórias traumáticas ou delirantes. O tempo de internação em estudos anteriores (Capuzzo et al., 2004; Jones & McDougall, 2003; Ringdal et al., 2009; Samuelson et al., 2007), aparece como um precipitador de TEPT. No presente estudo, foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre memórias delirantes e tempo de internação, exatamente de acordo com os dados publicados em estudos importantes no rastreamento de

sintomas de TEPT no ambiente de terapia intensiva (Jackson, Proudfoot, Cann & Walsh, 2010; Samuelson et al., 2007).

Alguns fatores de risco e de proteção diferenciaram-se no presente estudo. Destaca-se o estudo publicado por Novaes et al. (1997) sobre eventos estressores, no qual identificaram os principais estressores psicológicos e físicos de 50 pacientes em uma UTI. Na busca desses eventos estressores, os autores utilizaram uma versão traduzida e adaptada para o português da Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI) e encontraram, a partir da visão dos pacientes internados, os seguintes estressores: dor, medo e ameaça de morte, impossibilidade de dormir, ter tubos no nariz e na boca, não ter controle sobre si mesmo e não ter explicações sobre o tratamento. Os mesmos autores constataram que ser do sexo feminino, ser mais jovem, nunca ter internado em uma UTI e ser medicado com medicações psicotrópicas foram fatores de risco para os pacientes, que percebem a UTI como um evento altamente estressante. Alguns dos eventos estressores citados por Novaes et al. (1997) assemelham-se a esse estudo, como dor e medo, associados às memórias afetivas, mas os demais – como tubo na boca, não ter explicações e informações – não foram estatisticamente significativos aqui.

A presença de TEPT em 24,4% esteve associada às recordações com maior frequência de sentir medo, pânico, lembrança de rostos e memória de dor durante a internação, todas estatisticamente significativas. Os pacientes com TEPT lembraram menos de seus familiares do que os pacientes sem TEPT. Sentir a presença de tubo no nariz e na boca, impossibilidade de dormir e falta de controle sobre si mesmo não foram estatisticamente significativas no presente estudo. A ausência de lembrança dos itens altamente estressores apontados na literatura pode mostrar que o uso de um protocolo de sedação e analgesia dentro da terapia intensiva poderá proteger os pacientes de desconfortos capazes de perpetuarem-se como lembranças traumáticas, aumentando a prevalência de TEPT nos pacientes críticos (Kress et al., 2003).

Esta pesquisa facilitou o entendimento das repercussões psicológicas, emocionais e comportamentais do paciente a partir das memórias do que foi vivenciado e dos principais estressores gerados pelo ambiente da UTI. A partir dos resultados levantados, poder-se-á facilitar uma rede de diálogos, ações, programas e políticas assistenciais que auxiliem a equipe intra-hospitalar a compreender as conseqüências emocionais, psíquicas e comportamentais precipitadas pela doença grave e pelo ambiente de terapia intensiva. Avaliar precocemente os fatores de risco e de proteção,

estimular estratégias interdisciplinares preventivas de TEPT, desenvolver planos de tratamento e prevenção no ambiente de terapia intensiva foram os objetivos clínicos que esta investigação científica pôde proporcionar.

O acompanhamento do paciente após seis meses da internação pode trazer importantes contribuições para o desenvolvimento de práticas interventivas dentro do ambiente da UTI, promovendo o conhecimento aprofundado das variáveis citadas. Ter o conhecimento de que pacientes com TEPT lembram menos de seus familiares poderá apontar na direção de mudanças no processo assistencial relacionado ao horário de visitas dentro da UTI. Atualmente, no Brasil, são poucas as UTIs que disponibilizam um horário de visita estendido aos familiares. A prática vigente na maioria das UTIs separa os pacientes de seus familiares. Além disto, por tempo indeterminado, pessoas estranhas passam a determinar quem entra, quem sai, quanto tempo podem ficar ao lado de seus afetos. Pelo adoecimento, as pessoas mais próximas, capazes de fazerem os pacientes reagirem diante da doença, são vetadas do contato com o paciente gravemente enfermo. Saber que a presença dos familiares pode ser um dos fatores de proteção poderá contribuir para uma mudança no paradigma vigente, de que os familiares prejudicam a rotina, a estrutura, o corpo de enfermagem, os médicos e até mesmo o paciente (Orlando, 2002).

CONCLUSÃO

Alguns resultados encontrados no presente estudo estão em conformidade com os encontrados nos estudos de revisão bibliográfica. Destaca-se que as memórias afetivas, ou seja, sentir medo, pânico e dor, foram positivamente associadas ao TEPT. Sentir medo, dor, pânico são eventos estressores em uma UTI e fazem com que os pacientes registrem e consolidem memórias capazes de incitar a revivência, o entorpecimento ou até a excitabilidade aumentada da experiência vivenciada. Um estado confusional agudo ou delirium é uma das complicações mais comumente encontradas dentro da terapia intensiva. Delirar ou não lembrar da experiência aparece na literatura com forte fator de risco para TEPT (Granja et al., 2008), em função da alteração da consciência e do registro de falsas memórias (Loftus, 2003). É possível que pacientes consolidem em sua memória experiências não-reais, embora as relatem como sendo reais. O registro mnêmico passa a ser o registro da representação e não da experiência vivida verdadeiramente.

As mulheres apresentaram mais TEPT do que os homens. As variáveis clínicas pesquisadas (ventilação mecânica, agitação psicomotora, suporte social entre outras) não apresentaram significância estatística no presente estudo, ao contrário do que se esperava encontrar, por outros estudos pesquisados na literatura. No estudo de Griffiths (2006), variáveis clínicas como ventilação mecânica, internação prolongada, ser contido mecanicamente e fazer quadro delirantes durante a internação são considerados fatores de risco para TEPT, sendo avaliados como altamente estressores.

No presente estudo, destaca-se que os mesmos fatores de risco não apresentaram significância estatística em relação à presença ou não de TEPT. Alguns dados chamam a atenção: poucos pacientes lembraram-se de tubo no nariz (n=9), na boca (n=12) e da aspiração traqueal (n=04), considerados procedimentos estressantes, causadores de medo para os pacientes. É possível supor que a UTI estudada preocupa-se com a sedação e analgesia do paciente diante de um momento de maior risco ou gravidade durante a internação, sendo esse protocolo clínico avaliado como um fator de proteção para TEPT. Assim, estar sedado diante de maiores desconfortos poderá levar o paciente a não registrar em sua memória os desconfortos que estão na percepção coletiva dos pacientes como os mais estressantes e dolorosos.

Entretanto, alguns resultados apresentaram-se diferentes dos encontrados na literatura. O tempo de internação prolongado, ou seja, acima de dez dias de internação é apontado em estudos de revisão como fator de risco para TEPT (Deja et al., 2006; Jones & McDougall, 2003; Ringdal et al., 2009). No presente estudo, não foi encontrada significância estatística para essa variável independente.

A internação em UTI é marcante na vida dos indivíduos que por ela passaram. Mesmo que quase 25% dos pacientes apresentem diagnóstico de TEPT, sabe-se que a maioria dos pacientes percebe a internação como um evento importante, podendo ser visto como positivo ou negativo. Alguns pacientes consideram o evento internação na UTI, como uma marca importante de sua sobrevivência, da continuidade da vida, ou seja, uma marca da vitória em sobreviver. Outros, no entanto, registram o evento como uma experiência traumática, capaz de existir em suas memórias para o resto da vida, como a marca importante de um total abalo à saúde física e psíquica. Assim, é a marca de um trauma que incapacita, adoece ainda mais, ficando da experiência a *cicatriz* da terapia intensiva.

O presente estudo buscou identificar as lembranças dos pacientes em terapia intensiva, a presença ou não de TEPT e fatores de risco e proteção para TEPT. A partir

dos resultados, procura oportunizar, aos profissionais da saúde que se dedicam aos pacientes gravemente enfermos, a possibilidade de desenvolver protocolos clínicos, condutas e manejos capazes de reduzir as recordações traumáticas do paciente. Busca proporcionar uma prática médico-assistencial baseada na evidência clínica, reduzindo, com isso, os danos causados por esse ambiente e as repercussões emocionais consolidadas a partir das memórias traumáticas da terapia intensiva.

SEÇÃO III
RELATÓRIO DE PESQUISA

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ASPECTOS GERAIS

A disseminação e evolução dos conhecimentos relacionados ao atendimento e tratamento de pacientes em estado crítico têm sido evidentes nas últimas décadas (Knobel, 1999). Cada dia que passa, a tecnologia avança, as técnicas médico-assistenciais renovam-se, a humanização nos espaços hospitalares ganha força e novos profissionais na área da saúde surgem para atuar dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), objetivando de forma prática melhorar o prognóstico geral de pacientes internados na terapia intensiva.

A UTI é um recurso utilizado pelas instituições hospitalares destinado ao tratamento de doenças graves. O primeiro registro do surgimento de salas ou lugares especiais destinados ao tratamento de doentes críticos surgiu na década de 50, mais precisamente em 1958, no Massachusetts General Hospital, pela necessidade de atendimento de pacientes neurológicos com dificuldades respiratórias (Araújo Neto, 1983). No Brasil, a primeira UTI surgiu em 1967 na cidade do Rio de Janeiro e contava com 12 leitos para recuperação de pacientes gravemente enfermos. Hoje, o número de leitos de UTI no Sistema Único de Saúde (SUS) é de 10.874 e, na rede privada, é de 26.595, totalizando 37.469 leitos disponíveis ao tratamento e à recuperação do paciente crítico, de acordo com os dados do governo atual (DATASUS, 2008).

A Portaria número 3.432, de 1998, do Ministério da Saúde (MS), define UTI como as unidades hospitalares destinadas ao “atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica”. Essa mesma Portaria define que as UTIs devem atender alguns critérios de classificação, de acordo com a tecnologia nela aplicada, recurso humano especializado, área física definida, controle de infecção constante, chegando-se à classificação por complexidade.

Existem três tipos de classificação: Tipos I, II e III. A UTI do tipo III é considerada a mais complexa e pode atender pacientes do tipo I e II, e exige da equipe assistencial um cuidado constante. As UTIs do tipo I e II requerem menos recursos técnicos e assistenciais do que as UTIs do tipo III. Esse tipo de UTI contempla pacientes denominados de *alta complexidade*, com diferentes diagnósticos, dos clínicos aos cirúrgicos, consumindo – pelo menos nas primeiras horas de internação – todos os recursos disponíveis do local, como ventilação mecânica, monitores cardíacos, bombas

de infusão, enfermagem 24 horas, farmacologia e exames adequados à necessidade de cada paciente.

A UTI tornou-se um símbolo da medicina moderna, com grande impacto sobre a redução da mortalidade. Logo, os pacientes são tratados sistemicamente, e todos os esforços convergem para evitar a morte e salvar a vida. Os cuidados médico-assistenciais são ininterruptos e constantes, e as rotinas contínuas. As intercorrências e os procedimentos invasivos favorecem a recuperação física do paciente, criando uma gama de situações que podem atuar como fatores de risco para o equilíbrio emocional do paciente. Como efeitos da internação em UTI, são encontrados na literatura (Biaggi, 2002; Mello Filho, 1992) confusão mental orgânica ou delirium, alterações psicológicas como ansiedade, depressão e déficit cognitivo. Em termos psíquicos e emocionais, o UTI pode precipitar sentimentos extremos de vulnerabilidade, medo insuportável, manifestações ansiogênicas, agitação psicomotora, como também, sensação de desvinculação, abandono e desamparo.

Estudos mais recentes (Daviydow, 2008; Girard et al., 2007; Granja et al., 2005, Jackson et al., 2007) concluíram que a UTI é um local capaz de precipitar nos pacientes uma gama de eventos estressores em função do ambiente apresentar-se invasivo, frio e ameaçador, gerando, ao longo do tempo, após a alta hospitalar, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

De acordo com a conceituação de McNally (1998), o transtorno de estresse pós-traumático, na perspectiva cognitiva, pode ser considerado um transtorno de memória, devido aos pacientes com diagnóstico de TEPT ficarem irremediavelmente presos às lembranças do passado traumático, comprometendo as perspectivas de seu futuro e das pessoas que convivem com a vítima do trauma. Ele é considerado, hoje, o quarto transtorno mental mais comum, resultando em prejuízos sociais e econômicos importantes (Ballenger et al., 2004).

O diagnóstico clínico de TEPT depende do período, da duração e do início dos sintomas. Considera-se TEPT *agudo*, quando surgem sintomas após um mês do evento e antes de três meses; TEPT *crônico* se for superior a três meses; e TEPT *tardio* se o início dos sintomas se der após seis meses do trauma. Para chegar ao diagnóstico de TEPT, diversos autores salientam a importância de uma composição de fatores, tempo e conteúdo do trauma, associados aos sintomas e ao evento estressor (Breslau et al., 2002; Yehuda & McFarlane, 1995).

O ambiente de terapia intensiva poderá gerar memórias distorcidas ou delirantes, memórias factuais e memórias afetivas, reconstruindo um cenário representativo para o paciente após um tempo médio de internação na terapia intensiva (Samuelson et al., 2006). Segundo Granja et al., (2002), as memórias *afetivas* são todas aquelas que remetem o paciente a sensações e sentimentos de dor, ansiedade, medo, desânimo e depressão vivenciados ao longo da internação na UTI e consolidados meses após a internação, assim como as memórias factuais e delirantes. As memórias *factuais* estão relacionadas à recordação mnêmica dos familiares, das equipes médica e de enfermagem, de aspiração, de tubo no nariz e na boca, a vozes, a luzes, à escuridão, ou a outros fatos e objetos vivenciados e utilizados durante a internação. Por fim, o terceiro tipo de memória é a *delirante* ou *traumática*, oriundas de pesadelos, alucinações, delíriums, sentimentos paranóides de que as pessoas ali estão para lhe fazer mal, sonhos e fundamentalmente falsas memórias. Estas são percebidas e sentidas como reais, mas o conteúdo pode ser fantasioso por diversas razões. As mais comumente encontradas são: interação medicamentosa, alterações de senso percepção vivenciadas no ambiente da UTI, quadro psicopatológico prévio à internação, gravidade do quadro clínico e ameaça constante entre vida e morte (Jones et al., 2007).

Algumas características individuais, como ser adulto jovem, doença psiquiátrica prévia e experiências traumáticas na infância podem predispor pacientes às imagens intrusivas vivenciadas na UTI, bem como a fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático (Jackson, Hart, Gordon, Hopkins & Ely, 2007).

Novaes et al. (1997) buscaram atribuir o estresse gerado ao paciente a alguns fatores de risco encontrados na UTI. Entretanto, muitos destes eventos são necessários para a manutenção da vida, como aparelhos de ventilação mecânica, monitores, sondas, iluminação artificial e intensa, drogas, procedimentos invasivos, isolamento da família e ausência de informações sobre o quadro clínico. Estes autores entendem que tais fatores contribuem para o desequilíbrio emocional do paciente, gerando sofrimento psíquico ao longo da internação.

Alguns fatores específicos do ambiente como alarmes, tubos na boca ou no nariz, dor, comprometimento do sono, falta de controle de si mesmo, limitação de movimentos juntamente com a falta de informações sobre o tratamento estão descritos na literatura como os itens responsáveis pelo surgimento de sintomas de estresse, e aumento de quadros ansiogênicos insuportáveis que, em muito, poderão contribuir para a produção de mudanças fisiológicas (Knobel, Novaes & Karam, 1998).

Passar pela experiência de lutar pela vida inesperadamente, por um período intenso de cuidados médicos, farmacológicos e assistenciais, pode contribuir para o aparecimento de alterações emocionais decorrentes das privações vividas e do registro mnêmico desse período, como também abalar a qualidade de vida ao longo do tempo (Novaes et al., 1997).

QUALIDADE DE VIDA E UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Auquier, Simeoni e Menchizabal (1997) definem qualidade de vida em saúde como o valor atribuído à vida, de acordo com as deteriorações funcionais, percepções e condições sociais induzidas pela doença, pelo agravo e pelo tratamento. Por outro lado, Giangello (1996) atribui o conceito de qualidade de vida à duração do tempo de vida de acordo com a percepção de limitações físicas, psicológicas e sociais influenciadas pela doença. Gold (1996) conceitua qualidade de vida como a auto-percepção que os indivíduos têm de sua saúde, em relação às funções sociais, psíquicas, físicas e os danos relacionados à mesma. A Organização Mundial de Saúde (1995) criou o grupo de qualidade de vida, The World Health Organization Quality of Life Assessment Group (WHOQOL), que definiu o termo qualidade de vida como a percepção do indivíduo e como sua posição na vida, no contexto da cultura, no sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, padrões, suas expectativas e preocupações, com base no pressuposto de que qualidade de vida é uma construção multidimensional, subjetiva e composta por elementos positivos.

Este grupo desenvolveu o WHOQOL-100 e o WHOQOL-breve (vide seção Instrumentos, em Método, para uma descrição). O primeiro avalia seis domínios: físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade/crenças pessoais; o segundo avalia quatro domínios: físico, psicológico, relação social e meio ambiente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1995), o conceito “saúde” é um completo bem estar físico, psíquico e social. A perda ou abalo deste pode comprometer a integridade do indivíduo, gerando comprometimento em pelo menos um dos quatro domínios preconizados pelo conceito de qualidade de vida: físicos, psíquicos, sociais e ambientais.

Dowdy et al. (2005) revisaram a literatura sobre qualidade de vida em pacientes adultos sobreviventes de internação em terapia intensiva em comparação com a população geral. Eles sugerem que novas pesquisas investiguem a qualidade de vida de

pacientes após seis meses de alta hospitalar, período médio estimado de recuperação do paciente e retorno às atividades de vida diária. Essa revisão sistemática analisou 21 estudos, envolvendo 7.320 pacientes, e deixa como principal contribuição a importância de investigar e acompanhar longitudinalmente e, em especial, a população que sobreviveu à experiência na UTI. Acompanhar pacientes após a alta hospitalar pode contribuir para o entendimento do quanto o ambiente da UTI e as características individuais do paciente, aumentarão o risco do mesmo sentir o impacto sobre sua qualidade de vida, bem estar físico, social e emocional.

Hofhuis et al. (2007) demonstraram que a qualidade de vida prévia à internação na UTI é preditora de mortalidade em pacientes admitidos nestas unidades por mais de 48 horas, se relacionada a outros fatores como idade, sexo, gravidade, deterioração física e doença subjacente. Os pesquisadores apontaram a importância e também a dificuldade de avaliar pacientes antes da internação na UTI, visto que somente os pacientes submetidos a cirurgias eletivas – ou seja, aqueles que programaram sua internação – poderiam ser testados. O acompanhamento ao paciente que passou por doença grave deve ser vigilante, devido aos fatores intrínsecos e extrínsecos relacionados à enfermidade. Para isso, é fundamental entender as necessidades desses pacientes a partir do conceito de qualidade de vida, visto que 81% dos internados na UTI sem ventilação mecânica referiram boa qualidade de vida após a alta hospitalar. Já os demais apresentaram alguns dos sintomas descritos como prevalentes de TEPT (Pattison, 2005).

Autores como Fildissis et al. (2007) e Hurel, Loirat, Saulnier, Nicolas e Brivet (1997) encontraram, em seus estudos, alguma melhora em termos de qualidade de vida após a alta hospitalar, especificamente 18 meses após a internação na UTI. Esta mostrou-se significativamente menor do que a referida no período pré-internação, a partir do auto-relato dos pacientes que sobreviveram a uma doença grave. Os resultados dos autores são semelhantes aos resultados encontrados no Brasil por Machado, Basso, Margarida e Moritz (2007). Esse estudo avaliou a internação na UTI e o impacto dessa na qualidade de vida do paciente após a alta hospitalar a partir das variáveis clínicas, demográficas e terapêuticas. Participaram do estudo 21 pacientes internados em terapia intensiva, do sexo masculino e feminino, com média de permanência de cinco a dez dias de internação. Além de entrevista semi-dirigida, foi aplicado o questionário de qualidade de vida (QSV). Os resultados mostraram que uma alta permanência na UTI pode indicar diminuição na qualidade de vida imediatamente após a alta hospitalar. Por outro lado, o

estudo apontou que 90,5% dos pacientes melhoraram significativamente a qualidade de vida em sete, noventa e cento e oitenta dias após a alta hospitalar. Contudo, os autores apontaram para algumas limitações do estudo como uma amostra pouco significativa e a falta de um escore prévio, a fim de comparar o impacto da internação na qualidade de vida destes pacientes.

Alterações psicológicas vivenciadas na UTI têm representado um campo importante para investigação científica na área da psicologia, psiquiatria, neurologia e anestesiologia, devido às repercussões percebidas após a alta e o impacto dessas na qualidade de vida após o evento de adoecimento.

Pretendeu-se, a partir do presente estudo, investigar as memórias das vivências do paciente na UTI, sua relação com a qualidade de vida e o aparecimento de sintomas de estresse pós-traumático após a alta hospitalar. Em virtude da escassez de pesquisas no Brasil que abordem o tema supracitado, destaca-se a relevância do estudo para a comunidade técnica científica que presta atendimento ao paciente crítico, bem como para conhecer como está a qualidade de vida após a internação da população estudada.

OBJETIVOS

O objetivo desse estudo foi avaliar a vivência do paciente em uma unidade de terapia intensiva (UTI) seis meses após a alta hospitalar a partir das recordações mnêmicas durante internação e relacioná-las com qualidade de vida e sintomas de estresse pós-traumático.

Como objetivos específicos, buscou-se:

- Identificar a prevalência de TEPT nos pacientes internados em UTI.
- Verificar alguns fatores de risco e fatores de proteção para o aparecimento de sintomas de estresse pós-traumático, a partir do levantamento de variáveis clínicas (idade, sexo, tempo de ventilação mecânica, tempo de sedação administrada, grau de complexidade do paciente), avaliado pelo APACHE II (ver Instrumentos), recordações mnêmicas e qualidade de vida.
- Identificar memórias delirantes ou traumáticas, memórias afetivas e memórias factuais relatadas pelos pacientes referente ao ambiente da UTI e correlacioná-las com as variáveis clínicas, qualidade de vida e sintomas de estresse pós-traumático.

MÉTODO

Delineamento

A pesquisa realizada caracterizou-se por ser um estudo ex post facto.

Participantes

Participaram desta pesquisa 41 pacientes que sobreviveram à internação em UTI de alta complexidade do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre, estando esses aptos a participarem do estudo seis meses após a alta da UTI. Os pacientes foram selecionados a partir de uma lista fornecida pela UTI deste Hospital, observando o tempo de internação e o grau de complexidade de acordo com os critérios do escore APACHE II. Esta amostra correspondeu a 25,78% do total de pacientes elegíveis para o estudo, após contagem do total de 342 pacientes selecionados em lista nos meses de agosto a outubro de 2009. Desses 342 pacientes, 64 foram a óbito, 119 não se enquadravam nos critérios de inclusão, restando um total de 159 pacientes elegíveis para o estudo.

A amostra ficou dividida em 23 pacientes do sexo masculino e 18 do sexo feminino, com idades entre 22 e 79 anos, e média de 56,09 anos (DP=14,8). A média de dias de internação na UTI foi de 19,15 dias (DP=22,31). Quanto ao estado civil, houve um predomínio daqueles que eram casados ou viviam junto (25) em relação aos solteiros, separados ou viúvos (16). O nível de instrução dos pesquisados indicou, em maior parte, nível superior completo (12), seguido pelo ensino fundamental completo (11). Ao serem questionados sobre suas profissões, a maior parte dos entrevistados descreveu a atividade que desempenhou antes da aposentadoria; somente cinco referiram estar aposentados.

Entre as profissões, destacaram-se: aposentados (8), do lar (9), professores (3), bancários (3), pecuaristas (2), médicos (2), entre outras. Em relação às atividades de vida diária (Índice de Katz), houve um predomínio de pacientes independentes (34), ou seja, que não necessitavam de ajuda para a realização de atividades cotidianas. Apenas cinco pacientes referiram precisar de ajuda para dirigir, cozinhar e fazer tarefas de casa pesadas. Dos entrevistados, apenas um paciente necessitava de auxílio para locomoção, administração de finanças e higiene pessoal. Destacou-se também que, em relação ao suporte social oferecido pela família, 40 pacientes receberam apoio familiar durante

internação; somente um apresentava o registro em prontuário de ausência da família. Quanto ao quadro psíquico, apenas um paciente apresentava história de depressão leve prévia; os demais (40) não apresentavam quadro psiquiátrico.

Dos 41 pacientes entrevistados, 27 tiveram alguma doença anterior à internação na UTI, e 14 referiram surpresa diante do adoecimento e principalmente da internação em uma UTI.

De acordo com o Código Internacional de Doenças (CID), destacou-se em termos de diagnóstico: pneumologia (5), cirúrgicos (1), oncologia, (1) trauma (3), pacientes cardíacos (15), neurológicos (8), clínicos (8), havendo um predomínio de pacientes cardiopatas.

Como critérios de inclusão para este estudo, foram considerados: pacientes com internação em UTI superior a 48 horas e idade superior a 18 anos. Como critérios de exclusão do estudo foram considerados: pacientes com déficit visual e auditivo; doença neurológica degenerativa ou demencial, doença oncológica terminal e quadro psiquiátrico prévio, ou seja, pacientes que apresentassem quadros psicóticos, depressão grave, transtornos fóbicos, ansiedade generalizada, síndrome do pânico e que estivessem em uso de medicações psicotrópicas. Excluiu-se do estudo pacientes que apresentaram alguma dificuldade de ordem física, que estivessem impossibilitados em responder e compreender os instrumentos, assim como os que se recusaram a participar do estudo.

A Tabela 10 mostra os principais dados sócio-demográficos e as variáveis clínicas da amostra.

Tabela 10: Dados Sócio-demográficos

	N%	
Sexo	Masculino	23 (56,1%)
	Feminino	18 (43,9%)
Estado Civil	Solteiro/separado	08 (19,5%)
	Casado	25 (61,0%)
	Viúvo	08 (19,5%)
Escolaridade	Ensino fund. completo	03 (7,3%)
	Ensino fund. incompleto	02 (4,9%)
	Ensino médio completo	12 (29,3%)
	Ensino médio incompleto	02 (4,9%)
	Superior completo	12 (29,3%)
	Superior Incompleto	01 (2,4%)
	Pós-graduação	09 (21,9%)
Diagnóstico	Cardiologia	14 (36,5%)
	Neurologia	08 (20%)

	Pneumologia	05 (12,5%)
	Clinica Geral	08 (20%)
	Cirurgia	01 (2,5%)
	Trauma	03 (7,5%)
	Oncologia	01 (2,5%)
Profissão	Administrador	01 (2,4%)
	Advogado	01 (2,4%)
	Aposentado	09 (22,0%)
	Bancário	03 (7,3%)
	Comércio	02 (4,9%)
	Do lar	08 (19,5%)
	Empresário	02 (4,9%)
	Engenheiro	01 (2,4%)
	Estudante	02 (4,9%)
	Funcionário Público	01 (2,4%)
	Médico	02 (4,9%)
	Padeiro	01 (2,4%)
	Pecuarista	02 (4,9%)
	Professor	03 (7,3%)
	Psicólogo	01 (2,4%)
	Técnico Enfermagem	01 (2,4%)
Vendedor	01 (2,4%)	
Ventilação Mecânica	Sim	22 (53,7%)
	Não	19 (46,3%)
Sedação	Sim	24 (58,5%)
	Não	17 (41,5%)
Contenção Mecânica	Sim	11 (26,8%)
	Não	30 (73,2%)
Agitação Psicomotora	Sim	10 (24,4%)
	Não	30 (73,2%)
	Não registrado	01 (2,4%)
Doença Prévia	Sim	27 (65,9%)
	Não	14 (34,1%)
Doença Psiquiátrica	Sim	01 (2,4%)
	Não	40 (97,6%)
Episódio de Delirium	Sim	11 (26,8%)
	Não	26 (63,4%)
	Não registrado	04 (9,8%)
Suporte Social	Sim	40 (97,6%)
	Não	01 (2,4%)
Índice de Katz	Independente	35(85,4%)
	Assistência	05 (12,2%)
	Dependente	01 (2,4%)
Complexidade	Alta	13 (31,7%)
	Média	17 (41,5%)
	Baixa	11 (26,8%)
		Média (DP)
Idade (anos)		56,9 (14,8%)

Tempo de Internação em UTI
(dias)

19,5% (22,4%)

Procedimentos de Coleta e Análise dos Dados

A coleta de dados foi realizada junto ao Hospital Mãe de Deus, que conta com uma UTI de referência e excelência em atendimento de alta complexidade. A UTI apresenta-se nesse hospital com 32 leitos de atendimento ao paciente criticamente enfermo, perfazendo uma média mensal de 114 pacientes.

Os procedimentos realizados para coleta e análise dos dados seguem sumarizados a seguir:

1. O projeto foi submetido à avaliação do CEP do Hospital Mãe de Deus
2. Após sua aprovação, buscou-se o levantamento dos pacientes internados na UTI no período de agosto a outubro de 2009 no SAME e no sistema informatizado do Hospital.
3. Os pacientes foram separados por complexidade, e os prontuários foram analisados, observando os critérios de inclusão e exclusão.
4. Com a lista dos possíveis sujeitos de pesquisa, foram sorteados 20 pacientes de cada complexidade.
5. Foi feito o convite os participantes através de contato telefônico (Anexo B)
6. Após o aceite dos participantes, foi marcado o horário e a data para assinatura do TCLE, após informações referentes à pesquisa e coleta dos dados.
7. Os dados de variáveis clínicas e sócio-demográficas foram transcritos para o banco de dados SPSS versão 17.0.

A pesquisadora recebeu cada paciente em sala privada na recepção central do hospital, afastada da UTI. Nessa etapa, a pesquisadora avaliou se o mesmo apresentava condição clínica e emocional para participar do estudo, explicando os objetivos do estudo, instrumentos utilizados, tempo de aplicação, procedimentos éticos. Assim, iniciou a coleta de dados. Nenhum paciente apresentou quadro clínico e emocional que inviabilizasse a aplicação dos instrumentos. Todos os participantes que se deslocaram ao hospital puderam participar do estudo. A pesquisadora procedeu do ponto de vista metodológico e ético, assegurando ao paciente o direito de desistir a qualquer momento do estudo ou mesmo em não participar. Na seqüência, foram aplicados os quatro instrumentos respectivamente: Inventário de Katz (Anexo A), Memory Tool (Anexo B), SPTSS-17 (Anexo C) e WHOQOL-breve (Anexo E).

O paciente foi convidado a responder o questionário Memory Tool sobre as lembranças da UTI, que visava averiguar as memórias a respeito do ambiente e da vivência de ter passado por uma UTI. O paciente foi estimulado a lembrar sobre o período de internação nesta unidade, respondendo algumas questões sobre as lembranças de sua estada, o tipo de recordações e a intensidade desse evento. O período de aplicação desse instrumento não ultrapassou 15 minutos na maioria dos entrevistados. Após o preenchimento do instrumento, a pesquisadora explicou respectivamente os dois outros instrumentos: WHOQOL-breve (qualidade de vida) e SPTSS-17 (sintomas de estresse pós-traumático).

O WHOQOL-breve foi utilizado para investigar a qualidade de vida após a internação na UTI. Os pacientes levaram aproximadamente 20 minutos para responder as questões. Por fim, o SPTSS-17 foi aplicado e teve como objetivo principal investigar, a partir do evento internação na UTI, o rastreamento de sintomas de estresse pós-traumático e a prevalência de TEPT nos pacientes que vivenciaram a UTI como um evento traumático. O tempo total de aplicação variou entre 15 e 50 min.

Em relação aos pacientes que foram avaliados com altos níveis de depressão, ansiedade elevada, imagens intrusivas, sintomas de TEPT ou que demonstraram algum outro problema de ordem emocional durante a coleta de dados, foi sugerido ao mesmo, psicoterapia focal breve e disponibilizado horários para atendimento psicológico ambulatorial na Instituição onde foi realizada a pesquisa. Os atendimentos estão sendo realizados pela equipe do Serviço de Psicologia da Instituição. Atualmente, dois pacientes estão em acompanhamento psicológico no Ambulatório da Psicologia com diagnóstico de TEPT, quadro de ansiedade e depressão. Somente um paciente preferiu buscar atendimento com outro profissional, em função da dificuldade de conciliar seus horários com os do Ambulatório da Psicologia.

Durante a coleta de dados, após sorteio em lista dos possíveis participantes da pesquisa, foi observado um alto índice de pacientes impossibilitados de participar da pesquisa (46,49%). Dos 342 pacientes, 64 foram a óbito na Instituição, 119 foram excluídos por não apresentarem os critérios de inclusão e 159 pacientes foram considerados elegíveis para o estudo, de modo que 41 (25,78%) participaram do estudo.

O índice de negativas ao telefone chamou a atenção da pesquisadora, sendo considerado já um dado relevante para discussão do número de participantes. Dos 118 pacientes que não participaram do estudo, 23 negaram-se a participar, 58 apresentaram alguma morbidade física ou psíquica após internação, destacando seqüelas neurológicas

grave, comprometimento emocional, déficit cognitivo, visual ou auditivo, entre outras patologias; e 37 pacientes não foram localizados. Foram realizadas 249 ligações telefônicas para realização do estudo, resultando em um n=41 pacientes. Aproximadamente 58 (49,15%) encontravam-se, segundo relatos de familiares, com seqüelas neurológicas importantes, destacando doenças demenciais, afasias, déficit cognitivo após adoecimento, hemiplegias, paresias e doença psiquiátrica grave, entre outros comprometimentos que inviabilizaram a participação destes sujeitos no estudo. Notoriamente, percebeu-se um abalo importante na qualidade de vida dos pacientes após a alta da UTI.

Instrumentos

* Planilha de Dados Sócio-demográficos e Variáveis Clínicas: (Apêndice A): Esta planilha foi elaborada pela pesquisadora e foi preenchida com informações retiradas do prontuário do paciente. Portanto, a coleta de dados, nesse caso, foi retrospectiva. Buscou-se informações referentes às variáveis clínicas e aos dados sócio-demográficos dos pacientes internados entre os meses de agosto a outubro de 2009. Foram incluídos dados sobre o paciente (nome, sexo, idade, data, escolaridade, profissão e estado civil), suporte social, bem como questões relacionadas ao adoecimento. Os dados clínicos englobaram diagnóstico (CID) de alta da UTI, ausência ou presença de ventilação mecânica (VM), sedação e contenção mecânica (CM), além de alguns dados clínicos descritos em prontuário referentes à internação na UTI, como: agitação psicomotora, doença psiquiátrica prévia, doença ou comorbidade prévia, episódio de delirium, grau de complexidade (APACHE II) e o índice de Katz. Esse índice permitiu avaliar antes da testagem a capacidade do paciente em realizar atividades de vida diária, apontando três escores: independente, necessita de assistência ou dependente a realizar atividades cotidianas.

* Índice de Katz – Inventário de Atividades de Vida Diária (Gallo et al., 1995. Anexo A): É um instrumento que investiga as atividades de vida do paciente, tais como tomar banho, vestir-se, utilizar o telefone, controlar finanças e cuidar da casa, entre outras atividades mais complexas. Tem como objetivo principal investigar a capacidade funcional do paciente. O inventário apresenta três escores para cada um dos itens de acordo com o nível de dependência do paciente: independente/necessita de

assistência/dependente. Esse instrumento serviu como um instrumento de critério de exclusão da amostra no caso de o paciente apresentar um escore dependente, o que poderia apontar ou sugerir quadro prévio de demência. O inventário ou Índice de Katz foi validado originalmente e publicado por Katz, Ford, Moskowitz, Jackson e Jaffe (1963), a partir da necessidade de avaliar quadros iniciais de demência, capacidade funcional, locomoção e autonomia de idosos a partir da identificação das perdas ocorridas no cotidiano. Foi mais tarde adaptado por Gallo et al. (1995) em função das mudanças comportamentais dos idosos e da necessidade de tornar o instrumento mais fidedigno quando aplicado aos cuidadores ou informantes. Recentemente, foi traduzido para o português por Márcia Scafuzca (versão não publicada). Marra et al. (2007), em recente revisão sistemática sobre instrumentos que medem e avaliam o estado funcional do idoso, o inventário de Katz foi apontado como um dos poucos instrumentos capazes de avaliar com qualidade satisfatória as atividades de vida diária, apresentando índices de validade e de confiabilidade variando entre 0,81 e 0,88 na primeira avaliação de cada examinador, e de 0,76 e 0,74 na segunda avaliação. O inventário foi de fácil aplicação e entendimento.

* Acute Physiologic and Chronic Health Evaluation (APACHE II) – (Knaus, Draper, Wagner & Zimmerman, 1985): É um índice prognóstico para critério de admissão e alta da UTI que proporciona descrição científica e quantitativa de pacientes internados em UTI. Esse indicador possibilita ao intensivista a informação útil para análise de desempenho de pacientes do mesmo grupo, definindo numericamente a gravidade de pacientes, indicando um índice aproximado de prognóstico de mortalidade, bem como o perfil de uma UTI. Segundo Orlando (2002), o índice não deve ser utilizado como critério de verificação de qualidade médica-assistencial, nem prever mortalidade, e sim ser analisado juntamente com a patologia do paciente. A pontuação é calculada a partir da rotina fisiológica e de medições de parâmetros como: pressão arterial, temperatura corporal, frequência cardíaca, entre outros, durante as primeiras 24 horas após a admissão do paciente na terapia intensiva. O método de cálculo é otimizado para o papel, e a pontuação resultante deverá ser interpretada pelo médico intensivista em relação à doença do paciente e ao quadro clínico observado, predizendo o grau de complexidade (alta, média, baixa) do cuidado assistencial e a possibilidade de óbito. Cabe salientar que foi considerado o índice APACHE II das primeiras 48 horas de internação.

* Memory Tool (Jones, Humphris & Griffiths, 2000. Anexo B): Foi desenvolvido para avaliar a memória dos pacientes internados em terapia intensiva sobre o ambiente da UTI após o período de recuperação. Esse instrumento apresenta 14 questões investigadas por meio de entrevista clínica. Em algumas questões, o paciente teve a possibilidade de graduar suas respostas em claramente/vagamente/nada (não recorda) e, em outras questões, teve que responder sim/não. Além disso, algumas questões apresentavam a alternativa de resposta aberta. No estudo original, Jones, Humphris & Griffiths (2000), encontraram um coeficiente alfa de 0,86, indicando boa consistência interna. O Memory Tool apresentou um nível de concordância em todas as questões de 90,9% a 100%. Foi validado e traduzido do inglês para o idioma italiano por Capuzzo et al. (2004), com boas propriedades psicométricas. No presente estudo, foi utilizada a ferramenta traduzida do inglês para o português por Granja et al. (2008).

* Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-breve) (Fleck et al., 2000. Anexo E). A versão abreviada do instrumento de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde contém 26 itens dos 100 itens da versão original do instrumento. Esse instrumento teve como objetivo avaliar a qualidade de vida em quatro domínios: físico, psicológico, ambiente e relações sociais. O paciente escolheu, para cada questão, cinco graus de intensidade que variou de: nada/completamente; muito ruim/muito boa; muito insatisfeito/muito satisfeito; nunca/sempre e nada/extremamente. Após fase de validação, esse instrumento apresentou uma boa consistência interna, a partir da verificação do coeficiente Alpha de Cronbach. Os resultados encontrados foram: Alpha de Cronbach de 0,71 a 0,88, validade discriminante ($p < 0,01$), validade concorrente (coeficientes de correlação entre -0,61 e -0,50) e fidedignidade no teste-reteste de coeficientes entre 0,58 a 0,82. No presente estudo, os Alphas de Cronbach foram: WHOQOL total (0,89), dimensão física (0,68), dimensão psicológica (0,59), dimensão social (0,64) e na dimensão ambiente (0,76).

* Escala de Rastreio de Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS-17) (Carlson, 2001 adaptado e traduzido por Kristensen, 2005. Anexo C). Esse instrumento teve como objetivo principal investigar os sintomas de estresse pós-traumático. Foi traduzido e adaptado por Kristensen (2005), tendo como versão original SPTSS-10 de Carlson

(2001). O instrumento conta com 17 itens (perguntas) para os quais o paciente escolheu, a partir de uma escala de zero (nunca teve a experiência) a 10 (isso sempre estava acontecendo), as experiências ou os fatos ocorridos nas últimas semanas ou meses de sua vida. A escolha por esse instrumento foi justamente pela possibilidade de investigar a presença de imagens intrusivas sobre o evento traumático, como também por sua propriedade psicométrica satisfatória: Alpha de Cronbach = 0,85. Esse instrumento apresentou excelente índice de confiabilidade com Alpha de Cronbach de 0,97 nas 17 questões, permitindo à pesquisadora avaliar três sintomas importantes do TEPT: revivência ou reexperiência (B), evitação ou entorpecimento (C) e excitabilidade aumentada (D), que também apresentaram respectivamente um bom índice de confiabilidade, 0,90 (B), 0,79 (C) e 0,82 (D).

Procedimentos Éticos de Pesquisa

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Mãe de Deus de Porto Alegre e foi aprovado em 30/06/2009 (Anexo C) sob o protocolo número 09/293d, folha de rosto número FR 255368. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE. Apêndice C) foi assinado em duas vias pelos participantes. Uma delas foi entregue ao paciente e a outra ficou sob responsabilidade da pesquisadora.

Análise Estatística

Todos os dados dos protocolos da pesquisa foram levantados e tabulados na base de dados do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 17.0. Foram realizadas análise descritiva (médias, desvio-padrão, porcentagens) dos resultados em geral. Para analisar as associações entre variáveis, foram realizadas correlações entre as variáveis de interesse (*Pearson*), comparação de médias (teste t de student), Qui-quadrado para analisar as memórias (lembranças) e TEPT. Foram realizadas análises de regressão linear para estabelecer modelos preditivos das variáveis TEPT e qualidade de vida respectivamente.

RESULTADOS

A apresentação dos resultados desse estudo será dividida em dois momentos, com o objetivo de facilitar a visualização e análise dos dados. Primeiramente, serão apresentadas as análises descritivas (médias, desvio-padrão, comparação de média) entre as variáveis dependentes e independentes do estudo. Na segunda parte, serão exibidas as análises de correlação das variáveis pesquisadas e a análise de regressão linear.

Análises Descritivas

Inicialmente, realizou-se as médias da variável qualidade de vida geral e suas respectivas dimensões: físico, psicológico, social e ambiente. A análise do WHOQOL-breve indicou que os pacientes do estudo apresentaram uma média de 82,15 (dp=12,87) em relação à qualidade de vida, parecendo indicar boa qualidade de vida no geral. A dimensão social apresentou-se com a média mais baixa das quatro dimensões, de 11,5 (dp=2,26), precedida pela dimensão física de 20,95 (dp=3,75), e psicológica de 21,19 (dp=3,62), diferentemente da dimensão ambiente que apresentou média superior às demais, de 28,95 (dp=4,79).

Resultados Descritivos dos Instrumentos

Tabela 11: Qualidade de Vida – WHOQOL-breve

	Min/Max	Média	DP
QV Geral	48-106	82,17	12,87
QV Físico	11-28	20,95	3,75
QV Psicológico	13-27	21,19	3,62
QV Social	5-15	11,07	2,26
QV Ambiente	19-37	28,95	4,79

A Tabela 12 indica a análise descritiva do instrumento SPTSS, do ponto de vista do escore geral de TEPT e suas três dimensões: revivência, evitação e excitabilidade aumentada. As médias apresentam respectivamente: SPTSS geral, 54,04 (39,37), dimensão

revivência 13,75 (14,58); dimensão evitação ou entorpecimento 23,31 (16,16); e dimensão excitabilidade aumentada 16,97 (12,95).

Tabela 12: SPTSS – Rastreamento de Sintomas de TEPT e Menos TEPT

	Min/Max	Média	DP
SPTSS Total	00-135	54,04	39,37
SPTSS Revivência	00-47	13,75	14,58
SPTSS Evitação ou entorpecimento	00-65	23,31	16,16
SPTSS Excitabilidade Aumentada	00-48	16,97	12,95

A Tabela 13 mostra os itens referentes ao instrumento Memory Tool, que investigou as lembranças do paciente a respeito da internação na UTI.

Tabela 13: Memory Tool (MT) – Instrumento para avaliar as lembranças da UTI

Objetivo	Ítem	Pergunta
Admissão antes da UTI	1	Lembra-se de ser internada no hospital?
	2	Consegue lembrar-se do hospital antes da UTI?
Durante internação na UTI	3	Lembra-se de ter estado na UTI?
	4a	Lembra-se da internação claramente?
	4b	Do que você se lembra?
	5	Lembra-se de ser transferido da UTI /enfermaria?
	6	Teve alguma sensação de pânico ou apreensão?
TEPT	7	Tem alguma recordação intrusiva?

A Tabela 14 mostra as respostas referentes ao Memory Tool. Percebe-se que a maioria dos pacientes (87,8%) lembrou-se claramente de ser internado no hospital, 78% apresentaram recordações anteriores à internação e 90,2% lembraram de terem estado na UTI. Destes, 26,8% tiveram alguma sensação de pânico ou apreensão, e 12,2% apresentaram alguma recordação intrusiva após a alta. Somente 4,9% dos pacientes tiveram amnésia total durante a estada na UTI e permaneceram sem recordar os eventos ocorridos durante internação.

Tabela 14: Respostas correspondentes ao sumário do Memory Tool

	Perguntas	Claramente N (%)	Vagamente N (%)	Nada N (%)
1	Lembra-se de ser internada no hospital	36 (87,8)	03 (7,3)	02 (4,9)
2	Consegue lembrar-se do hospital antes da UTI	32 (78,0)	07 (17,1)	02 (4,9)
		Sim	Não	
3	Lembra-se de ter estado na UTI	37 (90,2)	04 (9,8)	
4a	Lembra-se da internação claramente	32 (78,0)	09 (22,0)	
5	Lembra-se de ser transferido da UTI /enfermaria	35 (85,4)	04 (9,8)	02 (4,9)
6	Teve alguma sensação de pânico ou apreensão	11 (26,8)	30 (73,2)	
7	Teve alguma recordação intrusiva	05 (12,2)	36 (87,8)	

* As respostas da questão 4b encontram-se na Tabela 15

A Tabela 15 apresenta os resultados da questão 4b do instrumento: “Do que você se lembra do período de internação na UTI?”. Percebe-se que lembranças da família (92,7%), visita médica (82,9%), dor (63,4%), tubo no nariz (46,3%), medo (43,9%), sentir-se desconfortável (39%), relógio (36,6%), luzes (34,1%), sentir-se desanimado (34,1%) e rostos (31,7%) foram as lembranças mais frequentes para os pacientes entrevistados. Um aspecto importante a salientar a respeito das lembranças é que algumas recordações estão associadas a fatores de risco para TEPT e delirium dentro de uma UTI; porém, no presente estudo, não aparecem como tal (Granja et al., 2008). São elas: aspiração (90,2%), tubo para respirar (73,2%), sentimentos persecutórios de que alguém está querendo lhe fazer mal (90,2%) e sentir-se desconfortável (61%). Essas não foram recordadas pelos pacientes. Pode-se inferir que esse fato se deve em grande parte às práticas de sedação e analgesia realizadas nesse ambiente. Assim, nos momentos mais críticos para o paciente em relação à gravidade da doença, esse encontra-se protegido através de sedativos. Logo, a sedação e analgesia adequadas e com pausas, orientação e acolhimento das equipes são fatores de proteção ao paciente gravemente enfermo (Scragg et al., 2001).

Tabela 15: Respostas da questão 4b do Memory Tool – *Do que você se lembra?*

Do que você se lembra?		
Item	Sim	Não
Família	38 (92,7%)	03 (7,3%)
Tubo para respirar	11 (26,8%)	30 (73,2%)
Tubo no nariz	19 (46,3%)	22 (53,7%)
Sentir que pessoas queriam fazer mal	04 (9,8%)	37 (90,2%)
Alarmes	10 (24,4%)	31 (75,6%)
Aspiração	04 (9,8%)	37 (90,2%)
Visita Médica	34 (82,9%)	07 (17,1%)
Alucinações	08 (19,5%)	32 (80,5%)
Vozes	12 (29,3%)	29 (70,7%)
Sentir-se desconfortável	16 (39,0%)	25 (61,0%)
Sentir-se confuso	09 (22,2%)	32 (78,0%)
Pesadelos	09 (22,2%)	32 (78,0%)
Luzes	14 (34,1%)	27 (65,9%)
Escuridão	04 (9,8%)	37 (90,2%)
Sentir-se desanimado	14 (34,1%)	27 (65,9%)
Sonhos	07 (17,1%)	34 (82,9%)
Rostos	13 (31,7%)	28 (68,3%)
Relógio	15 (36,6%)	26 (63,4%)
Medo	18 (43,9)	23 (56,1)
Pânico	09 (22,2%)	32 (78,8%)
Dor	26 (63,4%)	15 (36,6%)

O instrumento Memory Tool apresenta algumas questões abertas, a partir das quais é possível analisar em profundidade as respostas subjetivas do questionário. Algumas questões indagam o paciente acerca das lembranças que ele tem da UTI e, ao mesmo tempo, solicita que descreva seus sentimentos.

Dez dos 41 pacientes verbalizaram seus sentimentos, identificando-se sentimentos positivos e negativos. Destes, cinco expressaram sentimentos positivos como:

“As pessoas queriam me ajudar a sair o mais rápido possível dali e me ajudaram a recuperar minha saúde.”

“Sentia tranqüilidade e certeza de ser bem cuidado”

“Sentia saudades das crianças”

“Todos me queriam bem”

“Foram todos muito queridos comigo”

Cinco pacientes expressaram sentimentos negativos, como os que seguem:

“Acordei confusa e revoltada”

“Fui acordado por uma técnica de enfermagem aos gritos, pois estava roncando”

“Acho que as pessoas deveriam cuidar mais do que falam perto do paciente”

“Senti-me totalmente abandonado e com minhas necessidades desprezadas”

“Senti medo, muito medo”

Na questão 4d (*Teve pesadelos ou alucinações?*), nove (22,2%) pacientes verbalizaram que sim. Alguns expressaram que os pesadelos continham conteúdos persecutórios:

“Pensei que alguém estava tentando me matar”

“Sonhava que jamais conseguiria voltar a respirar”

“Medo de morrer diário”

“Tinha a nítida sensação de que estava em casa, sei que estava fazendo delirium”

Na questão 7a (*Onde você estava quando surgiam essas recordações?*), somente três pacientes responderam quais foram as imagens, mas o questionário aponta que oito (19,5%) dos pacientes referiram ter tido alucinações. Essa questão tinha como objetivo principal entender o quanto o paciente apresentava imagens intrusivas e quando elas apareciam. As respostas relatadas foram:

“Deitada na cama”

“Fazendo cateterismo”

“Deitada ao amanhecer”

A última questão aberta referia-se ao tipo de recordações, e os mesmos três pacientes responderam respectivamente:

“Recordações de dores e dúvidas sobre o futuro”

“Lembrava-me sempre da máscara para respirar”

“Desde que acordei tinha pesadelos assustadores. Todos me faziam acordar sobressaltada”

O instrumento Memory Tool divide os 21 itens em três tipos de memórias. As memórias factuais foram agrupadas segundo Granja et al. (2005), em: família, alarme, rostos, vozes, luzes, tubo nariz, tubo na boca, aspiração, relógio e outros fatos ou objetos lembrados durante internação. As memórias delirantes foram agrupadas em: sonhos, pesadelos, alucinações, sentimento de que as pessoas queriam lhe fazer mal. As memórias afetivas foram agrupadas em: sentimento de desconforto, confusão, medo, ansiedade, pânico e dor.

Buscou-se, a partir do instrumento Memory Tool, entender em profundidade quais as memórias (lembranças) que marcaram positivamente ou negativamente os pacientes submetidos à terapia intensiva, entender o impacto dessas na recuperação do paciente e a influência no desenvolvimento de TEPT após a internação.

Na Tabela 16, é possível observar a frequência e o percentual de pacientes que apresentaram sintomas de TEPT a partir de um ponto de corte ≥ 5 da média de cada paciente. Foi possível detectar sintomas compatíveis com TEPT em 24,4% da população estudada e 39,9% com ponto de corte $\geq 3,5$.

Em estudo original, Carlson (2001) observou boa consistência interna para o SPTSS-17 ($\alpha=91$) e validade concorrente, incluindo dados sobre sensibilidade e especificidade do instrumento para o diagnóstico de TEPT a partir de diferentes pontos de corte. Utilizando-se a *Structured Interview for post traumatic stress disorder* (SI-PTSD) (Davidson, Smith & Kudler, 1989, citado por Carlson, 2001) com o ponto de corte ≥ 5 , o SPTSS-17 apresentou sensibilidade $\alpha=85$ e especificidade $\alpha=73$. Já utilizando um ponto de corte $\geq 3,5$, o SPTSS apresentou sensibilidade $\alpha=95$ e especificidade $\alpha=50$. Para o presente estudo, foi utilizado o ponto de corte ≥ 5 , baseado no estudo de validação do SPTSS-17 por Kristensen (2005).

Tabela 16: Frequência de pacientes com e sem sintomas de TEPT, com ponto de corte ≥ 5

	N %	
Pacientes com TEPT	10	24,4%
Pacientes sem TEPT	31	75,6%

A seguir, foi realizado teste de comparação de médias (t de student) em relação à qualidade de vida e suas dimensões entre os pacientes que apresentavam e não apresentavam TEPT. Foram observadas diferenças significativas entre os grupos na qualidade de vida geral e em todas as suas dimensões (Tabela 18). Os respectivos valores foram: a qualidade de vida geral apresentou $t=4,04$, $p<0,001$; a dimensão física $t=4,04$, $p<0,001$; dimensão psicológica $t=2,69$, $p<0,010$; dimensão social $t=4,13$, $p<0,001$; e, por fim, a dimensão ambiente com $t=3,94$, $p<0,001$. Os pacientes com TEPT apresentaram pior qualidade de vida que os pacientes sem TEPT.

Tabela 17: Média, Desvio-padrão, teste t e significância entre QV e TEPT com ponto de corte ≥ 5

	Com TEPT (N=10) Média (DP)	Sem TEPT (N=31) Média (DP)	t	p<
Qualidade Vida Total	69,50 (12,05)	86,25 (10,32)	4,28	0,001
QV Físico	17,04 (3,53)	22,09 (3,08)	4,04	0,001
QV Psicológico	18,70 (3,88)	22,00 (3,20)	2,69	0,010
QV Social	8,90 (2,07)	11,77 (1,08)	4,13	0,001
QV Ambiente	24,50 (4,32)	30,38 (4,03)	3,94	0,001

A Tabela 18 mostra as associações entre ter ou não TEPT e as lembranças que os pacientes expressaram. Observou-se que os pacientes que apresentaram TEPT lembraram com maior frequência de sentir medo ($X^2=6,99$, $p<0,008$), pânico ($X^2=11,17$, $p<0,001$), rostos ($X^2=4,88$, $p<0,027$) e dor ($X^2=4,02$, $p<0,045$) durante a internação na UTI do que os pacientes que não apresentaram TEPT de maneira estatisticamente significativa. Além disso, os pacientes com TEPT recordaram menos de seus familiares durante o período de internação na UTI ($X^2=3,13$, $p<0,077$), porém recordaram de terem observado mais frequentemente a presença de relógio ($X^2=3,12$, $p<0,077$) e a sensação de sentirem-se desanimados ($X^2=5,26$, $p<0,072$) de maneira marginalmente significativa.

Tabela 18: Teste Qui-quadrado – Memórias e TEPT

	Sem TEPT (N=31) %	Com TEPT (N=10)	X ²	p
Lembra da família	30	08	3,13	0,10†
Tubo para respirar	10	02	0,13	ns
Tubo no nariz	14	05	0,71	ns
Sentir que pessoas queriam lhe fazer mal	04	00	1,43	ns
Alarmes	09	01	1,48	ns
Aspiração	02	02	1,57	ns
Visita médica	25	09	0,46	ns
Alucinações	06	02	0,02	ns
Vozes	08	04	0,73	ns
Estar desconfortável	12	03	0,24	ns
Sentir-se confuso	07	02	0,29	ns
Pesadelos	05	04	2,51	ns
Luzes	10	05	2,04	ns
Escuridão	02	02	1,57	ns
Sentir-se desanimado	07	06	5,26	0,10†
Sonhos	05	02	0,80	ns
Rostos	07	06	4,88	0,05*
Relógio	09	06	3,12	0,10
Medo	10	08	6,99	0,01**
Pânico	03	06	11,17	0,001**
Dor	17	09	4,02	0,05*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ † $p < 0,10$

A Tabela 19 indica as comparações de médias, analisadas com o teste t para as amostras independentes (tipo de memórias) e TEPT. Foi encontrada diferença significativa em relação às memórias afetivas ($t=-2,28$, $p<0,005$) se comparadas com as memórias factuais e delirantes, que não apresentaram diferença significativa em relação à TEPT.

Tabela 19: Médias, Desvio-padrão, Comparação de Médias (teste t) entre tipos de memórias e TEPT

	Média (DP) Com TEPT (N=10)	Média (DP) Sem TEPT (N=31)	t	p
Memórias Afetivas	3,40 (1,57)	2,00 (1,71)	-2,28	0,01**
Memórias Factuais	4,80 (2,57)	3,87 (2,07)	-1,16	0,25
Memórias Delirantes	0,80 (0,91)	0,64 (1,01)	-0,42	0,67

* $p<0,005$ ** $p=0,01$

A Tabela 20 mostra a associação (Qui-quadrado) entre diferenças de sexo e TEPT. Verificou-se uma associação entre presença de TEPT e pacientes do sexo feminino de maneira significativa ($X^2=6,99$, $p<0,001$), ou seja, as mulheres apresentaram mais TEPT que os homens.

Tabela 20: Teste Qui-quadrado entre gêneros e a presença de TEPT

	Com TEPT	Sem TEPT	X^2	p
Feminino	08	10	6,99	0,001*
Masculino	02	21		

* $p<0,05$

A Tabela 21 mostra que o teste Qui-quadrado verificou a associação entre o grupo de pacientes com e sem TEPT e as variáveis independentes. Essas variáveis (sedação, agitação psicomotora, ventilação mecânica, contenção mecânica, grau de complexidade, tempo de internação, doença psiquiátrica prévia, doença prévia e estado civil) não apresentaram diferenças significativas. O teste t não identificou diferenças no tempo de internação dos pacientes entre aqueles que apresentaram e não apresentaram TEPT ($t=0,75$, $p=0,457$). No entanto, a variável clínica delirium foi associada com a

presença de TEPT de maneira significativa ($X^2=6,16$, $p<0,05$), e a falta de apoio social também esteve associada com TEPT, porém de maneira marginalmente significativa ($X^2=3,18$, $p<0,10$).

Tabela 21: Teste Qui-quadrado em grupo de pacientes com ou sem TEPT e as variáveis clínicas

	Sem TEPT N=31	Com TEPT N=10	X^2	p
Ventilação Mecânica	16	6	0,24	ns
Sedação	18	6	0,12	ns
Contenção Mecânica	8	3	0,68	ns
Agitação Psicomotora	7	3	0,51	ns
Doença Prévia	21	6	0,20	ns
Doença Psiquiátrica	1	0	0,33	ns
Episódio de Delirium	8	3	6,16	0,05*
Suporte Social (visita família)	31	9	3,18	0,10†

* $p=0,05$ ** $p=0,01$ † $p=0,10$

A Tabela 22 mostra a análise (ANOVA) da variável independente complexidade com as variáveis dependentes: qualidade de vida e TEPT. Não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre as variáveis TEPT, qualidade de vida total e suas respectivas dimensões, exceto na dimensão psicológica ($f=5,57$, $p<0,010$) da variável qualidade de vida.

Tabela 22: ANOVA: Complexidade *versus* QV *versus* SPTSS

	Grau de Complexidade			F	
	Baixa Média (DP) N=11(26,8%)	Média Média (DP) N=17(41,5%)	Alta Média (DP) N=13(31,7%)	F	p
QV total	86,09 (14,97)	84,76 (9,10)	75,46 (13,5)	2,86	ns
QV física	21,36 (3,98)	21,82 (2,85)	19,46 (4,38)	1,59	ns
QV psicológico	22,45 (3,61)	22,29 (2,84)	18,69 (3,49)	5,57	0,01**

QV social	10,46 (2,53)	11,35 (1,76)	11,36 (2,65)	0,68	ns
QV ambiente	30,90 (5,66)	29,29 (3,91)	26,84 (4,57)	2,36	ns
SPTSS total	34,18 (37,04)	61,58 (42,57)	61,00 (33,35)	2,01	ns
SPTSS revivência	7,18 (10,76)	15,82 (15,60)	15,27 (4,23)	1,58	ns
SPTSS evitação	14,45 (15,40)	26,82 (18,04)	26,23 (11,86)	2,42	ns
SPTSS excitabilidade	12,54 (13,60)	18,94 (13,93)	18,15 (11,00)	0,88	ns

**p=0,01

A Tabela 23 mostra a análise de correlação existente entre TEPT e suas três dimensões, qualidade de vida e suas quatro dimensões, tipos de memória, idade do paciente e dias de internação.

A análise de correlação de Pearson de variáveis TEPT e suas dimensões revivência, evitação e excitabilidade aumentada, memórias (afetivas, factuais, delirantes), idade do paciente e dias de internação mostrou que apenas as memórias afetivas apresentaram correlação significativa com TEPT total ($r=0,40$, $p<0,01$) e as dimensões revivência ($r=0,44$, $p<0,01$) e excitabilidade ($r=0,40$, $p<0,01$).

Em relação à qualidade de vida geral, a mesma correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com TEPT ($r=-,622$, $p<0,01$) com todas as suas três dimensões respectivamente: revivência ($r=,591$, $p<0,01$); evitação ($r=,586$, $p<0,01$) e excitabilidade aumentada ($r=-,496$, $p<0,01$). Assim, correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com as memórias afetivas ($r=-,386$, $p<0,001$). A idade não mostrou correlação significativa com nenhuma das variáveis psicológicas investigadas. Os dias de internação foram estatisticamente significativos em relação às memórias delirantes ($r=0,461$, $p<0,01$).

Por último, na Tabela 24, foi realizada a análise de regressão linear hierárquica, a fim de verificar o poder preditivo das memórias afetivas para os sintomas de TEPT, controlando pelo gênero dos participantes. É possível observar, no primeiro passo da análise, que o gênero foi preditor de maneira significativa de TEPT ($\beta=0,426$, $p<0,01$), explicando 18,2% da variância. No segundo passo, com a inclusão da variável memórias afetivas, tanto gênero como memórias afetivas se mostraram preditoras de TEPT de maneira significativa ($\beta=0,466$, $p<0,01$ e $\beta=0,449$, $p<0,01$ respectivamente), explicando 38,2% da variância total. Esse resultado significa que a presença de memórias afetivas e pacientes do sexo feminino são as variáveis mais propensas a desenvolverem TEPT.

Tabela 24: Regressão Hierárquica: TEPT total

	Passo 1 (β)	Passo 2 (β)
Gênero	0,426**	0,466**
Memórias Afetivas	-	0,449**
ΔR^2	0,182	0,200
R^2	0,182***	0,382**

* $p=0,05$ ** $p=0,01$

DISCUSSÃO

Investigou-se, através deste estudo, a prevalência de TEPT em pacientes internados em terapia intensiva seis meses após a alta hospitalar a partir das memórias da internação na UTI e a qualidade de vida após este evento, como também as possíveis diferenças entre homens e mulheres e o tipo de memórias apresentadas em relação à presença ou não de TEPT. Com o objetivo de não repetir dados que já foram contemplados no artigo empírico (Seção II), alguns resultados serão mencionados de forma mais breve.

Encontrou-se, no presente estudo, a prevalência de 24,4% de pacientes com sintomas de TEPT. Nota-se, através da análise descritiva, que os pacientes com sintomas de TEPT estão revivendo mais a experiência traumática seis meses após alta, do que apresentando comportamentos evitativos em relação ao transtorno. Identificou-se, também, que os sintomas de excitabilidade aumentada são estatisticamente significativos em relação à TEPT, destacando sintomas de distúrbio de sono, irritabilidade aumentada,

hipervigilância, dificuldade de concentração e resposta de sobressalto exagerada, trazendo ao paciente a ameaça de que o evento traumático poderá acontecer novamente a qualquer momento. É interessante pontuar que o comportamento de evitação diante do enfrentamento do TEPT não se mostrou significativo.

Cabe salientar que o paciente que passou por internação em terapia intensiva queixa-se constantemente de ter que retornar inúmeras vezes ao consultório médico, de realizar exames de acompanhamento após a alta e, para que isso ocorra, muitas vezes, precisa recorrer à unidade hospitalar para garantir a manutenção de sua saúde. Contudo, muitos pacientes comentaram, durante a coleta de dados, quando perguntados sobre o incômodo do deslocamento ao hospital, que já estão acostumados com a estrutura hospitalar e que não foi nenhum sacrifício retornar para participarem da pesquisa. Diante disso, pode-se inferir que os pacientes já passaram por uma dessensibilização, ou seja, devido à exposição recorrente ao estímulo estressor – no caso o hospital – esse poderá gerar habituação diante de um ambiente inicialmente ameaçador, evitando o comportamento de esquiva (Knapp & Caminha, 2003). Em contrapartida, 27 pacientes, ao serem convidados a participar do estudo, não se sentiram à vontade, argumentando falta de tempo, dificuldades de deslocamento e até mesmo demonstrando irritabilidade ao serem convidados. Apesar de não constarem formalmente no presente estudo, essas informações sugerem que alguns pacientes que não participaram não estejam adaptados, após a alta, negando-se a um diagnóstico. Mesmo considerando plenamente o direito do paciente de não participar do estudo, este dado parece indicar um comportamento de esquiva se inferirmos que o convite para realização da pesquisa remeteu o paciente à experiência vivida na UTI, no hospital, no período da internação.

O índice de TEPT encontrado na literatura é amplo, variando de 0 a 64% (Samuelson et al., 2007). Para discussão do presente estudo, será usada a análise feita a partir de artigos que utilizaram os mesmos instrumentos para o rastreamento de sintomas de TEPT (Deja et al., 2006; Girard et al., 2007; Jones et al., 2007; Kapfhammer et al., 2004; Nickel et al., 2004; Rothenhäusler et al., 2005; Schelling, 2008). Assim, chega-se a um índice semelhante ao encontrado, variando de 17 a 30% conforme revisão sistemática realizada por Caiuby et al. (2010). Muitos são os instrumentos utilizados para o rastreamento de sintomas de TEPT utilizados por vários pesquisadores internacionais, mas o SPTSS foi utilizado pelos autores destacados acima.

As memórias afetivas influenciam no desenvolvimento de sintomas de TEPT. O resultado encontrado no presente estudo mostrou que os pacientes com sintomas de

TEPT apresentaram mais recordações de memórias afetivas. Já os estudos atuais revisados mostram que as memórias delirantes ou traumáticas vêm em primeiro lugar na como preditoras de TEPT e que as memórias factuais poderiam ser fatores de proteção ao pacientes (Jones et al., 2001). Delirar durante o período de internação poderá oportunizar aos pacientes perderem dados de realidade, vivenciados nesse período, ficando um espaço para ausência de memórias, ou até mesmo a presença de falsas memórias (Loftus, 2003). Essas poderão deixar no paciente a necessidade de buscar constantemente informações sobre sua vivência, impedindo até que ela seja entendida, representada e consolidada como uma memória capaz de ser evocada, a ponto de auxiliar o paciente a atribuir um significado à experiência de UTI. Sendo assim, é um forte fator de risco para a consolidação de memórias traumáticas com a presença de sintomas de TEPT.

Quanto às lembranças relatadas pelos pacientes, a maioria lembrou-se claramente de ser internado no hospital (87,8%), de apresentarem recordações anteriores à internação (78%) e de lembraram de terem estado na UTI (90,2%). Alguns tiveram sensação de pânico ou apreensão, e menos de 15% apresentaram alguma recordação intrusiva após a alta. Somente 4,9% dos pacientes tiveram amnésia total da internação.

De acordo com as lembranças recordadas pelos pacientes e a associação com a presença ou não de sintomas de TEPT, foi encontrado que os pacientes com sintomas de TEPT se lembraram de forma significativa mais de rostos, de sentir medo, de pânico e de sentir dor, ou seja, tiveram mais lembranças afetivas do que delirantes e factuais. Além disto, lembraram mais freqüentemente e de forma tendencialmente significativa da presença de relógios na unidade, de sentirem-se desanimados, assim como lembraram menos da presença da família.

De acordo com o estudo de Lemos e Rossi (2002), a UTI carrega um forte estigma cultural, passado de geração em geração, de ser um ambiente assustador, aterrorizante e ameaçador, e que pacientes que precisam desse recurso terapêutico estão em estado muito grave de saúde, no limite entre a vida e a morte. Assim, faz-se uma direta associação de UTI como o lugar limite para a vida sem volta. O ambiente físico, a distribuição dos recursos, a iluminação e principalmente a modalidade de ser uma unidade fechada, sem a presença da família, somente pessoas diferentes a cada turno e estranhas; constantemente reforça a idéia e as fantasias do paciente, de que esse lugar desconhecido – onde as pessoas estão à beira da morte – é nocivo, altamente estressante e temido.

As lembranças de memórias afetivas encontradas no presente estudo, como medo, pânico, ansiedade e dor, podem ser entendidas a partir do estigma ameaçador desse espaço. Primeiramente pelo caráter emergencial da internação encontrado no estudo, 14 pacientes nunca haviam internado anteriormente em um hospital, principalmente em UTI; 15 pacientes apresentaram patologias cardíacas como diagnóstico inicial, nas primeiras 24 horas; e 13 pacientes internaram na alta complexidade, necessitando de intervenção rápida. Portanto, a internação abrupta precipita no paciente a sensação de que a vida era segura e eventos ruins ocorriam somente com os outros, instantaneamente, cai-se por terra. O paciente passa a sentir-se vulnerável, inseguro, ansioso e, algumas vezes, em pânico, demonstrando total falta de controle sobre si e sobre a própria vida (Novaes et al., 1997).

Assim como o ambiente físico da UTI é percebido como estranho e desconhecido para os pacientes – ou quando associado com algo, associa-se à morte e ao sofrimento – surge, por parte dos pacientes, a necessidade quase vital de buscarem alguma familiaridade. Uma forma de buscá-la é diante das lembranças de rostos, associados a pessoas potencialmente capazes de cuidarem de forma mais eficaz e carinhosa. Muitos pacientes (17) verbalizaram, no momento da coleta dos dados, que *elegiam* um funcionário para o cuidado primário, ou seja, aquele que dava banho melhor, conversava com afeto, respondia com educação sem cansar-se de repetir. Buscavam os rostos daqueles funcionários que perguntavam sobre a família e, principalmente, se preocupavam com os sentimentos de dor. Essa habilidade é uma defesa diante da ameaça e medo. Com o passar do tempo na internação, os pacientes sabiam que, diante daquele rosto, poderiam sentir-se seguros.

O fluxo de pessoas estranhas na unidade ocasionada pela troca de turnos, pelo número de profissionais que atuam diante dos cuidados médicos assistências, é grande, o que pode, muitas vezes, prejudicar a organização psíquica do paciente, quando seu corpo já está completamente desorganizado. Portanto, buscar rostos afetivos e qualificados pode trazer ao paciente a sensação de proteção ao cuidado.

Em relação às variáveis clínicas investigadas no estudo, relacionando-as com a presença ou ausência de sintomas de TEPT, foi encontrada associação significativa entre pacientes com TEPT e a variável delirium e suporte social. Pacientes que fizeram delirium ou estado de confusão orgânico durante internação em UTI e não receberam a presença dos familiares apresentaram uma maior vulnerabilidade em relação à presença

de TEPT. As demais variáveis clínicas não apresentaram associação com a presença de TEPT.

Cabe salientar que estado de confusão ou delirium é uma síndrome psicorgânica que acomete pacientes internados em estado grave em UTI. Apresenta curso e início flutuante, com múltiplas etiologias e é responsável, dentro da UTI, por gerar total instabilidade emocional em pacientes e familiares, bem como ser atualmente preditor de mortalidade em até dois anos após a alta do paciente em UTI (Ely et al., 2004). Costuma ser visto, dentro desta unidade, como um evento comum, muito embora permaneça, assim como o TEPT, subdiagnosticado e banalizado pelas equipes de saúde. Logo, cabe destacar a relevância de profissionais da área da saúde mental estudarem, entenderem e, em especial, informarem equipes assistenciais, a comunidade geral e científica sobre a importância de diagnóstico precoce desses dois preditores, capazes de afetar o paciente que se submeteu à internação em terapia intensiva. A relação existente entre TEPT e delirium se dá através das características dessa síndrome, devido à mesma precipitar, no paciente, alucinações, pesadelos, agitação psicomotora, sensação de desânimo, depressão, além da idéia de que – além da patologia clínica que afeta o seu corpo – a UTI o está enlouquecendo.

Muitas vezes, quando esse fato acontece, no caso do delirium hipoativo, o paciente altera seu estado de consciência entre alucinar e verbalizar fatos reais em poucas horas, e logo retomar a consciência e ficar com a nítida sensação de que está enlouquecendo, envergonhando-se de si e dos outros. Instrospectivo, cala-se diante das coisas que ouve e vê e, quando muito encorajado, verbaliza para o “rosto” mais acolhedor, que está vendo uma cobra no lugar da gravata do médico, por exemplo. Portanto, o delirium pode gerar no paciente o registro de memórias assustadoras e de conteúdo persecutório, consolidando e reforçando, no paciente e em seus familiares, a idéia de que o ambiente de terapia intensiva é ameaçador, novo e traumático.

Cabe salientar que, quanto maior for o tempo de internação, maior a probabilidade de o paciente desenvolver delirium, podendo assim consolidar memórias traumáticas ou delirantes. O tempo de internação em estudos anteriores aparece como um precipitador de TEPT. No presente estudo, foi encontrada correlação estatisticamente significativa entre memórias delirantes e tempo de internação, exatamente de acordo com os dados publicados em estudos importantes no rastreamento de sintomas de TEPT no ambiente de terapia intensiva.

Divididos por complexidade, percebeu-se que os pacientes internados com um quadro clínico mais grave, com índice de complexidade alta, apresentaram, ao longo do tempo, pior qualidade de vida geral, destacando a dimensão psicológica como a mais afetada, se comparada com as demais dimensões que não se apresentaram estatisticamente significativas.

As correlações significativas relacionadas à presença de estresse pós-traumático evidenciaram que as memórias afetivas ou de sentimentos (medo, dor, sensação de desânimo e ansiedade) recordadas pelos pacientes após a alta da UTI se relacionaram de forma significativa com a presença de sintomas de TEPT, destacando as dimensões revivência do trauma e excitabilidade aumentada. A variável idade não apresentou correlação significativa em relação ao TEPT e a nenhuma variável clínica. Já o tempo de internação em dias correlacionou-se de forma positiva com a presença de memórias delirantes. A presença de memórias afetivas relatadas pelos pacientes e a variável gênero apresentou-se no estudo como preditora de TEPT, ou seja, as mulheres apresentaram mais TEPT do que os homens. Sentir medo, ansiedade, desânimo e dor durante a internação em UTI causou TEPT e abalo à qualidade de vida do paciente após a alta.

Na comparação de médias em relação à qualidade de vida e suas dimensões entre os pacientes que apresentavam e não apresentavam TEPT, foram observadas diferenças significativas entre os grupos na qualidade de vida geral e em todas as suas dimensões. Os pacientes com sintomas de TEPT demonstraram pior qualidade de vida que os pacientes sem TEPT. Em relação à qualidade de vida, TEPT e memórias, as memórias delirantes correlacionaram-se de maneira positiva e significativa com TEPT, ou seja, ter pesadelos, alucinações, sonhos e sensação de que as pessoas estão lhe fazendo mal durante a internação na UTI, poderá perdurar, indicando um impacto na qualidade de vida do paciente após a saída do hospital.

Apenas um estudo sobre os eventos estressores foi publicado por Novaes et al. (1997), em que identificaram os principais estressores psicológicos e físicos de 50 pacientes em uma UTI. Na busca desses eventos estressores, os autores utilizaram uma versão traduzida e adaptada para o português da Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI). Eles encontraram, a partir da visão dos pacientes internados, os seguintes estressores: dor, impossibilidade de dormir, ter tubos no nariz e na boca, não ter controle sobre si mesmo e não ter explicações sobre o tratamento. Os mesmos autores constataram que ser do sexo feminino, ser mais jovem, nunca ter internado em

uma UTI e não ser medicado com medicações psicotrópicas foram fatores de risco para os pacientes, que percebem a UTI como um evento altamente estressante.

Alguns dos eventos estressores citados no estudo de Novaes et al. (1997) aparecem no presente estudo, como memórias associadas ao transtorno de estresse pós-traumático. A presença de TEPT em 24,4% esteve associada às recordações com maior frequência de sentir medo, pânico, lembrança de rostos e memória de dor durante a internação, todas estatisticamente significativas. Os pacientes com TEPT lembraram menos de seus familiares do que os pacientes sem TEPT. Sentir a presença de tubo no nariz e na boca, impossibilidade de dormir e falta de controle sobre si mesmo não foram estatisticamente significativas no presente estudo. A ausência de lembrança dos itens altamente estressores apontados na literatura pode mostrar que o uso de um protocolo de sedação e analgesia dentro da terapia intensiva poderá proteger pacientes de desconfortos capazes de perpetuarem-se como lembranças traumáticas, aumentando a prevalência de TEPT nos pacientes críticos (Kress et al., 2003).

A literatura mundial apresenta estudos (Capuzzo et al., 2008; Twigg et al., 2008; Griffiths, 2006) sobre os eventos estressores desencadeados pela internação na UTI, mostrando a importância em conhecer o impacto dessa no paciente crítico, a prevalência de TEPT, os fatores de risco para TEPT e a qualidade de vida desses pacientes após adoecimento.

A prevalência de TEPT em estudos internacionais variou de 8% a 64% dos pacientes estudados. No Brasil, o estudo de revisão de Caiuby et al. (2010) – único publicado sobre o tema – encontrou a prevalência de 17% a 30%. As hipóteses iniciais deste estudo eram de que as memórias delirantes fossem preditoras de TEPT, assim com idade, sexo feminino, uso de sedação, tempo de internação e ventilação mecânica. Além disso, de acordo com a literatura atual (Twigg et al., 2008), as memórias factuais apareceriam como fatores de proteção para TEPT.

No presente estudo, foi encontrada a prevalência de 24,4% dos pacientes com TEPT, as mulheres apresentaram mais TEPT do que os homens, a qualidade de vida dos pacientes seis meses após a alta hospitalar mostrou-se estatisticamente significativa em pacientes com TEPT, ou seja, pacientes com TEPT têm pior qualidade de vida do que pacientes sem TEPT em todas as quatro dimensões. Em relação às memórias do paciente em UTI, houve associação estatisticamente significativa entre memórias afetivas e TEPT. As memórias factuais e delirantes não apresentaram correlação significativa em pacientes com TEPT, embora as memórias delirantes correlacionaram-

se de forma estatisticamente significativa em relação ao tempo de internação e piora na qualidade de vida seis meses depois da alta do hospital.

A pesquisa facilitou o entendimento das repercussões psicológicas, emocionais e comportamentais do paciente a partir das memórias das vivências e dos principais estressores gerados pelo ambiente da UTI. Com base nos resultados levantados, poder-se-á facilitar uma rede de diálogos, ações, programas e políticas assistenciais que auxiliem a equipe intra-hospitalar a compreender as conseqüências emocionais, psíquicas e comportamentais precipitadas pela doença grave e pelo ambiente de terapia intensiva. Avaliar precocemente os fatores de risco e proteção, estimular estratégias interdisciplinares preventivas de TEPT, desenvolver planos de tratamento e prevenção no ambiente de terapia intensiva foram os objetivos clínicos que a investigação científica pode proporcionar.

O acompanhamento do paciente após seis meses da internação pode trazer importantes contribuições para o desenvolvimento de práticas interventivas dentro do ambiente da UTI, promovendo o conhecimento aprofundado das variáveis citadas. Ter o conhecimento de que pacientes com TEPT lembram menos de seus familiares poderá apontar na direção de mudanças no processo assistencial relacionado ao horário de visitas dentro da UTI. Atualmente, no Brasil, são poucas as UTIs que disponibilizam um horário de visita estendido aos familiares. A prática vigente na maioria das UTIs separa pacientes de seus familiares e, por tempo indeterminado, pessoas estranhas passam a determinar quem entra, quem sai, quanto tempo podem ficar ao lado de seus afetos. Pelo adoecimento, as pessoas mais próximas, capazes de fazerem os pacientes reagirem diante da doença, são vetadas do contato com o paciente gravemente enfermo. Saber que a presença dos familiares pode ser um dos fatores de proteção poderá contribuir para uma mudança no paradigma vigente, de que os familiares prejudicam a rotina, a estrutura, o corpo de enfermagem, os médicos e até mesmo o paciente (Orlando, 2002).

O percentual de negativas em torno de 49,47% de pacientes que não apresentaram condição clínica e psíquica para participarem da pesquisa mostrou que os dados levantados pelos sujeitos de pesquisa talvez não demonstrem a qualidade de vida real. Pode-se inferir que pacientes seis meses após a alta hospitalar podem estar com suas vidas limitadas e com grande abalo na continuidade de suas atividades cotidianas e qualidade de vida relacional. O estudo transversal apresenta limitações que talvez um estudo longitudinal pudesse responder. Em função de o prazo estipulado para o presente

estudo não permitir um estudo longitudinal, destaca-se esse aspecto como uma limitação importante ao resultado geral do mesmo.

É importante salientar algumas outras limitações ao presente estudo, o que poderá contribuir para futuras reflexões e pesquisas. Uma das limitações mais importantes refere-se ao tamanho da amostra. Estimava-se avaliar 60 pacientes de um total de 342 pacientes internados no período de três meses consecutivos, mas a condição clínica dos pacientes mostrou-se frágil e com significativo abalo na qualidade de vida dos mesmos. Conforme referido na descrição da amostra, 159 pacientes foram considerados elegíveis para o estudo; entretanto, 23 negaram-se a participar, 58 pacientes apresentaram alguma morbidade física ou psíquica após internação e 37 não foram localizados. Entre as morbidades pós-alta, destacaram-se seqüelas neurológicas, comprometimento emocional, déficit cognitivo, visual e auditivo, dificuldade em locomoção, depressão, entre outras patologias incapacitantes. Foram realizadas 249 ligações telefônicas para realização do estudo, resultando em um n=41 pacientes. Aproximadamente (n=58) 49,15% encontravam-se, segundo relatos de familiares, com doenças demenciais, afásias, déficit cognitivo após o adoecimento, hemiplegias, paresias, doença psiquiátrica grave, entre outros comprometimentos que inviabilizaram a participação destes sujeitos no estudo. Notoriamente, percebeu-se um abalo importante na qualidade de vida dos pacientes após a alta da UTI.

Pôde-se identificar a prevalência de sintomas de TEPT na população estudada, os preditores para TEPT, assim como conhecer a associação entre as memórias mais lembradas pelos pacientes durante a internação e TEPT. Entretanto, os dados anteriores à testagem, através de contato telefônico, mostraram que a qualidade de vida de pacientes internados na UTI encontrava-se comprometida em função das seqüelas referidas pelos familiares. Pode-se inferir, a partir desse dado, que o abalo na qualidade de vida do paciente seis meses após a internação na UTI seja muito superior ao encontrado. É possível atribuir a dificuldade apresentada pelo paciente à média de idade dos internados nessa UTI ser superior a 65 anos, de acordo com os dados epidemiológicos fornecidos pelo Serviço de Epidemiologia da Instituição estudada. No presente estudo, a média de idade encontrada foi de 59,6 anos. Pode-se considerar que somente os pacientes que estavam melhores emocionalmente e fisicamente aceitaram em participar do estudo.

Outra possível limitação do estudo refere-se ao Instrumento Memory Tool. Esse instrumento foi utilizado para auxiliar o paciente a identificar quais as recordações que

teve da internação na UTI e se essas se apresentaram claramente ou vagamente desse período. Alguns itens referentes às lembranças podem ter deixado de mostrar aspectos relevantes para a realidade da UTI pesquisada. Alguns pacientes, ao marcarem as lembranças, sugeriram itens que poderiam ser contemplados no instrumento. Cinco pacientes referiram, durante a coleta, que seria importante identificar no instrumento a presença da enfermagem ou técnicos de enfermagem que cuidaram diretamente do mesmo (rostos). Quando perguntados sobre a figura do médico, esses referiam que lembravam mais dos técnicos de enfermagem, mas, na ausência desse profissional na lista de itens, associaram com a figura do médico ou de cuidados técnicos. Outros pacientes sugeriram a incorporação de itens relacionados à sede, cama, agulhas, falta de privacidade, desejo de evacuar, cheiros desagradáveis, gosto ruim na boca, entre outros itens. A incorporação de novos itens no instrumento talvez mostrasse ainda mais a realidade de uma UTI brasileira, da cultura local, interferindo sobremaneira na composição dos critérios selecionados por Granja et al. (2005), autores do instrumento Memory Tool, em relação às memórias factuais, afetivas e delirantes. Alguns dos itens citados pelos pacientes poderiam estar relacionados a fatores de risco e a fatores de proteção para TEPT, influenciando o resultado geral.

CONCLUSÃO

Alguns resultados encontrados no presente estudo estão em conformidade com os encontrados nos estudos de revisão bibliográfica. Destaca-se que as memórias afetivas, ou seja, sentir medo, pânico e dor, foram positivamente associadas ao TEPT. Sentir medo, dor, pânico são eventos estressores em uma UTI e fazem com que os pacientes registrem e consolidem memórias capazes de incitar a revivência, o entorpecimento ou até a excitabilidade aumentada da experiência vivenciada. Estado confusional agudo ou delirium é uma das complicações mais comumente encontradas dentro da terapia intensiva. Delirar ou não lembrar da experiência aparece na literatura com forte fator de risco para TEPT (Granja et al., 2008) em função da alteração da consciência e do registro de falsas memórias (Loftus, 2003). É possível que pacientes consolidem em sua memória experiências não reais, embora as relatem como sendo reais. O registro mnêmico passa a ser o registro da representação e não da experiência vivida verdadeiramente.

As mulheres apresentaram mais TEPT do que os homens. As variáveis clínicas pesquisadas não apresentaram significância estatística no presente estudo, ao contrário do que se encontra na literatura. No estudo de Griffiths (2006), variáveis clínicas como ventilação mecânica, internação prolongada, ser contido mecanicamente e fazer quadros delirantes durante a internação são considerados fatores de risco para TEPT, sendo percebidos pela comunidade científica como altamente estressores. No presente estudo, destaca-se que os mesmos fatores de risco não apresentaram significância estatística em relação à presença ou não de TEPT.

Alguns dados chamam a atenção no estudo: poucos pacientes lembraram-se do tubo no nariz (n=19), na boca (n=12) e da aspiração traqueal (n=04), considerados procedimentos estressantes, causadores de medo para os pacientes. Pode-se considerar que a UTI estudada preocupa-se com a sedação e analgesia do paciente diante de um momento de maior risco ou gravidade durante a internação, sendo esse protocolo clínico considerado um fator de proteção para TEPT. Assim, estar sedado diante de maiores desconfortos poderá levar o paciente a não registrar em sua memória desconfortos que estão na percepção coletiva dos pacientes como os mais estressantes e dolorosos.

Entretanto, alguns resultados apresentaram-se diferentes dos encontrados na literatura: o tempo de internação prolongado, ou seja, acima de dez dias de internação é apontado em estudos de revisão como fator de risco para TEPT (Jackson et al., 2010). Contudo, no presente estudo, não foi encontrada significância estatística para essa variável independente.

A internação na UTI é marcante na vida dos indivíduos que por elas passaram. Mesmo que quase 25% dos pacientes apresentem sintomas de TEPT, sabe-se que a maioria dos pacientes percebe a internação como um evento importante, podendo ser visto como positivo ou negativo. Alguns pacientes consideram o evento internação na UTI, como uma marca importante de sua sobrevivência, da continuidade a vida, ou seja, marca da vitória em sobreviver. Outros, no entanto, registram o evento como uma experiência traumática, capaz de existir em suas memórias para o resto da vida, como a marca importante de um total abalo à saúde física, psíquica e à qualidade de vida. Assim, fica a marca de um trauma que incapacita, adocece ainda mais, ficando da experiência a *cicatriz* da terapia intensiva.

O presente estudo buscou identificar as lembranças dos pacientes em terapia intensiva, a presença ou não de sintomas de TEPT e os fatores de risco e de proteção para o TEPT e, a partir dos resultados, oportunizar aos profissionais da saúde que se

dedicam aos pacientes gravemente enfermos, a possibilidade de desenvolver protocolos clínicos, condutas e manejos capazes de reduzir as recordações traumáticas do paciente, proporcionando uma prática médico-assistencial baseada na evidência clínica, reduzindo, com isso, os danos causados por esse ambiente e as repercussões emocionais consolidadas a partir das memórias traumáticas da terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

- Amaral, J. L. G. *Sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular em UTI*. (Organização, Associação de Medicina Intensiva) São Paulo: Atheneu, 1997.
- Araújo Neto, J. P. (1983). Centro de tratamento intensivo e anestesiologia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 33, 63-65.
- Associação Americana de Psiquiatria (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Auquier, P., Simeoni, M. C., & Menchizabal, H. (1997). Approches théoriques et méthodologiques de la qualité de vie liée à la santé. *Revue Prevenir*, 33, 77-87.
- Badia-Castelló, C., Trejullano-Cabello, J., Serviá-Goixart, L., March-Llanes, J., & Rodriguez-Pozzo, A. (2006). Recall and memory after intensive care unit stay. Development of posttraumatic stress disorder. *Medicina Clinica*, 126(15), 561-566.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. T. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B., et al. (2004). Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(Supl. 1), 55-62.
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2002). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. (2a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Biaggi, T. M. (1997). *Psicologia aplicada à terapia intensiva*. São Paulo: Instituto Nêmeton. Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde.
- Biaggi, T. M. (2002). *A atuação do psicólogo hospitalar em unidade de terapia intensiva: adultos*. São Paulo: Instituto Nêmeton. Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde.
- Bittencourt, A. G. V., Neves, F. B. C. S., Dantas, M. P., Albuquerque, L. C., Melo, R. M. V., Almeida, A. M. et al. (2007). Análise de estressores para o paciente em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19, 53-59.
- Breslau, N., Chase, G. A., & Anthony, J. C. (2002). The uniqueness of the DSM definition of post-traumatic stress disorder: implications for research. *Psychological Medicine*, 32(4), 573-576.
- Caiuby, A. V. S., Andreoli, P. B. A., & Andreoli, S. B. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 22(1), 77-84.
- Capuzzo, M., Valpondi, V., Cingolani, E., De Luca, S., Gianstefani, G., Grassi, L., et al. (2004). Application of the Italian version of the Intensive Care Unit Memory tool in the clinical setting. *Critical Care Medicine*, 8, 48-55.

- Capuzzo, M., Valpondi, V., Cingolani, E., Gianstefani, G., De Luca, S., Grassi, L., et al. (2005). Post-traumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Minerva Anestesiologica*, 71(4), 167-179.
- Capuzzo, M. S, Bertacchini, S., Jones, C., Griffiths, R., Ambrosio, M., Bondanelli, R., et al. (2008). Patients with PTSD after intensive care avoid hospital contact at 2-year follow-up. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 52(2), 313-314.
- Carlson, E. B. (2001). Psychometric study of a brief screen for PTSD: Assessing the impact of multiple traumatic events. *Assessment*, 8(4), 431-441.
- Corrigan, J., Samuelson, K. A., Fridlund, B., & Thomé, B. (2007). The meaning of post traumatic stress – reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive & Critical Care Nursing*, 23, 206-215.
- Costa, J. B., & Marcon, S. S. (2009) Elaboração e avaliação de um instrumento para identificar memórias referentes à Unidade de Terapia Intensiva. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 223-230.
- Cuthebertson, B. H., Stracham, M., & Seatt, J. (2003). Posttraumatic stress disorder after critical illness requiring general intensive care. *Intensive Care Medicine*, 30, 450-455.
- Dantas, R. A. S., & Marosti, C. A. (2006). Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 190-195.
- Datasus, Ministério da Saúde (2008). Informações em saúde: internações hospitalares no ano de 2008. Recuperado em janeiro de 2009, de <http://www.datasus.gov.br>.
- Davydow, D. S., Gifford, J. M., Desai, S. M., Needham, D. M., & Bienvenu, O. J. (2008). Posttraumatic stress disorder in general intensive care units survivors: a systematic review. *General Hospital Psychiatric*, 30(5), 421-434.
- Deja, M., Denke, C., Weber-Carstens, S., Schröder, J., Pille, E. C., Hokema, F., et al. (2006). Social support during intensive care unit stay might improve mental impairment and consequently health-related quality of life in survivors of severe acute respiratory distress syndrome. *Journal Critical Care Nursing*, 10(5), 147-149.
- Dowdy, D. W., Eid, M. P., Sedrakyan, A., Mendez-Tellez, P. A., Pronovost, P. J., Herridge, M. S., et al. (2005). Quality of life in adult survivors of critical illness: a systematic review of literature. *Intensive Care Medicine*, 31(5), 611-620.
- Ely, W. E., Shintani, B., Speroff, T. & Gordon, S. M. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, 291, 1753-1762.
- Figueira, I., & Mendlowicz, M. (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(supl. 1), 12-16.

- Fildissis, G., Zidianakis, V., Tsigou, E., Koulenti, D., Katostaras, F., Economou, A., et al. (2007). Quality of life outcome of critical care survivors eighteen months after discharge from intensive care. *Croat Medical Journal*, 48, 814-821.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-breve. *Revista de Saúde Pública*, 34, 178-183.
- Gallo, J. J., Reichel, W., & Andersen, L. M. (1995). *Handbook of geriatric assessment*. Aspen Publishers, Gaithersburg: Maryland.
- Giannello, A. L. (1996). Health outcomes research in Hispanics Latinos. *Journal of Medical Systems*, 21, 235-254.
- Gil, R. (2002). Neuropsicologia. *Distúrbios da memória*. Santos, 14, 170-180.
- Girard, T. D., Shintani, A. K., Jackson, J. C., Gordon, S. M., Pun, B. T., Henderson, M. S., et al. (2007). Risk factors for post-traumatic stress disorder symptoms following critical illness requiring mechanical ventilation: a prospective cohort study. *Critical Care*, 11, 118-128.
- Góis, C. F. L., & Dantas, R. A. S. (2004). Estressores em uma unidade de pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 22-27.
- Gold, M. R., Patrick, D. L., Torrance, G. W., Fryback, D. G., Hadorn, D. C., Kamlet, M. S., et al. (1996). Identifying and valuing outcomes. In M. R. Gold, J. E. Siegel, L. B. Russell, & M. C. Weinstein (Orgs.). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. (pp. 82-123). Nova York: Oxford University Press.
- Granja, C., Teixeira-Pinto, A., & Costa Pereira, A. (2002). Qualidade de vida após cuidados em terapia intensiva: avaliação com EQ-5D. *Intensive Care Medicine*, 28, 898-907.
- Granja, C., Lopes, A., Moreira, S., Dias, C., Costa-Pereira, A., & Carneiro, A. JMIP Study Group. (2005). Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. *Critical Care Medicine*, 9, 96-109.
- Granja, C., Gomes, E., Amaro, A., Ribeiro, O., Jones, C., Carneiro, A., et al. JMIP Study Group. (2008). Understanding posttraumatic stress disorder-related symptoms after critical care: The early illness amnesia hypothesis. *Critical Care Medicine*, 36(10), 2801-2809.
- Green, B. L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: an update. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 341-362.
- Griffiths, J. (2006). A self-report-based study of the incidence and associations of sexual dysfunction in survivors of intensive care treatment. *Intensive Care Medicine*, 32(3), 445-451.

- Griffiths, J., Fortune, G., Barber, V., & Young, J. D. (2007). The prevalence of posttraumatic stress disorder in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 33(9), 1506-1518.
- Hauer, D., Weis, F., Krauseneck, T., Vogeser, M., Schelling, G., & Roozendaal, B. (2009). Traumatic memories, post-traumatic stress disorder and serum cortisol levels in long-term survivors of the acute respiratory distress syndrome. *Brain Research*, 1293, 114-120.
- Hewitt, J. (2002). Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 575-584.
- Hofhuis, J. G., Spronk, P. E., Vansetl, H. F., Schrijvers, A. J., Rommes, J. H. & Bakker, J. (2007). Quality of life before intensive care unit admission is a predictor of survival. *Intensive & Critical Care Nursing*, 11, 78-82.
- Helene, A. F., & Xavier, G. F., (2003). A construção da atenção a partir da memória. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(2), 12-20.
- Hurel, D., Loirat, P., Saulnier, F., Nicolas, F., & Brivet, F. (1997). Quality of life 6 months after intensive care: results of a prospective multicenter study using a generic health status scale and a satisfaction scale. *Intensive Care Medicine*, 23, 331-337.
- Izquierdo, I. (2004). O estudo da mente humana. *Revista Multiciência*, 03.
- Jackson, J. C., Hart, R. P., Gordon, M. S., Hopkins, R. O., & Ely, W. E. (2007). Post traumatic stress disorder and post traumatic stress symptoms following critical illness in medical ICU patients: Assessing the magnitude of the problem. *Critical Care*, 11(1), R27. Review.
- Jackson, D. L., Proudfoot, C. W., Cann, K. F., Walsh, T. (2010). A systematic review of the impact of sedation practice in the ICU on resource use, costs and patient safety. *Critical Care*, 14(2), R59.
- Jones, C., Griffiths, R. D., & Humphris, G. & Skirrow, P. M. (2000). Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory*, 8, 79-94.
- Jones, C., Griffiths, R. D., & Humphris, G. (2000). Preliminary validation of the ICUM tool for assessing memory of the intensive care experience. *Clinical Intensive Care*, 11, 251-255.
- Jones, C., Griffiths, R. D., Humphris, G., & Skirrow, P. M. (2001). Memory, delusions, and the development of acute posttraumatic stress disorder-related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine*, 29, 573-580.
- Jones, C., & McDougall, M. (2003). The challenge of the diagnosis of stress intensive well-taken care of following reactions and of precocious intervention: A revision. *Clinical Intensive Care*, 14, 85-89.

- Jones, C., Bäckman, C., Capuzzo, M., Flaatten, H., Rylander, C., & Griffiths, R. D. (2007). Precipitants of post-traumatic stress disorder following intensive care: A hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Medicine*, *33*, 978-985.
- Kapfhammer, H. P., Rothenhäusler, H. B., Krauseneck, T., Stoll, C., & Schelling, G. (2004). Posttraumatic stress disorder and health-related quality of life in long-term survivors of acute respiratory distress syndrome. *American Journal of Psychiatry*, *161*(1), 45-52.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological. *JAMA*, *21*(185), 914-919.
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *25*(Supl I), 31-36.
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical Care Medicine*, *13*, 818- 829.
- Knobel, E., Novaes, M. A., & Karam, C. H. (1998). Humanização no CTI: uma questão de qualidade. Experiência do CTI do Hospital Albert Einstein. *Revista Âmbito Hospitalar*, *2*, 19-27.
- Knobel, E. (1999). *Conduitas no paciente grave*. (2a ed.). São Paulo: Atheneu.
- Knobel, E., Andreoli, P., Erlichaman, M. (2008). *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu.
- Kristensen, C. H. (2005). *Estresse pós-traumático: Sintomatologia e funcionamento Cognitivo*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, RS.
- Kress, J. P., Gehlbach, B., Lacy, M., Pliskin, N., Pohlman, A. S., & Hall, J. B. (2003). The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, *168*, 1457-61.
- Lemos, R. C. A., & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, *10*, 345-357.
- Löf, L., Berggren, L., & Ahlström, G. (2006). Severely ill ICU patients recall of factual events and unreal experiences of hospital admission and ICU stay--3 and 12 months after discharge. *Intensive & Critical Care Nursing*, *22*(3), 154-166.
- Loftus, E. (2003). Make-believe memory. *American Psychologist*, 864-873.
- McNally, R. J. (1998). Experimental approaches to cognitive abnormality in posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, *18*, 971-982.

- Machado, F. O., Basso, G., Margarida, C. S., & Moritz, R. D. (2007). Avaliação da qualidade e satisfação de vida dos pacientes antes da internação na Unidade de Terapia Intensiva e após a alta hospitalar. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19, 60-66.
- Marra, T. A., Pereira, L. S. M., Faria, C. D. C. M., Pereira, D. S., Martins, M. A. A., & Tirado, M. G. A. (2007). Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11, 267-273.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Moritz, R. D. (2005). A morte e o morrer nas unidades de terapia intensiva. In C. M. David. *Medicina intensiva*. (pp. 68-78). Rio de Janeiro: Revinter
- Nickel, M., Leiberich, P., Nickel, C., Tritt, K., Mitterlehner, F., Rother, W. et al. (2004). The occurrence of posttraumatic stress disorder in patients following intensive care treatment: a cross-sectional study in a random sample. *Journal of Intensive Care Medicine*, 19(5), 285-290.
- Novaes, M. A., Aronovich, A., Ferraz, M. B., & Knobel, E. (1997). Stressors in ICU: patients evolution. *Intensive Care Medicine*, 23, 1282-1285.
- Orlando, J. M. (2002). *UTI: muito além da técnica*. Humanização e a arte do intensivismo. São Paulo: Atheneu.
- Paes, M. J. (2000). Reflexões sobre a importância da mente na recuperação do paciente em coma. *Revista O Mundo da Saúde*, 24(4), 249-254.
- Papadopoulos, N. (2008). Memories of the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 36, 1006-1007.
- Pattison, N. (2005). Implications psychologies in patients intensive care. *British Journal of Nursing*, 14, 708-714.
- Rattray, J. E., Johnston, M., & Wildsmith, J. A. (2005). Predictors of emotional outcomes of intensive care. *Anaesthesia*, 60(11), 1085-1092.
- Ringdal, M., Johansson, L., Lundberg, D., & Bergbom, I. (2006). Delusional memories from the intensive care unit – Experienced by patients with physical trauma. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22, 346-354.
- Ringdal, M., Plos, K., Lundberg, D., Johansson, L., & Bergbom, I. (2009). Outcome after injury: memories, health-related quality of life, anxiety and symptoms of depression after intensive care. *The Journal of Trauma*, 66(4), 1226-1233.
- Richter, J. C. Waydhas, C., & Pajonk, F. C. (2006). Incidence of post traumatic stress disorder after prolonged surgical intensive care unit treatment. *Psychosomatics*, 47, 223-30.

- Roberts, B. L., Rickard, C. M., Rajbhandari, D., & Reynolds, P. (2007) Factual memories of ICU: recall at two years post-discharge and comparison with delirium status during ICU admission - a multicentre cohort study. *Journal of Clinical Nursing, 16*, 1669-1677.
- Rothenhäusler, H. B., Grieser, B., Nollert, G., Reichart, B., Schelling, G., & Kapfhammer, H. P. (2005). Psychiatric and psychosocial outcome of cardiac surgery with cardiopulmonary bypass: a prospective 12-month follow-up study. *General Hospital of Psychiatry, 27*(1), 18-28.
- Rotondi, A. J., Chelluri, L., Sirio, C., Mendelsohn, A., Schulz, R., Belle, S., et al. (2002). Patient's recollection of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine, 30*, 746-752.
- Rundshagen, I., Schnabel, K., Wegner, C., & Schulte, J. (2002). Incidence of recall, nightmares, and hallucinations during analog sedation in intensive care. *Intensive Care Medicine, 28*, 38-43.
- Sackey, P. V., Martling, C. R., Carlswärd, C., Sundin, O., & Radell, P. J. (2008). Short- and long-term follow-up of intensive care unit after sedation with isoflurane and midazolam: a pilot study. *Critical Care Medicine, 36*, 801-803.
- Samuelson, K. A., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2006). Memory in relation to depth of sedation in adult mechanically ventilated intensive care patients. *Intensive Care Medicine, 32*(5), 660-667.
- Samuelson, K. A., Lundberg, D., & Fridlund, B. (2007). Stressful experiences in relation to depth of sedation in mechanically ventilated patients. *Nursing Critical Care, 12*, 93-104.
- Scliar, J. M. (1996). *A paixão transformada*. História da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 2, 71-77.
- Schelling, G. (2008). Post traumatic stress disorder in somatic disease: lessons from critically ill patients. *Progress in Brain Research, 167*, 229-237.
- Scragg, P., Jones, A., & Fauvel, N. (2001). Psychological problems following ICU treatment. *Anaesthesia, 56*(1), 9-14.
- Sebastiani, R. W. (1984). Atendimento psicológico na UTI. In V. A. Angerami Camon (Org.). *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. São Paulo: Traço.
- Stein, F. C., Barros, R. K., Feitosa, F. S., Toledo, D. O., Silva Junior, J. M., Ísola, A. M. et al. (2009). Fatores prognósticos em pacientes idosos admitidos em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 21*(3), 255-261.
- Storli, S. L., & Lind, R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: patients perspective. *Scandinavian Journal Caring Science, 23*(1), 45-46.

- Twigg, E., Humphris, G., Jones, C., Bramwell, R., & Griffiths, R. D. (2008). Screening questionnaire for post traumatic stress disorder on a sample of UK ICU patients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, *52*, 202-208.
- The Whoqol Group (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley (Org.). *Quality of life assessment: international perspectives* (pp. 41-46). Heidelberg: Springer Verlag.
- The Whoqol Group (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-bref. Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, *28*, 551-558.
- Wallen, K. (2008). Symptoms of acute posttraumatic stress disorder after intensive care. *JAMA*, *17*, 534-543.
- Weinert, C. R., & Mann, H. J. (2008). The science of implementation: changing the practice of critical care. *Critical Care*, *14*(4), 460-465.
- Williams, S. L. (2009). Recovering from the psychological impact of intensive care: how constructing a story helps. *Nursing in Critical Care*, *14*(6) 281-288.
- Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1705-1713.

APÊNDICES**APÊNDICE A – Planilha de Dados Sócio-demográficos e Variáveis Clínicas**

Nome	
Idade	
Sexo	
Profissão	
Escolaridade	
Estado Civil	
Tempo de Internação	
Suporte Social	
Ventilação Mecânica	
Contenção Mecânica	
Sedação	
Delirium	
CID	
Doença Prévia	
Doença Psiquiátrica	
Índice de Katz	
Apache II	

APÊNDICE B – Texto Explicativo Apresentado ao Paciente por Telefone

Prezado(a) Sr(a).

Meu nome é Karla Rovatti e represento o Serviço de Psicologia da UTI do Hospital Mãe de Deus, onde o(a) senhor(a) esteve internado no mês de..... Estamos realizando uma pesquisa, a fim de sabermos como o(a) senhor(a) encontra-se atualmente quanto a sua saúde. Para isso, gostaríamos de saber quais as recordações o(a) senhor(a) tem do período em que esteve internado(a).

Para isso, precisaria que o(a) senhor(a) tivesse disponibilidade de retornar ao Hospital, onde terei a possibilidade de informar-lhe sobre a pesquisa.

Em caso afirmativo: O(A) senhor(a) teria disponibilidade de retornar ao Hospital no dia xx e no horário xy na recepção central (acesso 1) na sala de relacionamento?

Em caso de negativa: Agradeço a atenção em nome do Serviço de Psicologia da UTI.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado(a) senhor(a):

Meu nome é Karla Rovatti e represento o Serviço de Psicologia da UTI do Hospital Mãe de Deus (HMD) onde o(a) senhor(a) esteve internado no mês de..... Estamos realizando uma pesquisa, a fim de saber como o(a) senhor(a) encontra-se atualmente quanto a sua saúde. Para isso, gostaríamos de saber quais as recordações o(a) senhor(a) tem do período em que esteve internado.

Objetivamos, a partir desta pesquisa, conhecer quais as recordações que você tem a respeito de sua internação na UTI após seis meses de sua alta. Pretendemos avaliar atualmente como está sua qualidade de vida e principalmente se o período de internação na UTI gerou ou não recordações.

Sua participação se dará através da aplicação de uma bateria de quatro questionários com duração aproximada de 40 minutos. Seguem respectivamente: Questionário 1: Atividades de vida diária (como você está realizando suas atividades diariamente). Questionário 2: Recordações da UTI (o que você lembra do período de internação). Questionário 3: Perguntas sobre qualidade de vida (como você percebe sua saúde atualmente). Questionário 4: Estresse após internação na UTI (se você percebe-se estressado atualmente).

A pesquisa será realizada pelo Serviço de Psicologia da UTI, e precisaremos buscar informações contidas no prontuário disponível no SAME da Instituição. A participação nesse estudo é voluntária e se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade em fazê-lo. A decisão por não participar deste estudo não lhe trará nenhum tipo de prejuízo.

O presente estudo poderá trazer lembranças que talvez sejam desagradáveis, entretanto, eu – na condição de pesquisadora responsável – e o Serviço de Psicologia da Instituição estarei disponível para atendê-lo sem custo por oito sessões psicoterápicas, caso sinta-se incomodado durante a coleta de dados desta pesquisa ou por qualquer razão que o faça perceber a necessidade de atendimento psicológico.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas por mim, pelo telefone (51) 9355.1005 e (51) 3230.2038, ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Mãe de Deus, pelo telefone (51) 3230.2030. Se preferir, pode entrar em contato com o orientador da pesquisa Dr. Maycoln Teodoro pelo e-mail mteodoro@unisinós.br.

Atenciosamente

Psicóloga Karla Bender Rovatti – CRP: 07/05385

Eu.....(nome do participante), declaro que fui informado de forma clara e detalhada sobre os objetivos da pesquisa e consinto em participar deste estudo, declarando ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento e assinado duas vias.

Nome Completo

Assinatura:

Data:

ANEXOS

ANEXO A – Índice de Katz – Inventário de Atividades de Vida Diária

1. Tomar banho (esponja, chuveiro ou banheira):
 - (I) Não precisa de ajuda.
 - (A) Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo (costas ou pernas).
 - (D) Precisa de ajuda para higiene completa (ou não toma banho).
2. Vestir-se:
 - (I) Pega as roupas e veste-se sem nenhuma ajuda.
 - (A) Pega as roupas e veste-se sem ajuda, com exceção de amarrar os sapatos.
 - (D) Precisa de ajuda para pegar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou completamente não vestido.
3. Ir ao banheiro:
 - (I) Vai ao banheiro, faz a higiene, e se veste sem ajuda (mesmo usando um objeto para suporte como bengala, andador, cadeira de rodas, e pode usar urinol à noite, esvaziando este de manhã).
 - (A) Recebe ajuda para ir ao banheiro, ou para fazer a higiene, ou para se vestir depois de usar o banheiro, ou para uso do urinol a noite.
 - (D) Não vai ao banheiro para fazer suas necessidades.
4. Locomoção:
 - (I) Entra e sai da cama, assim como da cadeira, sem ajuda (usando objeto para suporte, como bengala ou andador).
 - (A) Entra e sai da cama ou da cadeira com ajuda.
 - (D) Não sai da cama.
5. Continência:
 - (I) Controla a urina e movimentos do intestino completamente por si próprio.
 - (A) Tem acidentes ocasionais.
 - (D) Supervisão ajuda a manter controle de urina ou intestino, cateter é usado, ou é incontinente.
6. Alimentação:
 - (I) Alimenta-se sem ajuda.

(A) Alimenta-se, com exceção no caso de cortar carne ou passar manteiga no pão.

(D) Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou completamente por meio de tubos ou fluidos intravenosos.

Quando o paciente não souber informar, favor anotar que a informação não foi dada por ele.

B) Sobre o paciente — Atividades instrumentais da vida diária

As alternativas devem ser escolhidas em relação aos últimos 30 dias

1. Telefone:

(I) É capaz de olhar os números, discar, receber e fazer chamadas sem ajuda.

(A) É capaz de receber chamadas ou ligar para a telefonista em uma emergência, mas necessita de um telefone especial ou ajuda para pegar o número ou discar.

(D) É incapaz de usar o telefone (escreva “não se aplica” se o paciente nunca recebeu uma chamada ou usou o telefone).

2. Locomoção fora de casa:

(I) É capaz de dirigir seu próprio carro ou andar em um ônibus ou de táxi sozinho.

(A) É capaz de se locomover fora de casa, mas não sozinho.

(D) É incapaz de se locomover fora de casa.

3. Compras:

(I) É capaz de tomar conta de todas as compras, desde que o transporte seja providenciado.

(A) É capaz de fazer compras, mas não sozinho.

(D) É incapaz de fazer compras.

4. Preparar a comida:

(I) É capaz de planejar e preparar uma refeição completa.

(A) É capaz de preparar pratos simples, mas incapaz de cozinhar uma refeição completa sozinho.

(D) É incapaz de preparar qualquer comida. (Se o paciente nunca foi responsável por preparar uma refeição, pergunte algo como fazer sanduíche, pegar uma fruta

para comer, etc. Verificar se essas atividades diminuíram e marcar da mesma forma.)

5. Trabalho doméstico:

- (I) É capaz de fazer o trabalho doméstico pesado (exemplo: limpar o chão).
- (A) É capaz de fazer o trabalho doméstico leve, mas precisa de ajuda nas tarefas pesadas.
- (D) É incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico.

6. Medicação:

- (I) É capaz de tomar as medicações na dose e hora certa.
- (A) É capaz de tomar as medicações, mas precisa ser lembrado ou alguém precisa preparar a medicação.
- (D) É incapaz de tomar sozinho suas medicações.

7. Dinheiro:

- (I) É capaz de fazer as compras de coisas necessárias, preencher cheques e pagar contas.
- (A) É capaz de fazer as compras de uso diário, mas necessita de ajuda com o talão de cheques e para pagar as contas.
- (D) É incapaz de lidar com dinheiro.

Abreviações: I = independente, A = assistência, D = dependente

Fonte: Gallo et al., 1995 (tradução para o português de Márcia Scazufca)

ANEXO B – Memory Tool – Questionário sobre Memórias da UTI

1. Lembra-se de ser internado no hospital?
 1. Claramente
 2. Vagamente
 3. De nada
2. Consegue lembrar-se do período do hospital antes de ter sido internado na unidade de terapia intensiva (UTI)?
 1. Tudo
 2. Alguma coisa
 3. Nada
3. Lembra-se de ter estado na UTI?
 1. Sim
 2. Não
- 4 a. Lembra-se da internação claramente?
 1. Sim
 2. Não
- 4 b. Do que é que se lembra? (assinale com um círculo aquilo que se lembra)
 1. Família
 2. Tubo para respirar
 3. Tubo no nariz
 4. Sentir que as pessoas queriam fazer mal
 5. Alarme
 6. Aspiração
 7. Visita médica
 8. Alucinações
 9. Vozes
 10. Estar desconfortável
 11. Sentir-se confuso
 12. Pesadelos
 13. Luzes
 14. Escuridão
 15. Sentir-se desanimado
 16. Sonhos

17. Rostos
18. Relógio
19. Sentir-se ansioso/com medo
20. Pânico
21. Dor
22. Outras

4 c. Teve alguma vez a impressão de que alguém o queria magoar ou fazer-lhe mal enquanto esteve na UTI? Descreva seus sentimentos.

4 d. Teve pesadelos ou alucinações enquanto esteve na UTI? Descreva-os:

5. Lembra-se de ser transferido da UTI para a enfermaria?

1. Claramente
2. Vagamente
3. Nada

6. Teve alguma sensação de pânico ou apreensão?

1. Sim
2. Não

6 a. Se sim, o que estava fazendo quando teve essas sensações?

7. Tem tido qualquer tipo de recordação intrusiva (isto, é, pensamentos repetitivos, dos quais não consegue se libertar) do tempo em que esteve no hospital ou do fato que motivou a internação?

1. Sim
2. Não

7 a. Se sim, o que estava fazendo quando lhe surgiram essas recordações?

7 b. Em que consistiram essas recordações (tubo no nariz, pesadelos assustadores.)

8. Com quem falou sobre o que lhe aconteceu na UTI?

1. Um familiar
2. Uma enfermeira
3. Médico plantonista
4. Um amigo
5. Seu médico assistente

Tradução Cristina Granja

Versão traduzida de ICU memory questionnaire

ANEXO C – Escala de Rastreamento de Sintomas de Estresse Pós-Traumático (SPTSS)

No espaço em branco antes de cada pergunta, coloque um número para dizer o quanto cada coisa tem acontecido com você durante as últimas duas semanas. Use a escala abaixo para decidir qual número colocar no espaço em branco. Coloque “0” se você nunca teve a experiência durante as duas últimas semanas e coloque “10” se isto estava acontecendo com você ou se aconteceu todos os dias nas últimas duas semanas. Se aconteceu algumas vezes, mas não todos os dias, coloque um dos números de “0 a 10” para mostrar o quanto.

(nunca) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (sempre)

1. Eu não tenho vontade de fazer coisas que eu gostava de fazer.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Eu não consigo lembrar muito de coisas ruins que aconteceram comigo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Eu me sinto afastado e isolado de outras pessoas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Eu tento não pensar sobre coisas que me lembram de algo ruim que aconteceu comigo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Eu me sinto entorpecido. Eu não sinto emoções tão fortemente quanto costumava sentir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Eu tenho dificuldades em me concentrar sobre coisas ou prestar atenção em algo por um longo período de tempo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Eu tenho dificuldade de pensar no futuro e em acreditar que viverei até uma idade avançada.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Eu me sinto muito irritável e perco o controle.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Eu evito fazer coisas ou estar em situações que possam me lembrar de algo terrível que aconteceu comigo no passado.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Eu estou muito alerta ao ambiente que me cerca e nervoso sobre o que está acontecendo ao meu redor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Eu me encontro repetidamente lembrando coisas ruins que me aconteceram, mesmo quando não quero pensar sobre elas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Eu fico sobressaltado ou surpreso muito facilmente e “pulo” quando ouço um som repentino.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Eu tenho sonhos ruins sobre coisas terríveis que me aconteceram.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Eu fico muito perturbado quando algo me lembra alguma coisa ruim que me aconteceu

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Eu tenho dificuldade em adormecer ou permanecer dormindo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Quando algo me lembra de alguma coisa ruim que aconteceu, me sinto trêmulo, suado, nervoso e meu coração bate realmente rápido.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. De repente eu me sinto como se estivesse de volta ao passado, em uma situação ruim na qual eu já estive, e é como se isto estivesse acontecendo de novo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SPTSS versão 1.0 copyright Eve Carlson

Traduzido e adaptado por Christian H. Kristensen (2005)

ANEXO D – Protocolo de Aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa

**ANEXO E – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização
Mundial da Saúde (WHOQOL-breve)**

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito /nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre <i>o quanto</i> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.				
Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre <i>quão completamente</i> você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.				
Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre <i>quão bem ou satisfeito</i> você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.				
Muito ruim	Ruim	Nem ruim /nem bom	Bom	Muito bom
1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
A questão seguinte refere-se à <i>com que freqüência</i> você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.				
Nunca	Algumas vezes	Freqüentemente	Muito freqüentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor.

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?.....

Fonte: Fleck et al. (2000)