

QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR EM UNIDADE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM UM HOSPITAL GERAL

QUALITY OF LIFE OF THE CAREGIVER IN AN EMERGENCY AND EMERGENCY UNIT IN A GENERAL HOSPITAL

Cleiton José da Silva¹
Luiz Renato de Moraes Braga²
Adriane Wollmann³

RESUMO

A tarefa de cuidar de uma pessoa durante a internação é um desencadeador de estresse e afeta diretamente a qualidade de vida de quem as desempenha, este estudo, teve como objetivo avaliar a qualidade de vida do cuidador principal dos pacientes internados em nas Unidades de Urgência e Emergência de um hospital geral em Curitiba-PR, com internação superior a dez dias. As atividades desenvolvidas pelo cuidador resultam em impactos negativos em sua vida. Foi aplicado em 29 cuidadores (n=29), entre os meses de julho a setembro de 2019, o instrumento de avaliação foi WHOQOL-bref, elaborado pela Organização Mundial de Saúde. Do total dos participantes, predominou o sexo feminino em 76 % dos entrevistados (n=22) enquanto apenas 24% do sexo masculino (n=7). Os resultados apontam que a qualidade de vida do cuidador mostra-se fragilizada, o que pode afetar sua qualidade de vida. Os suportes multiprofissionais, familiares e religiosos são importantes recursos de enfrentamento.

Descritores: Qualidade de vida; Cuidador; Urgência e emergência.

ABSTRACT

The task of caring a person during hospitalization is a stress trigger and directly affects the quality of life of those who perform them, this study aimed to assess the quality of life of the primary caregiver of patients admitted to the Emergencies Units of a general hospital in Curitiba-PR, with a stay of more than ten days. The activities developed by the caregiver result in negative impacts on their life. It was applied to 29 caregivers (n = 29), between the months of July to September 2019, the assessment instrument was WHOQOL-bref, prepared by the World Health Organization. From the total of participants, the female sex predominated in 76% of the participants respondents (n = 22) while only 24% were male (n = 7). The results show that caregiver's quality of life is weakened, it can affect their quality of life. Multiprofessional, family and religious supports are important coping resources.

Descriptors: Quality of life; Caregiver; Emergencies.

¹ Autor, Psicólogo pelo Centro Universitário Autônomo do Brasil (2016), Especialista em Atenção Hospitalar em Urgência e Emergência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná (2020). E-mail: psicologo_cleiton@hotmail.com.

² Orientador, Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (1988), Especialista em Filosofia e Psicanálise pela Universidade Tuiuti do Paraná (1992), Preceptor do programa de residência em Urgência e Emergência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná).

³ Coorientadora, Psicóloga pela Universidade Tuiuti do Paraná (1996), especialista em Saúde Mental, Psicopatologia e Psicanálise pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2006), Mestre em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Paraná com ênfase em Saúde Coletiva (2018).

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e Semi-intensiva requerem cuidados especializados, uma vez que são ambientes destinados ao tratamento de pacientes graves e instáveis e locais de procedimentos invasivos. A UTI é um serviço hospitalar destinado a pacientes em situação clínica grave ou de risco, que necessitam de cuidados intensivos, e ininterruptos durante as 24 horas do dia, além de equipamentos e equipe multiprofissional especializada. Local onde o duelo entre a vida e a morte encontra-se presente, sendo que a morte, muitas vezes, é iminente. Esses setores são locais diferenciados dos demais setores, localizados em hospitais de alta complexidade e com tecnologias avançadas e de ponta. São ambientes que possuem bombas de infusão, respiradores, monitores cardíacos, oxímetros, bem como, rotinas aceleradas com realização de procedimentos agressivos e constantes. Esses setores exigem da equipe multiprofissional um cuidado integral e humanizado com o paciente, que consiste em acolhê-los independentemente do estado em que se encontram, sedados, conscientes ou inconscientes, através de escuta qualificada, respeito, afetividade e dedicação da equipe visando à rápida recuperação e alta desse setor crítico⁽¹⁾. São critérios de admissão nesse setor de risco: pacientes com doença pulmonares, cardiovasculares, neurológicas, oncológicas ou hematológicas, doenças endócrinas, instabilidade hemodinâmica ou respiratória. Pacientes com doenças gastrointestinais, renais, pós-operatórios ou doenças de outros sistemas ou vários sistemas que necessitam de monitorização ou suporte ventilatório requerendo intenso cuidado multiprofissional⁽²⁾.

As Unidades de Cuidados Intermediários (UCI) ou Semi-intensivas são destinadas a pacientes em situação clínica de risco moderado, que requer monitorização e cuidados intermediários entre a enfermaria e a UTI, necessitando de supervisão contínua durante as 24 horas do dia, além de equipamentos e equipe multiprofissional especializados. São critérios de admissão nesse setor pacientes que possuem quadros de internações clínicas ou cirúrgicas egressos da UTI portadores de doenças que ainda requeiram monitorização, avaliação de sinais vitais ou intervenção multiprofissional com estabilidade hemodinâmica e respiratória, independente da causa da internação: doenças cardiovasculares, neurológicas, onco hematológicas potencialmente instáveis, doenças gastrointestinais, pacientes em pós-operatório de cirurgia de médio porte, portadores de doença renal aguda ou crônica agudizada e pacientes com doenças de múltiplos sistemas potencialmente instáveis⁽²⁾.

Sabe-se que a doença é um fenômeno que ameaça a continuidade da vida acarretando alterações biológicas, psicológicas e sociais nos sujeitos que são acometidos por ela. Assim, um processo de internação prolongada pode despertar em cuidadores fragilizados e despreparados para lidar com a experiência emocional do adoecer, questões que remetem a saúde e a doença, desencadeando diversos conflitos psicológicos e emocionais, afetando diretamente em sua qualidade de vida⁽³⁾.

Cabe ressaltar, que por ser um ambiente onde a relação entre a vida e a morte é constante, a UTI é percebida por pacientes, familiares e cuidadores como geradora de sentimentos contraditórios, sensações, mitos, tristezas, dores, sofrimentos, seguranças e inseguranças. Dessa forma, faz-se necessário um ambiente acolhedor, harmonioso, agradável e organizado pela equipe multiprofissional que possa proporcionar segurança, conforto, respeito e privacidade aos pacientes e familiares, promovendo cuidado humanizado e de qualidade unindo avanços tecnológicos e acolhimento somado a melhora do ambiente de cuidado e das condições de trabalhos dos profissionais⁽¹⁾.

O cuidador, muitas vezes, é visto, por profissionais de saúde como auxiliar no processo de recuperação do paciente, principalmente em tratamentos intensivos, sendo necessário para o fortalecimento do suporte ao doente e manutenção de vínculos que existem fora da instituição hospitalar, possibilitando a redução de adoecimento psicológico e auxiliando na realização de afazeres dentro das unidades de internação⁽³⁾. *È o responsável por cuidar de uma pessoa da própria família podendo ser: filho, irmão, cônjuge ou ainda um vizinho, também conhecido como cuidador informal.* O cuidador é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração, responsável por quase todo o trabalho diário com o dependente, exercendo a função de acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha⁽⁴⁾.

A tarefa de cuidar não é sem efeito na qualidade de vida dos cuidadores. O foco do presente estudo está na avaliação da qualidade de vida dos cuidadores, que na vivência do processo de internação, se deparam com muitas questões, a saber: angústias, medos e prejuízos na qualidade de vida dos familiares e pacientes que são expostos a situações difíceis, e por vezes necessitam de cuidados especializados para enfrentar a situação que pode ser desencadeadora de diversos conflitos emocionais. Desse modo, Eles, também sofrem e por vezes adoecem junto com o paciente. Entretanto, existem poucos estudos sobre a qualidade de vida dos cuidadores e

familiares de pacientes internados nas Unidades de Urgência e Emergência de um hospital geral.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais dos cuidadores de pacientes internados em Unidades de Urgência e Emergência de um hospital geral em Curitiba-PR.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Verificar a qualidade de vida do cuidador de pacientes com internação superior a dez dias em Unidades de Urgência e Emergência de um hospital geral em Curitiba-PR.

Analisar a interferência no cuidado com o paciente.

METODOLOGIA

A presente pesquisa teve como foco verificar a qualidade de vida do cuidador de pacientes, com internação superior a dez dias nas Unidades de Urgência e Emergência Adulta de um hospital geral em Curitiba-PR. Diante da problemática exposta, objetivava-se avaliar em que medida a internação prolongada interfere na qualidade de vida do cuidador principal de pacientes nas Unidades de Urgência e Emergência de um hospital geral em Curitiba-PR, com internação superior a dez dias.

A pesquisa foi realizada por meio de um questionário com 26 questões estruturadas e aplicado em um único encontro. Buscava-se investigar a qualidade de vida dos cuidadores com base nas duas últimas semanas de vida, mediante autorização e sob a prerrogativa de sigilo das informações.

Os cuidadores que participaram da pesquisa, respeitando os critérios da amostra citados anteriormente, eram cuidadores dos pacientes que apresentavam os seguintes diagnósticos: Septicemias, Insuficiência respiratória, Infarto cerebral, Neoplasia Maligna, Embolia pulmonar, Intoxicação diurético, Espondilopatias inflamatórias, Atrofia muscular, Obesidade, Parada Cardíaca, Infecções agudas vias aéreas superiores, tuberculose, Uropatia obstrutiva, Infarto

agudo do miocárdio, Leucemia de tipo celular, Hidrocefalia, Coletitiase, Transtorno falciformes.

Tabela1- Classificação da doença da pessoa cuidada.

Doenças	N
Septicemias	5
Insuficiência respiratória	3
Infarto cerebral	2
Neoplasia Maligna	2
Embolia pulmonar	2
Intoxicação diurético	1
Espondilopatias inflamatórias	1
Atrofia muscular	1
Obesidade	1
Parada Cardíaca	1
Infecções agudas vias aéreas superiores	1
Tuberculose	1
Uropatia obstrutiva	1
Infarto agudo do miocárdio	1
Leucemia de tipo celular	1
Hidrocefalia	1
Coletitiase	1
Transtorno falciformes	1

Fonte: O autor (2019).

Os dados obtidos nas entrevistas foram agrupados em categorias, separados e discutidos em quatro categorias, a saber: aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Cada grupo respondeu sobre sua qualidade de vida e não sobre a qualidade de vida dos familiares internados.

Os resultados obtidos foram fundamentados com a literatura encontrada em bases no Scielo, Pepsic, Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde Psicologia (BVS-Psi), usando os descritores pertinentes ao trabalho, bem como livros e artigos publicados tendo a qualidade de vida como norteadora deste trabalho.

O estudo configura-se como uma pesquisa de campo, transversal e descritiva, com abordagem quantitativa, trata-se de uma modalidade de pesquisa que atua sobre um problema

humano ou social, que utilizam técnicas estatísticas, que quantificam dados para estudos com o objetivo de determinar se as generalizações previstas na teoria se sustentam ou não ⁽⁵⁾. A pesquisa foi realizada com o cuidador principal de pacientes com internação superior a dez dias nas Unidades de Urgência e Emergência de um hospital geral em Curitiba-PR.

O questionário foi aplicado e respondido em um único encontro e com base nas duas últimas semanas de vida do cuidador, após a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do referido local, a pesquisa foi aprovada, sob o número 15421219.2.0000.0096, respeitando os princípios éticos expressos na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde⁽⁶⁾.

Seguindo-se a aprovação, os dados foram coletados de julho a setembro de 2019, por meio de um questionário com 26 questões estruturadas, mediante autorização e sob a prerrogativa de sigilo das informações.

Os participantes foram selecionados através do sistema de informação hospitalar (SIH) a partir dos critérios indicados anteriormente, quais sejam: ser o cuidador principal do doente internado nas Unidades de Urgência e Emergência por tempo igual ou superior a dez dias, de ambos os sexos, com 18 anos ou mais de idade, que assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e com disponibilidade para participar da pesquisa sendo o questionário aplicado as segundas, quartas e sextas-feiras, no período da tarde, próximo ao horário de visita dos setores visando não interferir na rotina das unidades.

Todos os participantes foram comunicados sobre os aspectos éticos do estudo, assegurando-se seu bem-estar e sua dignidade assim como o sigilo e o anonimato a partir do momento do seu aceite do TCLE. O número de entrevistados não foi preestabelecido e as entrevistas foram encerradas a partir da data estipulada.

Foram excluídos da pesquisa: cuidadores de pacientes com menos de dez dias de internação e aqueles que se recusaram a participar da pesquisa ou os que não assinaram o TCLE.

A pesquisa realizada foi de cunho quantitativo, sendo iniciada com uma revisão bibliográfica sobre o entendimento da função do cuidador, onde se buscou analisar a construção feita ao longo da internação do paciente, dando ênfase ao cuidador que possuía maior vínculo afetivo com o paciente. Os dados obtidos nas entrevistas estruturadas por meio da aplicação dos questionários foram agrupados em gráficos e separados em quatro categorias: aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais onde cada grupo respondeu referente sua qualidade de vida e não sobre a qualidade de vida dos familiares internados.

O questionário utilizado na avaliação subjetiva de qualidade de vida (QV), foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o World Health Organization Quality of Life instrument-bref (WHOQOL-bref). De rápida aplicação, trata-se de um instrumento que adota um conceito multidimensional de QV. O questionário foi elaborado por meio de levantamento de dados sobre o que as pessoas consideraram importante abordar ao medir sua qualidade de vida⁽⁷⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário foi aplicado em 29 participantes adultos que se auto declararam cuidadores de pacientes internados nas Unidades de Urgência e Emergência: UTI, Semi-intensiva e Semi-intensiva Cirúrgica. Todos os participantes responderam o questionário após a assinatura do TCLE.

Os participantes foram escolhidos por critérios de inclusão e com disponibilidade para participar da pesquisa, normalmente próximo ao horário de visita ao paciente e foi composto por 22 (n=76%) mulheres e sete homens (n=24%), com idades variadas de 18 a 65 anos.

Tabela 2- Classificação dos Pesquisados quanto ao gênero.

Sexo	%
Feminino	76 %
Masculino	24 %

Fonte: O autor (2019).

Destaca-se, como resultado, a prevalência do familiar do sexo feminino como a principal cuidadora nos casos de adoecimento, tendo em vista que a figura da mulher é interpretada culturalmente como precursora do cuidado, geralmente são pessoas que moram na mesma residência que o doente e se tornam cuidadoras de maridos, pais e filhos⁽⁸⁾. E apresentam maior suscetibilidade ao adoecimento e depressão causados pelo estresse ao cuidar de um familiar, sendo, portanto, o adoecimento é resultante de excesso de trabalho, mudança na rotina e ausência de cuidado para consigo⁽⁹⁾.

Diante das experiências emocionais vivenciadas pelos familiares durante o processo de internação, observa-se a presença de sentimentos de medo e angústia diante à doença e à

possibilidade de morte. Os familiares vivenciam as mesmas etapas que o paciente – negação, raiva, barganha, depressão e aceitação⁽¹⁰⁾. Dessa forma o sofrimento psíquico do familiar é resultante da relação direta com o sofrimento do doente, onde a família e o doente influenciam-se diretamente. Nesse sentido, a negação destaca-se entre as emoções mais comuns apresentadas⁽¹¹⁾.

Com o surgimento de uma doença considerada grave, a família pode apresentar prejuízos nas áreas físicas, emocionais ou sociais, juntamente com o sentimento de culpa diante à doença e impotência frente ao prognóstico⁽¹²⁾. Sendo assim, a família é composta por um núcleo biopsicossocial e, necessita ser acolhida em seus múltiplos aspectos.

DOMÍNIOS

Durante o processo de hospitalização instala-se na família uma crise, desorganizando sua estrutura e refletindo no cuidado com o paciente. Assim, se faz necessário que a família seja acolhida e compreendida pela equipe de saúde como um paciente secundário, sendo importante atender, na medida do possível, às necessidades expressadas pelos familiares, uma vez que a UTI é um lugar onde se manifestam sentimentos como: medos, fantasias e dúvidas sobre a morte⁽¹³⁾.

A partir dos dados obtidos nos questionários, foram apontados prejuízos nos domínios psicológicos e das relações sociais e desempenho razoável nos domínios físicos, meio ambientes e qualidade de vida:

Tabela 3- Média dos Pesquisados em relação aos domínios.

Domínio	%
Relações Sociais	20.6%
Psicológico	20.2%
Físico	20.1%
Auto – Avaliação da QV	19.8 %
Meio ambiente	19.4%

Fonte: O autor (2019).

O enfrentamento da internação de um paciente em uma UTI também requer do cuidador a capacidade de compreender seus próprios sentimentos e a elaboração de estratégias para o enfrentamento do problema. É durante a internação que se vivenciam momentos de fragilidade emocional, resultante de contato reduzido com paciente devido ao cuidado intensivo, despertando sentimentos como: esperança, alívio, conforto, bem como de terror e insegurança⁽¹⁴⁾.

CATEGORIA – RELAÇÕES SOCIAIS

Cuidar de um ente acarreta diversas mudanças na vida do cuidador, no que tange aos aspectos sociais, a rede de apoio é a mais afetada na vida de quem cuida, devido ao tempo reduzido para interações sociais e mudanças ocasionadas nas rotinas familiares. “Se, por um lado, o cuidador é privado do contato de grande parte de sua rede em consequência do cuidado prestado ao familiar, por outro, o círculo interno de relações íntimas pode ser fortalecido ou se sobrepor ao círculo externo ou intermediário que está prejudicado”^(15:885). Nesse sentido, apesar das sobrecargas e privações, o ato de cuidar pode vir a fortalecer relações sociais e familiares, uma vez que a principal rede de apoio do cuidador é composta por parentes e amigos, vale destacar que muitos cuidadores não recebem ajuda ou contam com poucas pessoas para realizar o cuidado com o doente⁽¹⁶⁾.

É possível observar, nos resultados, que, diante do processo de hospitalização, a experiência dos cuidadores é vivenciada de forma singular, sendo afetada nas relações sociais de 20.6% dos entrevistados, esta categoria analisou relações sociais, atividade sexual, suporte e apoio pessoal. Percebe-se dessa forma que a linha de divisão entre a vida do paciente e a do cuidador desaparece, pois o cuidador passa a experimentar a vida de seu familiar doente intensamente a fim de que nada lhe falte⁽¹⁰⁾. Dessa forma, o cuidador não renuncia a vida que tinha e, ao mesmo tempo, possui dificuldades em realizar as novas atividades.

Os entrevistados foram afetados em suas relações sociais, como consequência do rompimento de sua individualidade, em um movimento quase autodestrutivo, visto que o cuidador abre mão das atividades de lazer e renuncia ao trabalho para realizar o cuidado com o doente⁽³⁾, corroborando que os cuidadores ao exercerem a tarefa de cuidar necessitam de apoio e ajuda de outros familiares para realização de cuidados bem como orientações e planejamentos das equipes de saúde para lidar com as necessidades do doente, resultando em diminuição, insatisfação e sobrecarga do cuidador e ampliação da rede de suporte e cuidado⁽¹⁵⁾.

Constata-se que a sobrecarga dos cuidadores é um fator estressante. Os cuidadores ao assumirem diversas funções, torna-se o único cuidador, solicitando eventualmente o auxílio com o cuidado para os demais membros da família ou equipe de apoio, resultando em desgastes físicos e mentais, podendo prejudicar o cuidado e a qualidade de vida não apenas do doente, mas de toda a estrutura familiar⁽¹⁷⁾.

CATEGORIA – ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Qualidade de Vida (QV) é um conceito culturalmente construído, através do bem estar biopsicossocial influenciado pelo tempo, lugar, fatores socioculturais, biológicos e psicológicos⁽¹⁸⁾, ou seja, QV é um conceito construído de forma singular para cada sujeito, tornando-se difícil definir teoricamente.

O cuidar perpassa o conceito de QV, tanto no que diz respeito ao cuidar de si quanto ao cuidar do outro. Alguns cuidadores assumem única e exclusivamente a responsabilidade do cuidado com o doente, não promovendo o autocuidado, em situações em que ela é possível. Este comportamento pode ser interpretado como a residência do cuidador em delegar tarefas de cuidados aos demais familiares como também a falta de estímulo ao paciente para que se torne um sujeito ativo e participativo em seu processo de recuperação⁽¹⁹⁾.

Mediante o exposto, o cuidador muitas vezes é afetado em seus aspectos psicológicos, o que correspondeu a 20.2% dos entrevistados. Essa categoria analisou: autoestima, crenças, imagem corporal, sentimentos negativos e positivos, pensamentos, aprendizagem, memória e concentração. Observa-se que, o estado de saúde do paciente pode interferir no estado emocional do cuidador, uma vez que “a sobrecarga do cuidado restringe atividades, traz preocupações, insegurança e isolamento e coloca o cuidador diante da morte e da falta de apoio emocional”^(20:862). Podendo ainda despertar sentimentos ambivalentes como amor e ódio pelo doente.

Nesse sentido, “A paciência e o amor despontam como requisitos básicos para que o membro da família assuma o papel de cuidador familiar, visto que esses dois requisitos parecem constituir os sustentáculos do cuidado familiar”^(21:299), fazendo com que o sujeito que desempenhe a tarefa de cuidar de um familiar vivencie grande sofrimento físico e mental, resultante do cuidado direto com o doente. Essas situações resultam em tensões e cansaço físico fazendo com que os cuidadores não possuam tempo para realizar tarefas que lhe causem prazer devido ao compromisso assumido com a tarefa de cuidar⁽²²⁾.

Nessa categoria, os cuidadores foram afetados de forma negativa em seus aspectos psicológicos durante a experiência do cuidar, requerendo esforços e mecanismos adaptativos para proporcionar o equilíbrio psíquico adequado, apegando-se a um ser superior, como Deus, capaz de fazer milagres e curar, proporcionar sentimento de conforto e segurança tanto para o cuidador como para o paciente, fazendo com que possa suportar as consequências da doença e acreditar em sua recuperação⁽³⁾.

CATEGORIA – FÍSICO

O cuidador familiar, assim como o doente também necessita de cuidados, respeito, carinho, atenção, lazer e férias. Entre tanto, ao assumir o papel de cuidador acaba tendo suas necessidades físicas e emocionais negligenciadas tornando-se perceptível sua sobrecarga.

Assim, se faz necessário compreender que a sobrecarga do cuidador é um acontecimento independentemente da resposta do paciente ao tratamento. As maiores sobrecargas relatadas por cuidadores são relativas a condições financeiras, sobrecarga física e teimosia do doente. Podendo estar relacionado com: falta de suporte social, baixo nível de funcionamento dos pacientes e familiares, estratégias ineficientes de enfrentamento⁽²³⁾.

Os dados dessa categoria evidenciam que os cuidadores entrevistados mostraram-se afetados em aspectos físicos, correspondendo a 20,1% dos entrevistados, esta categoria analisou: capacidade de trabalho, atividades da vida cotidiana, mobilidade, dependência de medicação ou tratamentos, sono e repouso, energia e fadiga, dor e desconforto. A experiência do cuidar é um exercício com consequências negativas ao cuidador afetando aspectos psicossociais e físicos, deixando o cuidador vulnerável a doenças cardíacas e sintomas fisiológicos. Além disso, a possibilidade do desenvolvimento da Síndrome de Burnout caracterizada como uma reação ao estresse que provoca irritabilidade, fadiga, depressão, entre outros⁽²⁴⁾.

Nesse sentido, os resultados permitem pensar que além dos sofrimentos emocionais que envolvem os cuidadores, também possuem dores físicas ou fazem uso contínuo de algum tipo de medicação afetando sua qualidade de vida com maior risco para o desenvolvimento de doenças emocionais como a depressão, principalmente quando há maior dependência do paciente⁽²⁴⁾.

Deste modo, o processo de internação e a doença podem ser vivenciados de forma tão acentuada que transpõem a barreira emocional e podem surgir reações físicas, possivelmente, efeito da má elaboração das emoções⁽³⁾.

CATEGORIA – MEIO AMBIENTE

Os resultados desta categoria apresentaram melhores desempenhos pelos cuidadores, estes definidos como sujeitos que se dispõe a realizar os cuidados necessários com o doente, em alguns casos, expondo-se e ariscando sua saúde. Entretanto, para melhor compreensão de quem é o cuidador familiar, se faz necessário a definição de família, esta, composta por um conjunto de pessoas formadas por antepassados, descendentes, agregados e afins de uma mesma linhagem. O pai, a mãe e os filhos. Ou seja, pessoas, geralmente, ligadas por laços consanguíneos⁽²⁵⁾. Assim, compreende-se como cuidador familiar o sujeito que, por vínculos parentais, direta ou indiretamente, assume a responsabilidade do cuidado com o familiar doente⁽²⁶⁾.

Para tanto, família não pode ser definida somente por pessoas ligadas por laços sanguíneos. Juridicamente, família pode ser considerada a junção de duas pessoas, vindas de grupos sociais – familiares diferentes, com hábitos, costumes, níveis econômicos e até mesmo religiosos e culturais diferentes⁽²⁷⁾. Nesse sentido, o conceito que melhor define família é:

Uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem como família, em um espaço de tempo, unidos por laços consanguíneos, de afetividade, interesse e/ou doação, estruturada e organizada, com diretos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente, influencia sócio-econômico-culturalmente [...] ^(27:15)

A análise dos dados desta categoria apontou que 19,4% dos entrevistados, foram afetados a saber: transporte, ambiente físico, cuidados com a saúde, recursos financeiros, recreação e lazer, segurança física e proteção, informações e habilidades.

O adoecimento de um familiar provoca impacto no modelo de organização familiar, que passarão a utilizar de estratégias de enfrentamento como: tranquilidade, esperança, medo, insegurança, confusão, apatia, desespero, desestruturação, superproteção e inclusive, o luto antecipatório durante o período de hospitalização do doente⁽²⁸⁾. Nesse sentido, pode despertar ainda sentimentos ambíguos, uma vez que, cientes da gravidade e da baixa possibilidade de cura do doente, possuem esperança que se recupere⁽²⁹⁾.

Pode se concluir nesta categoria, que cuidar requer esforços dos cuidadores e possuem impactos em suas vidas, como divergências entre as demais pessoas que realizam os cuidados

e familiares, resultado de uma sobrecarga ocasionada a partir de exaustiva rotina diária, contribuindo para o aumento do estresse e diminuição da paciência do cuidador que, ao sentir-se excluído de sua rotina e atividades sociais, traz a tona sentimentos reprimidos há muito tempo.

PSICÓLOGO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Portaria do Ministério da Saúde nº355, de 10 de maio de 2014, apresenta a necessidade da presença do profissional psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Em seu artigo sete, indica que as instituições hospitalares que possuem Serviços de Terapia Intensiva devem dispor ou garantir assistência psicológica⁽³⁰⁾. Saliente-se ainda na presente pesquisa, que as Unidades de Urgência e Emergência abrangem as UTI's.

Por certo, é dentro dessas unidades que iram se manifestar os aspectos emocionais e psicológicos dos cuidadores, onde a proximidade com a morte está presente, interferências emocionais da hospitalização no paciente e familiar tornam-se ainda mais extremas⁽³¹⁾, podendo resultar em um luto antecipatório. Destarte, cabe aos profissionais de saúde, em especial aos profissionais de psicologia, estarem embasados teoricamente para fazer um atendimento de qualidade.

Assim sendo, torna-se importante a presença do psicólogo dentro dessas unidades, auxiliando o paciente o paciente em seu processo de adoecimento, visando à minimização dos impactos provocados pela hospitalização, devendo prestar assistência ao paciente, seus familiares e a toda assistencial, levando em conta um amplo leque de atuação diante das pluralidades das demandas⁽³²⁾.

Outro aspecto importante do papel do Psicólogo dentro das UTI's é auxiliar os profissionais da equipe em comunicação das situações de terminalidade. A comunicação em situações de terminalidade torna-se complexa por influência de inúmeros fatores, dentre eles, medo, insegurança dos profissionais de estarem promovendo a distanásia em seus pacientes⁽³³⁾. A autora pontua que a comunicação só é adequada quando se tem propriedade sobre o tema, e sugere que o profissional responsável por fornecer a notícia fosse experiente, tanto do ponto de vista técnico, quanto ético, e que fosse preferencialmente a mesma pessoa.

Cabe levar em consideração a importância do profissional de psicologia na equipe multiprofissional para o reconhecimento do sofrimento humano e para o cuidado além do corpo, diferente daquele prestado pela medicina esclarecendo para os demais profissionais sobre o

sofrimento vivenciado pelos familiares do paciente. Ao ter mais clareza sobre o sofrimento familiar, a equipe pode se comunicar melhor e ter sucesso nas tomadas de decisões que precisam da colaboração da família⁽³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, por meio de uma pesquisa aplicada ao cuidador durante o processo de internação do paciente nas Unidades de Urgência e Emergência de um hospital geral, possibilitou verificar a qualidade de vida e sentimentos vivenciados frente às necessidades específicas que o ato de cuidar requer.

Evidencia-se dessa forma, que o cuidador ao desenvolver a tarefa de cuidar se depara com situações estressantes, perdas e renúncias em sua vida, necessitando em alguns casos, de cuidados voltados a sua qualidade de vida e bem-estar. Sinalizando que, ao cuidar de um paciente dentro das Unidades de Urgência e Emergência, os cuidadores são impactados de forma negativa em sua qualidade de vida nos âmbitos sociais, psicológicos, físicos e ambientais.

Por meio dos dados analisados observou-se que, a partir do adoecimento o paciente e sua família enfrentam diferentes sentimentos e desafios que resultam em angústias e incertezas diante à possibilidade de morte, desorganizando o modo de funcionamento familiar. As reações emocionais à doença são semelhantes entre família, cuidador e paciente, e estas, se não atendidas podem dificultar o processo de internação e comunicação com a equipe. Vale destacar, a importância do profissional de Psicologia dentro das Unidades de Urgência e Emergência, no acolhimento e suporte de cuidadores, familiares e equipe multiprofissional, expostos cotidianamente a sofrimentos intensos e vivenciando o duelo entre a vida e a morte do doente.

A partir do levantamento bibliográfico ressalta-se, nesta pesquisa, que a equipe de cuidados, com o passar dos anos vem inserindo os cuidadores e familiares no tratamento com o doente, contudo, torna-se significativa, a inclusão do psicólogo no cuidado com o doente bem como dos cuidadores, dos familiares e equipe multiprofissional, esperando-se assim, uma assistência em saúde mais qualificada com o cuidado humanizado.

Um olhar para a família significa humanizar a atenção na saúde de acompanhantes, cuidadores e familiares, que possuem implicações subjetivas e interferem na forma como o indivíduo se relaciona com o mundo. Desse modo, os profissionais de saúde devem considerar a subjetividade e o sofrimento dos acompanhantes, cuidadores dentro das unidades de Urgência e Emergência, visualizando que, por um lado, os mesmos sofrem interferências durante a

internação de seu doente e por outro, são capazes de manter vínculos e tornar o ambiente hospitalar mais seguro e acolhedor. Cabe, principalmente à psicologia, contribuir para este campo rico em sofrimento, entretanto repleto de possibilidades de apoio, escuta, alívio e suporte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1]. Backes MTS, Erdmann AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2015. [acesso em 2020 jan 27]; 23(3): 411-418. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf.
- [2]. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 895, de 31 de março de 2017. Institui o cuidado progressivo ao paciente crítico ou grave com os critérios de elegibilidade para admissão e alta, de classificação e de habilitação de leitos de Terapia Intensiva adulto, pediátrico, UCO, queimados e Cuidados Intermediários adulto e pediátrico no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.
- [3]. Neves L, Gondim AA, Soares SCMR, Coelho DP, Pinheiro JAM. O impacto do processo de hospitalização para o acompanhante familiar do paciente crítico crônico internado em Unidade de Terapia Semi-Intensiva. *Escola Anna Nery*. [periódico na Internet]. 2018. [acesso em 2020 jan 29]; 22(2): 1-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0304.pdf.
- [4]. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do cuidador. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- [5]. Knechtel MR. Metodologia da pesquisa em educação: uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.
- [6]. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
- [7]. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida. *Revista de Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2000. [acesso em 2020 fev 01]; 34(2):178-183. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>.
- [8]. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2003. [acesso em 2020 fev 02] 19(3):861-866. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v19n3/15890.pdf>.
- [9]. Rezende VL, Derchain S, Botega NJ, Sarian LO, Vial DL; Morais SS, Perdicaris AAM. Avaliação psicológica dos cuidadores de mulheres com câncer pelo General Comfort

Questionnaire. Paidéia (ribeirão Preto). [periódico na Internet]. 2010. [acesso em 2020 fev 02]; 20(46):229-237. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v20n46/09.pdf>.

[10]. Perez MP, Silva DPG, Couto TV. Percepções de um familiar de idoso hospitalizado na iminência de morte: um relato de caso. Arq Ciênc Saúde. [periódico na Internet]. 2009. [acesso em 2020 fev 03] 1(16):34-39. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-16-1/ID_299.pdf.

[11]. Rezende VL, Derchain SFM, Botega NJ, Sarian LO, Vial DL, Moraes SS. Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. [periódico na Internet]. 2005. [acesso em 2020 jan 30]; 27(12):737-743. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n12/a06v2712.pdf>.

[12]. Seki NH, Galheigo SM. O uso da música nos cuidados paliativos: humanizando o cuidado e facilitando o adeus. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. [periódico na Internet]. 2010. [acesso em 2020 fev 01]; 14(33):273-284. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a04v14n33.pdf>.

[13]. Souza RP. Manual - Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva. São Paulo: Athene; 2010.

[14]. Felix TA, Ferreira FV, Oliveira EM, Eloia SC, Gomes BV, Eloia SMC. Prática da humanização na visita em unidade de terapia intensiva. Revista Enfermagem Contemporânea. [periódico na Internet]. 2014. [acesso em 2020 fev 02]; 3(2):143-53. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/381/342>.

[15]. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [periódico na Internet]. 2011. [acesso em 2020 mai 02]; 45(4):884-889. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n4/v45n4a13.pdf>.

[16]. Rodríguez-Rodríguez P. El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía. Revista Española de Geriatria y Gerontología. [periódico na Internet]. 2005. [acesso em 2020 mai 10]; 40:5-15. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X0575068X?via%3Dihub>.

[17]. Marcon SS, Andrade OG, Silva DMP. Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. Texto Contexto Enferm. 1998 Mai/Ago; 7(2): 289-307.

[18]. Gusmão JL, Pierin AMG. Instrumento de avaliação da qualidade de vida para hipertensos de Bulpitt e Fletcher. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [periódico na Internet]. 2009. [acesso em 2020 mai 10]; 43:1034-1043. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000500007.

[19]. Bocchi SCM; Angelo M. Interação cuidador familiar-pessoa com AVC: autonomia compartilhada. Ciência & Saúde Coletiva. [periódico na Internet]. 2005. [acesso em 2020 mai 11]; 10(3):729-738. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a29v10n3.pdf>.

- [20]. Inocenti A, Rodrigues IG, Miasso AI. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2009. [acesso em 2020 fev 03]; 11(4):858-65. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a11.pdf.
- [21]. Leal MGS. O desafio da longevidade e suporte ao cuidador. Publicação do SESC. 2000; 11(20).
- [22]. Floriani CA, Schramm FR. Cuidador do idoso com câncer avançado: um ator vulnerado. *Cadernos de Saúde Pública*. [periódico na Internet]. 2006. [acesso em 2020 mai 12]; 22(3):527-534. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v22n3/07.pdf>.
- [23]. Cardoso L, Vieira MV, Ricci MAM, Mazza RS. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [periódico na Internet]. 2012. [acesso em 2020 mai 14]; 46(2):513-517. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a33v46n2.pdf>.
- [24]. Pinto MF, Barbosa DA, Ferreti CEL, Souza LF, Fram DS; Belasco AGS. Qualidade de vida de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Acta Paulista de Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2009. [acesso em 2020 maio 11]; 22(5): 652-657. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n5/09.pdf>.
- [25]. Ferreira ABH. *Mini Aurélio da língua portuguesa*. 6ª. Ed.; Curitiba; 2004
- [26]. Cattani RB, Girardon-Perlini NM. O Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Rev Eletrôn Enferm*. [periódico na Internet]. 2004. [acesso em 2020 mai 13]; 6(2): 254-71. Disponível em: www.fen.ufg.br
- [27]. Faro ACM. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. *Saúde Públ Nursing*. Ed. Brasileira. 2000 Mar; 22.
- [28]. Schmidt B, Gabarra LM, Gonçalves JR. Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. : relato de experiência. *Paidéia (ribeirão Preto)*. [periódico na Internet]. 2011. [acesso em 2020 maio 04]; 21(50): 423-430, Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n50/15.pdf>.
- [29]. Nunes MGS, Rodrigues MRD. Tratamento paliativo: perspectiva da família. *Rev. enferm. UERJ*. [periódico na Internet]. 2012. [acesso em 2020 jan 28]; 20(3)338-443. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3312/2880>.
- [30]. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 355, de 10 de março de 2014. Publica a proposta de Projeto de Resolução "Boas Práticas para Organização e Funcionamento dos Serviços de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal". Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
- [31]. Santos SN, Santos LSRL, Rossi ASU, Lélis JA, Vasconcelos SC. Intervenção Psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. *Revista SBPH*. [periódico na Internet]. 2011. [acesso em 2020 mai 16]; 14(2):50-66. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200005&lng=pt&nrm=iso.

[32]. Chiattonne HBC. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In Angerami-Camon VA (org.). Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2000, pp. 73-165.

[33]. Moritz RD. O Efeito da Informação Sobre o Comportamento dos Profissionais da Saúde Diante da Morte (Tese de Doutorado). [acesso em 2020 mai 15]. Florianópolis: Programa de pós-graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

Disponível

em: http://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFSC_876a29c6466204846b67b94d20fe8165/Details

Recebido em 18/02/2020

Aprovado em 24/06/2020

Received in 18/02/2020

Approved in 24/06/2020

ANEXOS

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

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

		muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito

2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	O quanto você se sente em segurança em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito 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
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

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

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

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO