

*Maria do Céu Mendes Pinto Marques*

*A DIALÉCTICA DO MEDO NUM  
CONTEXTO DE COMUNICAÇÃO  
HUMANA*

*-O Medo do Doente Coronário no Hospital-*

*Orientador*

*Professor Doutor Carlos Manuel de Chagas Henriques de Jesus*

*Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana  
Universidade de Évora, 2000*

*Maria do Céu Mendes Pinto Marques*

*A DIALÉCTICA DO MEDO NUM  
CONTEXTO DE COMUNICAÇÃO  
HUMANA*

*-O Medo do Doente Coronário no Hospital-*



104983

*Orientador*

*Professor Doutor Carlos Manuel de Chagas Henriques de Jesus*

*Dissertação de Mestrado em Ecologia Humana  
Universidade de Évora, 2000*

*Esta Dissertação não inclui as  
Observações e críticas efectuadas pelo Júri*

*“Não esqueçamos que as pequenas  
emoções são as grandes capitães das nossas vidas  
e que a esses obedecemos sem saber”*

*VAN GOGH (1880)*

## *Agradecimentos*

*A todos os que contribuíram para a realização deste estudo, em especial: Aos doentes inquiridos pela sua colaboração;*

*Ao Professor Doutor Carlos de Jesus pela orientação empenhada, pela disponibilização do seu saber;*

*À Professora Ana Fonseca, pela coorientação, disponibilidade, sugestões e conselhos preciosos.*

*À Doutora Alix de Carvalho, pela disponibilidade do seu saber;*

*Ao Doutor Amável Candeias, pela incondicional colaboração;*

*Ao Doutor Alberto Magalhães, pelas sugestões;*

*À Idália pela preciosa colaboração;*

*Aos familiares e amigos pelo apoio incondicional.*

A todos os que de alguma  
forma contribuíram para a  
consecução deste trabalho, em  
especial ao Álvaro, ao Pedro e ao  
João, pelo apoio incondicional

## *SUMÁRIO*

Com este estudo, exploratório, descritivo de natureza quantitativa é nossa convicção estudar o medo do doente coronário no hospital. Como tal propusemo-nos alcançar os seguintes objectivos:

- ⇒ Avaliar os índices de medo do doente coronário;
- ⇒ Identificar os factores promotores de medo no doente coronário;
- ⇒ Avaliar a intensidade da relação existente entre o medo e os factores desencadeantes.

De acordo com os objectivos, elaborámos o instrumento de colheita de dados. Optámos pelo formulário, o qual foi aplicado a uma amostra de 37 doentes coronários internados no serviço de cardiologia. Procurámos saber qual a intensidade do medo referido pelo doente, quais os factores que podem interferir na ocorrência do medo e qual a intensidade da relação entre esses factores e o medo do doente coronário no hospital. No tratamento de dados utilizámos as medidas de tendência central, o coeficiente de correlação  $r$  de Pearson, o Qui-Quadrado e o  $V$  de Cramer.

**Das conclusões salientamos:**

⇒ O medo sentido pelo doente coronário localizou-se em média no grau dois da escala tipo Likert, correspondente a “um pouco de medo”.

⇒ Os índices de medo com médias de valores mais elevado foram, por ordem decrescente:

\* Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais (total de médias 664 pontos);

\* Medos relacionados com a doença (total de médias 553 pontos);

\* Medos relacionados com a perda da integridade física (total de médias 493 pontos);

\* Medos relacionados com o pessoal de saúde (total de médias 479 pontos);

\* Medos relacionados com o ambiente (total de médias 317 pontos).

**Face aos resultados da correlação entre os cinco índices de medo, existe:**

\* Correlação alta entre, os medos relacionados com a doença e os medos relacionados com o ambiente;

\* Correlação alta entre, os medos relacionados com situações sociais ou interpessoais e os medos relacionados com o pessoal de saúde.

⇒ Relativamente ao cruzamento da variável dependente com as independentes, pelo teste **Qui-Quadrado**, verificámos:



\* Há relação entre o sexo e os medos relacionados com ambiente –  $p=0.02$ ;

\* Há relação entre os internamentos anteriores no serviço de cardiologia e os medos relacionados com o pessoal de saúde –  $p =0.009$ ;

**Pelo teste V de Cramer:**

\* Há associação positiva moderada entre os grupos etários e os medos relacionados com a perda de integridade física;

\* Há associação positiva moderada entre o sexo e os medos relacionados com a perda de integridade física;

\* Há associação positiva moderada entre as habilitações literárias e os medos relacionados com o pessoal de saúde:

## *SUMMARY*

With this descriptive study of quantitative nature, it is our conviction to study fear in the coronary patient, in the hospital. So, we propose to reach the following objectives:

- ⇒ To value the rates of the coronary patient's fear;
- ⇒ Identify the promoter points of fear in the coronary patient;
- ⇒ To value the Intensity of the relation between fear and the unleashing factors.

According to the objectives we have prepared the instrument of collect data. We chose the form, which was applied to a sample of 37 internal coronary patients of the cardiology service. We have tried to know fear's intensity told by the patient, the factors can interfere in the fear incident and what is the intensity of the relation between those factors and the patient's fear, in the hospital. In the data treatment we used the central tendency measures the correlation's coefficient  $r$  of Pearson, the Qui Quadrado and the  $V$  of Cramer.

**We point out the following conclusions:**

- ⇒ The fear felt by the coronary patient in average, is placed in the second degree of the of the Likert scale, which corresponds to “some fear”.
- ⇒ The rates of fear with higher average, values were, in decreasing order:
  - \* Fears related with social or interpersonal situations (the total average is 664 points)
  - \* Fears related with illness (the total average is 553 points);
  - \* Fears related with loss of physical integrity (the total average is 493 points);
  - \* Fears related with health staff (the total average is 479 points);
  - \* Fears related with environment (the total average is 317 points).

**According to the correlation results between the five rates of year**

**Tthere is:**

- \* High correlation between, the fears related with illness and the fears related with environment.
  - \* High correlation between, the fears related with social or interpersonal situations and the fears related with health staff.
- ⇒ In what comes to the crossing between dependent and independent variables from the test **Qui-Quadrado**, we have verified that:
- \* There is a relation between the sex and the fears related with the environment –  $p=0.020$ .
  - \* There is a relation between prior admissions in the cardiology service and the fears related with health staff – $p=0.009$ .

**By Cramer's V test:**

- \* There is a moderate positive association between the ages and the fears related with loss of physical integrity.
- \* There is a moderate positive association between the sex and the fears related with loss of physical integrity.
- \* There is a moderate positive association between the instruction and the fears related with the health staff.

## *SIGLAS*

AP – Angina de Peito

DC – Doença Coronária

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

OMS – Organização Mundial de Saúde

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
 <i>PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO</i>  	
<b>1 – MEDO: SUA CONSTEXTUALIZAÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>2 – MEDO: EMOÇÃO OU SENTIMENTO.....</b>	<b>25</b>
2.1 – CONCEITOS DE MEDO .....	30
2.2 – PSICOFISIOLOGIA DO MEDO.....	35
<b>3 – A PROBLEMÁTICA DO MEDO NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA.....</b>	<b>40</b>
<b>4 – O MEDO DO DOENTE CORONÁRIO NO HOSPITAL.....</b>	<b>44</b>
 <i>PARTE II ESTUDO DE CAMPO</i>  	
<i>CAPÍTULO I - METODOLOGIA</i>  	
<b>1 – TIPO DE ESTUDO.....</b>	<b>69</b>
<b>2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>70</b>
<b>3 – VARIÁVEIS.....</b>	<b>71</b>

3.1 – VARIÁVEIS DEPENDENTE.....	71
3.2 – VARIÁVEIS INDEPENDENTES .....	75
<b>4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....</b>	<b>76</b>
<b>5 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....</b>	<b>78</b>
5.1 – PRÉ-TESTE .....	84
<b>6 – RECOLHA DE DADOS .....</b>	<b>85</b>
6.1 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	85
<b>7 – TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS.....</b>	<b>86</b>
 <i>CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</i>	
<b>1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....</b>	<b>90</b>
<b>2 – OPINIÃO DOS DOENTES RELATIVAMENTE AOS MEDOS SENTIDOS.....</b>	<b>111</b>
2.1 – FACTORES QUE PODEM INFLUENCIAR O MEDO DO DOENTE CORONÁRIO.....	124
 <i>CAPÍTULO III - CONCLUSÕES E SUGESTÕES</i>	
<b>1 – CONCLUSÕES.....</b>	<b>139</b>
<b>2 – RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>147</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>148</b>

<b>ANEXOS.....</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO I – ESCALA DE MEDOS .....</b>	<b>156</b>
<b>ANEXO II – ESCALAS DE MEDO CONSULTADAS.....</b>	<b>157</b>
<b>ANEXO III – FORMULÁRIO .....</b>	<b>158</b>
<b>ANEXO IV – ESCALA ANALÓGICA .....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO V – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLHEITA DE DADOS.....</b>	<b>160</b>



## *LISTA DE TABELAS*

### **TABELA 1**

	Pág.
Distribuição da amostra segundo o grupo etário .....	90

### **TABELA 2**

Distribuição da amostra segundo sexo .....	92
--	----

### **TABELA 3**

Distribuição da amostra segundo o estado civil .....	93
--	----

### **TABELA 4**

Distribuição da amostra segundo a profissão .....	94
---	----

### **TABELA 5**

Distribuição da amostra segundo o local de residência .....	95
---	----

### **TABELA 6**

Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias .....	97
--	----

### **TABELA 7**

Distribuição da amostra segundo quem o visita .....	98
---	----

**TABELA 8**

Distribuição da amostra segundo a frequência das visitas.....**99**

**TABELA 9**

Distribuição da amostra segundo internamentos anteriores..... **100**

**TABELA 10**

Distribuição da amostra segundo internamentos anteriores em  
cardiologia..... **100**

## *LISTA DE GRÁFICOS*

### **GRÁFICO 1**

	Pág.
Distribuição da amostra segundo o grupo etário .....	<b>91</b>

### **GRÁFICO 2**

Distribuição da amostra segundo sexo .....	<b>92</b>
--	-----------

### **GRÁFICO 3**

Distribuição da amostra segundo o estado civil .....	<b>93</b>
--	-----------

### **GRÁFICO 4**

Distribuição da amostra segundo a profissão .....	<b>95</b>
---	-----------

### **GRÁFICO 5**

Distribuição da amostra segundo o local da residência .....	<b>96</b>
---	-----------

### **GRÁFICO 6**

Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias .....	<b>97</b>
--	-----------

### **GRÁFICO 7**

Distribuição da amostra segundo quem o visita .....	<b>98</b>
---	-----------

## **GRÁFICO 8**

Distribuição da amostra segundo a frequência das visitas.....**99**

## **GRÁFICO 9**

Média dos medos dos doentes de acordo com os índices..... **113**

## *LISTA DE QUADROS*

### **QUADRO 1**

	Pág.
Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social, questão 1.....	<b>101</b>

### **QUADRO 2**

Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social, questão 2.....	<b>103</b>
--	------------

### **QUADRO 3**

Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social, questão 3.....	<b>104</b>
--	------------

### **QUADRO 4**

Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social, questão 4.....	<b>105</b>
--	------------

### **QUADRO 5**

Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social, questão 5.....	<b>106</b>
--	------------

### **QUADRO 6**

Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social, questão 6.....	107
--	-----

#### **QUADRO 7**

Medos dos doentes por itens de acordo com os índices e por ordem decrescente.....	112
---	-----

#### **QUADRO 8**

Resultado do teste qui-quadrado para relação entre medos/grupos etários .....	125
---	-----

#### **QUADRO 9**

Resultado do teste qui-quadrado para relação entre medos/sexo .....	127
---	-----

#### **QUADRO 10**

Frequências relativas ao grau de medos relacionados com o ambiente/sexo.....	128
--	-----

#### **QUADRO 11**

Resultado do teste qui-quadrado para relação entre medos/profissão .....	130
--	-----

#### **QUADRO 12**

Resultado do teste qui-quadrado para relação entre medos/habilitações literárias.....	131
---	-----

### **QUADRO 13**

Resultado do teste qui-quadrado para relação entre  
medos/internamento anteriores ..... **133**

### **QUADRO 14**

Resultado do teste qui-quadrado para relação entre  
medos/internamentos anteriores no serviço de cardiologia ..... **134**

### **QUADRO 15**

Frequências relativas ao grau de medos relacionados com o pessoal  
de saúde/internamentos anteriores no serviço de cardiologia ..... **136**

### **QUADRO 16**

Resultado do teste qui-quadrado para relação entre  
medos/frequência das visitas ..... **137**

## **INTRODUÇÃO**

A realização de um projecto de investigação sobre medos do doente coronário no hospital, surgiu no âmbito da experiência profissional desenvolvida. O doente coronário assume características muito próprias, pela patologia em si, e também por toda a carga sociocultural que ela encerra. A doença coronária é uma doença silenciosa e insidiosa: quando dá sinal de si, obriga a alterações consideráveis na vida das pessoas. Uma das grandes alterações impostas prende-se com o internamento. Pelas características da doença, pela sua emergência, causa grande instabilidade física e psicológica a nível individual, familiar ou até mesmo da comunidade. Fortemente associada a hábitos de vida pouco regrados, origina reacções emocionais diversas, nomeadamente o medo, assim como sentimentos de culpabilização.

Na adaptação do doente ao processo de doença, surgem inúmeras dificuldades. No hospital, o ambiente é pesado e as percepções que o doente faz, são as de um local inóspito e ameaçador, com regras para cumprir onde a normalização de comportamentos por parte dos profissionais de saúde se torna assustadora. O espaço é reduzido e repleto de equipamentos desconhecidos, a interacção é constante, mas protagonizada grandemente pela simbologia do espaço.



O cenário é assustador e só uma retroacção hábil e adequada imposta consegue minimizar este drama.

O medo, como uma ameaça primária, é experimentado por todos quantos passam por uma situação análoga, mas, no entanto, nem por todos é assumido. Perante uma situação/estímulo desencadeador de medo dão-se modificações fisiológicas e manifestam expressões faciais e corporais próprias do medo, a fim de comunicar esta emoção a quem está por perto. Mas nem sempre a mensagem é recebida. Trata-se de um território minado ou de confronto com a diversidade de padrões culturais. O doente é sujeito activo no processo, mas as práticas dos diversos grupos profissionais contribuem para a criação de um modelo de regulação dos comportamentos e das formas de adaptação do mesmo ao hospital, CARAPINHEIRO (1993), pouco compatíveis com o seu padrão habitual.

Conscientes da importância que tem para o doente a sua adaptação ao hospital, consideramos importante identificar o medo sentido e os factores que nele podem intervir. Assim propusemo-nos desenvolver um projecto de investigação que identificasse os medos do doente coronário no hospital e na sua relação com alguns factores. Nesse sentido são objectivos do nosso trabalho:

- ⇒ Avaliar os índices de medo no doente coronário, durante o internamento no serviço de cardiologia;
- ⇒ Identificar os factores promotores de medo no doente coronário, no serviço de cardiologia;
- ⇒ Analisar as relações existentes entre o medo e os factores desencadeadores.

O trabalho desenvolve-se em duas partes. Na primeira, faz-se uma abordagem teórica pertinente, à doença, ao medo, à comunicação e à ecologia humana. Na segunda parte, num primeiro capítulo, descreve-se a metodologia adoptada, no segundo capítulo, a análise e o tratamento dos dados e no terceiro capítulo, apresentam-se as conclusões e sugestões.

O fio condutor, que emerge deste trabalho e o determina é a comunicação humana, numa perspectiva de interacção e pressupõe como filosofia a perspectiva da ecologia humana, onde o Homem se encontra em constante interacção com o ambiente, com vista ao seu equilíbrio físico e psíquico.

*Parte I*

*ENQUADRAMENTO*

*TEÓRICO*

## ***1 - MEDO: SUA CONTEXTUALIZAÇÃO***

A ciência está sujeita a contínuas mudanças e desenvolvimentos que assentam sobre as suas próprias ruínas: o que hoje é verdade amanhã deixa de o ser. É, no entanto, óbvio que as sociedades não podem prescindir dos avanços científicos e tecnológicos, mas a ciência não deve escravizar ou subalternizar o Homem pois este é o seu principal objectivo.

Há, no entanto, que reflectir, pois hoje existe uma tendência para enfatizar o dualismo mente/corpo e esquecer o contexto em que se dão os acontecimentos, há um esquecimento das influências económicas, sociais, culturais e religiosas, as quais conferem ao indivíduo a sua peculiaridade de viver.

O Homem tem que ser entendido como uma pessoa, que está para além da estruturação e da organização de um conjunto de órgãos: é também a soma das partes, isto é, de experiências vividas, exteriorizadas pelos comportamentos, emoções e sentimentos que expressa. No que diz respeito ao doente, não devemos considerá-lo de forma redutora, apenas como o portador da doença x ou y: há que

abordá-lo de forma holística, adoptando práticas segundo os parâmetros da dignidade humana.

Nesse sentido, há que entrar em linha de conta com o pressuposto da maturidade humana pessoal, cultural e científica, bem como com a capacidade de estabelecer uma relação comunicacional aberta que se manifesta num sistema aberto. LITTLEJOHN (1988, p.42) diz que um sistema aberto é aquele que “... *recebe matéria e energia do seu meio externo ou ambiente e , por seu turno, passa matéria e energia para o seu meio ambiente*”.

Na comunicação que se estabelece no hospital entre os profissionais de saúde, o doente e a família, há um acto comunicativo os intervenientes devem verificar que a mensagem foi recebida, proporcionando um processo de adaptação ao meio que os rodeiam. Como tal, tem que existir uma capacidade de se reconhecer e ter em consideração a comunicação do doente em função do contexto social em que ela ocorre. Esse contexto social é o tema da obra de BATESON e RUESCH.

Segundo estes autores, referenciados por LITTLEJOHN (1988) existem determinadas funções no nível intrapessoal: a primeira é a *recepção*, inclui as percepções dos sentimentos e estados internos do indivíduo e os estímulos externos; a segunda é a *transmissão* dos

impulsos nervosos no organismo, ao mesmo tempo este actua externamente sobre o mundo. A comunicação intrapessoal inclui também a coordenação, interpretação e armazenamento de informação.

Mas segundo esta teoria todas as funções intrapessoais estão subordinadas a nível interpessoal, no qual o indivíduo se relaciona socialmente com o mundo dos outros, sendo a interacção um sistema adaptativo em que o indivíduo alterna papéis de participação (emissor) e observação (receptor).

Não podemos deixar de enfatizar que, quer seja comunicação intrapessoal ou interpessoal, há sempre o aspecto técnico que inclui a codificação; a linguagem, os símbolos, os códigos, entre outros, são parte integrante das mensagens. Nas organizações, a comunicação fica largamente afectada pela estrutura institucional. Devia existir um amplo processo adaptativo que permitisse uma avaliação constante da adaptação do indivíduo à abrangência de codificação existente de forma a predizer a resposta futura, ou seja, verificação da qualidade de comunicação e seus efeitos sobre os outros, de modo a que se usasse essa informação para adaptação à situação.

O profissional formula mensagens, recebe retroacção, prediz e volta a ajustar-se. Esse processo activo é uma parte central de toda a comunicação humana. Sendo a saúde um bem único, , a relação

comunicacional, no contexto da tríade, profissional de saúde, doente, ambiente deve ser um dos objectivos primordiais. Não se trata somente de dar especial atenção à supressão dos sintomas, mas sobretudo construir uma maturidade pessoal, cultural e científica que permita usar a comunicação como um meio para alcançar um fim, isto é, desenvolver capacidades e atitudes de empatia, congruência, respeito para com o outro, de forma a compreender o indivíduo e os seus comportamentos num contexto vivencial, revalorizando o aspecto relacional e a personalização dos cuidados e, conseqüentemente, a sua humanização.

Nesse sentido, partilhamos da opinião de MARQUES (1996, p.168)

*“ A medicina actual tem que saber descobrir a magia escondida e na magia, ocasião para o progresso científico. A magia nasce sempre dos medos humanos perante o desconhecido, é a expressão do desejo de dominar o que é ameaçador e também da expectativa de alcançar esse desejo”*

Com base nos pressupostos anteriormente descritos, na relação com o doente coronário assume-se seu medo como um comportamento, (sentimento ou emoção) resultante da coabitação com a doença e da

interacção constante com o profissional de saúde, o ambiente institucional e a própria sociedade. Nesse sentido seguimos uma linha de pensamento sustentada nas teorias da interacção, com especial enfoque na Pragmática da Comunicação de WATZLAWICK et al.



## 2 - MEDO: EMOÇÃO OU SENTIMENTO

Todos nós sabemos, embora sem o levar à prática, que não basta possuir competências técnicas e científicas. O que diferencia as pessoas são as capacidades que cada um possui para gerir a afectividade na comunicação. Se nos reportarmos um pouco às leituras da nossa infância, SAINT-EXUPÉRY(1996), no Príncipezinho, dizia a certa altura, *“ é com o coração que vemos claramente; o que é essencial é invisível aos nossos olhos”*. Isto implica que, na espécie humana, os sentimentos e as nossas emoções são guias essenciais à forma de agir, às tomadas de decisão, e à forma de estar no mundo. Como refere GOLEMAN (1995; p.26) *“... todos nós muito bem sabemos ..., quando se trata de formular as nossas decisões ou as nossas acções, o sentimento conta tanto, e muitas vezes mais, do que o pensamento ...”*.

Mas o que é a emoção, e o que são os sentimentos? É difícil estabelecer diferenças: emoção é um termo gerador de grandes controvérsias entre os estudiosos.. Ao longo da história da evolução das espécies, desde os líquenes até ao momento actual tem existido grandes progressos. É de salientar que uma dessas grandes evoluções se processou a nível do cérebro. Na evolução das espécies, a espécie humana foi desenvolvendo uma estrutura cerebral que lhe permitiu a



escolha de comportamentos. Essa tarefa foi desempenhada pelo rinencéfalo, Trata-se de um cérebro intermediário cujo nome tem origem no nariz, evoluindo a partir do bolbo olfactivo, muito desenvolvido pelos mamíferos, com especial importância nos golfinhos e no homem, duas espécies muito sentimentais.

Sendo o rinencéfalo formado principalmente pelo sistema límbico, é uma região periférica circular com um conjunto de núcleos importantes do cérebro e permite a memorização e reconhecimento de situações já vividas, com o respectivo significado afectivo. Entre esses núcleos existe o hipocampo que memoriza os factos brutos, e a amígdala uma pequena glândula do lobo temporal que lhe confere as preferências. A amígdala é a receptora das informações provenientes dos cinco sentidos que lhe dão a percepção do exterior e a do próprio corpo. Ela é o centro de tudo: informa outras áreas do cérebro, escuta as mensagens, reage aos pensamentos, às imagens e encontra-se ligada a todas as funções vegetativas, nervosas e humorais que intervêm no equilíbrio do organismo. Ela permite que a nossa vida deixe de ser a preto e branco e passe a ser a cores, já que a individualidade própria de cada um permite a escolha da sua cor, dando origem a determinados comportamentos com conotações afectivas próprias, formando assim uma personalidade.

Podemos, então, dizer que as emoções dão estrutura à personalidade. Como refere FILLIOZAT (1997; p.70) as emoções, “... *individualizam as nossas atitudes, determinam o nosso estilo de respostas perante o mundo, definindo assim a nossa identidade ...*”. Assim o OXFORD ENGLISH DICTIONARY define emoção como, “*Uma agitação ou perturbação do espírito, sentimento, paixão; qualquer estado mental excitado ou veemente*”, GOLEMAN (1997; p.310) define emoção como “... *um sentimento ..., estados psicológicos e biológicos, e o leque de propensões para a acção ...*”. O mesmo autor refere que o intervalo entre o que dispara uma emoção e a sua reacção pode ser inexistente. Trata-se de uma resposta tão rápida que nos domina, que não temos tempo para perceber o que na realidade se está a passar. É uma resposta que apreende as situações globalmente, sem ter tempo para uma análise pensada. De referir que, segundo este autor, o pico da emoção é muito breve: dura apenas segundos.

No DICIONÁRIO PETIT ROBERT, emoção é definida como um, “*Estado afectivo intenso, caracterizado por uma brusca perturbação física e mental, onde são abolidas, na presença de certos estímulos ou representações muito vivas, as reacções apropriadas de adaptação ao acontecimento*”. O PETIT LARROUSSE refere que emoção é uma “*Perturbação, agitação passageira provocada pela alegria, a surpresa, o medo, etc.*”. Etimologicamente, “*moção*” diz respeito a movimento, e o prefixo “*e*” indica a direcção: em direcção ao exterior. DAMASIO (1997)

considera que emoção é um movimento em direcção ao exterior, um impulso que nasce no interior de nós próprios e que fala ao que nos rodeia, uma sensação que nos diz quem somos e nos coloca em relação com o mundo. Ela pode ser desencadeada por uma recordação, um pensamento, ou um acontecimento exterior e vai servir de guia, que nos faz lembrar aquilo de que gostamos e o que detestamos.

O que são sentimentos? Como se distinguem das emoções? Segundo alguns autores consultados, os sentimentos estão relacionados com as emoções, todas elas originam sentimentos, mas nem todos os sentimentos têm a sua origem nas emoções. DAMÁSIO refere (1997; p.159) que:

*“ À medida que as alterações no seu corpo vão tendo lugar, fica a saber da sua existência e pode acompanhar continuamente a sua evolução. Apercebe-se de mudanças no seu estado corporal e segue o seu desenrolar durante segundos ou minutos. Este processo de acompanhamento contínuo, esta experiência do que o corpo está a fazer enquanto pensamentos sobre conteúdos específicos continuam a desenrolar-se, é a essência daquilo a que chamo um sentimento. Se uma emoção é um conjunto de alterações no estado do nosso corpo associadas a certas imagens mentais que activaram um sistema cerebral específico, a*

*essência do sentir de uma emoção é a experiência dessas alterações em justaposição com as imagens mentais que iniciaram o ciclo”.*

O autor refere ainda que existem diversas variedades de sentimentos que divide em três grupos: os “*sentimentos de emoções universais básicas*”, está baseado em emoções, considerando as mais universais a felicidade, tristeza, cólera, medo e nojo. Ao segundo grupo chama de “*sentimentos de emoções universais subtis*” e baseiam-se em variantes das cinco do primeiro grupo: a euforia e a êxtase são variantes da felicidade, a melancolia e a ansiedade derivam da tristeza, o pânico e a timidez derivam do medo. Trata-se da ligação entre um conteúdo cognitivo e uma variação num perfil pré organizado do estado do corpo. O terceiro grupo de variedade é chamado de “sentimentos de fundo”. Esta nomenclatura provém de estados somáticos e não emocionais. O sentimento de fundo corresponde aos estados do corpo que ocorrem entre as emoções. É a nossa imagem da paisagem do corpo, quando esta não se encontra agitada pela emoção.

É importante reter que emoções e sentimentos mantêm relações estreitas, elas são biológicas e pulsionais; eles são elaborações tidas como secundárias, porque são mentalizadas e inscrevem-se duradouramente. Assim, tal como foi referido anteriormente, o medo

pode ser uma emoção ou um sentimento, se pensarmos que ele pode estar subjacente a vivências anteriores.

## **2.1 - CONCEITOS DE MEDO**

Medo vem do Latim *metu* e segundo o *Dicionário Da Língua Portuguesa*, traduz um sentimento de inquietação que se sente com a ideia de um perigo real ou aparente, significa ainda terror, receio, temor, apreensão e susto. A *Enciclopédia Koogan Larousse* acrescenta: medo é um sentimento de inquietação e de apreensão face a um perigo real ou imaginário.

Podemos considerar o medo como uma inquietude vital, comum a todos os seres vivos. Trata-se de uma emoção humana fundamental que tem como função despertar e mobilizar o organismo face a um perigo externo, que pode ser real ou imaginário, salvaguardando esse organismo psico físico ou seja conservando a vida.

Segundo o *Dictionnaire Usuel De Psychologie* (1983; p.511) o medo define-se como “ *uma emoção provocada pela tomada de consciência de um perigo. É uma reacção afectiva normal do organismo quando está exposto a uma ameaça real*”. Assim o medo está associado

a experiências de vida passadas, relacionadas com o perigo ou com ameaças às pessoas que podem causar danos físicos e psicológicos, podendo levar mesmo até à morte. Neste contexto, consideramos ameaça, como a percepção que o indivíduo tem de uma situação ou estímulo potencialmente perigoso ou nocivo, cuja tomada de consciência vai desencadear o medo.

Podemos referir que o medo não está dependente apenas do perigo objectivo, mas depende grandemente da percepção que a própria pessoa tem da situação, com base em experiências passadas que podem não ter sido vividas directamente, mas observadas em outros. DANTZER (1993, p.26) refere que, “ *o medo pode surgir como uma reacção a um perigo real ou imaginário mas pode igualmente ser sentido quando se antecipa uma situação potencialmente perigosa*”, assim, muitas vezes as pessoas projectam no futuro o medo de eventuais perigos.

Numerosas vezes se confunde medo com ansiedade, utilizando alguns autores indistintamente os termos; no entanto, eles assumem dimensões diferentes: KAPLAN (1990; p.328) diz que *medo “é uma resposta a uma ameaça conhecida, externa, definida”*, a ansiedade “*é uma resposta a uma ameaça desconhecida, interna, vaga*”. Não podemos esquecer que o medo é uma emoção simples, e a ansiedade é um conjunto de emoções em que o medo é dominante e está sempre

presente. Já TAYLOR (1992; p.147), refere que o medo e a ansiedade não são diferenciáveis para a pessoa que os vive, pelo que:

*“ O medo é uma resposta natural a um estressor real que ameaça a própria existência do sistema. Desde que o estressor possa ser identificado, torna-se possível lidar com ele directamente, lutando ou fugindo. Essas adaptações oferecem um escape directo para a tensão fisiológica e psicológica resultante do medo. Este não é o caso quando a adaptação a um estressor é a ansiedade. O sentimento então percebido é o mesmo que aquele experimentado quando o medo está presente, mas o estressor é desconhecido para a pessoa.”*

STRONGMAN (1998) acrescenta que a ansiedade é uma emoção negativa tal como o medo e pode ser muito perturbadora. É razoável afirmar que a ansiedade se distingue do medo, porque o objecto do medo é real, externo, conhecido e objectivo, a ansiedade é obscura e incerta para o sujeito e, para ser compreendida, tem que se ter em conta aspectos cognitivos.

Podemos referir que o medo é uma emoção fundamental que faz parte integrante da espécie humana, desde os primórdios da humanidade despertando e mobilizando o organismo para fazer face a



um perigo externo. Desde os primeiros meses da vida do homem, ela se faz sentir, sob diversas formas, temores infantis: angústias relacionadas com crises existenciais ou acidentais até à morte. Em suma, acompanha todo o ciclo vital da pessoa, podendo ser influenciada por vários factores, nomeadamente físicos, psicológicos, ambientais, económicos, entre outros. Mas como toda a emoção e, segundo RODRIGUES (1989; p.15), o medo é uma *“reacção afectiva intensa, surgindo geralmente de forma brusca e que também rapidamente se desvanece”*. Apesar de parecer que o medo termina com o desaparecimento do estímulo, é certo que este perdura latente na interacção com os outros e com o meio, ele apenas diminui de intensidade.

BOLANDER (1998; p.458), define o medo como, *“uma resposta emocional a um perigo ou aborrecimento real ou imaginário”* e descreve alguns medos relacionados com a doença, ordenando-os em três grupos:

⇒ Medo do perigo

\* medo da dor,

\* medo do abuso ou negligência,

\* medo do castigo pelo comportamento passado ou pelo estilo de vida.

⇒ Medo do desconhecido

- \* medo da morte,
- \* medo de um local desconhecido, como uma unidade de cuidados de um Hospital
- \* medo de ser cobaia
- \* medo do equipamento, dos procedimentos de diagnóstico ou dos cuidados para executar tratamentos.

⇒ Medo das relações deficientes com os outros

- \* medo de causar susceptibilidades,
- \* medo de tratamento impessoal,
- \* medo do isolamento,
- \* medo de ser um fardo.

Sendo o medo um mecanismo de sobrevivência face ao perigo eminente, torna-se pertinente saber como vamos escapar incólumes. Esta reacção tão antiga como a espécie humana, pois já nos seus primórdios, ela estava presente, retratada através de achados arqueológicos. Nos nossos dias, poucas são as situações de medo superadas em confrontação directa e supressão do perigo. Na maioria das vezes, somos obrigados de alguma maneira a conviver com as ameaças que nos assustam, como se de nada se tratasse: há que continuar com o ritmo de vida que os nossos dias nos impõem. Encaram-se os medos pelo seu aspecto positivo.

Como refere MARTIN E BOECK (1999; p.59), “*o medo é um indicador de que algo está mal ... podemos ver os nossos medos como uma oportunidade que leva a ... prestar mais atenção à nossa saúde ...*”. Quem não tem medo das doenças do coração, dos malefícios do tabaco, da poluição, da violência, das armas nucleares. Entre muitos outros estímulos, nós apenas convivemos com eles tolerando-os e observando-os friamente; em suma, lidamos com eles.

## *2.2- PSICOFISIOLOGIA DO MEDO*

O medo proporciona a quem o vivencia guardar na memória experiências que podem voltar a ser vividas. Estas experiências de vida passadas, podem influenciar as percepções da realidade, modelando a regulação e adaptação nas interações entre o ser humano e o meio. Este processo torna-se cognitivo sendo traduzido pelo cérebro em termos de perigo real ou imaginário. Nesta perspectiva, para poder alcançar o equilíbrio, o organismo vai ficar em estado de alerta e defesa, recorrendo a várias estratégias de resposta fisiológicas e comportamentais.

É importante realçar que a componente física e a psíquica não podem ser separadas: elas são fundamentais na tentativa de adaptarem

o ser vivo ao ambiente. Segundo DIEL (1995), a biologia estuda a evolução do ser vivo exteriormente e é no ambiente que este procura o princípio de adaptação evolutiva, encontrando-o na luta pela sobrevivência. Psicologicamente, o princípio de evolução da natureza intrapsíquica, encontra-se no dinamismo transformador do medo. São dois princípios intimamente relacionados, uma vez que a luta pela sobrevivência é a manifestação externa do medo.

BITTI E ZANI (1993; p.167) dizem que o medo, como todas as emoções, é um processo complexo no qual intervem vários componentes interdependentes que participam na determinação da determinação da experiência emocional como processo dinâmico:

*“ uma componente cognitiva, orientada para a apreciação da situação-estímulo que provoca a emoção; uma componente de activação fisiológica, determinada pela intervenção do sistema neurovegetativo; uma componente expressivo-motriz; uma componente motivacional, relativa às intenções e à tendência a agir/reagir e uma componente subjectiva, que consiste no sentimento experimentado pelo indivíduo”.*

Podemos referir que a nossa maneira de ser resulta de interacções complexas entre o genoma do indivíduo e a história, sendo que a nossa forma de reagir emocionalmente é, simultaneamente inata

e adquirida, sofrendo continuamente alterações e influências por acontecimentos interiores e exteriores.

FILLIOZAT (1997; p.25), refere que *“os indicadores somáticos, essas sensações fisiológicas que são as emoções, aumentam a precisão e a eficácia dos processos de decisão”*, Tal afirmação pode sustentar-se nas afirmações de GOLEMAN (1997) quando este se referencia à mente emocional, como uma estrutura com capacidade de resposta imediata, ultrapassando a mente racional, é como se costuma dizer *“agir sem pensar”*. Se pensarmos em termos de evolução da espécie, no decurso dessa evolução a rapidez da mente emocional girava concerteza mais em torno da tomada de decisões básicas sempre directamente ligadas à sobrevivência: os organismos que fossem mais lentos, nas suas tomadas de decisão tinham poucas probabilidades de sobrevivência.

O modo rápido de reagir, que caracteriza os seres humanos, sacrifica a certeza, pois baseia-se numa primeira impressão, relativamente à imagem geral, apreende as situações globalmente, pelo que reage sem fazer uma análise reflectida. Mas a mente emocional tem uma capacidade instantânea de selecção; ela consegue ler uma certa realidade pela sua rapidez e funcionando como um radar antecipando-se à mente racional. Se os nossos antepassados não fossem guiados grandemente pelas emoções e se esperassem pela resposta da mente racional, talvez hoje não existisse.

A mente racional é determinada por estados específicos num determinado momento, depois entram num processo de reorganização das recordações, hierarquizando-as, e dando-lhe sempre um cariz biológico. Forma-se um padrão que é activado, quando essa emoção é despertada, sendo exteriorizada por um conjunto próprio e único de sinais que o corpo faz transparecer, quando se encontra sob o seu efeito.

Tal é o caso do medo, emoção primária. Paul Ekman, Director do Laboratório de Interação Humana na Universidade da Califórnia em São Francisco referenciado por GOLEMAN (1997, p.318), em colaboração com outros investigadores, fez alguns estudos sobre esta temática, descobrindo que as manifestações emocionais começam a revelar-se através de modificações da musculatura facial:

*“mudanças fisiológicas típicas de uma determinada emoção – como o desvio da corrente sanguínea ou o aumento do ritmo cardíaco – demoram também apenas umas escassas fracções de segundos a manifestar-se. Esta rapidez é especialmente verdadeira no caso das emoções intensas, como o medo face a uma ameaça súbita”.*

Para especificar melhor esta rapidez, passamos a falar um pouco acerca dos circuitos neuronais do medo, pois segundo GOLEMAN

(1997), não existe um verdadeiro centro do medo no cérebro, mas circuitos sensório – motores. DANTZER (1993; p. 26) salienta que estes circuitos compreendem a zona central do cérebro, o hipotálamo, o núcleo central da amígdala e o lobo temporal lateral, outras zonas que fazem parte desses circuitos são o septo e o hipocampo. Refere ainda que os estímulos são percebidos pelo córtex cerebral e transmitidos ao tálamo, considerado a sede da expressão emocional.

GOLEMAN diz que a amígdala é crucial para o medo: existem registos a descrever lesões graves que destruíram a amígdala, mantendo intactas todas as outras estruturas do cérebro. Os neurologistas afirmam que o medo desapareceu completamente, apesar do doente saber que , confrontado com determinadas situações deveria ter medo.

### ***3 - A PROBLEMÁTICA DO MEDO NA PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA***

Os sociólogos da Escola de Chicago, por volta dos anos 20, centravam a sua problemática nas interações entre homem e meio natural e nas interações de grupos humanos em determinados meios geográficos. Por outro lado, o paradigma da ecologia humana, com origem nas ciências naturais, baseava-se na ecologia vegetal e animal: estudava as espécies em interacção com o seu meio.

AMOS HAWLEY (1991), representa um marco importante nesta problemática: ele sistematiza os principais pressupostos do paradigma da ecologia humana, sendo estes profundamente marcados pelos fundadores de Escola a que ele também pertencia. Assim a ecologia humana fazia uma abordagem do estudo das organizações humanas, era uma tentativa de lidar holisticamente com as organizações. O autor pretende explicar a ecologia humana através de três preposições: a adaptação, o crescimento e a evolução. Ela teve a sua fonte de inspiração na ecologia das plantas e dos animais, mas houve necessidade de testar as inferências com dados provenientes das colectividades humanas. O pressuposto básico é que a adaptação é encarada como um processo colectivo e não individual, visto ser uma



ciência centralizada nas diferentes *“maneiras pelas quais as populações humanas se organizam por forma a se manterem em determinados ambientes”*

Segundo NAZARETH (1993), a ecologia humana actualmente é considerada sob dois pontos de vista: como uma nova disciplina; e/ou como uma reflexão sobre a sociedade, inserida num determinado contexto ambiental. Em qualquer dos casos, a ecologia humana centra os seus estudos nos diversos campos de actuação do homem, considerando-o sempre numa perspectiva holística.

Esta evolução, no sentido da percepção global, aumenta a probabilidade de o mundo se reproduzir como um sistema único. Segundo WATERS (1999), a sociedade contemporânea já saiu da fase em que se orientava quase em exclusivo pelas aplicações tecnológicas que maximizavam o fluxo dos recursos materiais. Nessa fase, a chamada modernização, o homem habituou-se a aceitar os efeitos colaterais, tanto a nível da saúde, como do ambiente, em troca de um aumento de bem estar social.

Actualmente, as coisas mudaram: esses efeitos colaterais constituem riscos potenciais. Sendo que risco se define, segundo WATERS (1999,p.), *“como um modo sistemático de lidar com os perigos e com as inseguranças induzidas e introduzidas pela modernização”*.

Esses riscos podem ser de ordem prática ou política pelo incremento de soluções irresponsáveis que incluem perigos de radiactividade, de toxinas e de poluentes que causam, a longo prazo, danos invisíveis e irreversíveis no nosso organismo.

O que podemos observar é que os riscos se multiplicam à medida que a industrialização se intensifica à escala global, não se restringindo os riscos apenas ao seu local de origem, mas, pela sua natureza, podem pôr em perigo todas as formas de vida do nosso planeta. O risco globaliza, porque universaliza e igualiza qualquer membro da sociedade, independentemente da sua localização, da classe social, desrespeitando quaisquer fronteiras.

Pode dizer-se que a *ECOLOGIA HUMANA*, se assume como a análise de interdisciplinaridade das interacções entre o homem e o ambiente, mediante determinado método. Ela deve ser considerada como um conjunto de conhecimentos científicos que se instaura nas múltiplas actuações do homem, nunca esquecendo que este se insere num determinado ambiente em constante interacção, ou seja considerando-o como um todo e não a soma das partes. Nesta linha de pensamento e tendo em conta o fio condutor seguido ao longo do trabalho, podemos verificar, que o bem estar do Homem, tal como o de qualquer outro ser vivo, depende da natureza das comunidades e dos ecossistemas, sobre os quais ele impõe a sua cultura. Isto é ODUM

(1997 p.222) afirma, “...segundo vai a comunidade, assim vai o organismo ...”, ao definir comunidade como, “ ... qualquer conjunto de populações que vivem numa área determinada ou habitat físico; é uma unidade organizada na medida que tem características adicionais às das suas componentes, indivíduos e populações ...”

Nesta perspectiva, consideramos sempre o indivíduo inserido no ambiente que o rodei considerando que não pode viver isolado, e assim, o ambiente específico torna-se matriz de todas as relações, na sua complexidade e simultaneamente, o resultado de factores culturais, sociais e institucionais. Não podemos deixar de afirmar que o ambiente actua sobre o Homem e o Homem sobre o ambiente. Nesta perspectiva e perante a interacção constante entre indivíduo e condições externas, ambientais e sociais, estas assumem um papel relevante sobre a individualidade de cada um, manifestando-se por reacções emocionais de alarme, nomeadamente o medo e a ansiedade.

#### **4- O MEDO DO DOENTE CORONÁRIO NO HOSPITAL**

##### **Doença coronária e medo**

A doença coronária (DC), também chamada de doença isquêmica do coração, engloba o enfarte agudo do miocárdio (EAM), a angina de peito (AP) e a morte súbita. Esta resulta do estreitamento ou oclusão das artérias coronárias. Como refere THELAN et al (1996), a DC resulta de um desequilíbrio entre o aporte de oxigênio ao coração e as necessidades que ele tem, ou seja, existe um estreitamento ou oclusão das artérias coronárias que fornecem o sangue ao músculo cardíaco. O coração possui um sistema vascular próprio, pelo que é irrigado através de artérias que têm origem na raiz da aorta. A principal função das artérias coronárias é transportar sangue oxigenado para todo o músculo cardíaco. O oxigênio funciona como produtor de energia que o músculo cardíaco precisa para se contrair. Se não existir um fluxo sanguíneo adequado numa artéria coronária, há diminuição do aporte de oxigênio à respectiva zona do miocárdio, o que resulta em isquemia (se for transitória), ou necrose (se for superior a cerca de trinta minutos), da área atingida.

Pensa-se que a DC é essencialmente consequência da aterosclerose ou mais raramente dos espasmos coronários. A aterosclerose define-se como uma doença progressiva que tem início na infância e se manifesta clinicamente a partir da média idade. Trata-se de um processo evolutivo que é definido pela OMS e citado por COSTA (1997, p ) como, *“uma combinação variável de alteração da íntima das artérias, que consiste numa acumulação de lípidos, hidratos de carbono complexos, sangue e seus produtos, tecido fibroso e depósitos de cálcio”*.

Sendo referida a aterosclerose como um processo degenerativo, segundo COSTA (1997), trata-se de um processo multifactorial, no qual se incluem os factores que aumentam o consumo de oxigénio pelo miocárdio, tais como, o exercício físico violento, o stress emocional, refeições pesadas e a hipertensão arterial. Existem também outros factores que reduzem o aporte de oxigénio ao miocárdio, como a vasoconstrição, o tabagismo, a poluição do ar, anemia, bradicardia e hipotensão.

Na angina de peito, segundo MATOS (1995), verifica-se a obstrução parcial e temporária do fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, do oxigénio à zona atingida, enquanto no enfarte do miocárdio, existe uma obstrução total e prolongada, que origina necrose da área em causa, normalmente subjacente a essa obstrução total está a ruptura de uma placa ateromatosa. Na morte súbita por DC, o

mecanismo é o mesmo, mas a zona atingida é muito grande, tornando inviável a musculatura cardíaca. Relativamente às manifestações clínicas, THELAN et al (1996), afirma que, no enfarte agudo do miocárdio e na angina de peito, há tipicamente dor torácica: na AP esta é menos intensa e duradoura e cede ao repouso. Trata-se de uma dor típica retro-esternal, tipo aperto, que pode irradiar para o ombro esquerdo, pescoço e braços e para a mandíbula. No EAM, surge uma dor de longa duração que agrava o estado de ansiedade e medo por parte destes doentes. É uma dor frequentemente associada a sudorese, náuseas e vômitos, palidez, dispneia, hipotensão ou hipertensão, bradicardia ou taquicardia, arritmias e sensação de morte eminente.

Para MARQUES e MENDES (1994), uma pessoa que sofre de uma doença grave, considerada de alto risco, tal como a DC, é um doente extremamente sensível a tudo e todos os que o rodeiam e dos quais depende a sua vida. Há alturas em que a morte espreita sem se fazer esperar: tal é o caso de uma paragem cardíaca ou de um EAM. É nessa altura que a pessoa vê a morte como um inimigo poderoso e traiçoeiro, que causa medo, amargura e cólera entre outras emoções, consoante a individualidade de cada um. É uma situação com a qual há dificuldade em lidar, em que o medo de saber o que tem, saber que foi acometido de uma doença grave, provoca inevitavelmente alterações a nível de futuro, na concretização de planos e projectos de vida. Aparece um obstáculo que modifica tudo numa visão a uma só cor, não sabendo

muito bem se todas as cores do arco íris voltarão a surgir. A DC é uma doença que ameaça grandemente a qualidade de vida da pessoa, também as suas vivências são, importantes, porque por vezes surgem problemas de culpabilização. Isto porque a doença pode estar intimamente ligada a comportamentos de risco (estilos de vida) em que a exposição aos agentes agressores tem um forte componente de responsabilidade pessoal; a alimentação, o stress, o sedentarismo e o álcool.

Perante a DC, tal como para outra doença grave, a pessoa enfrenta uma ameaça severa. Trata-se de um processo que não é estático, mas faseado o que permite uma adaptação. PARKINSON (1986) descreve essas fases da seguinte forma, dividindo-as em três: a primeira fase é a de choque e descrença, habitualmente são exteriorizados sentimentos de surpresa e de negação (não aceitação da realidade). É vulgar a pessoa sentir-se num processo de racionalização, imerso na amálgama de ideias, mas silenciosa. A segunda fase, chamada de consciencialização numa primeira instância, é dominada por vivências das emoções e sentimentos de angústia, cólera e medo e/ou culpa; posteriormente, ocorrem os episódios de choro, com verbalização do significado de perda e da fatalidade. A terceira fase é o restabelecimento, que inclui a aceitação positiva da situação onde predomina a esperança e a continuidade de vida. De salientar que o

autor refere que a progressão nas fases pode não ser linear e verificarem-se frequentemente regressões.

Neste contexto, há que referir que um doente, quando entra no hospital e se vê perante o problema que o afecta e, mais tudo o que o rodeia, se sente em desvantagem: a tecnologia, o estar ligado às máquinas, transmite-lhe uma sensação de perda de controle da situação. O doente teme a morte, a mutilação ou a incapacidade provocadas pela doença ou pelo tratamento; existe o receio constante de que os aparelhos se avariem ou sejam desligados, e o medo transparece através de vários tipos de comportamento. Ficam impotentes e dependentes da situação, TAYLOR, citado por Wilson (1991, p 21) explica que,

*“à medida que a medicina se tornou tecnologicamente complexa, também se tornou mais assustadora para os doentes, situações em que os alarmes disparam frequentemente, são causadoras de grande instabilidade para o doente eles ficam ansiosos e muitas vezes agitados”.*

Em suma, estar doente é uma situação que causa mal estar e um sentimento de desorganização psicossocial. Segundo RIBEIRO (1994, p 59), esta situação torna-se *“um acontecimento humano”*.



### *A integridade física e o medo*

Um doente com DC é particularmente sensível a tudo o que o rodeia, ficando a sua vida dependente dos outros. A necessidade da realização de exames complementares de diagnóstico, tratamentos dolorosos ou a utilização de medicamentos novos, deixa-o receoso, ansioso e inseguro. Vê-se confrontado com a ideia de estar doente pela sintomatologia sentida, o que lhe provoca algum desconforto físico que corresponde a alterações somáticas, cognitivas e afectivas, que podem ser sentidas pelo próprio ou detectadas por outros.

REIS (1993) dá especial ênfase às experiências individuais vividas no passado pelo doente ou por outros, ou tão simplesmente ao imaginário pessoal sobre saúde e doença. Ambas podem desencadear fortes vivências emocionais condicionadas pelos níveis de desenvolvimento psicológico das pessoas. São estas significações que segundo GAMEIRO (1999), podem influenciar os processos de recuperação e reabilitação, causando emoções e sentimentos de medo. Não podemos esquecer que as reacções emocionais são determinadas fundamentalmente por alguns factores. Segundo SANTOS (1995, p.3), no que diz respeito à doença: “ ... *tipo de doença, estado de evolução, sintomas, tipos de tratamento, opções de reabilitação ...* ”, no que concerne à pessoa; “ ... *idade, experiências e modos de reagir prévios, mecanismos de defesa utilizados, crenças e valores ...* ”.

Quando um indivíduo é confrontado com um grave problema de saúde, como é o caso da DC, em que se prevê a possibilidade de um dano irreversível para a saúde, uma ameaça grave à sua integridade física e existindo, mesmo a possibilidade da sua morte. Há actividades que, aliadas à doença, podem ser entendidas pelo doente como atentados à integridade física: os cuidados de higiene na cama, as entubações, as punções venosas, as injeções, a algaliação, a tricotomia. CARLSON e BLACKWEL (1982) referem que a imagem corporal é uma base de identidade, pelo que toda a mudança na estrutura e realização das actividades corporais é tida como uma ameaça. Existe por parte dos profissionais de saúde uma invasão constante da esfera íntima do indivíduo, através da realização de exames ou da prestação de cuidados, sendo indutora de um intenso medo que pode aumentar a dor, sendo esta considerada uma reacção a uma ameaça à integridade física

As quedas da cama ou na casa de banho, (mais frequentes) são também causa de grandes medos, tendo uma incidência maior durante a noite e sendo normalmente consequência de perda de equilíbrio e/ou desadaptação ao espaço ainda não identificado como deles. JOYCE-MONIZ (1992, p.137) refere que, *“este tipo de acidentes está ligado ao medo de ferimentos causados na sua sequência”*.

QUIRIN (1993) faz referência a outros tipos de medos que podem interferir na integridade física, nomeadamente, o medo de ser utilizado em estudos ou ensaios de novos medicamentos ou tratamentos, dado que o hospital é um espaço de investigação no campo tecnológico e farmacológico para benefício da evolução da medicina.

### *Situações sociais e interpessoais e o medo*

Não se pode analisar a instituição hospitalar como uma simples empresa: o objectivo do hospital consiste em produzir um serviço, tal como qualquer outra empresa, mas, não podemos esquecermo-nos de que a matéria-prima sobre a qual se actua é o Homem.

Se considerarmos a instituição um sistema, isto implica a interacção dos diferentes elementos com as suas qualidades próprias, mas que estão em interdependência, condicionadas pelas regras impostas, as quais orientam as estratégias de cada um, reguladas pela natureza das relações de dependência e de interdependência. As relações são um importante aspecto da comunicação interpessoal; elas pressupõem dois ou mais intervenientes no processo, decorrem da interacção entre as pessoas, e regem comportamentos. A interacção mantida entre o profissional de saúde, e o doente/família, num contexto organizacional, assume sempre dois modos que se completam

mutuamente e estão na dependência um do outro: o conteúdo pode ser transmitido digitalmente enquanto a relação é uma área predominantemente analógica, ambas têm implícitas regras, rituais e valores.

WATZLAWICK (1993, p.21), teórico da comunicação interpessoal, apresenta cinco axiomas básicos da comunicação: o primeiro, “*uma pessoa não pode deixar de comunicar*”, enfatiza a própria tentativa de não comunicar. Ao negar entrar em comunicação há, implicitamente, comunicação. Inúmeras vezes acontece que o profissional de saúde, num acto rotineiro, executa uma tarefa, esquecendo a pessoa a quem esse acto se dirige, ignorando-o. Este comportamento é susceptível de uma leitura, há uma mensagem. Segundo o mesmo autor, outro axioma é, “*toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação tais que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação*”. Na relação entre duas, pessoas que podem ser o médico ou o enfermeiro e o doente, cada uma está a fornecer informação à outra, existindo um conteúdo e uma estrutura da conversa, comentando cada um a informação a nível superior, ou seja ao da metacomunicação.

O terceiro axioma aborda a “*pontuação das sequências de eventos*”, uma interacção consiste num movimento por um indivíduo seguido por movimentos de outros, ou seja existem comportamentos

que são respostas a outros, pelo que são agrupados e formam um todo que ajuda a definir a relação.

O quarto axioma definido pelo autor diz: “ *os seres humanos comunicam digital e analógicamente*”, a comunicação digital refere-se a códigos, sendo os mais comuns na comunicação humana é a linguagem: sons, palavras, frases, traduzem significados. Frequentemente acontece que a mensagem transmitida pelo profissional de saúde ao doente ou à família, pelo código digital, devido à complexidade dos seus signos não é compreendida. É senhor de um dialecto que não é acessível nos breves momentos da relação, tornando-se geradora de dúvidas, medos e insegurança. Trata-se de um tipo de linguagem carente de uma semântica no campo das relações. O código analógico pode incorrer em alguns erros, ele encerra a maioria dos signos não verbais. No exemplo anterior o técnico executa uma tarefa e, friamente, emite pequenas directivas para a sua consecução, aliando os dois signos, o digital através da linguagem e o analógico através da expressão do faceies, da postura, modo de vestir e gestos Na maioria das vezes, a tradução dos signos analógicos para digitais, imputa-lhe uma interpretação própria, que pode manifestar, autoridade, frieza, desprezo, desrespeito, originando reacções emocionais de medo e insegurança.

O último axioma referenciado pelo autor exprime uma “*diferença entre a interacção simétrica e complementar*”. Como já observámos existem na espécie humana normas para se comunicar. As relações podem ser de dois tipos; de igualdade, neste caso, os intervenientes estabelecem uma interacção simétrica competitiva em que existe o objectivo de minimizar as diferenças; ou a desigualdade, onde há complementaridade entre os comunicantes, acentuando as diferenças, onde sobressai a reciprocidade paradigmática.

“ *A família é o contexto mais próximo da pessoa*”, refere MARQUES (1996, p 169), ela representa um suporte social com vista à promoção da saúde através da partilha de apoio emocional, de ideias, de informação e de assistência. Serve, útil e funcionalmente os seus membros, pelo que o profissional de saúde deve ser hábil descodificador da sua linguagem digital e analógica e expressar uma comunicação aberta com expressão sincera dos sentimentos e dúvidas. Há que ter especial atenção aos comportamentos adoptados, pois, por vezes o facto de o doente ser o “*chefe de família*” e ficar impossibilitado temporariamente das suas funções, gera reacções emocionais negativas, de medo relativas à perda de poder económico e de status social.

A crítica por parte dos familiares sobretudo relativamente a determinados estilos de vida do doente, também desencadeia reacções de medo, pois surge o fantasma da não aceitação tal como se é levando

por vezes à rejeição e ao abandono, induzindo o sentimento de já não servir e ser um fardo para a família, que, numa sociedade consumista e redutora, não tem espaço físico e psíquico para o seu ente doente.

### *O pessoal de saúde e o medo*

Quando falamos de medos relacionados com o pessoal de saúde, estamos perante relações interpessoais, que podem ser de natureza técnica e/ou relacional. Existem factores que influenciam as relações interpessoais, nomeadamente, a doença que afecta o indivíduo, o ambiente e factores socioculturais. O hospital é uma unidade de cuidados, que inclui profissionais e seus saberes, tecnologias e infra-estruturas materiais. A sua importância social, segundo CARAPINHEIRO (1993, p.45), “... destaca-se pelo facto de ser o lugar de confronto da diversidade dos quadros de referência cultural dos doentes face a um modelo cultural reconhecido e consagrado, que inclui um modelo de regulação social do que é viver a doença no hospital”, são os vários grupos profissionais que constroem os seus próprios modelos de regulação de comportamentos e das formas de adaptação do doente à vida do hospital. É suposto que, quando um doente entra no hospital, cumpra as regras que a instituição, como modelo sociocultural, lhe impõe.

Num espaço onde a absoluscência das técnicas e dos saberes é constante, a actuação dos profissionais de saúde não pode circunscrever-se apenas à prestação de cuidados, mas sobretudo à forma como esses cuidados são prestados. Não se pode tratar/cuidar os doentes todos da mesma forma, esperando que eles desempenhem as mesmas actividades ligadas a horários rigorosos, submetidos a uma sequência de regras, onde o seu papel é passivo e expectante no acto de tratar/cuidar. É uma relação que pressupõe desigualdade, não há equilíbrio, o doente fica em desvantagem e assume uma postura de submissão, é a autoridade do profissional contra a sua. Quando ousa fazer questões ou romper as regras da instituição, é intitulado de indisciplinado. CARAPINHEIRO (1993, p.108), reafirma esta constatação, “ ... a necessidade de acções decisivas de cura para prevenir a morte justifica a submissão do doente ... espera-se que o doente seja o recipiente passivo dos cuidados médicos, objecto de procedimentos legitimados”.

Quanto ao nível relacional, a interacção é episódica, e desenvolve-se normalmente no contexto dos procedimentos terapêuticos necessários e, mesmo esses, são executados com elevado rigor técnico, mas com uma lacuna profunda no saber ser e saber estar, PIRES (1997, p.25 ) na sua obra, *Profundis , Valsa Lenta*, descreve uma cena que ele



viveu durante um internamento num hospital que retrata esta problemática:

*“... ao ver o meu outro eu a pentear-se com uma escova de dentes num quarto de hospital ... e logo de instante vejo uma enfermeira a aparecer por trás e a trocar-lhe a escova pelo pente, sem um comentário, sem uma palavra sequer, pura e simplesmente na prática de quem executa uma rotina ...”*

A escola da interacção enquadra-se num contexto de desenvolvimento económico e cultural, no qual se verifica uma valorização das necessidades relacionais e de intimidade das pessoas. Considera-se que o doente a partir da teoria dos sistemas, é um sistema aberto, delimitado por fronteiras permeáveis em relação ao ambiente circundante com o qual mantém trocas de matéria, energia e informação. (LOPES 1999) salienta que esta é uma escola que questiona os cuidados prestados e consegue no fim das décadas de 50 e 60, nos Estados Unidos da América, impor como teoria nas práticas dos profissionais de saúde.

No nosso país, começa-se a valorizar o aspecto relacional, nos últimos anos a nível das escolas, mas, na realidade, quantos de nós não experienciou uma situação de doença e não sentiu esta problemática? Se empaticamente nos situarmos, quem não gosta de conhecer o prestador de cuidados, quem não gosta de ser tratado com respeito,

num clima de confiança e autenticidade, tendo em conta a sua individualidade e a sua experiência de vida? Quão frequente é, num ambiente hospitalar, ouvirmos os profissionais dirigirem-se ao doente tratando-o por “tu”, por “avôzinho”, por “tia”, por “amiga” entre outros. São atitudes que desprestigiam grandemente a qualidade dos cuidados, é como se uma pessoa, quando entra no hospital, se despisse de todo o seu passado, de toda a sua riqueza de vida, em suma da sua identidade. Parece que a pessoa entra numa sociedade diferente onde as regras do jogo se invertem, dando lugar à despersonalização dos cuidados o que incita reacções emocionais de vergonha, de perda da intimidade, de medo de transgredir as regras e sofrer represálias. ROSENTHAL citado por SARSON (1993, p.164) diz:

*“... todo o doente que ingressa no hospital devia seguir com ilusão e de forma exacta o programa terapêutico organizado pelo pessoal, deveria ser agradável, não protestar acomodarse à rotina hospitalar ... os bons doentes ... são colaboradores, mantêm o bom humor no possível, cumprem com o tratamento, dão a máxima informação ao pessoal ... e não desorganizam a unidade ou pedem privilégios especiais ou atenção excessiva”.*

Esta perspectiva reducionista traduz um modo de estar na profissão que considera o doente como objecto dos seus cuidados, com

comportamento passivo e submisso, sem ter em conta os seus sentimentos ou emoções, os seus conhecimentos e experiências de vida. Pelo atrás referido, a doença e a hospitalização podem ser situações ameaçadoras. Para COOK e FONTAINE (1990, p.8), as pessoas mostram um elevado grau de dependência dos profissionais de saúde e da família, determinado pela doença e pela ajuda necessária para satisfazer as necessidades humanas básicas, nomeadamente: alimentar-se, mobilizar-se, cuidar da higiene e conforto, e do eliminar. Este tipo de dependência aumenta o sentimento de impotência e insegurança e dá origem a medos e sentimentos de inferioridade, podendo chegar mesmo à regressão. KENNEDY, (1979, p 381), define regressão como: *“ um gesto instintivo de conservação da energia que atinge o seu fim quer facilitando o envolvimento de todas as forças disponíveis quer restaurando e satisfazendo as necessidades corporais”*, trata-se de, um mecanismo de defesa para se proteger do medo relativamente à doença.

Esta dependência constante esconde ainda outros medos relacionados directamente com as competências técnicas, a jovialidade dos prestadores de cuidados e a sua pouca experiência motivo de insegurança e desconfiança. QUIRIN (1993, p.80) refere outros medos: *“medo de ser manipulado, medo que não se ocupem dele; medo de ser mobilizado, medo dos exames dolorosos, medo das mãos inábeis ou muito bruscas”*. RIACHOS (1996, p.164), testemunha de forma bem

clara os sentimentos do doente perante a doença e o internamento, “... *fugir era impossível sobretudo seria uma vergonha qualquer espécie de fraqueza e, uma vez mais tentei despir, não só a roupa mas também a minha individualidade*”.

### O ambiente e o medo

O Homem organiza e produz o seu ambiente sob a influência de diversos factores, nomeadamente a educação e as normas sociais e económicas. O ambiente deve ser caracterizado pela ordem, determinismo, condicionalismos, riscos e ainda pela organização, portadora de comportamentos e produtora de ordem e desordem. MORIN (1980, p.24) refere que o ambiente “... *é um sistema, isto é, um todo organizando-se a partir das interacções entre constituintes ...*”, nesse sentido todo o ser vivo recebe informações do seu ambiente. O Homem tem olfacto, ouvido, visão e percepção de formas, cores, odores, sons que, segundo as suas necessidades, a espera e o medo, se transformam em indícios, signos digitais e analógicos, sinais e sintomas, ou seja, transformam-se em informação. Pelo que cada ser vivo é um emissor e um receptor, e quanto maior for a quantidade de seres vivos, maior é a rede de comunicações com o ambiente. No entanto, essa rede não é unificada, pois ela abrange uma imensidão de

mensagens que encontram inúmeras barreiras, nomeadamente os limites e as capacidades cognitivas de cada um.

FISCHER (1994, p.19) considera as relações no ambiente (espaço), *“... como um sistema de interdependências complexas no qual o papel e o valor destas são nomeadamente determinadas pela percepção e pela avaliação subjectiva de que um lugar é objecto”*. O espaço surge como um modelo de organização da actividade humana, funcionando como instrumento funcional e como cultura. Nele estão inscritos a sua ocupação física e toda a carga sentimental, tratando-se de um espaço ocupado pelo corpo, que se torna elemento central e que comunica constantemente os verdadeiros sentimentos através da linguagem do comportamento.

Todo o ser vivo têm um limite físico que o separa do meio externo, apelidado de território humano. O território corresponde também a um espaço físico delimitado determinando pelas funções desempenhadas, um estilo de ocupação do espaço para quem lá se encontra. FISCHER (1994) faz referência a vários tipos de territórios, diferenciando-os da seguinte forma: território primário, ocupado de forma estável, controlado pelos seus ocupantes e tido como refúgio pessoal (habitação). O território secundário é misto, não é privado nem público: é um lugar social que permite a reunião de pessoas, tal como os cafés de aldeia ou bairro. Pode ainda ser evocado no seio de

conjuntos mais vastos, como num hospital, onde, “ ... cada serviço pode ser identificado como um território, graças à presença de diversos sinais: nomes dos médicos responsáveis pelo serviço ou cor do uniforme. Este tipo de território tem implícito a natureza e a qualidade das interações desenvolvidas. Outro tipo de território identificado é o público, temporariamente ocupado por uma ou mais pessoas, é um espaço que pertence a todos, onde os primeiros a chegar são os seus ocupantes provisórios cujos comportamentos são regidos pelas normas sociais e costumes.

Num determinado território, a pessoa não se cinge apenas aos seus limites corporais, ela ocupa aquele lugar e usa-o dando-lhe sentido. Nesta perspectiva, o corpo serve para circunscrever o nosso lugar num dado ambiente: é o resultado de interação que se desenvolve à sua volta. Ao analisarmos o espaço institucional hospital, podemos referir que a pessoa doente é, de algum modo, envolvida totalmente, fica apanhada numa teia onde é tratada da mesma maneira que todos os que estão no mesmo papel. O interior da instituição é, como refere FISCHER (1994, p.139 ):

*“... globalmente concebido e dividido segundo um modelo funcional, trata-se de espaços que são previamente organizados segundo um conjunto de regras: sobre certas superfícies definidas vai ser distribuído um número*

*determinado de indivíduos a quem são fixadas actividades definidas”.*

Não temos dúvidas que este tipo de ambiente é controlado e obedece a um conjunto de regras: existe uma liberdade vigiada. Frequentemente, encontramos placas que proíbem a entrada a pessoas estranhas ao serviço, ou outras que dizem, “ apenas para uso do pessoal de serviço”. Consoante a distribuição das pessoas pelo espaço, assim ocorrem interacções complexas que dependem do número de ocupantes, do espaço disponível, dos componentes físicos e ainda dos símbolos de autoridade.

Normalmente no espaço institucional hospital, a cama é uma peça central, identificada por um número que simultaneamente identifica a pessoa que a ocupa, despindo-a da sua identidade própria. À volta apenas se pode observar outras camas, mesas de cabeceira e pequenos roupeiros. A simbologia é escassa, mas suficientemente marcante para dar àquele espaço uma forte conotação emocional. CARAPINHEIRO (1993, p.106) refere:

*“... a escassez dos objectos que envolvem o doente delimitam-lhe o espaço muito restrito. A cama e a mesinha de cabeceira constituem as únicas peças de mobiliário que os doentes podem manejar na construção de um espaço*

*peçoal. No tampo da mesinha espalham-se as fotografias dos familiares mais queridos, as flores oferecidas por parentes e amigos, o pequeno rádio, o jornal ou a revista e, por vezes, os santos de maior devoção ...”*

Estes pequenos símbolos assim como a camisa ou o pijama de dormir e os chinelos são elementos simbólicos que teimam em resistir ao despojamento total a que o doente fica submetido, agravado pelo desconhecimento que tem do espaço que o rodeia: é um desafio à capacidade de adaptação e, tal como salienta LLUCH (1991, p.157): *“...são circunstâncias que comportam uma forte carga de ansiedade, e medos, pelas numerosas mudanças que implicam para a pessoa”.*

Há uma perda de poder. Não é possível controlar os mais pequenos acontecimentos, na maioria das vezes nem as necessidades básicas consegue satisfazer sem depender de outros, e o espaço que ocupa é vigiado e muito limitado. Existe uma violação constante da privacidade e da intimidade individual. Surgem ainda equipamentos que não são conhecidos, mas que fazem parte do quarto; tubos de oxigénio, aspiradores, soros, monitores, entre muitos outros. Eles estão preparados para situações de emergência, tudo são símbolos que reduzem a pessoa, *“ ... a um corpo vulnerável ( os meios técnicos de emergência como símbolo do risco de morrer ou do perigo de viver) e*



*acessível (a cama como símbolo de um espaço sem fronteiras de violações permanentes do espaço pessoal)*”, CARAPINHEIRO (1993, p.106).

É um ambiente assustador, local onde as emoções emergem numa escalada desenfreada, tão rápida que, por vezes, o sentimento que fica é de vazio intenso e indescritível; perde-se a noção de dia e de noite, é como se o tempo estivesse continuamente parado e indeterminado. As noites são brancas e longas. RIACHOS (1996, p.163) descreve de forma muito simples mas realista como é ocupar uma cama do hospital:

*“... as rotinas repetem-se ... são ruídos metálicos dos tabuleiros a preparar sempre alguma coisa, as portas que batem, as luzes acesas ... é uma cama que range, uma respiração ruidosa ..., um suspiro, ...uma súplica muda, uma lágrima que se esconde. Alguém vai à casa de banho, alguém geme, alguém passa, alguém chama ...”.*

Todos estes ruídos são considerados como particularmente assustadores e inquietantes para o doente e, na maioria das vezes, resultam da falta de cuidados dos profissionais de saúde. Durante a noite todo o ruído assume uma dimensão maior, existindo o sobressalto

constante, com verdadeiros momentos de angústia e medo de que algo de mal lhes aconteça, ou aos companheiros de quarto.

Em suma, o ambiente hospitalar é algo a que o doente fica sujeito, quando surge a necessidade de hospitalização. Emerge, assim, um processo que não é unidireccional: é exigida uma enorme capacidade de adaptação à instituição e toda a sua representação social. Aos profissionais compete desenvolverem capacidades e atitudes, no sentido de promoverem uma melhor adaptação, privilegiando a vertente relacional, através de uma comunicação aberta.

*PARTE II*

*ESTUDO CAMPO*

## ***CAPÍTULO I - METODOLOGIA***

O método em pesquisa significa a definição de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenómenos. Ele descreve os passos a efectuar na investigação, os pressupostos a eles inerentes assim como a sua relação ao longo de todo o processo.

Para que um estudo se torne sólido, concreto e com validade é necessário uma linha orientadora, uma metodologia, que tal como refere GAUTHIER, et al (1998) se torna o caminho do pensamento e da prática exercida numa abordagem à realidade. Este segundo o mesmo autor deve conter as concepções teóricas e o conjunto de técnicas destinadas a construir um saber e a potencializar a criatividade do pesquisador.

## ***1 - TIPO DE ESTUDO***

O propósito geral de um estudo é o de responder a questões ou solucionar problemas. Neste sentido, atendendo ao problema por nós sentido, caracterizamos o nosso estudo como exploratório, descritivo de natureza quantitativa. Exploratório, descritivo, porque nos interessa explorar as dimensões do fenómeno e a maneira como ele se manifesta, assim como, saber da sua ocorrência e quais os factores que nele possam ter interferido. O pesquisador que realiza este tipo de pesquisa, observa, descreve, classifica, regista, analisa e interpreta a natureza do fenómeno.

## **2 - QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO**

Uma questão de investigação é uma proposição que se constrói tentando verificar a validade de resposta para um problema. Elas devem ser elaboradas de acordo com o tipo de estudo, com os objectivos e com as variáveis. Assim, as questões por nós elaboradas são as seguintes:

Q1 – Qual a intensidade do medo referido pelo doente coronário no hospital.?

Q2 – Quais os principais factores que interferem na ocorrência do medo no doente coronário no hospital?

Q3 – Qual a intensidade da relação entre esses factores e o medo do doente coronário no hospital?

### 3 - VARIÁVEIS

Variável é algo que varia, modifica ou altera: é um conceito oriundo da matemática que, na prática traduz as características sobre as quais se recolhem dados na investigação. QUIVY e CAMPENHOUDT (1992,P.217) referem que variável é “... *todo o atributo, dimensão ou conceito susceptível de assumir várias modalidades*”. Para classificar as variáveis. Existindo várias nomenclaturas, que estão de acordo com o papel que desempenham para classificar as variáveis, optámos por: variável dependente e variáveis independentes. Com base na fundamentação teórica, seleccionámos as variáveis que definimos em termos observáveis e mensuráveis.

#### 3.1 - VARIÁVEL DEPENDENTE

A variável que o investigador pretende compreender, explicar ou prever segundo POLIT e HUNGLER (1995), constitui o objecto de estudo. Assim, a nossa variável dependente é:

⇒ **“ O medo do doente coronário no hospital”.**

Para a medir, utilizamos a escala de avaliação de medos , realizada pela autora (anexo I), inspirada nas escalas de avaliação de medos FSIII traduzida em Português pelo Professor Doutor VAZ SERRA, referenciado por SILVA (1995) e também na escala de avaliação de medos (adaptada) da Sra. Enfermeira COSTA e SILVA (anexo II), definindo os seguintes índices:

⇒ **Medos relacionados com a doença;**

- \* Saber que tem uma doença grave,
- \* Sentir de novo a dor que o levou ao hospital,
- \* Estar monitorizado – estar ligado às máquinas
- \* Morrer de repente,
- \* Saber toda a verdade sobre a doença,
- \* Saber resultado de exames ou tratamentos,
- \* Conhecer as consequências futuras da doença,
- \* Sentir a doença como um obstáculo à realização dos planos de vida (não ser a mesma pessoa).

⇒ **Medos relacionados com a perda de integridade física**

- \* Sentir experiências dolorosas já vividas ou contadas por outros,
- \* Fazer exames de diagnóstico e tratamentos dolorosos,



- \* Estar despido na cama,
- \* Cair da cama,
- \* Cair na casa de banho ou enfermaria,
- \* Ser utilizado para estudos ou ensaios de novos medicamentos ou tratamentos,
- \* Perder a autonomia na realização das actividades de vida (exemplo fazer as necessidades na cama),
- \* Ser submetido a rapadura dos pelos do corpo.

⇒ **Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais**

- \* Estar separado da família e dos amigos,
- \* Perder o poder económico e social (ficar desempregado),
- \* Sentir indiferença dos profissionais de saúde (não lhe liguem o suficiente),
- \* Sentir que é cuidado sob autoridade dos profissionais de saúde,
- \* Ser criticado pela família ou amigos,
- \* Perder a intimidade na realização das actividades de vida (higiene, eliminação),
- \* Ser incapaz de resistir a alguns hábitos de vida (beber, fumar).

⇒ **Medos relacionados com o pessoal de saúde**

- \* Ser cuidados por pessoas pouco experientes,
- \* Ser cuidado por pessoas que se mostram inseguras,
- \* Falar com os enfermeiros sobre as suas preocupações e não ser compreendido
- \* Ser ignorado pelos enfermeiros e pelos médicos,
- \* Ouvir médicos e enfermeiros dizerem palavras técnicas que não conhece,
- \* Sofrer represálias dos enfermeiros e médicos se não se comportar de acordo com as regras do serviço,
- \* Pedir informações ou explicações aos enfermeiros ou/e médicos sobre a doença e tratamento,
- \* Dizer que está com dores ou/e em posição desconfortável.

⇒ **Medos relacionados com o ambiente**

- \* Estar num espaço físico desconhecido,
- \* Estar sujeito às regras do serviço e do seu equipamento,
- \* Ter dificuldade em entender a organização do serviço,
- \* Dormir com estranhos (outros doentes) no quarto,
- \* Ouvir falar alto ou gritar e ruídos súbitos,
- \* Existir falhas no equipamento,
- \* Estar rodeado de equipamento que não conhece,
- \* Perder a privacidade pela invasão do seu espaço por outros doentes.

### 3.2 - *VARIÁVEIS INDEPENDENTES*

Variável independente é aquela que influencia ou que determina as variáveis independentes GAUTHIER, et al (1998). Consideramos variáveis independentes, aquelas que podem interferir na ocorrência do medo no doente coronário no hospital. No nosso estudo, determinamos as seguintes:

- ⇒ Idade,
- ⇒ Sexo
- ⇒ Profissão,
- ⇒ Habilitações literárias,
- ⇒ Internamentos anteriores,
- ⇒ Internamentos anteriores na cardiologia,
- ⇒ Frequência das visitas.

#### 4 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população representa um conjunto definido de elementos que atendem a determinados critérios, que segundo POLIT e HUNGLER (1995,p.143) “ ... inclui sempre um agregado específico de elementos em que o pesquisador está interessado”, são elementos diferentes, com característica comuns. A população do nosso estudo é constituída por todos os doentes, com doença coronária diagnosticada internados no serviço de cardiologia de um hospital distrital, o estudo de toda a população é dificultada por inúmeros factores, motivando o estudo de parte dos seus constituintes a que se chama amostra. A amostra, como subconjunto da população, foi constituída segundo os seguintes critérios:

- ⇒ Estarem internados no serviço de cardiologia no período de 15 de Julho de 2000 a 15 de Setembro de 2000,
- ⇒ Estarem estáveis hemodinamicamente,
- ⇒ Estarem conscientes e orientados no tempo e no espaço,
- ⇒ Entenderem a língua Portuguesa,
- ⇒ Aceitarem responder ao formulário.

Assim perante estes critérios de elegibilidade, seleccionámos para o estudo uma amostra de trinta e sete (37) elementos.

## **5 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

O instrumento de colheita de dados é essencial para a investigação, QUIVY e CAMPENHOUDT (1992) salientam que este deve assegurar a recolha de dados e produzir a informação prescrita pelos indicadores, necessária para responder às questões de investigação.

Perante o tipo de estudo que nos propusemos realizar, devido à sua especificidade e às características da nossa população, sobretudo a existência de grande incidência de analfabetismo, optámos pelo formulário para colheita dos dados, (anexo III).

Este tipo de instrumento permitiu-nos elaborar um roteiro de perguntas às quais o indivíduo respondia, e que a secretária de piso do serviço preenchia. Na sua elaboração, preocupámo-nos com a clareza e precisão das questões e com a linguagem utilizada.

O formulário é composto por duas partes: a primeira é constituída por dez questões, todas elas destinadas à caracterização da amostra, as questões n.º 1, 2, 4, 6, 8 e 9 são também utilizadas como variáveis independentes.

A questão n.º 1 (idade), é uma questão aberta utilizada para caracterização da amostra é também utilizada como variável independente, e para tal, foram criados grupos etários, de forma a permitir o cruzamento com a variável dependente. Os grupos etários constituídos são:

- ⇒ a - 30 – 45 anos,
- ⇒ b- 46 – 60 anos,
- ⇒ c - 61 ou mais.

Quanto às questões n.º 2, 3, 6, 7, 8 e 9, são dicotomizadas ou de resposta múltipla, isto é, se apenas possuírem duas alternativas são dicotómicas, se possuírem mais do que três alternativas são de resposta múltipla à qual o entrevistado responde apenas com uma alternativa. As questões n.º 4 e 5 são questões abertas: elas são definidas por permitirem respostas por palavras próprias. A n.º 4, referente à profissão, é considerada conforme os seguintes indicadores:

- ⇒ 1 – Quadros superiores da administração pública. Dirigentes e quadros superiores de empresa.
- ⇒ 2 – Especialistas das profissões intelectuais e científicas.
- ⇒ 3 – Técnicos e profissionais de nível intermédio.

- ⇒ 4 – Pessoal administrativo e similar.
- ⇒ 5 - Pessoal dos serviços e vendedores.
- ⇒ 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca.
- ⇒ 7 – Operários, artífices e trabalhadores similares.
- ⇒ 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem.
- ⇒ 9 – Trabalhadores não qualificados.
- ⇒ 10 – Desempregado.

Todos os indicadores foram criados com base na classificação nacional das profissões emanada pelo Instituto de Emprego e Formação Profissional do Ministério do Emprego e da Segurança Social.

A questão n.º 5, diz respeito ao local de residência, consideramos que nos situa os sujeitos inquiridos em termos culturais e de recursos da comunidade, pelo que dicotizámos a variável em rural e urbano, sendo que de acordo com COSTA e MELO (1987), urbano é próprio da cidade e vila, rural é próprio das freguesias situadas fora da vila ou cidade. Assim, consideramos os seguintes indicadores:

- ⇒ 1 – Rural.
- ⇒ 2 – Urbano.



A questão nº10, destina-se a identificar o suporte social dos pesquisados. É uma escala constituída por doze itens agrupados em duas sub escalas de seis itens e exigem dois tipos de resposta, a primeira relativa a recursos humanos, para a qual criámos os seguintes indicadores:

- ⇒ 1 – Ninguém.
- ⇒ 2 – Família.
- ⇒ 3 – Amigos.
- ⇒ 4 – Família e amigos.

A segunda representa o grau de satisfação relativo a esses recursos. Trata-se de uma escala tipo LIKERT, cotizada de 1 a 6 respectivamente:

- ⇒ 1 – Muito insatisfeito.
- ⇒ 2 – Insatisfeito.
- ⇒ 3 – Um pouco insatisfeito.
- ⇒ 4 – Um pouco satisfeito.
- ⇒ 5 – Satisfeito.
- ⇒ 6 – Muito satisfeito.

O “score” máximo possível é de 36 pontos e o mínimo é de 6 pontos. Com esta questão, pretendemos caracterizar o nosso pesquisado relativamente a esta problemática. Este questionário de Suporte Social (forma reduzida) foi desenvolvido em (1987) por SARANSON et al..

A segunda parte é constituída por quarenta (40) afirmações, representa uma escala de avaliação de medos. Foi elaborada pela autora inspirada nas escalas de avaliação de medos FSSIII, traduzida em Português pelo Professor Doutor VAZ SERRA e referenciada por SILVA (1995) e na escala de avaliação de medos (adaptada) da Sra. Enfermeira Costa e Silva. Criámos quarenta (40) afirmações, subdividindo-as por cinco grupos ou índices, estes distribuem-se aleatoriamente na apresentação do segundo grupo do formulário. Estes agrupamentos surgiram na sequência do conteúdo temático dos mesmos e ainda nos índices de medo determinados por SILVA (1994, p 103):

- ⇒ Medos relacionados com a doença, itens 7, 24, 1, 17, 38, 30, 12, e 40.
- ⇒ Medos relacionados com a perda da integridade física, itens 4, 10, 27, 16, 29, 23, 14 e 32.
- ⇒ Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais, itens 33, 22, 34, 13, 28, 19, 6 e 3.

- ⇒ Medos relacionados com o pessoal de saúde, itens 2, 35, 15, 8, 5, 18, 21 e 25.
- ⇒ Medos relacionados com o ambiente, itens 36, 31, 26, 11, 37, 20, 39 e 9.

Cada item é de escolha múltipla com seis alternativas numa escala tipo LIKERT, cotizada de 0 a 5:

- ⇒ 0 - Nunca tem medo.
- ⇒ 1 - Raramente tem medo.
- ⇒ 2 - Um pouco de medo.
- ⇒ 3 - Tem medo.
- ⇒ 4 - Tem muito medo.
- ⇒ 5 - Tem sempre muito medo.

O máximo de “score” possível é de 200 pontos e o mínimo é de 0 pontos. Para melhor entendimento por parte do pesquisado, foi criada uma escala analógica (anexo IV), que permitia uma melhor quantificação do medo sentido.

### *5.1 - PRÉ-TESTE*

O objectivo do pré-teste é verificar possíveis deficiências no instrumento, para QUIVY e CAMPENHOUDT (1992), o pré-teste deve ser realizado a um pequeno número de pessoas que possuam características semelhantes às da população em estudo. Antes de realizarmos o pré-teste procedemos à validação do instrumento de colheita de dados junto de três peritos, uma Enfermeira, um Psicólogo e um Sociólogo, foram sugeridas algumas alterações, as quais foram tomadas em consideração.

Com a finalidade de verificar a operacionalidade do instrumento de colheita de dados, este foi aplicado a cinco doentes nas condições exigidas, no período de 1 a 10 de Julho no serviço de cardiologia do referido hospital distrital. Após realização do pré-teste sentimos necessidade de retirar o III grupo, constituído por uma questão aberta. Dos cinco doentes questionados nenhum sentiu necessidade de responder à questão, (Relativamente à sua experiência como doente no serviço e tendo como ponto de partida o medo, refira o que gostaria de dizer e não lhe foi perguntado?).

## *6 - RECOLHA DE DADOS*

A recolha de dados é o procedimento através do qual se reúne a informação pretendida. No nosso estudo, a aplicação do instrumento de colheita de dados decorreu no período de 15 de Julho a 15 de Setembro no serviço de cardiologia de um hospital distrital. A colheita foi efectuada pela Secretária de Unidade do respectivo serviço. Efectuou-se no quarto do doente com a privacidade possível dos intervenientes. Feita a apresentação pessoal e referenciados os objectivos do estudo, solicita-se a colaboração do doente para a sua realização.

### *6.1 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS*

Segundo RODRIGUES, et al (1994), quando uma população ou amostra em estudo é composta por seres humanos, deve atender-se aos preceitos éticos, nesse sentido três princípios básicos devem ser tidos em conta:

⇒ Participação voluntária.

- ⇒ Isenção de danos físicos ou psicológicos.
- ⇒ Confidencialidade da informação colhida.

Em conformidade com o atrás referido elaborámos uma carta para pedido de autorização de colheita dos dados. Nesta constavam, os nossos dados pessoais, o tipo de estudo a realizar, os objectivos e a finalidade da investigação. A carta foi endereçada ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital, recebeu parecer favorável (anexo V), por parte do Enfermeiro Director, Director de Serviço e da Enfermeira Chefe do serviço de cardiologia, salvaguardando a obrigatoriedade de respeito pela confidencialidade dos dados obtidos.

## 7 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

Os dados colhidos são sujeitos às técnicas da estatística consideradas adequadas, recorreu-se ao uso da estatística descritiva, como referem POLIT e HUNGLER (1995), descreve e sintetiza os dados, de modo a interpretar e comunicar a informação obtida. Para descrever um conjunto de dados é necessário saber as distribuições por **frequências** e também dois tipos de medidas; as de tendência central e de dispersão. Relativamente às de tendência central utilizamos, **média** ( $\bar{X}$ ), **mediana** ( $M_d$ ) e **moda** ( $M_o$ ) e nas de dispersão, **desvio padrão** ( $S$ ).

Para podermos avaliar a relação que existe entre as variáveis, criámos cinco índices de medos a partir da conjugação dos cinco índices iniciais de medo, permitindo a criação de variáveis de intervalo. Com estas foi possível fazer o tratamento estatístico através do coeficiente de correlação "**r de Person**" para determinar a força da associação entre os cinco índices de medo. A categorização dos índices em escalas de medo (não tem medo; raramente tem medo; um pouco de medo; tem medo; tem muito medo; tem sempre muito medo), permitiu a procura de relações com as variáveis independentes, através da utilização do "**Qui quadrado**" ( $\chi^2$ ) (para testar a probabilidade de relação) e do "**V de**

**Cramer**” para medir a intensidade da associação. Utilizamos para análise das associações os valores definidos por BRYMAN e CRAMER (1992):

- ⇒ até 0,19 – correlação muito baixa;
- ⇒ 0,20 a 0,39 – correlação baixa;
- ⇒ 0,40 a 0,69 – correlação moderada;
- ⇒ 0,70 a 0,89 – correlação alta;
- ⇒ 0,90 a 1 – correlação muito alta.

Para os testes referidos fixamos o nível de significância em 5% e foram tratados no programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).



## *CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS*

Nesta etapa organizamos e resumimos os dados de modo a possibilitar o fornecimento de respostas às questões formuladas. Iniciamos a apresentação e análise fazendo a caracterização da amostra, seguida da variável dependente. Todos os dados são referentes à amostra em estudo, pelo que omitimos nos títulos das tabelas e quadros, a referência ao local onde efectuámos a colheita e o período durante o qual decorreu.

## 1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

### IDADE

Relativamente à variável idade para caracterização da amostra, optámos por aplicar as medidas de tendência central à variável enquanto questão aberta e posteriormente criámos grupos etários, tal como mostra a tabela 1 e gráfico 1. Pela sua análise verificamos que; o grupo etário dos 61 anos ou mais é o mais representativo com 25 elementos (67,6%), seguido dos grupos etários, dos 46 – 60 anos com 7 elementos (18,9%) e dos 30 – 45 anos com 5 elementos (5%). A Média de idade é de 63,22 anos com um Desvio Padrão de 13,56 anos (valor de dispersão em torno da média). A Classe Modal é de 61 anos ou mais e a Moda é de 68 anos.

**Tabela 1** – Distribuição da amostra segundo o grupo etário

<b>Grupos etários</b>	<b>F1</b>	<b>%</b>
30 – 45 anos	5	23,5
46 – 60 anos	7	18,9
61 anos ou mais	25	67,6
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

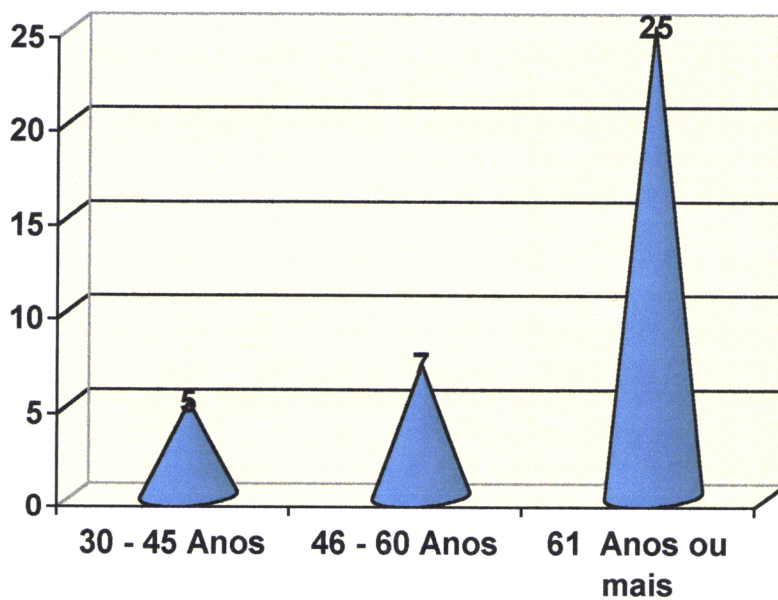
Média de idade (X) = 63,22 anos

Mediana (Md) = 66 anos

Desvio Padrão (S) = 13,56 anos

Classe Modal = 61 anos ou mais

**Gráfico 1** – Distribuição da amostra segundo o grupo etário



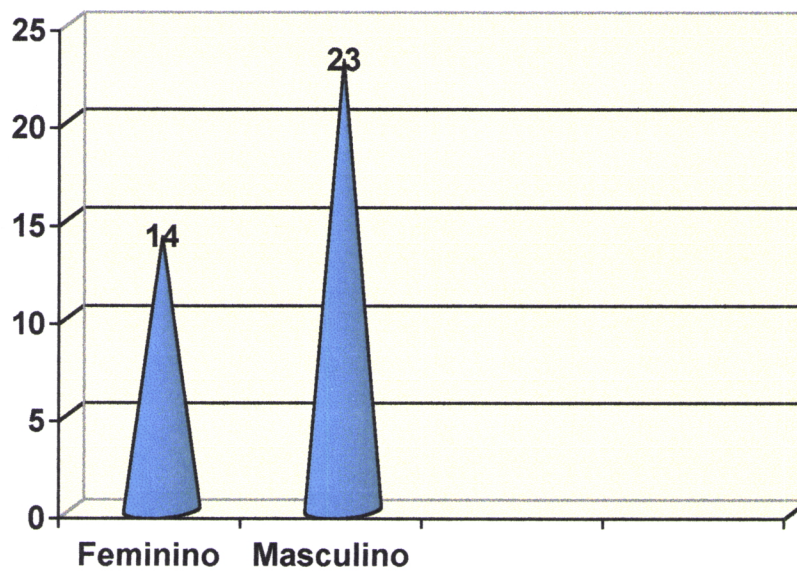
## SEXO

Ao analisarmos a tabela 2 e o gráfico 2, verificamos que a amostra estudada se distribui, com 23 elementos representativos do sexo masculino (62,2%) e com 14 elementos do sexo feminino (37,8%). A Moda é o sexo masculino.

**Tabela 2** – Distribuição da amostra segundo o sexo

<b>Sexo</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Feminino	14	37,8
Masculino	23	62,2
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Moda (Mo) = Masculino

**Gráfico 2** – Distribuição da amostra segundo o sexo

Estado civil

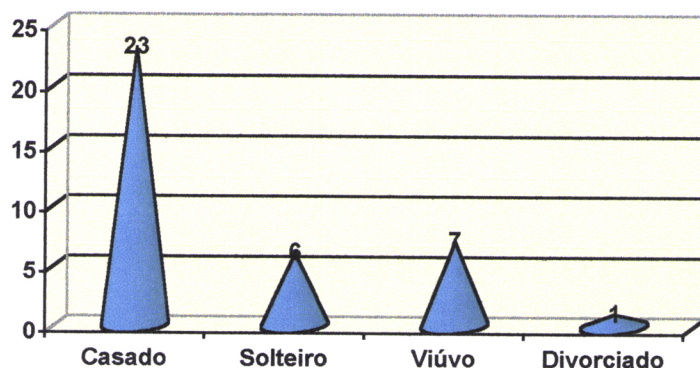
De acordo com a tabela 3 e gráfico 3, verificamos que 23 elementos (62,2%) são casados ou vivem em união de facto, 6 elementos (16,2%) são solteiros, 7 elementos (18,9%) são viúvos e 1 elemento (2,7%) é divorciado. A Moda é casado/união de facto.

**Tabela 3** – Distribuição da amostra segundo o estado civil

<b>Estado Civil</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Casado/união de facto	23	62,2
Solteiro	6	16,2
Viúvo	7	18,9
Divorciado	1	2,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Moda (Mo) =Casado/união de facto

**Gráfico 3** – Distribuição da amostra segundo o estado civil

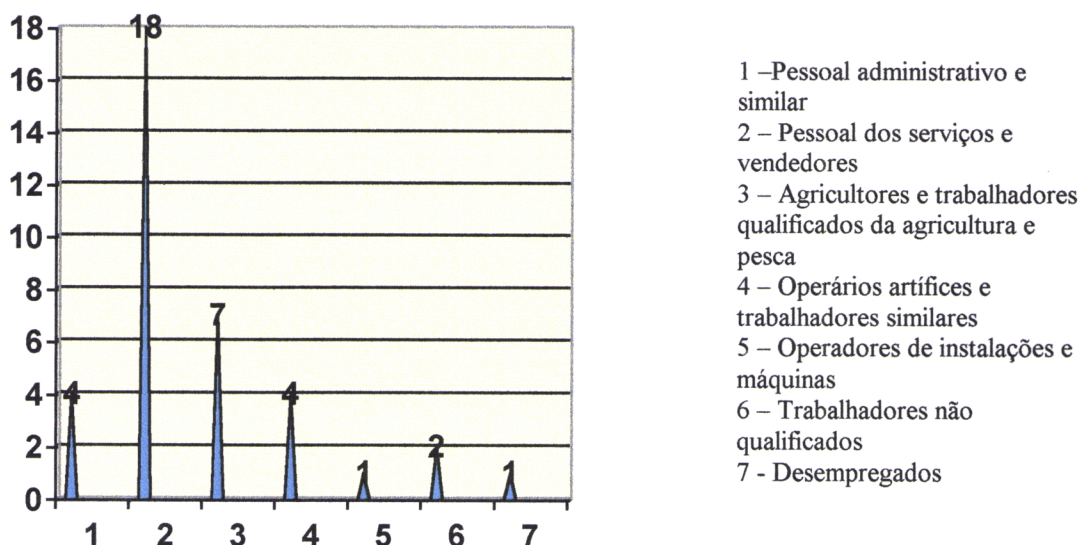


## Profissão

Quanto à profissão sub dividimo-la em grupo profissionais de acordo com a classificação do INSTITUTO DO EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (1994). Analisando a tabela 4 e gráfico 4 constatamos que: 4 elementos (10,8%) pertencem ao grupo, **Pessoal administrativo e similar**; 18 elementos (48,6%) pertencem ao grupo, **Pessoal dos serviços e vendedores**; 7 elementos (18,9%) pertencem ao grupo, **Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca**; 4 elementos (10,8%) são do grupo **Operários, artífices e trabalhadores similares**; 1 elemento (2,7%) é do grupo **Operadores de Instalações e máquinas e trabalhadores de montagem**; 2 elementos (5,4%) são do grupo, **Trabalhadores não qualificados** e 1 elemento é **Desempregado**. A Moda é, Pessoal dos serviços e vendedores.

**Tabela 4** – Distribuição da amostra segundo a profissão

<b>Profissão</b>	<b>F1</b>	<b>%</b>
1 - Pessoal administrativo e similar	4	10,8
2 - Pessoal dos serviços e vendedores	18	48,6
3 - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca	7	18,9
4 - Operários artífices e trabalhadores similares	4	10,8
5 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	1	2,7
6 - Trabalhadores não qualificados	2	5,4
7 - Desempregados	1	2,7
Erro total de arredondamento		0,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

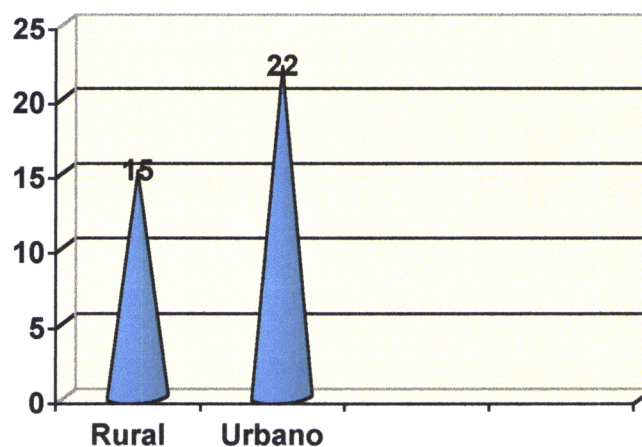
**Gráfico 4** – Distribuição da amostra segundo a profissãoLocal de residência

Verificamos através da análise da tabela 5 e do gráfico 5 que, 15 elementos (40,5%) residem em zona rural e 22 elementos (59,5%) residem em área urbana; a Moda é urbano.

**Tabela 5** – Distribuição da amostra segundo o local de residência

Local de residência	Fi	%
Rural	15	40,5
Urbano	22	59,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Moda (Mo) = Urbano

**Gráfico 5** – Distribuição da amostra segundo o local de residência

### Habilitações literárias

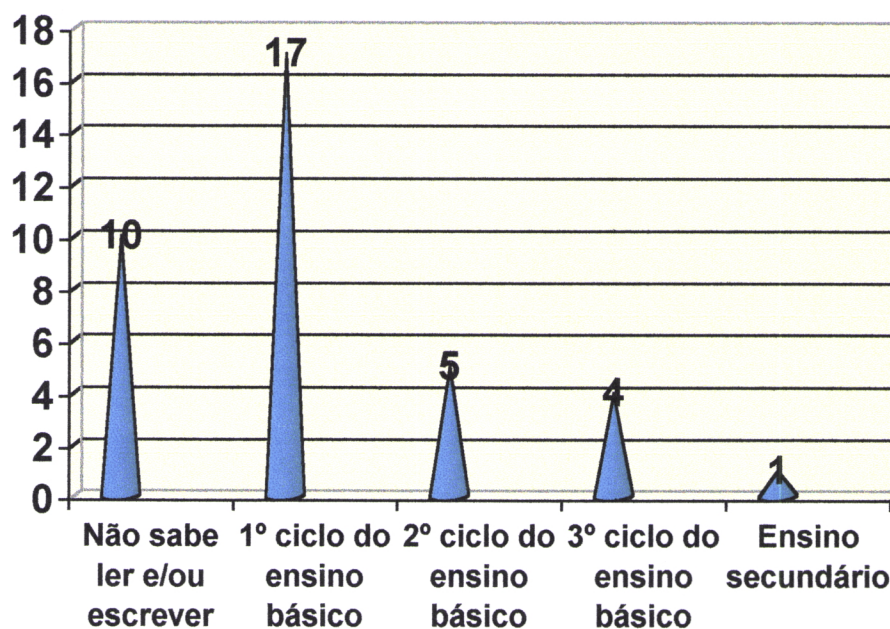
Ao observarmos a tabela 6 e gráfico 6, podemos referir que na nossa amostra, 10 elementos (27%) não sabem ler e/ou escrever; 17 elementos (45,9%) possuem o 1º ciclo do ensino básico de escolaridade; 5 elementos (13,5%) têm o 2º ciclo do ensino básico; 4 elementos (10,8%) têm o 3º ciclo do ensino básico (antigo 5º ano ou 9º ano) e 1 elemento (2,7%) possui como escolaridade o ensino secundário (12º ano). A Moda é 1º ciclo do ensino básico.



**Tabela 6** – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Não sabe ler e/ou escrever	10	27,0
1º ciclo do ensino básico	17	45,9
2º ciclo do ensino básico	5	13,5
3º ciclo do ensino básico	4	10,8
Ensino secundário	1	2,7
Erro total de arredondamento		0,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Moda (Mo) = 1º ciclo do ensino básico

**Gráfico 6** – Distribuição da amostra segundo as habilitações literárias

### Quem o visita

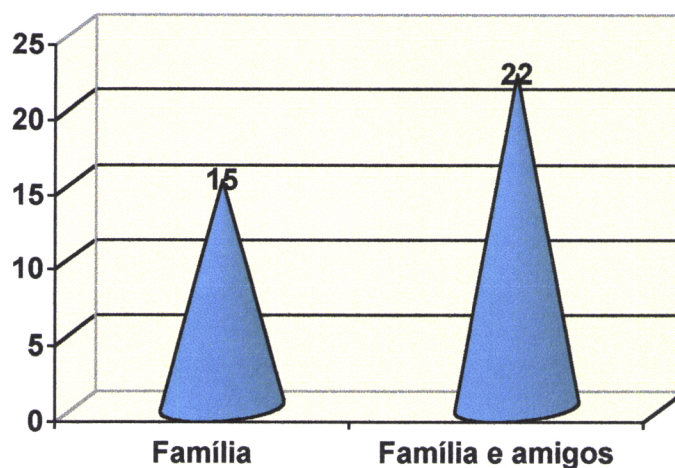
Relativamente à variável quem o visita, podemos constatar através da análise da tabela 7 e do gráfico 7 que, 15 elementos (40,5%) são visitados pela família e 22 elementos (59,5%) são visitados pela família e amigos, sendo a Moda família e amigos.

**Tabela 7** – Distribuição da amostra segundo quem o visita

<b>Quem o visita</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Família	15	40,5
Família e amigos	22	59,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Moda (Mo) = Família e amigos

**Gráfico 7** – Distribuição da amostra segundo quem o visita



### Frequência das visitas

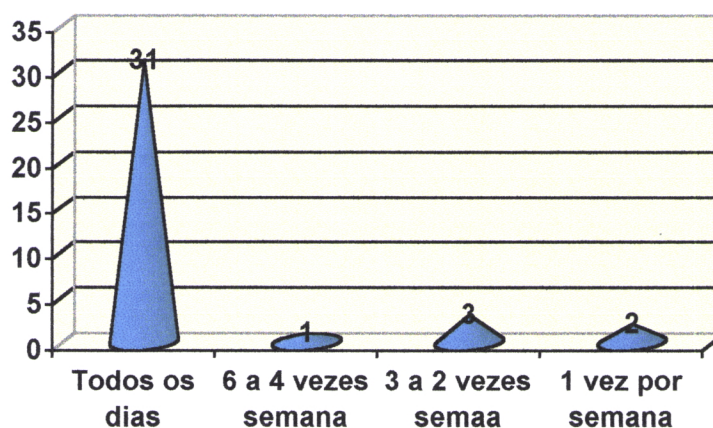
No que concerne à frequência das visitas é dado observar através da tabela 8 e do gráfico 8 que, 31 elementos (83,8%) referem ter visitas todos os dias, 1 elemento (2,7%) refere ter visitas 6 a 4 vezes semana, 3 elementos (8,1%) referem ter visitas 3 a 2 vezes por semana e 2 elementos (5,4%) referem ter visitas apenas 1 vez por semana. A Moda é, todos os dias.

**Tabela 8** – Distribuição da amostra segundo a frequência das visitas

<b>Frequência das Visitas</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Todos os dias	31	83,8
6 a 4 vezes semana	1	2,7
3 a 2 vezes semana	3	8,1
1 vez semana	2	5,4
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Moda (Mo) = Todos os dias

**Gráfico 8** – Distribuição da amostra segundo a frequência das visitas



**Internamentos**

Relativamente aos internamentos sub dividimo-los em: com internamentos anteriores e sem internamentos anteriores e ainda internamentos na cardiologia sim ou não. Ao observarmos a tabela 9, podemos referir que, existem 22 elementos (59,5%) com internamentos anteriores e 15 elementos (40,5%) sem internamentos anteriores. Relativamente aos internamentos em cardiologia observamos através da tabela 10 que, 7 elementos (18,9%) tinham internamentos anteriores em cardiologia e 30 elementos (81,1%) não tinham internamentos anteriores em cardiologia.

**Tabela 9** – Distribuição da amostra segundo internamentos anteriores

<b>Internamentos anteriores</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
Com internamentos anteriores	22	59,5
Sem internamentos anteriores	15	40,5
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Moda (Mo) = Com internamentos anteriores

**Tabela 10** – Distribuição da amostra segundo internamentos anteriores em cardiologia

<b>Internamentos anteriores</b>	<b>Fi</b>	<b>%</b>
sim	7	18,9
Não	30	81,1
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>

Moda (Mo) = Não

Escala de suporte social

Pela análise do quadro 1 relativo à primeira questão da escala, verificamos que; 4 elementos (10,8%) se manifestam muito insatisfeitos e sem ninguém com quem se poder distrair das preocupações quando estão sob stress, 1 elemento (2,7%) revelou-se insatisfeito, com a família e amigos; 4 elementos (10,8%) demonstraram-se um pouco insatisfeitos, sendo 2 relativamente à família, 1 aos amigos e 1 à família e aos amigos. Satisfeitos mostraram-se 5 elementos (13,5%), 3 em relação à família, 1 aos amigos e 1 à família e aos amigos. Muito satisfeitos revelaram-se 19 (51,4%), sendo 15 com a família, 2 com os amigos e 2 com a família e amigos. De referir que 9 elementos (24,3%) se situaram na escala nos itens da insatisfação e 28 elementos (75,7%) nos itens da satisfação.

**Quadro 1** Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social, questão 1

Questão	1- Quem são as pessoas disponíveis com quem se pode distrair das preocupações quando está sob stress?							
	Grau satisfação	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Um pouco Insatisfeito	Um pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
Suporte								
Ninguém	4							4 (10,8%)
Família			2	1	3	15		21 (56,8%)
Amigos			1	2	1	2		6 (16,2%)
Família e amigos		1	1	1	1	2		6 (16,2%)
Total	4 (10,8%)	1 (2,7%)	4 (10,8%)	4 (10,8%)	5 (13,5%)	19 (51,4%)		37 (100%)

Da observação feita encontrámos 4 elementos que não tem ninguém com quem se poder distrair das preocupações, 21 elementos (56,8%) têm a família, 6 elementos (16,2%) referem os amigos e 6 elementos (16,2%) referem a família e os amigos, como suporte social à primeira questão.

Analisando o quadro 2 referente à segunda questão da escala, observamos, que 3 elementos (8,1%) não podem contar com ninguém para descontraírem quando estão tensos ou sob pressão mostrando-se muito insatisfeitos, 2 elementos (5,4%) revelam-se um pouco insatisfeitos em relação ao apoio dado pelos amigos, 5 elementos (13,5%) dizem-se pouco um pouco satisfeitos, sendo que, 3 se reportam à família, 1 aos amigos e 1 à família e aos amigos. Satisfeitos mostraram-se 6 elementos (16,2%) relativamente à família. Muito satisfeitos manifestaram-se 21 elementos (56,8%), 14 relativamente à família, 5 aos amigos, 2 à família e aos amigos. Podemos ainda referir que 3 elementos (8,1%) não tinham ninguém para descontraírem quando estão tensos ou sob pressão, 23 elementos (62,2%) tinham a família, 8 elementos (21,8%) tinham os amigos e 3 elementos (8,1%) tinham a família e os amigos.

**Quadro 2** – Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social,  
questão 2

Grau satisfação	Questão 2 – Com quem pode realmente contar para o descontrair quando está tenso ou sob pressão?						
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Um pouco Insatisfeito	Um pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
Suporte							
Ninguém	3						3 (8,1%)
Família				3	6	14	23 (62,2%)
Amigos			2	1		5	8 (21,6%)
Família e amigos				1		2	3 (8,1%)
Total	3 (8,1%)	0	2 (5,4%)	5 (13,5%)	6 (16,2%)	21 (56,8%)	37 (100%)

Verificamos através da análise do quadro 3, referente à terceira questão da escala que; 2 elementos (5,4%) se mostraram um pouco insatisfeitos, sendo, 1 relativamente à família e 1 aos amigos. Satisfeitos mostraram-se 9 elementos (24,3%), 2 em relação à família e 7 aos amigos. Muito satisfeitos apresentaram-se 26 elementos (70,3%), 16 relacionados com a família, 1 com os amigos e 9 com a família e com os amigos. De salientar que 18 elementos (48,6%) referiram que é a família que os aceita tal como são, 2 elementos (5,4%) são os amigos e 17 elementos (46%) é a família e os amigos.

**Quadro 3** – Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social,  
questão 3

Questão	3- Quem é que o aceita tal como é, quer dizer com os seus lados bons e maus?						
Grau satisfação	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Um pouco Insatisfeito	Um pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
Suporte							
Ninguém							
Família					2	16	18 (48,6%)
Amigos			1			1	2 (5,4%)
Família e amigos			1		7	9	17 (46%)
Total			2 (5,4%)		9 (24,3%)	26 (70,3%)	37 (100%)

Pela análise do quadro 4, relacionado, com quem pode realmente contar para o apoiar aconteça o que acontecer, 1 elemento (2,7%) mostra-se muito insatisfeito pois não pode contar com ninguém. Um pouco insatisfeito revelou-se 1 elemento(2,7%). Satisfeitos mostraram-se 7 elementos (18,9%), sendo 5 relativamente à família e 2 à família e amigos. Muito satisfeitos revelaram-se 27 elementos (73%), pelo que 25 em relação à família e 2 à família e aos amigos. Observámos ainda que 1 elemento (2,7%) referiu não ter ninguém com quem pudesse contar, 31 elementos (83,8%) contam com a família, 1 elemento (2,7%) conta com os amigos e 4 elementos (10,8%) contam com a família e com os amigos.



**Quadro 4** – Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social,  
questão 4

Questão	4 – Com quem pode realmente contar para o apoiar aconteça o que acontecer?							
	Grau satisfação	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Um pouco Insatisfeito	Um pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
Suporte								
Ninguém	1							1 (2,7%)
Família				1	5	25		31 (83,8%)
Amigos			1					1 (2,7%)
Família e amigos					2	2		4 (10,8%)
Total	1 (2,7%)		1 (2,7%)	1 (2,7%)	7 (18,9%)	27 (73%)		37 (100%)

Através da análise do quadro 5 que diz respeito a, com quem pode realmente contar para o ajudar a sentir-se melhor quando está em baixo, 2 elementos (5,4%) revelaram-se muito insatisfeitos pois não tem ninguém. Um pouco insatisfeitos manifestaram-se 2 elementos (5,4%), 1 relacionado com a família e outro com os amigos. Um pouco satisfeitos revelaram-se 3 elementos (8,1%), 2 em relação à família e 1 à família e aos amigos. Muito satisfeitos apresentaram-se 23 elementos (62,2%), sendo 17 com a família, 4 com os amigos e 2 com a família e amigos. De referir que 2 elementos (5,4%) não podem contar com a ajuda de ninguém para se sentirem melhor, 25 elementos (67,6%)

contam com a família, 5 elementos (13,5%) podem contar com os amigos e 5 elementos contam com a família e os amigos.

**Quadro 5** – Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social, questão 5

Grau satisfação Suporte	5 - Com quem pode realmente contar para o ajudar a sentir-se melhor quando está em baixo?						Total
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Um pouco Insatisfeito	Um pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
Ninguém	2						2 (5,4%)
Família			1	2	5	17	25 (67,6%)
Amigos			1			4	5 (13,5%)
Família e amigos				1	2	2	5 (13,5%)
Total	2 (5,4%)		2 (5,4%)	3 (8,1%)	7 (18,9%)	23 (62,2%)	37 (100%)

Ao analisarmos o quadro 6 podemos constatar que 4 elementos (10,8%) se apresentam muito insatisfeitos pois não tem ninguém com quem poder contar para se consolar quando estão tristes. Um pouco insatisfeitos revelam-se 3 elementos (8,1%), 1 com a família, 1 com os amigos e 1 com a família e os amigos. Um pouco satisfeito mostrou-se 1 elemento (2,7%). Satisfeitos apresentaram-se 6 elementos (16,2%), sendo 5 com a família e 1 com os amigos. Muito satisfeitos apresentaram-se 23 elementos (62,2%), dos quais 20 com a família e 3 com os amigos. De referir que 4 elementos (10,8%) não contam com ninguém para os consolar quando estão tristes, 27 elementos (73%)

contam com a família, 5 elementos (13,5%) contam com os amigos e 1 elemento (2,7%) conta com a família e os amigos.

**Quadro 6** – Distribuição da amostra segundo a escala de suporte social, questão 6

Questão 6 – Com quem pode realmente contar para o consolar quando está triste?							
Grau satisfação	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Um pouco Insatisfeito	Um pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Total
Suporte							
Ninguém	4						4 (10,8%)
Família			1	1	5	20	27 (73%)
Amigos			1		1	3	5 (13,5%)
Família e amigos			1				1 (2,7%)
Total	4 (10,8%)		3 (8,1%)	1 (2,7%)	6 (16,2%)	23 (62,2%)	37 (100%)



Relativamente à caracterização da amostra apraz-nos dizer que se trata de um conjunto de elementos com idade predominante entre os 61 e 75 anos ou mais, com idade média de 63,22 anos, maioritariamente do sexo masculino. Justificada pelo facto da doença coronária ser progressiva e insidiosa, conduzindo ao estreitamento ou oclusão completa das artérias que perfundem o coração. Este tipo de

lesão está intimamente relacionado com alguns factores, nomeadamente a idade e o sexo. Devido ao longo período de lactência da doença coronária, esta normalmente apresenta sintomatologia cerca da meia idade ou mais. Ocorre no entanto cerca de dez anos mais tarde nas mulheres do que nos homens, ainda que após a menopausa a frequência da doença possa ser a mesma nos dois sexos, THELAN, et al (1996).

Relativamente à profissão, constatamos que 48,6% são representativos do grupo profissional Pessoal dos Serviços e Vendedores, o qual engloba, comerciantes, policias, guardas nacionais republicanos e trabalhadores domésticos. No grupo dos Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca, obtivemos 18,9%, nele englobamos os agricultores que trabalham a terra, os criadores de gado e os que supervisionam outros trabalhadores (feitores). Em relação aos grupos, Pessoal Administrativo e Similar e Operários Artífices e Trabalhadores Similares obtivemos 10,8% em cada e 2,7% relativamente a Operadores de Instalações e Máquinas. Todos os elementos apresentam um nível de habilitações escolares baixo, 27% não sabem ler nem escrever e 45,9% apenas possuem o 1º ciclo do ensino básico, sendo o nível mais elevado 2,7% com ensino secundário, compatível com as profissões desempenhadas.

Trata-se de um conjunto de elementos cuja proveniência é dominada pelo urbano com 59,5% e 40,5% são de origem rural, facto que não podemos descurar, dada a localização geográfica do local de estudo e grande dispersão das povoações relativamente à cidade. A doença coronária está intimamente relacionada com factores de risco. Salientamos entre os mais importantes os que estão relacionados com estilos de vida. Concretamente o stress, muito associado ao quotidiano urbano.

Sendo uma amostra constituída na sua maioria por sujeitos casados/união de facto 62,2% e 18,9% são viúvos, é de referir que são visitados sobretudo pela família e pelos amigos com uma percentagem máxima de todos os dias de 83,8%. CANAVARRO, et,al (1993) num estudo que realizaram sobre recursos familiares e perturbações emocionais, faz referência à família como um todo, pelo que se um membro da família sofre uma modificação toda a família se modificará e vice versa. Por vezes não é possível modificar os acontecimentos mas a forma como o indivíduo e a família os percebem, é um caminho privilegiado. WATZLAWICK (1976,p.137) refere que, *“Pensamos, normalmente que a nossa imagem do mundo é a única possível mas há de facto uma infinidade de outras”*.

Nesse sentido face aos sujeitos em estudo com experiências anteriores ou não de internamentos no serviço de cardiologia ou em

outros serviços, é de sublinhar que o suporte social mediatiza a forma como os sujeitos reagem. Neste contexto e tendo por base a escala de suporte social utilizada podemos referir que se trata de uma amostra com elevado grau de satisfação relativo ao apoio dado pela família. Segundo BOLANDER (1998,p.136) este apoio, *“engloba as acções praticadas com vista à promoção da saúde do outro, através da partilha de apoio emocional, ideias, informação e assistência”*. Estas interacções ocorrem no geral no seio de grupos familiares, vizinhos e amigos, no nosso estudo englobamos vizinhos e amigos no mesmo grupo (amigos). Em suma, como salienta LUME (1991), um doseamento equilibrado das emoções e atitudes dos familiares e amigos, pode mobilizar o doente para respostas emocionais mais adequadas à doença.

## 2 - OPINIÃO DOS DOENTES RELATIVAMENTE AOS MEDOS SENTIDOS

Passamos à apresentação e análise dos dados referentes à variável dependente e factores que nela possam intervir.

### Índices de Medo

Da análise do quadro 7 podemos constatar que o índice, **“Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais”** foi o que atingiu pontuação média mais elevada, para um score máximo de 1480 atingiu os 664 pontos; seguido do índice **“Medos relacionados com a doença”**, com 553 pontos; depois **“Medos relacionados com o pessoal de saúde”** com 479 pontos e por último **“Medos relacionados com o ambiente”** com 317 pontos. De referir que todos os índices se situam na escala, ao nível do ponto **“2”**, à excepção do último índice que se situa no ponto **“1”** da mesma, de acordo com as seguintes correspondências.

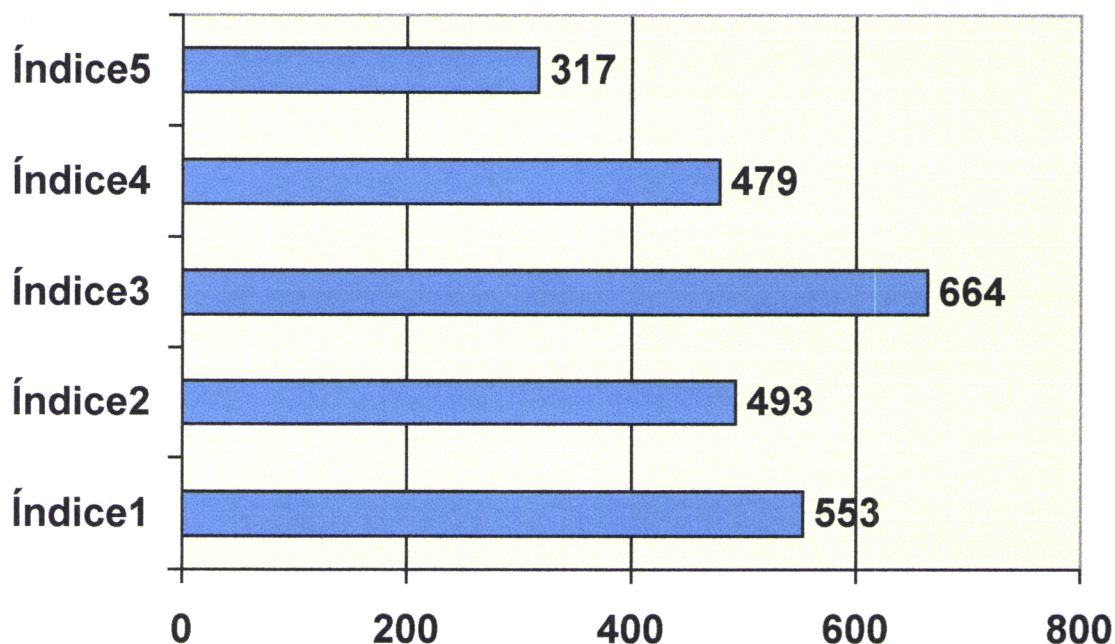
Nunca tem Medo	Raramente tem medo	Um pouco de medo	Tem medo	Tem muito medo	Tem sempre muito medo
0	1	2	3	4	5
0	8	16	24	32	40(score máximo/índice)
0	296	592	888	1184	1480score máximo/índice/questionário

**Quadro 7 – Medo dos doentes por itens de acordo com os índices e por ordem decrescente**

ÍNDICES	ITENS DOS INDICADORES	MÉDIA DOS VALORES DE MEDO
3 - Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Estar separado da família e dos amigos</li> <li>* Perder o poder económico e social (ficar desempregado)</li> <li>* Sentir indiferença dos profissionais de saúde (não lhe liguem o suficiente)</li> <li>* Sentir que é cuidado sobre autoridade dos profissionais de saúde</li> <li>* Ser criticado pela família ou amigos</li> <li>* Ser abandonado pela família ou amigos</li> <li>* Perder a intimidade na realização das actividades de vida (higiene, eliminação)</li> <li>* Ser incapaz de resistir a alguns hábitos de vida (fumar, beber).</li> </ul>	120 75 91  27 91 129 101 30
		664 (2)
1- Medos relacionados com a doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Saber que tem uma doença grave</li> <li>* Sentir de novo a dor que o levou ao hospital</li> <li>* Estar monitorizado – estar ligado às máquinas</li> <li>* Morrer de repente</li> <li>* Saber toda a verdade sobre a doença</li> <li>* Saber resultado de exames ou tratamentos</li> <li>* Conhecer as consequências futuras da doença</li> <li>* Sentir a doença como um obstáculo à realização dos planos de vida</li> </ul>	108 151 14 4 29 28 58 161
		553 (2)
2 - Medos relacionados com a perda de integridade física	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Sentir experiências dolorosas já vividas ou contadas por outros</li> <li>* Fazer exames de diagnóstico e tratamentos dolorosos</li> <li>* Estar despido na cama</li> <li>* Cair da cama</li> <li>* Cair na casa de banho ou enfermaria</li> <li>* Ser utilizado para estudos ou ensaios de novos medicamentos ou tratamentos</li> <li>* Perder a autonomia na realização das actividades de vida</li> <li>* Ser submetido a rapação dos pelos do corpo</li> </ul>	56 55 31 44 86 56 161 4
		493 (2)
4 - Medos relacionados com o pessoal de saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ser cuidado por pessoas pouco experientes</li> <li>* Ser cuidado por pessoas que se mostram inseguras</li> <li>* Falar com os enfermeiros sobre as suas preocupações e não ser compreendido</li> <li>* Ser ignorado pelos enfermeiros e pelos médicos</li> <li>* Ouvir médicos e enfermeiros dizerem palavras técnicas que não conhece</li> <li>* Sofrer represálias dos enfermeiros e médicos se não se comportar de acordo com as regras do serviço</li> <li>* Pedir informações ou explicações aos enfermeiros ou/e médicos sobre a doença e tratamento</li> <li>* Dizer que está com dores ou/e em posição desconfortável</li> </ul>	82 96 78 84 37 62 20 20
		479 (2)
5 - Medos relacionados com o ambiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Estar num espaço físico desconhecido</li> <li>* Estar sujeito às regras do serviço e do seu equipamento</li> <li>* Ter dificuldade em entender a organização do serviço</li> <li>* Dormir com estranhos (outros doentes) no quarto</li> <li>* Ouvir falar alto ou gritar e ruídos súbitos</li> <li>* Existir falhas no equipamento</li> <li>* Estar rodeado de equipamento que não conhece</li> <li>* Perder a privacidade pela invasão do seu espaço por outros doentes</li> </ul>	58 3 11 17 60 94 48 26
		317 (1)



**Gráfico 9** – Média dos medos dos doentes de acordo com os índices



Índice 1 – Medos relacionados com a doença.  
Índice 2 – Medos relacionados com a perda de integridade física.  
Índice 3 – Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais  
Índice 4 – Medos relacionados com o pessoal de saúde.  
Índice 5 – Medos relacionados com o ambiente.



Analisando os dados relativos à variável dependente, podemos referir que, os **medos relacionados com situações sociais ou**

**interpessoais**, representam o índice com as médias dos valores mais elevados. Os itens mais pontuados, para um valor máximo de 185 pontos, foram:

- ⇒ Ser abandonado pela família e amigos (129 pontos);
- ⇒ Estar separado da família e amigos (120 pontos);
- ⇒ Perder a intimidade na realização das actividades de vida (higiene, eliminação), (101 pontos).

Considerando a análise feita através da escala de suporte social é possível relacionar o alto grau de satisfação relativamente à família e os medos relativos a esse suporte social. A confrontação com dificuldades físicas decorrentes da doença, como por exemplo, a dor, ou a diminuição da auto estima e a dificuldade em tomar decisões profissionais ou familiares geram insegurança, instabilidade e medo. GAMEIRO (1999, p60), refere que, *“A separação dos familiares, a falta de apoio social, a possibilidade de perder o emprego e ficar dependente dos outros representam uma ameaça do estatuto sócio-profissional e do desempenho dos respectivos papeis”*, são desta forma este tipo de situações geradoras de reacções emocionais fortes, de entre as quais destacamos o medo.

Os **medos relacionados com a doença**, foi o índice seguinte mais pontuado, nele destacamos os seguintes índices para um valor máximo de 185 pontos:

- ⇒ Sentir a doença como um obstáculo à realização dos planos de vida (161 pontos);
- ⇒ Sentir de novo a dor que o levou ao hospital (151 pontos);
- ⇒ Saber que tem uma doença grave (108 pontos).

Quando um indivíduo é confrontado com o facto de possuir uma doença grave, nomeadamente a doença coronária, ocorre na sua vida um vasto leque de acontecimentos de vida indutores de inúmeras reacções emocionais. Perante estas, o doente vai ter dificuldades em aceder ao mundo, vê os seus horizontes diminuídos. O corpo, como refere GAMEIRO (1999, p.36), “... torna-se um obstáculo para a consecução dos projectos de vida ...”. A dor constitui uma consequência da doença grave e surge como uma potencial ameaça, ela atinge, ainda segundo o mesmo autor, “ ... a pessoa na sua unidade mais íntima ... põe o eu em conflito com o corpo ...”. Perante este quadro assustador assume papel relevante, o tipo de estratégias utilizadas e o grau de eficácia ou ineficácia das mesmas, assim como a percepção subjectiva de controlo que o doente tem da situação, e a forma de lidar com as emoções experienciadas.

O terceiro índice mais pontuado relativamente a **medos** sentidos, é o **relacionado com a perda de integridade física**, os itens mais referenciados, para um valor máximo de 185 pontos, são:

- ⇒ Perder a autonomia nas actividades de vida (161 pontos);
- ⇒ Cair na casa de banho ou enfermaria (86 pontos);
- ⇒ Sentir experiências dolorosas já vividas ou contadas por outros (56 pontos).

Todo o ser humano possui um ciclo vital, este encerra um todo que vai desde o nascimento à morte. Ao longo do ciclo vital o indivíduo evolui num contínuo de maior dependência para a independência, este no entanto pode ser interrompido por variadíssimos factores, nomeadamente a doença, ROPER et, al (1995). Quando surge uma alteração ao estado de independência do indivíduo, relativamente às actividades de vida (higiene, alimentação, eliminação, mobilização, entre outras), desencadeia-se uma cascata de emoções. O medo é mais uma vez, uma das reacções primárias a surgir. Fica a interrogação, de quem é independente e subitamente se vê dependente, será que volta a ser independente perante um factor incapacitante?, existe um retrocesso nas etapas de vida. Não só surge a necessidade de execução de tarefas relacionadas com a satisfação de necessidades, mas também como refere GAMEIRO (1999, p.60), surge “ ... a necessidade de adaptação a um meio e uma organização física e social diferente e com a limitação da

*privacidade*”, geradora na maioria das vezes de emoções mal conduzidas e resolvidas.

O índice seguinte mais pontuado, relaciona os **medos com o pessoal de saúde**, para um valor máximo de 185 pontos, os itens mais pontuados são:

- ⇒ Ser cuidado por pessoas que se mostram inseguras (96 pontos);
- ⇒ Ser ignorado pelos enfermeiros e pelos médicos (84 pontos);
- ⇒ Ser cuidado por pessoas pouco experientes (82 pontos).

Sendo a saúde uma das preocupações básicas do ser humano, quando a sente ameaçada, procura no hospital, junto dos profissionais de saúde competências técnicas, científicas e relacionais que possam dar resposta ao problema vivido. Nessas competências não há lugar para a insegurança, inexperiência ou mesmo para a rejeição dos profissionais de saúde. Como refere ROPER, et, al (1995), é muito importante não esquecer que na comunicação efectiva mantida, não podem existir termos demasiado técnicos que assustem o doente. De acordo com a sua identidade cultural e social, deve ser utilizada uma linguagem adequada para não criar barreiras à comunicação. MARQUES, et, al (1991), dizem que por vezes existe uma inibição da expressão das emoções com os profissionais de saúde, em obediência ao conceito de bom doente.

O último índice referente aos **medos relacionados com o ambiente**, tem como itens mais pontuados, para um valor máximo de 185 pontos, os seguintes:

- ⇒ Existir falhas no equipamento (94 pontos);
- ⇒ Ouvir falar alto ou gritar e ruídos súbitos (60 pontos);
- ⇒ Estar num espaço físico desconhecido (58 pontos).

CASSEM (1984), refere que o doente com uma doença grave tal como a doença coronária, vê-se rodeado por equipamentos desconhecidos. Rapidamente se desenvolve um estado de apreensão, profundamente marcado por emoções de ameaça e medo, surge um receio constante que os aparelhos avariem ou sejam desligados. SANTOS (1996), assentua que, medidas muito simples, como fornecer informação acerca da doença, do estado clínico e das necessidades terapêuticas, dar explicações sobre os aparelhos que o rodeia e deixar o doente colocar questões, revelaram-se minimizadoras dos receios sentidos. CHABOT (2000, p.16), completa de forma clara esta ideia “... *as emoções estão pois directamente associadas a comportamentos específicos ...*”, nomeadamente , expressões faciais, corporais e verbais, as quais servem como sistema de comunicação dos estados de espírito, perante acontecimentos que desencadeiam o medo do doente coronário no hospital.

Os scores utilizados para a análise feita anteriormente são os seguintes:

Nunca tem Medo	Raramente tem medo	Um pouco de medo	Tem medo	Tem muito medo	Tem sempre muito medo
0	1	2	3	4	5
0	37	74	111	148	185 (por item do índice e total dos questionários)

Podemos constatar que dos itens mais pontuados por índices, os medos mais sentidos pelos doentes foram:

**Tem muito medo de:**

- ⇒ Sentir a doença como um obstáculo à realização dos planos de vida (161 pontos);
- ⇒ Perder a autonomia na realização das actividades de vida (161 pontos);
- ⇒ Sentir de novo a dor que o levou ao hospital (151 pontos).



**Estudo correlacional dos medos**

Após análise das frequências e das médias dos valores do medo por índice, vejamos o que revelou o estudo correlacional entre os vários

índices de medo. Recordamos os valores de referência utilizados para análise dos resultados, definidos por BRYMAN e CRAMER (1992):

- ⇒ até 0,19 – correlação muito baixa;
- ⇒ 0,20 a 0,39 – correlação baixa;
- ⇒ 0,40 a 0,69 – correlação moderada;
- ⇒ 0,70 a 0,89 – correlação alta;
- ⇒ 0,90 a 1 – correlação muito alta.

Perante estes valores verificamos que existe correlação entre:

⇒ Os medos relacionados com a doença e os medos relacionados com a perda de integridade física.

**$r = +0,60$  – correlação moderada**

⇒ Os medos relacionados com a doença e os medos relacionados com situações sociais ou interpessoais.

**$r = +0,52$  – correlação moderada**

⇒ Os medos relacionados com a doença e os medos relacionados com o pessoal de saúde.

**$r = +0,65$  – correlação moderada**



⇒ Os medos relacionados com a doença e os medos relacionados com o ambiente.

**$r = +0,71$  – correlação alta**

⇒ Os medos relacionados com a perda de integridade física e os medos relacionados com situações sociais ou interpessoais.

**$r = +0,38$  – correlação baixa**

⇒ Os medos relacionados com a perda de integridade física e os medos relacionados com o pessoal de saúde.

**$r = +0,41$  – correlação moderada**

⇒ Os medos relacionados com a perda da integridade física e os medos relacionados com o ambiente.

**$r = +0,63$  – correlação moderada**

⇒ Os medos relacionados com situações sociais ou interpessoais e os medos relacionados com o pessoal de saúde.

**$r = +0,73$  – correlação alta**

⇒ Os medos relacionados com situações sociais ou interpessoais e os medos relacionados com o ambiente.

**$r = +0,47$  – correlação moderada**

⇒ Os medos relacionados com o pessoal de saúde e os medos relacionados com o ambiente.

**$r = +0,67$  – correlação moderada**

Com base nos resultados obtidos podemos constatar que existe correlação entre os vários índices de medo. O que aponta para, à medida que um índice de medo varia o outro também varia.

Assim é-nos dado observar, que não existem correlações negativas, todas são positivas. Existem **duas altas: os medos relacionados com a doença e os medos relacionados com o ambiente**, à medida que o medo da doença varia, varia também os medos relacionados com o ambiente com uma forte associação entre as duas. A outra correlação alta refere-se aos **medos relacionados com situações sociais ou interpessoais e os medos relacionados com o pessoal de saúde**, as duas têm uma forte associação.

Os **medos relacionados com a perda de integridade física** e os medos relacionados com **situações sociais ou interpessoais** são os que assumem uma associação mais **fraca**. Todas as restantes correlações tem uma associação **moderada**.

Podemos assim referir que os medos não se manifestam isoladamente, o impacto das causas desta emoção no ser humano, depende fundamentalmente dos sentimentos gerados por ela, é através dos sentimentos, segundo DAMÁSIO (2000, p.56), “ ... *dirigidos para o interior e privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente ...*”, tornando-se impossível controlar a expressão de algumas delas, nomeadamente o medo. Há sempre um sinal indicador desta emoção que pode ser expresso pela verbalização, a configuração dos músculos faciais ou o tom de voz, sendo como refere o autor, as emoções “ ... *um barómetro do nosso bem estar ...*”. De referir que esse bem estar é não só físico mas também emocional, pelo que se deve ter em conta o todo na sua constante interacção com o meio, tal como afirma NAZARETH (1993) numa perspectiva de ecologia humana. O Homem deve ser encarado de uma forma globalizante, constituído por um sistema de órgãos e de funções, dotado de inteligência e de instintos, com um património genético e cultural, vivendo num meio que é constituído por elementos bióticos, abióticos e sociais, onde as interacções são permanentes.

Os estímulos que causam a emoção medo, não estão confinados apenas aos que ajudaram a formar o cérebro emocional ao longo das diversas etapas de vida. É com o desenvolvimento e com a interacção que ganham experiências factuais e emocionais com as mais diversas situações do ambiente. Assim facilmente se depreende que os

acontecimentos de vida, como por exemplo a doença, proporcionam novas interações, com outros indivíduos (profissionais de saúde) e com outros espaços físicos (ambiente hospital), tornam-se um território propício à ocorrência de variadíssimas emoções, nomeadamente o medo.

## 2.1 - FACTORES QUE PODEM INFLUENCIAR O MEDO DO DOENTE CORONÁRIO

De forma a identificar factores que podem intervir no medo do doente coronário no hospital, utilizamos para verificar se existe probabilidade de relação o teste **Qui-Quadrado ( $\chi^2$ )**.

### Idade

Nos resultados obtidos, como mostra o quadro 8, **não há relação** entre os **grupos etários** e; os medos relacionados com a **doença**; os medos relacionados com a perda da integridade física; os medos relacionados com **situações sociais ou interpessoais**; os medos relacionados com o **pessoal de saúde**; e os medos relacionados com o

**ambiente**, para um nível de significância de 0,05. Não existe relação entre as variáveis.

**Quadro 8** – Resultado do teste Qui-Quadrado para relação entre medos/grupos etários

Variáveis	VALOR	GRAUS DE LIBERDADE	PROBABILIDADE (P)
Grupo etário/Medos relacionados com a doença	4,165	8	0,842
Grupo etário/Medos relacionados com a perda da integridade física	14,542	8	0,069
Grupo etário/Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais	4,712	8	0,788
Grupo etário/Medos relacionados com o pessoal de saúde	9,115	6	0,410
Grupo etário/Medos relacionados com o ambiente	5,525	6	0,478

No entanto é importante referir que a relação idade e medos relacionados com a perda de integridade física apresenta uma probabilidade de 0,069, muito próxima da significância. Foi aplicado o teste estatístico **V de Cramer** para verificação da intensidade de associação entre este índice e a idade e verificou-se que existe uma associação **positiva moderada**.

⇒ Idade/Medos relacionados com a perda de integridade física.

**V de Cramer = +0,443 / p=0,069**

À medida que se caminha nas etapas de vida as experiências vivenciadas ajudam a definir as emoções. A doença assim como o seu tratamento, confronta o indivíduo com variadíssimas situações ameaçadoras, nomeadamente, os danos físicos que dela podem advir. Como refere GAMEIRO (1999), as modificações físicas permanentes e a incapacidade funcional podem constituir ameaças à integridade do corpo ou ao bem estar físico e qualidade de vida. Pelo que, apesar de não existir relação entre as variáveis é significativa, a associação moderada existente entre ambas, à medida que uma varia, a outra também varia.

### Sexo

Constatamos pela análise feita ao quadro 9 que **não há existir relação** entre o **sexo** e; os **medos relacionados com a doença**, os medos relacionados com a **perda da integridade física**, os medos relacionados com **situações sociais ou interpessoais** e os medos relacionados com o **peçoal de saúde**. De referir que **existe relação** entre as variáveis, os **medos relacionados com o ambiente** e o **sexo**, para um nível de significância 0,05.

**Quadro 9** – Resultado do teste Qui-Quadrado para relação entre os medos e o sexo

Variáveis	VALOR	GRAUS DE LIBERDADE	PROBABILIDADE (p)
Sexo/Medos relacionados com a doença	5,485	4	0,241
Sexo/Medos relacionados com a perda de integridade física	8,513	4	0,074
Sexo/Medos relacionados com situações pessoais ou interpessoais	3,139	4	0,535
Sexo/Medos relacionados com o pessoal de saúde	3,742	3	0,291
Sexo/Medos relacionados com o ambiente	9790	3	0,020

O medo como emoção primária é uma reacção que pode surgir devido a um estímulo que ocorre no ambiente. Já fizemos referência anteriormente aos medos relacionados com o ambiente, cabe agora reforçar, face à relação existente com o sexo. Os doentes parecem estar em consonância com BILEY (1995), para o qual os ruídos e os movimentos são particularmente inquietantes, especialmente quando a enfermaria se encontra às escuras (de noite). Existe ainda num determinado ambiente simbologia que o caracteriza. O vestuário representa um desses símbolos, este tem diversas cores e formas, mas os símbolos, roupão e chinelos, assume um carácter reducionista pois iguala-os a todos. Os homens usam cores mais escuras, são mais

acanhados e andam sempre mais juntos, revelam como mostra o quadro 10; 39,1% nunca ter medo e 52,2% raramente têm medo. As mulheres vestem roupas mais alegres, mas aparentam um ar mais patético e desamparado e apresentam um nível de medo mais elevado, distribuindo-se mais significativamente por, 42,2% no grau raramente tem medo; 35,7% no grau um pouco de medo e 14,3% tem medo. Quando os doentes estão inseridos num ambiente hospitalar, parece não existir diferenças culturais, sociais ou de instrução, todos estão desagregados do seu ambiente habitual, mas, ainda assim, os medos relacionados com o ambiente podem como mostra este estudo variar com o sexo. Diz o aforismo popular que os homens são mais piegas e medrosos, assumem reacções emocionais mais intensas.

**Quadro 10** – Frequências relativas ao grau de medos relacionados com o ambiente/sexo

Medos		Medos relacionados com o ambiente					
Sexo \ Grau	Nunca tem medo	Raramente tem medo	Um pouco de medo	Tem medo	Tem muito medo	Tem sempre muito medo	Total
Feminino	1 (2,7%)	6 (16,2%)	5 (13,5%)	2 (5,4%)	0	0	14 (37,8%)
Masculino	9 (24,4%)	12 (32,4%)	1 (2,7%)	1 (2,7%)	0	0	23 (62,2%)
Total	10 (27,1%)	18 (48,6%)	6 (16,2%)	3 (8,1%)	0	0	37 (100%)

Relativamente à associação entre as variáveis, **sexo e medos relacionados com a perda de integridade física**, existe uma



probabilidade de 0,074, muito próxima da significância. Foi aplicado o teste estatístico **V de Cramer** para determinação de associação e pode-se observar uma **associação positiva moderada**. Como que varia o sexo variam igualmente os medos relacionados com a perda de integridade física.

⇒ Sexo/Medos relacionados com a perda de integridade física.

**V de Cramer = +0,480 / p=0,074**

De salientar que os itens mais pontuados deste índice de medo são: a perda da autonomia nas actividades de vida, as quedas na casa de banho ou na enfermaria e o sentir experiências dolorosas já vividas ou contadas por outros. É importante referir que a integridade física, fica seriamente ameaçada pelo encurtamento ou utilização do espaço íntimo do doente por outros, (profissionais de saúde) para realização de actividades de vida em que o doente tem um elevado grau de dependência. Há a incapacidade de controlar os mais simples acontecimentos de vida. Surge a dependência de outras pessoas para atender às necessidades básicas, o espaço habitado fica restrito e controlado, no entanto a intensidade desta ameaça depende grandemente da personalidade do indivíduo e de factores sócio culturais.

Profissão

Pela análise do quadro 11 verificamos que **não há relação** entre a variável **profissão** e os **medos referidos pelos cinco índices**, para um nível de significância 0,05.

**Quadro 11** – Resultado do teste Qui-Quadrado para relação entre os medos/profissão

Varáveis	VALOR	GRAUS DE LIBERDADE	PROBABILIDADE (p)
Profissão/Medos relacionados com a doença	12,385	24	0,975
Profissão/Medos relacionados com a perda de integridade física	24,285	24	0,445
Profissão/Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais	28,505	24	0,239
Profissão/Medos relacionados com o pessoal de saúde	18,745	18	0,408
Profissão/Medos relacionados com o ambiente	10,348	18	0,920

## Habilitações literárias

Através da análise do quadro 12, observamos que **não existe relação** significativa entre as variáveis em estudo, para uma significância de 0,05.

**Quadro 12** - Resultado do teste Qui-Quadrado para relação entre os medos / habilitações literárias

Variáveis	VALOR	GRAUS DE LIBERDADE	PROBABILIDADE (p)
Habilitações literárias/Medos relacionados com a doença	19,464	16	0,245
Habilitações literárias/Medos relacionados com a perda da integridade física	22,242	16	0,136
Habilitações literárias/Medos relacionados com situações sociais ou	22,600	16	0,125
Habilitações literárias/Medos relacionados com o pessoal de saúde	19,275	12	0,082
Habilitações literárias/Medos relacionados com o ambiente	11,322	12	0,502

No entanto, relativamente ao índice medos relacionados com o pessoal de saúde, há um valor muito próximo da significância, 0,082. Como tal foi aplicado o teste estatístico **V de Cramer** para determinar

associação e observou-se uma **associação positiva moderada**, à medida que uma variável varia a outra também varia. Os itens de medo mais pontuados neste índice foram: ser cuidados por pessoas que se mostram inseguras; ser ignorado pelos enfermeiros e médicos e ser cuidado por pessoas pouco experientes.

⇒ Habilitações Literárias/Medos relacionados com o pessoal de saúde.

**V de Cramer = +0,417 / p=0,082**

A nossa experiência prediz que quanto mais baixo é o nível de instrução maior dificuldade há na comunicação com os profissionais de saúde sendo aceitável admitir que um nível de escolaridade baixo exige menor capacidade de integração conceptual dos fenómenos perturbadores vividos, no entanto esta ideia é refutada pelos resultados obtidos.

### *Internamentos anteriores em qualquer serviço*

Podemos constatar pela análise do quadro 13 que não há relação entre a variável internamentos anteriores e os medos sentidos pelos doentes por indicador, para uma significância de 0,05.

**Quadro 13** - Resultado do teste Qui-Quadrado para relação entre os medos / internamentos anteriores

Variáveis	VALOR	GRAUS DE LIBERDADE	PROBABILIDADE (p)
Internamentos anteriores/Medos relacionados com a doença	2,516	4	0,642
Internamentos anteriores/Medos relacionados com a perda de integridade física	3,936	4	0,415
Internamentos anteriores/Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais	3,763	4	0,439
Internamentos anteriores/Medos relacionados com o pessoal de saúde	4,068	3	0,254
Internamentos anteriores/Medos relacionados com o ambiente	2,153	3	0,541

*Internamentos anteriores no serviço de cardiologia*

Analisando o quadro 14 podemos referir que **não há relação** entre a variável os **internamentos anteriores** e os medos sentidos pelos doentes expressos nos índices; **medos relacionados com a**

**doença; medos relacionados com a perda de integridade física; medos relacionados com situações sociais ou interpessoais e medos relacionados com o ambiente.** De realçar que **existe relação** entre a variável em estudo e o índice, **medos relacionados com o pessoal de saúde**, para uma significância de 0,01.

**Quadro 14** - Resultado do teste Qui-Quadrado para relação entre os medos / internamentos anteriores no serviço de cardiologia

Variáveis	VALOR	GRAUS DE LIBERDADE	PROBABILIDADE (p)
Internamentos anteriores na cardiologia/Medos relacionados com a doença	1,716	4	0,788
Internamentos anteriores na cardiologia/Medos relacionados com a perda de integridade física	5,427	4	0,246
Internamentos anteriores na cardiologia/Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais	1,611	4	0,807
Internamentos anteriores na cardiologia/Medos relacionados com o pessoal de saúde	11,516	3	0,009
Internamentos anteriores na cardiologia/Medos relacionados com o ambiente	2,666	3	0,446

É uma significância muito elevada, referem alguns autores que um doente internado requer competências dos profissionais de saúde,

de ordem técnica, científica e relacional. CHALIFOUR (1989) salienta que o respeito, a compreensão, o calor e a autenticidade, são atitudes fundamentais nas competências relacionais, quando não estão presentes, comprometem seriamente as outras competências. O medo de ser ignorado por enfermeiros e médicos, item bastante valorizado pelos doentes é sentido de certa forma como rejeição, que certamente vai aumentar os receios. HABER, et al (1979) diz que existe o medo do doente ser ridicularizado, dominado, punido, manipulado, humilhado ou abandonado pelos profissionais de saúde. Perante um quadro de medo no hospital relativamente aos profissionais de saúde, surge como refere CARAPINHEIRO (1993) a submissão do doente, compensada pela cura e prevenção da morte.

Através da análise do quadro 15 podemos referir que dos 37 elementos da nossa amostra, 7 (18,9%) tem internamentos anteriores no serviço de cardiologia, sendo o medo valorizado como raramente. Nos 30 doentes que nunca estiveram internados no serviço de cardiologia 10 (27%) referem ter um pouco de medo e 7 (18,9%) tem medo. Parece-nos poder constatar que perante a confrontação com uma nova situação como a hospitalização e consequentes interações, o doente transporta consigo histórias médicas, sociais e educacionais que condicionam a resposta emocional ao factor internamento.

**Quadro 15** – Frequências relativas ao grau de medos relacionados com o pessoal de saúde/Internamentos anteriores em cardiologia

Medos		Medos relacionados com o pessoal de saúde						
Grau		Nunca tem medo	Raramente tem medo	Um pouco de medo	Tem medo	Tem muito medo	Tem sempre muito medo	Total
Internamentos anteriores na cardiologia	Sim	0	6 (16,2%)	1 (2,7%)	0	0	0	7 (18,9%)
	Não	7 (18,9%)	6 (16,2%)	10 (27%)	7 (18,9%)	0	0	30 (81,1%)
	Total	7 (18,9%)	12 (32,4%)	11 (29,7%)	7 (18,9%)	0	0	37 (100%)

### Frequência das visitas

Ao analisarmos o quadro 16, constatamos que não há probabilidade de relação entre a variável em estudo e os medos sentidos pelos doentes através dos cinco indicadores de medo, para uma significância de 0,05. Contudo as visitas, nomeadamente a família, representam um apoio fundamental ao indivíduo doente, apoio esse que pode adquirir várias formas: reconforto do conjugue ou carinho de mãe e de filhos. São factores que contribuem grandemente para ajudar a superar momentos difíceis, de grande instabilidade emocional, servem também para estabelecer uma comunicação mais efectiva.



**Quadro 16** - Resultado do teste Qui-Quadrado para relação entre os medos / frequência das visitas

<b>Variáveis</b>	<b>VALOR</b>	<b>GRAUS DE LIBERDADE</b>	<b>PROBABILIDADE</b>
Frequência das visitas/Medos relacionados com a doença	4,145	12	0,981
Frequência das visitas/Medos relacionados com a perda da integridade física	16,324	12	0,177
Frequência das visitas/Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais	13,681	12	0,322
Frequência das visitas/Medos relacionados com o pessoal de saúde	13,832	9	0,128
Frequências das visitas/Medos relacionados com o ambiente	5,525	6	0,478

### ***CAPÍTULO III - CONCLUSÕES E SUGESTÕES***

Com este capítulo pretendemos apresentar as conclusões que nos foi possível apurar. Não podemos deixar de referir que quaisquer que sejam nunca podem ser extrapoladas, dadas as características próprias do ser humano, o que para uns é aplicável para outros pode não ser. Ficam no entanto os resultados. Deixamos também algumas sugestões consideradas pertinentes.

## **1 -CONCLUSÕES**

Ao terminar o presente estudo, tendo como linha orientadora as três questões de investigação formuladas, consideramos ter atingido os objectivos a que nos propusemos. Assim face ao tratamento, análise e reflexão sobre os dados, tendo como pressuposto o enquadramento teórico e a nossa experiência profissional, passamos a enunciar as conclusões possíveis:

⇒ A amostra é composta por 37 elementos, com doença coronária, internados num serviço de cardiologia de um hospital num período de tempo determinado.

⇒ Caracterização da amostra:

- \* Idade média 63,22 anos, sendo o grupo etário dos 61 anos ou mais o que tem maior frequência;
- \* O sexo masculino assume maior percentagem 62,2%;
- \* 62,2% da amostra é casada/união de facto, 16,2% são solteiros e 18,9% são viúvos;

- \* O grupo profissional com maior percentagem é o do Pessoal dos serviços e vendedores seguido do grupo dos Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca;
  - \* A proveniência é em 59,5% de origem urbana;
  - \* 45,9% da amostra possui o 1º ciclo do ensino básico e 27% não sabem ler e/ou escrever;
  - \* São visitados em 59,5% pela família e amigos e 40,5% só pela família;
  - \* As visitas vem ver o doente com uma frequência de 83,8%, todos os dias;
  - \* 59,5% possuem internamentos anteriores;
  - \* Dos 59,5%, 18,9% já estiveram internados no serviço de cardiologia;
  - \* Relativamente ao suporte social, existe um elevado grau de satisfação (muito satisfeito) relativamente à família.
- ⇒ Relativamente à variável dependente e em resposta à primeira questão de investigação:
- \* Existe medo, com uma localização na escala tipo Likert no nível 2 (um pouco de medo);
  - ❖ Índices de medo com médias de valores por ordem decrescente:
    - ✓ Medos relacionados com situações sociais ou interpessoais (total de médias 664 pontos), itens mais pontuados;
    - ⊙ Ser abandonado pela família e amigos,

- ⊙ Estar separado da família e amigos,
- ⊙ Perder a intimidade na realização das actividades de vida.
- ✓ Medos relacionados com a doença (total de médias 553 pontos), itens mais pontuados;
  - ⊙ Sentir a doença como um obstáculo à realização dos planos de vida,
  - ⊙ Sentir de novo a dor que o levou ao hospital,
  - ⊙ Saber que tem uma doença grave.
- ✓ Medos relacionados com a perda de integridade física (total de médias 493 pontos), itens mais pontuados;
  - ⊙ Perder a autonomia nas actividades de vida ,
  - ⊙ Cair na casa de banho ou enfermaria
  - ⊙ Sentir experiências dolorosas já vividas ou contadas por outros
- ✓ Medos relacionados com o pessoal de saúde (total de médias 479), itens mais pontuados;
  - ⊙ Ser cuidado por pessoas que se mostram inseguras,
  - ⊙ Ser ignorado pelos enfermeiros e pelos médicos,
  - ⊙ Ser cuidado por pessoas pouco experientes.
- ✓ Medos relacionados com o ambiente (total de médias 317), itens mais pontuados;
  - ⊙ Existir falhas no equipamento,
  - ⊙ Estar num espaço físico desconhecido,

© Ouvir falar alto ou gritar e ruídos súbitos.

\* Face aos resultados da correlação efectuada, pelo teste **r de Pearson**, entre os vários índices de medos, verificamos que existe **correlação alta entre os medos:**

- ❖ Relacionados com a doença e os medos relacionados com o ambiente –  **$r=+0,71$** ;
- ❖ Relacionados com situações sociais ou interpessoais e os medos relacionados com o pessoal de saúde –  **$r=+0,73$** ;

**Correlação moderada entre os medos:**

- ❖ Os medos relacionados com a doença e os medos relacionados com a perda de integridade física –  **$r=+0,60$**
- ❖ Relacionados com a doença e os medos relacionados com situações sociais ou interpessoais –  **$r=+0,52$** ;
- ❖ Relacionados com a doença e os medos relacionados com o pessoal de saúde –  **$r=+0,65$** ;
- ❖ Relacionados com a perda de integridade física e os medos relacionados com o pessoal de saúde –  **$r=+0,41$** ;
- ❖ Relacionados com a perda da integridade física e os medos relacionados com o ambiente –  **$r=+0,63$** ;
- ❖ Relacionados com situações sociais ou interpessoais e os medos relacionados com o ambiente –  **$r=+0,47$** ;
- ❖ Relacionados com o pessoal de saúde e os medos relacionados com o ambiente –  **$r=+0,67$** ;

**Correlação baixa entre os medos:**

- ❖ Relacionados com a perda de integridade física e os medos relacionados com o pessoal de saúde -  **$r=+0,38$** .

⇒ Relativamente à segunda e terceira questão de investigação, face aos resultados dos teste **Qui Quadrado** verificámos que há relação entre:

- \* O sexo e os medos relacionados com o ambiente,  **$p=0,020$** , existem mais homens, mas distribuem-se por graus de medo menos elevados do que as mulheres;
- \* Os internamentos anteriores no serviço de cardiologia e os medos relacionados com o pessoal de saúde,  **$p=0,009$** , os doentes que não tem internamentos anteriores no serviço de cardiologia apresentam uma distribuição pelos graus de medo ligeiramente superior aos que já estiveram internados no serviço de cardiologia.

⇒ Através da aplicação do teste **V de Cramer** ao cruzamento das variáveis com um nível de significância próximo do significativo foi possível constatar que existe associação positiva moderada entre:

- \* Os grupos etários e os medos relacionados com a perda de integridade física – **valor=+0,443**;
- \* O sexo e os medos relacionados com a perda de integridade física – **valor=+0,480**;

\* As habilitações literárias e os medos relacionados com o pessoal de saúde – **valor=+0,417**;



Mantivemos ao longo do estudo como fio condutor, a comunicação humana e a filosofia da ecologia humana. Face aos resultados obtidos é importante referir que a adaptação do doente coronário ao ambiente hospitalar, carece de uma busca de equilíbrio constante. Os resultados obtidos provam que existe um pouco de medo. Este tem maior incidência nos medos relacionados com situações sociais e interpessoais.

A família é parte integrante deste grupo representa o suporte social mais importante para estes doentes. Há que encontrar estratégias que permitam um melhor acompanhamento do doente hospitalizado. Pensamos que a alteração do período de visitas seria uma boa estratégia. O doente não se sentiria tão isolado. Permitindo desta forma colmatar a alta associação encontrada entre os medos da doença e os medos relacionados com o ambiente. Assim como a associação alta entre os medos relacionados com situações sociais ou interpessoais e os medos relacionados com o pessoal de saúde. Consideramos que esse acompanhamento não só teria a função de dar apoio ao doente como



também, servia de elo de ligação entre o doente e os profissionais de saúde. Podia estabelecer a ponte entre os padrões habituais do doente e os actuais, contribuindo para um melhor entendimento do processo doença/prestação de cuidados.

Existem itens da lista de medos, pertencentes a outros índices menos pontuados com elevada pontuação, destacamos: sentir a doença como um obstáculo à realização dos planos de vida, evidência perfeitamente compreensível. De acordo com o enquadramento teórico o doente fica com a sensação: de perda de controle, sem saber se volta a ser a mesma pessoa e se volta a fazer o que fazia antes.

Salientamos também os medos relacionados com a perda de autonomia na realização de actividades vida. Em consonância com o enquadramento teórico, a impossibilidade de satisfazer as mais básicas das necessidades, incorre em fenómenos de dependência, sendo motivo de grande instabilidade emocional. Nessa instabilidade emerge uma amálgama de emoções das quais se destaca o medo. São inúmeras vezes apontadas como causa desencadeadora de dor pré-cordial. Dando lugar a outro medo bastante pontuado: o de sentir de novo a dor que o levou ao hospital, cria-se um ciclo por vezes insidioso. Há necessidade premente: de sensibilidade e habilidade, dos profissionais de saúde, de forma a contornar este problema. A associação moderada entre o sexo e os medos relacionados com a perda de integridade física, assume-se em

nosso entender pela maior sensibilidade da mulher relativamente a problemas de autonomia e intimidade. Importa referir que na pesquisa bibliográfica efectuada, observou-se o contrário: o homem é “piegas” e receoso.

Para um nível de significância 0.05 a relação existente entre o sexo e os medos relacionados como ambiente não encontramos explicação teórica. No nosso ponto de vista cremos que o equipamento desconhecido e os ruídos influenciam grandemente a intensidade do medo independentemente do sexo.

Relativamente às experiências de internamentos anteriores, conferem aos sujeitos estudados um suporte para situações futuras. Este permite-lhe lidar melhor emocionalmente com a situação de internamento actual e sua interacção com o pessoal de saúde. Pensamos que seria aconselhável, sem extrapolar, colocar os elementos que estão pela primeira vez internados. A informação transmitida teria um impacto mais directo sobre o receptor permitindo retroacção positiva e diminuição dos medos relativos ao pessoal de saúde.

O internamento de uma pessoa no hospital incorre sempre em desordem emocional, propicia às reacções emocionais mais diversas. Pressupõe sempre um atendimento global, no qual incluímos a família.

## 2 - RECOMENDAÇÕES

É nosso propósito dar a conhecer os resultados obtidos, no serviço onde se realizou o estudo, assim como no hospital. No sentido de promover uma reflexão e consciencialização dos profissionais de saúde para esta problemática. Tendo em conta o doente no seu todo, em constante interacção com o ambiente que o rodeia. Conduzindo a uma cultura hospitalar mais humanizante, assim sugerimos:

- ⇒ Realização de formação aos profissionais de saúde na área da pragmática da comunicação;
- ⇒ Remodelação do sistema de visitas com introdução de um acompanhante para o doente no hospital;

Consideramos que, utilizar o estudo no seu todo, aspectos negativos e positivos fornece à investigação um contributo positivo. É de pequenos nada que se constróem os saberes. Resta-nos acrescentar que a utilização da escala de medos por nós construída, carece em situações futuras de uma de uma revalidação mais alargada.

## **BIBLIOGRAFIA**

- 📖 BILEY, Francis B. (1995). **Efeitos do ruído em hospitais**. Nursing. Abril. Edições Portuguesa. Lisboa.
- 📖 BITTI, Pio Ricci; ZANI, Bruna. (1993). **A comunicação como processo social**. Lisboa. Editora Estampa.
- 📖 BOLANDER, Verolyn Era. (1998). **“Lukmann e Sorensen”**. **Enfermagem Fundamental – Abordagem Psicológica**. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 972-96610-6-5.
- 📖 BRYMAN, A.; CRAMER, Duncan. (1992). **Análise de dados em ciências sociais – Introdução às técnicas utilizando o SPSS**. Lisboa. Celta Editora.
- 📖 CANAVARRO, M. Cristina; et al. (1993). **Recursos familiares e perturbações emocionais**. *Psiquiatria clinica*. Vol. 2. N.º14. Coimbra.
- 📖 CARAPINHEIRO, Graça. (1993). **Saberes e Poderes no Hospital – Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares**. 2ª. Edição. Porto. Edições Afrontamento.
- 📖 CARLSON, Carolyne E; BLACKWELL, Betty. (1982). **Les comportements humains: concepts et applications aux soins infirmiers**. Paris. Edições centurion.

- 📖 CASSEM, N. H.. (1984). **Critical care Psychiatry. In shomaker wc. Thompson W.. Holbrook PR** (eds): textbook of critical. Philadelphia. WB Saunders. Pp 981-989.
- 📖 CHABOT, Daniel. (2000). **Cultive a sua inteligência Emocional**. 1ª. Edição. Pergaminho. Cascais. ISBN 972-711-322-2.
- 📖 CHALIFOUR, Jacques. (1989). **La relation d'aide eu soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste**. Boucherville. Québecc. Ed. Gaetan Morin.
- 📖 COOK, J. Sue; FONTAINE, Karen Lee. (1990). **Enfermeria Psiquiátrica**. Madrid, Editora Interamericana. Mcgraw-Hill.
- 📖 COSTA, J. Almeida; MELO, A. Sampaio (1987). **Dicionário da Língua Portuguesa**. 6.ª edição. Porto. Porto Editora.
- 📖 COSTA, J.T.S. Soares. (1997). **Cardiopatia Isquémica**. Lisboa. Marketing Publicidade e Edições. ISBN 972-733-031-2.
- 📖 DAMÁSIO, António R.. (1997). **O Erro de Descartes – Emoção, Razão e Cérebro Humano**. 17ª. Edição. Lisboa. Publicações Europa América, Lda. ISBN 972-1-03944-6.
- 📖 DAMÁSIO, António R.. (2000). **O Sentimento de Si – O corpo, a emoção e a Neurobiologia da consciência**. Mem Martins. Publicações Europa-América.
- 📖 DANTZER, Robert. (1993). **Psychologie de la peur**. "Communications". N.º57. Paris.

- 📖 DIEL, Paul. (1995). **La Peur et l'Angoisse**. Paris. Petite Bibliothèque Payot. ISBN 228-88473-1.
- 📖 FILLIOZAT, Isabelle. (1997). **A inteligência do coração- Rendimentos de Gramática Emocional**. Lisboa. Editora Pergaminho, Lda. ISBN 972-711-123-8.
- 📖 FISCHER, Gustave N.. (1994). **Psicologia social do ambiente**. Lisboa. Instituto Piaget. ISBN 972-9295-42-5.
- 📖 GAMEIRO, Manuel Henriques. (1999). **Sufrimento na doença**. Gráfica de Coimbra. Coimbra. ISBN 972-8535-06-6.
- 📖 GAUTHIER, Jacques H.M.; et al (1998). **Pesquisa em Enfermagem, Novas Metodologias Aplicadas**. Rio de Janeiro. Editora Guanabara. Koogan AS. ISBN 85-277-0436-6.
- 📖 GOLEMAN, Daniel. (1997). **Inteligência Emocional**. Lisboa. Temas e debates. ISBN 972-759-063-2.
- 📖 HAWLEY, Amostt. (1991). **Teoria da Ecologia Humana**.
- 📖 JOYCE-MONIZ, Luis. (1992). **Psicopatologia do desenvolvimento do adolescente e do adulto**. Lisboa. Editora Mcgraw-Hill.
- 📖 KAPLAN, Harold. (1990). **Compêndio de psiquiatria**. 2.<sup>a</sup> edição. Porto Alegre. Artes Médicas.
- 📖 KENNEDY, Mary Jane. (1979). **Effet de la maladie et de l'hospitalization**, in: HABER, Judith e col.. *Le Nursing en psychiatrie: pour une vision globale*. Montreal. Les Editions HRW.

- 📖 LITTLE JOHN, Stephen. (1998). **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro. Guanabara S.A..
- 📖 LLUCH, M.I. e outros. (1991). **La enfermedad y la hospitalización**, in: MARTI, Gloria Noval e col.. Enfermeria psico-social II. Barcelona. Salvat Editores.
- 📖 LOPES, José M.. (1999). **Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral**. Lisboa. Gráfica 2000. ISBN 972-98149-0-2.
- 📖 LUME, Jorge. (1991). **Aspectos gerais sobre a situação da pessoa em Hemodiálise**. Arquivos de Medicina. 5 (2).
- 📖 MARQUES, A. Reis e col.. (1991). **Reacções emocionais à doença grave: como lidar**. Coimbra. Edição Psiquiátrica Clínica.
- 📖 MARQUES, António dos Reis. (1996). **A Medicina, a sociedade e a doença**. Psiquiatria Clínica. Volume 3. N.º17. Coimbra.
- 📖 MARQUES, Anjo; MENDES, Teresa. (1994). **O papel do Enfermeiro na Ressuscitação Cardiorespiratória**. Cardiologia actual. Vol.4 n.º29. Lisboa. ISBN 0871-7915.
- 📖 MARTIN, Doris; BOECK, Karin. (1999). **O que é a inteligência emocional**. 2ª. Edição. Lisboa. Editora Pregaminho. ISBN 972-711-157-2.
- 📖 MATOS, Ana Paula Soares de. (1995). **Factores Psicológicos na Doença Coronária**. Coimbra. Dissertação de Doutoramento em

Psicologia Clínica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

📖 MORIN, Edgar. (1980). **O método II – A Vida da Vida**. Publicações Europa-América – Biblioteca Universitária. Editions du Seuil.

📖 NAZARETH, J. Manuel. (1993). **Demografia e Ecologia Humana**. Análise Social.

📖 ODUM, Eugene P. (1997). **Fundamentos de Ecologia**. 5.<sup>a</sup> edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

📖 PIRES, José Cardoso. (1997) **De Profundis, Valsa Lenta**. 5.<sup>a</sup>. Edição. Lisboa. Pág. 25. Editora D. Quixote.

📖 POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. (1995). **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**. 3.<sup>a</sup> edição. Porto Alegre. Artes Médicas.

📖 QUIRIN, Odile. (1993). **L'hôpital la science et les soins**. Paris. Bayard editions.

📖 QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Lucv. (1992). **Manual de Investigação em ciências sociais**. Lisboa Gradiva. ISBN 972-662-275-1.

📖 REIS, Joaquim. (1993). **Construção e Modificação de significações Ansiogêneas em Processo de saúde e Doença**. Análise Psicológica. Vol. 11. N.º14. Out./Dez..



- 📖 ROPER, NANCY; LOGAN, Winifried W; TIERNEY, Alison J.. (1995). **Modelo de Enfermagem**. 3ª. Edição. Alfragide. Mowbray-Hill. ISBN 972-9241-98-8.
- 📖 RODRIGUES, C. Pilar; et al. (1994). **Como construir um questionário**. Revista Rol. N.º. 185. Janeiro.
- 📖 RODRIGUES, Custódio; et al. (1989). **Afectividade**. Porto. Editora Contraponto.
- 📖 SAINT-EXUPERY. (1996). **O Príncipezinho**. 3ª. Edição. Mem Martins. Europa América.
- 📖 SANTOS, Zulmira. (1996). **O doente em cuidados Intensivos**. **Psiquiatria Clínica**. Vol. 3. N.º17. Coimbra.
- 📖 SARSON, Barbara. (1993). **Como chegar a ser um pacient**. In: HINCHLIFF, Susan et al. Enfermeria y cuidados de salud. Barcelona. Doyma.
- 📖 SILVA, Maria Isabel Costa. (1995). **Medos do doente em internamento hospitalar**. Lisboa. (Tese de mestrado em Ciências da Enfermagem, apresentada à Universidade Católica, Lisboa).
- 📖 STRONGMAN, K.T..(1998). **A psicologia da emoção**. 4ª. Edição. Manuais universitários 5. Climepsi Editora. ISBN 972-8449-08-9.

- 📖 Instituto do Emprego e Formação Profissional. (1994). **Classificação Nacional das Profissões**. Ministério do Emprego e da Segurança Social.
- 📖 TAYLOR, Cecilia Monat. (1992). **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. 13.<sup>a</sup> edição. Porto Alegre. Artes Médicas.
- 📖 THELAN, Lynne; et al. (1996). **Enfermagem em cuidados Intensivos, Diagnóstico e Intervenção**. 2.<sup>a</sup>. Edição. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 972-96610-2-2.
- 📖 WATERS, Malcolm. (1999). **Globalização**. 1.<sup>a</sup>. Edição. Oeiras. Celta Editora. ISBN 972-8027-60-5.
- 📖 WATZLAWICK, Paul; BEAVIN, Janet; JACKSON, Don. (1973). **Pragmática da comunicação humana**. São Paulo. Cultrix.
- 📖 WILSON, Holly S.; KNEI Sl, Carol R. (1982) **Soins infirmiers psychiatriques ottawa**. Editora du Renouveau Pédagogique.
- 📖 WEINMAN, John; WRIGHT, S.; JOHNSTON, Marie. (1995). **Measures in Health Psychology: A user´Portfolio – Social support**. NFER - NELSON

# *ANEXOS*

# *Anexo I*

## *Escala de medos*

## II - GRUPO

**O segundo grupo contém um conjunto de afirmações relativas a medos, às quais se pretende que o doente atribua uma pontuação, que vai de 0 a 5, sendo que 0 não tem medo e 5 é o valor máximo do medo, de forma a quantificá-los**

### MEDO DE ...

1 – Estar monitorizado ou estar ligado às máquinas.....	0	1	2	3	4	5
2 – Ser cuidado por pessoas pouco experientes.....	0	1	2	3	4	5
3 – Ser incapaz de resistir a alguns hábitos de vida (beber, fumar).....	0	1	2	3	4	5
4 – Sentir experiências dolorosas já vividas ou contadas por outros.....	0	1	2	3	4	5
5 – Ouvir médicos e enfermeiros dizerem palavras técnicas que não conhece.....	0	1	2	3	4	5
6 – Perder a intimidade na realização das actividades de vida (higiene, eliminação).....	0	1	2	3	4	5
7 – Saber que tem uma doença grave.....	0	1	2	3	4	5
8 – Ser ignorado pelos enfermeiros e pelos médicos.....	0	1	2	3	4	5
9 – Perder a privacidade pela invasão do seu espaço por outros doentes.....	0	1	2	3	4	5
10 – Fazer exames de diagnóstico e tratamentos dolorosos.....	0	1	2	3	4	5
11 – Dormir com estranhos (outros doentes) no quarto.....	0	1	2	3	4	5
12 – Conhecer as consequências futuras da doença.....	0	1	2	3	4	5
13 – Sentir que é cuidado sob autoridade dos profissionais de saúde.....	0	1	2	3	4	5
14 – Perder a autonomia na realização das actividades de vida (ex. fazer necessidades na cama).....	0	1	2	3	4	5
15 – Falar com os enfermeiros sobre as suas preocupações e não ser compreendido.....	0	1	2	3	4	5
16 – Cair da cama.....	0	1	2	3	4	5
17 – Morrer de repente.....	0	1	2	3	4	5
18 – Sofrer represálias dos enfermeiros e médicos se não se comportar de acordo com as regras do serviço.....	0	1	2	3	4	5
19 – Ser abandonado pela família ou amigos.....	0	1	2	3	4	5
20 – Existir falhas no equipamento.....	0	1	2	3	4	5
21 – Pedir informações ou explicações aos enfermeiros ou/e médicos sobre a doença e tratamento.....	0	1	2	3	4	5
22 – Perder o poder económico e social (ficar desempregado).....	0	1	2	3	4	5
23 – Ser utilizado para estudos ou ensaios de novos medicamentos ou tratamentos.....	0	1	2	3	4	5
24 – Sentir de novo a dor que o levou ao hospital.....	0	1	2	3	4	5
25 – Dizer que está com dores ou/e em posição desconfortável.....	0	1	2	3	4	5
26 – Ter dificuldade em entender a organização do serviço.....	0	1	2	3	4	5
27 – Estar despido na cama.....	0	1	2	3	4	5
28 – Ser criticado pela família e amigos.....	0	1	2	3	4	5
29 – Cair na casa de banho ou enfermaria.....	0	1	2	3	4	5
30 – Saber resultado de exames ou tratamentos.....	0	1	2	3	4	5
31 – Estar sujeito às regras do serviço e do seu equipamento.....	0	1	2	3	4	5
32 – Ser submetido a rapação dos pelos do corpo.....	0	1	2	3	4	5
33 – Estar separado da família e dos amigos.....	0	1	2	3	4	5
34 – Sentir indiferença dos profissionais de saúde (não lhe liguem o suficiente).....	0	1	2	3	4	5
35 – Ser cuidado por pessoas que se mostram inseguras.....	0	1	2	3	4	5
36 – Estar num espaço físico desconhecido.....	0	1	2	3	4	5
37 – Ouvir falar alto ou gritar ou ruídos súbitos.....	0	1	2	3	4	5
38 – Saber toda a verdade sobre a doença.....	0	1	2	3	4	5
39 – Estar rodeado de equipamentos que não conhece.....	0	1	2	3	4	5
40 – Sentir a doença como obstáculo à realização dos planos de vida (não ser a mesma pessoa).....	0	1	2	3	4	5

## *Anexo II*

# *Escalas de medos consultadas*

## Escala de Avaliação de Medos (Adaptada)

CÓDIGO \_\_\_\_\_

### INSTRUÇÕES

As perguntas deste questionário referem-se a objectos e situações que podem causar medo ou outros sentimentos desagradáveis quando está internado no hospital.

A seguir a cada questão inscreva uma X na coluna que melhor descreva a frequência da perturbação por si experimentada.

	Nunca	Algumas Vezes	Indeciso Não sabe	Muitas Vezes	Sempre
1 Escuro					
2 Ver feridas					
3 Não ter ninguém que o visite (estar só)					
4 Estar num local desconhecido					
5 Mortos (cadáveres)					
6 Cair (tropeçar)					
7 Intervir/falar durante a visita médica					
8 Ser tratado por um médico desconhecido					
9 Ouvir falar alto ou gritar no hospital					
10 Diminuição do poder económico devido à doença					
11 Levar Injecções					
12 Ser "gozado"					
13 Ser entubado pela boca ou nariz					
14 Perder a independência física (invalidez)					
15 A noite no hospital					
16 Enfermeiros/as					
17 Perspectiva de ser operado					
18 Ser utilizado para ensaio/Investigação de medicamentos ou tratamentos novos					
19 Ouvir os médicos e enfermeiros falar termos técnicos que desconhece					
20 Ter dor/sofrimento físico					
21 Gravidade da doença					
22 Sentir-se encolerizado/agressivo (perder o controlo)					
23 Pessoas autoritárias ou que exercem autoridade					
24 Falar com os enfermeiros sobre as suas preocupações					
25 Ter um companheiro de quarto que está gravemente doente					
26 Ser cuidado por pessoas inexperientes que fazem a aprendizagem nos doentes					

	Nunca	Algumas Vezes	Indeciso Não sabe	Muitas Vezes	Sempre
27 Das mãos desjeitadas e bruscas do pessoal de saúde					
28 Barulhos inesperados (súbitos, repentinos) no hospital					
29 Pedir que o mudem de posição, por desconforto					
30 Ser alijado					
31 Pessoas com aspecto duro e violento no hospital					
32 Ser observado enquanto faz cuidados de higiene ou outra actividade de vida					
33 Fazer exames de diagnóstico e tratamentos dolorosos					
34 Sangue					
35 Ser criticado					
36 Pessoas coléricas/agressivas no hospital					
37 Se não respondem quando chama ou toca a campainha					
38 Médicos					
39 O futuro após a alta					
40 Saber o resultado de exames de diagnóstico ou tratamentos					
41 Represálias dos enfermeiros se não se comporta de acordo com as regras do hospital					
42 Despedida de pessoas amigas ou familiares quando o visitam no hospital					
43 Dormir com estranhos no mesmo quarto do hospital					
44 Dizer ao enfermeiro/a que está com dores e precisa de medicação					
45 Fazer exame ou tratamento médico sem ser prevenido/informado previamente					
46 Barulhos durante a noite no hospital					
47 Sujidade (porcaria) e cheiros desagradáveis nos sanitários e quartos do hospital					
48 Pedir informações e/ou explicações aos médicos e enfermeiros sobre a doença e tratamentos					
49 Estar separado das pessoas queridas devido ao internamento					
50 Fazer medicação ou tratamentos médicos dos quais desconhece os efeitos					
51 Cair da cama ou da maca					
52 Sentir-se rejeitado pelos outros					
53 Dizer ao médico ou enfermeiro que recusa ou discorda de uma medicação ou tratamento					
54 Morte (morrer)					
55 Represálias dos médicos se não se comporta de acordo com as regras do hospital					
56 Ser ignorado pelos enfermeiros					
57 Saber toda a verdade sobre a doença					
58 Sentir-se desaprovado pelo pessoal de saúde					



Nom : ..... Age : ..... Sexe : ..... Date : .....

Les éléments de ce questionnaire se rapportent à des choses ou à des circonstances qui peuvent effrayer ou provoquer d'autres sensations désagréables. Mettez une croix en face de chaque question dans la colonne qui décrit le mieux le degré d'inquiétude, qu'elle éveille chez vous en ce moment.

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormé
1. Bruits d'aspirateurs					
2. Blessures ouvertes					
3. Etre seul					
4. Etre dans un endroit inconnu					
5. Voix fortes					
6. Morts					
7. Parler en public					
8. Traverser des rues					
9. Personnes qui ont l'air déséquilibré					
10. Tomber					
11. Automobiles					
12. Etre taquiné					
13. Dentistes					
14. Tonnerre					
15. Sirènes d'alarme					
16. Echec					
17. Entrer dans une pièce ou d'autres personnes sont déjà assises					
18. Endroits élevés sur la terre ferme					
19. Personnes présentant des malformations					
20. Vers					
21. Créatures imaginaires					
22. Se faire faire une piqûre					
23. Inconnus					
24. Chauves-souris					
25. Voyages					
a) en train					
b) en autobus					
c) en voiture					
26. Se sentir en colère					
27. Personnes exerçant une autorité					
28. Insectes volants					
29. Voir d'autres personnes se faire piquer					
30. Bruits soudains					
31. Temps gris					
32. Foules					
33. Vastes espaces découverts					
34. Chats					
35. Personne en malmenant une autre					
36. Les «gros duits»					
37. Oiseaux					
38. Vue de l'eau profonde					
39. Etre observé pendant son travail					
40. Animaux morts					
41. Armes					
42. Saleté					

	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Enormé
45. Personnes laides					
46. Feu					
47. Malades					
48. Chiens					
49. Etre critiqué					
50. Femmes étranges					
51. Prendre l'ascenseur					
52. Assister à des interventions chirurgicales					
53. Personnes en colère					
54. Souris					
55. Sang					
a) humain					
b) animal					
56. Se séparer de ses amis					
57. Espaces clos					
58. Perspective d'une opération chirurgicale					
59. Se sentir rejeté par les autres					
60. Avions					
61. Odeurs de médicaments					
62. Se sentir désapprouvé					
63. Battements de cœur désordonnés (extrasystoles)					
64. Serpents inoffensifs					
65. Cimetières					
66. Etre ignoré					
67. Obscurité					
68. a) hommes nus					
b) femmes nues					
69. Eclairs					
70. Docteurs					
71. Faire des erreurs					
72. Avoir l'air ridicule					

NOM DE L'ÉCHELLE : Questionnaire des peurs (Fear Questionnaire)  
 FONTE: COTTRAUX, Y. - Méthodes et échelles d'évaluation des symptômes. Issy-les-Moulineaux. E.D. E.A.P., 1985, 270p.

UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
FACULDADE DE MEDICINA  
CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

F. S. S. III

NOME \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

PROFISSÃO (indicar posto de trabalho) \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO \_\_\_\_\_ FREGUESIA DE RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_

INSTRUÇÕES

As perguntas deste questionário, referem-se a objectos e situações que podem causar medo ou outros sentimentos desagradáveis.

A seguir a cada questão inscreva um X na coluna que melhor descreva o grau de perturbação por si experimentado.

	Nenhum	Um pouco	A maior parte das vezes	Muito	Muitíssimo
1. Barulho dos Aspiradores .....					
2. Ver feridas .....					
3. Estar só .....					
4. Estar num local desconhecido .....					
5. Ouvir falar alto ou gritar .....					
6. Mortos .....					
7. Falar em público .....					
8. Atravessar ruas .....					
9. Pessoas que parecem doentes mentais .....					
10. Cair .....					
11. Automóveis .....					
12. Ser «gozado» .....					
13. Dentista .....					
14. Trovoadas .....					
15. Sirenes (Sereias) .....					
16. Fracasso .....					
17. Entrar numa sala onde já estão outras pessoas sentadas .....					
18. Lugares altos .....					
19. Vermes .....					
20. Fantasmas (figuras imaginárias) .....					
21. Levar injeções .....					
22. Estranhos .....					
23. Morcegos .....					
24. Viajar de comboio .....					
25. Viajar de Autocarro .....					
26. Viajar de Automóvel .....					
27. Sentir-se encolerizado .....					
28. Figuras autoritárias .....					
29. Insectos voadores .....					
30. Ver pessoas levar injeções .....					

Escola cedida pelo Prof. Doutor A. VAZ SERRA

	Nenhum	Um pouco	A maior parte das vezes	Muito	Muito sim
31. Barulhos inesperados (súbitos, repentinos) .....					
32. Dias escuros .....					
33. Multidões .....					
34. Grandes espaços abertos .....					
35. Gatos .....					
36. Uma pessoa a bater noutra .....					
37. Pessoas com aspecto duro e violento .....					
38. Pássaros (Aves) .....					
39. Ver águas profundas .....					
40. Ser observado enquanto trabalha .....					
41. Animais mortos .....					
42. Armas .....					
43. Sujidade (Porcaria) .....					
44. Insectos rastejantes .....					
45. Ver uma luta (briga) .....					
46. Pessoas feias .....					
47. Fogo .....					
48. Pessoas doentes .....					
49. Cães .....					
50. Ser criticado .....					
51. Figuras estranhas (deformadas) .....					
52. Estar num elevador .....					
53. Assistir a operações cirúrgicas .....					
54. Pessoas coléricas .....					
55. Ratos .....					
56. Sangue .....					
a) Humano .....					
b) Animal .....					
57. Despedida de pessoas amigas .....					
58. Espaços fechados .....					
59. Perspectivas de ser operado .....					
60. Sentir-se rejeitado pelos outros .....					
61. Aviões .....					
62. Cheiro de medicamentos .....					
63. Sentir-se desaprovado .....					
64. Cobras inofensivas .....					
65. Cemitérios .....					
66. Ser ignorado pelos outros .....					
67. Escuro .....					
68. Extrassístoles (sentir o coração bater de mais ou de menos) .....					
69. Homens ou (mulheres) nus (as) .....					
70. Relâmpagos .....					
71. Médicos .....					
72. Pessoas com aleijões ou deformidades .....					
73. Parecer tolo (louco) .....					

## *Anexo III*

### *Formulário*

# FORMULÁRIO

## I - GRUPO

As questões abaixo apresentadas são de natureza socio-biográfica. Os dados obtidos serão tratados em conjunto e é assegurada a confidencialidade.

<b>1 - IDADE</b> _____	<b>2 - SEXO</b> 1 - Feminino <input type="checkbox"/> 2 - Masculino <input type="checkbox"/>
<b>3 - ESTADO CIVIL</b> 1 - Casado/União de facto <input type="checkbox"/> 2 - Solteiro <input type="checkbox"/> 3 - Viúvo <input type="checkbox"/> 4 - Divorciado <input type="checkbox"/>	<b>4 - PROFISSÃO</b> _____
<b>6 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS</b> 1 - Não sabe ler e/ou escrever <input type="checkbox"/> 2 - 1º Ciclo do Ensino Básico <input type="checkbox"/> 3 - 2º Ciclo do Ensino Básico <input type="checkbox"/> 4 - 3º Ciclo do ensino básico (antigo 5º ano ou 9º ano) <input type="checkbox"/> 5 - Ensino Secundário (12º ano) <input type="checkbox"/> 6 - Ensino Superior <input type="checkbox"/>	<b>5 - LOCAL DE RESIDÊNCIA</b> _____
<b>9 - INTERNAMENTOS</b> 1 - Tem internamentos anteriores 1.1 - Sim <input type="checkbox"/> 1.2 - Não <input type="checkbox"/> 2 - No serviço de Cardiologia 2.1 - Sim <input type="checkbox"/> 2.2 - Não <input type="checkbox"/>	<b>7 - QUEM O VISITA</b> 1 - Família <input type="checkbox"/> 2 - Amigos <input type="checkbox"/> 3 - Ninguém <input type="checkbox"/> 4 - Outros <input type="checkbox"/> 4.1 - Especifique _____
<b>8 - FREQUÊNCIA DAS VISITAS</b> 1 - Todos os dias <input type="checkbox"/> 2 - 6 a 4 vezes semana <input type="checkbox"/> 3 - 3 a 2 vezes por semana <input type="checkbox"/> 4 - 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 5 - Nunca <input type="checkbox"/>	
<b>10 - ESCALA DE SUPORTE SOCIAL (Ver instruções no verso)</b> <b>1 - Quem são as pessoas disponíveis com quem se pode distrair das preocupações quando está sob stress?</b> <input type="checkbox"/> A ninguém 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____ 9) _____ 1.2 - Nessas situações, qual o grau de satisfação relativamente ao apoio obtido?      1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6	
<b>2 - Com quem pode realmente contar para o descontrair quando está tenso ou sob pressão?</b> <input type="checkbox"/> A ninguém 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____ 9) _____ 2.2 - Nessas situações, qual o grau de satisfação relativamente ao apoio obtido?      1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6	
<b>3 - Quem é que o aceita tal como é, quer dizer com os seus lados bons e maus?</b> <input type="checkbox"/> A ninguém 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____ 9) _____ 3.2 - Nessas situações, qual o grau de satisfação relativamente ao apoio obtido?      1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6	
<b>4 - Com quem pode realmente contar para o apoiar aconteça o que acontecer?</b> <input type="checkbox"/> A ninguém 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____ 9) _____ 4.2 - Nessas situações, qual o grau de satisfação relativamente ao apoio obtido?      1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6	
<b>5 - Com quem pode realmente contar para o ajudar a sentir-se melhor quando está em baixo?</b> <input type="checkbox"/> A ninguém 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____ 9) _____ 5.2 - Nessas situações, qual o grau de satisfação relativamente ao apoio obtido?      1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6	
<b>6 - Com quem pode realmente contar para o consolar quando está triste?</b> <input type="checkbox"/> A ninguém 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____ 5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____ 9) _____ 6.2 - Nessas situações, qual o grau de satisfação relativamente ao apoio obtido?      1 _ 2 _ 3 _ 4 _ 5 _ 6	

## II - GRUPO

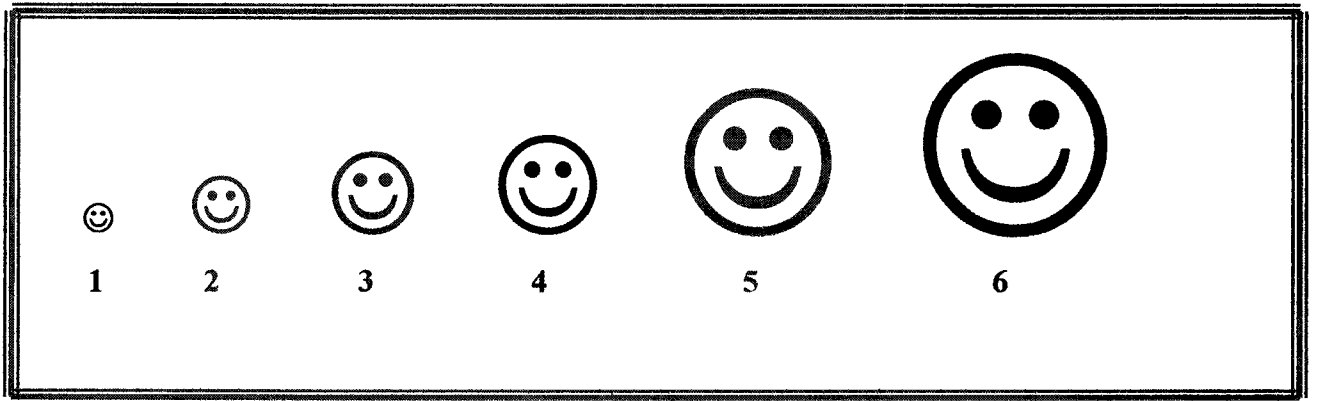
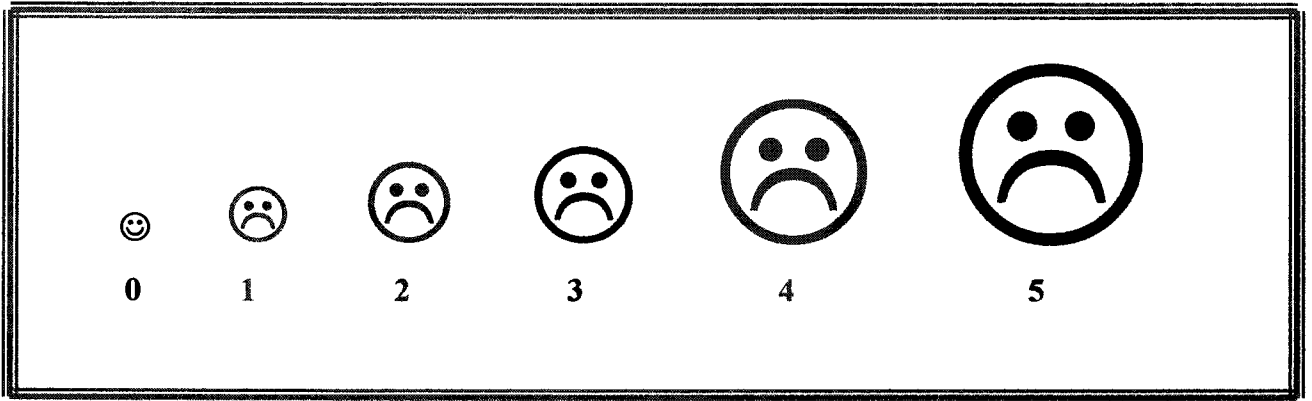
O segundo grupo contém um conjunto de afirmações relativas a medos, às quais se pretende que o doente atribua uma pontuação, que vai de 0 a 5, sendo que 0 não tem medo e 5 é o valor máximo do medo, de forma a quantificá-los

### MEDO DE ...

1 – Estar monitorizado ou estar ligado às máquinas.....	0	1	2	3	4	5
2 – Ser cuidado por pessoas pouco experientes.....	0	1	2	3	4	5
3 - Ser incapaz de resistir a alguns hábitos de vida (beber, fumar).....	0	1	2	3	4	5
4 - Sentir experiências dolorosas já vividas ou contadas por outros.....	0	1	2	3	4	5
5 – Ouvir médicos e enfermeiros dizerem palavras técnicas que não conhece.....	0	1	2	3	4	5
6 – Perder a intimidade na realização das actividades de vida (higiene, eliminação).....	0	1	2	3	4	5
7 – Saber que tem uma doença grave.....	0	1	2	3	4	5
8 – Ser ignorado pelos enfermeiros e pelos médicos.....	0	1	2	3	4	5
9 – Perder a privacidade pela invasão do seu espaço por outros doentes.....	0	1	2	3	4	5
10 – Fazer exames de diagnóstico e tratamentos dolorosos.....	0	1	2	3	4	5
11 – Dormir com estranhos (outros doentes) no quarto.....	0	1	2	3	4	5
12 – Conhecer as consequências futuras da doença.....	0	1	2	3	4	5
13 – Sentir que é cuidado sob autoridade dos profissionais de saúde.....	0	1	2	3	4	5
14 – Perder a autonomia na realização das actividades de vida (ex. fazer necessidades na cama).....	0	1	2	3	4	5
15 – Falar com os enfermeiros sobre as suas preocupações e não ser compreendido.....	0	1	2	3	4	5
16 – Cair da cama.....	0	1	2	3	4	5
17 – Morrer de repente.....	0	1	2	3	4	5
18 – Sofrer represálias dos enfermeiros e médicos se não se comportar de acordo com as regras do serviço.....	0	1	2	3	4	5
19 – Ser abandonado pela família ou amigos.....	0	1	2	3	4	5
20 – Existir falhas no equipamento.....	0	1	2	3	4	5
21 – Pedir informações ou explicações aos enfermeiros ou/e médicos sobre a doença e tratamento.....	0	1	2	3	4	5
22 – Perder o poder económico e social (ficar desempregado).....	0	1	2	3	4	5
23 – Ser utilizado para estudos ou ensaios de novos medicamentos ou tratamentos.....	0	1	2	3	4	5
24 – Sentir de novo a dor que o levou ao hospital.....	0	1	2	3	4	5
25 – Dizer que está com dores ou/e em posição desconfortável.....	0	1	2	3	4	5
26 – Ter dificuldade em entender a organização do serviço.....	0	1	2	3	4	5
27 – Estar despido na cama.....	0	1	2	3	4	5
28 – Ser criticado pela família e amigos.....	0	1	2	3	4	5
29 – Cair na casa de banho ou enfermaria.....	0	1	2	3	4	5
30 – Saber resultado de exames ou tratamentos.....	0	1	2	3	4	5
31 – Estar sujeito às regras do serviço e do seu equipamento.....	0	1	2	3	4	5
32 – Ser submetido a rapação dos pelos do corpo.....	0	1	2	3	4	5
33 – Estar separado da família e dos amigos.....	0	1	2	3	4	5
34 – Sentir indiferença dos profissionais de saúde (não lhe liguem o suficiente).....	0	1	2	3	4	5
35 – Ser cuidado por pessoas que se mostram inseguras.....	0	1	2	3	4	5
36 – Estar num espaço físico desconhecido.....	0	1	2	3	4	5
37 – Ouvir falar alto ou gritar ou ruídos súbitos.....	0	1	2	3	4	5
38 – Saber toda a verdade sobre a doença.....	0	1	2	3	4	5
39 – Estar rodeado de equipamentos que não conhece.....	0	1	2	3	4	5
40 – Sentir a doença como obstáculo à realização dos planos de vida (não ser a mesma pessoa).....	0	1	2	3	4	5

# *Anexo IV*

## *Escala analógica*





*Anexo V*

*Pedido de autorização*

*para colheita de dados*

*Ao Ex. Sr. D.*  
A ADMINISTRADORA DELEGADA  
(Ana Margarida Jorge Dias Balsemão Pires)  
26/6/00

*João P.S.*  
*b/1 couch e parecer*  
A ADMINISTRADORA DELEGADA  
(Ana Margarida Jorge Dias Balsemão Pires)

Ao Conselho de Administração do Hospital  
do Espírito Santo Évora

A ADMINISTRADORA DELEGADA  
(Ana Margarida Jorge Dias Balsemão Pires)

Maria do Céu Mendes Pinto Marques, Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica, a exercer funções no Serviço de Cardiologia deste Hospital, encontra-se a frequentar o Mestrado em Ecologia Humana na Universidade de Évora. Assim vem comunicar a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>., que pretende realizar a Tese de Mestrado na área da Cardiologia, subordinada ao tema, "O medo do doente coronário no Hospital". Pensa colher os dados através da técnica do formulário, a aplicar a todos os doentes coronários internados no referido Serviço num período de tempo ainda a determinar.

Definiu como objectivo geral do estudo, "Identificar os medos do doente coronário no ambiente hospitalar", como finalidade pretende que este, vá "Contribuir para a identificação dos medos vividos pelo doente no hospital e consequentemente para uma cultura de saúde mais humanizante".

Grata pela atenção, solicita que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>. se digne autorizar a realização da colheita de dados, responsabilizando-se pela confidencialidade dos dados colhidos.



Atenciosamente

Évora, 21 de Junho de 2000

Maria do Céu Mendes Pinto Marques

*Céu Marques*

*Ex. ma. Sr. A. delegada.*

- 1- Nada a ofor. desde que haja a garantia de sigiloso de todos os dados colhidos.*
  - 2- Sou de opinião que o Director de Serviço deve ser ouvido.*
- O ENFERMEIRO DIRECTOR  
*Am. my*

*Nada a ofor e de acord com os membros do Conselho de Administração*

*O desenvolvimento de trabalhos nesta área é de todo o interesse para o serviço.*  
*Ent. chefe Ivone Rodrigues*

00 06 23
N.º 2313
SA
11