CASO CLÍNICO / *CLINICAL CASE*

Correlatos clínicos e emocionais no contexto de isolamento hospitalar: estudo qualitativo a propósito de três casos clínicos

Clinical and emotional correlates in hospital isolation: qualitative study about three clinical cases.

/ R. Margalho[1] / A. S. Caetano[2] / C. Nazareth[3] / F. Coelho[4] / I. Ramos[5] / H. Alves [6] / R. Sá[7] / J. G. Saraiva da Cunha[8] / A. A. Meliço-Silvestre[9]

[1] Psicóloga Clínica, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
[2] Interna do Internato Complementar de Infecciologia, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
[3] Interna do Internato Complementar de Infecciologia, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
[4] Assistente Hospitalar Graduado de Infecciologia, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra. Presidente da C.C.I.
[5] Assistente Hospitalar Graduado de Infecciologia, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
[6] Assistente Hospitalar Graduado de Infecciologia, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
[7] Assistente Hospitalar de Infecciologia, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
[8] Director do Serviço de Doenças Infecciosas, Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra
[9] Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Director do Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra

Departamento de Doenças Infecciosas, Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

Correspondência:

Renata Margalho
Departamento de Doenças Infecciosas;
Hospitais da Universidade de Coimbra
Praceta Mota Pinto
3000-075 Coimbra

Telefone: +351 239400402
Fax: +351 239402407
e-mail: renatamargalho@gmail.com

/ Resumo

O isolamento por via aérea representa uma situação clínica específica que frequentemente precipita sintomatologia depressiva e ansiosa. A actuação multidisciplinar facilita a identificação de factores de risco e potencia competências individuais que contribuem para a qualidade de vida e recuperação clínica do doente. Através destas actuações numa dinâmica microssocial, ampliam-se os ganhos com minimização de custos sociais e económicos.

Palavras-chave: Percepção do doente, isolamento hospitalar, tuberculose, VIH

/ Abstract

Airborne isolation represents a specific clinical situation that for the patient is experienced, often, as a precipitating factor for depressive and anxious syndromes. The multidisciplinary action facilitates the recognition of risks factors and promotes an individual skill that contributes to quality of life and clinical recovery. Through these micro social actions extend earnings minimizing economic and social costs.

Key-words: *Patient perception, respiratory isolation, HIV, TB*

/ Introdução

A situação clínica de um isolamento hospitalar é, ainda hoje, uma realidade que activa percepções disfuncionais, representações sociais negativas e neste sentido traz implicações clínicas e emocionais para o doente. Os procedimentos de controlo da infecção são, frequentemente, factores precipitantes de perturbação de humor e de ansiedade. Efectivamente a colocação do doente em isolamento é uma ferramenta importante para o controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), contudo esta experiência pode representar uma vivência, para o doente e seus familiares, com um impacto emocional negativo.

De acordo com a literatura o cenário clínico de isolamento hospitalar aumenta os níveis de ansiedade, sintomatologia depressiva e alteração do padrão de sono e apetite. Existem populações mais vulneráveis, tais como os doentes com comorbilidade psiquiátrica e população geriátrica, para quem este acontecimento de vida, o internamento em regime de isolamento hospitalar, pode representar um factor precipitante para agudização de depressão[1].

A infecção hospitalar implica três agentes: o hospedeiro, o agente infeccioso e a transmissão. Esta tríade clínica ainda tem subjacentes características, predominantemente por parte do hospedeiro, que vão condicionar toda a dinâmica do processo infeccioso bem como da capacidade, por parte do doente, em lidar com as adversidades da doença e do contexto supracitado. Assim sendo, existe uma discreta, mas activa, participação de traços da personalidade, estados emocionais e nível socioeconómicos. Existe também uma influência por parte do doente na forma como encara a sua situação de doença, as condições e motivos de internamento.

Uma simples ida à consulta gera desconforto, pois interfere com as rotinas de vida diária do indivíduo. As implicações relacionadas com mudanças e alterações de práticas comuns do quotidiano são efectivamente uma fonte geradora de stress e ansiedade. Numa situação de internamento este desconforto promove alterações emocionais com estrutura predominantemente ansiosa que condiciona o estado geral do doente. As implicações nos estilos de vida do doente são mais significativas uma vez que o seu funcionamento global está fragilizado, ou seja, incapaz de trabalhar, estar com a família, etc.

Neste sentido, integramos uma perspectiva crítica que contraria a perspectiva tradicional através de práticas pró-activas e dinâmica multidisciplinar. Este modelo de saúde associado a uma perspectiva crítica tem em consideração o doente, as suas competências, fragilidades clínicas e psicológicas. As vantagens desta prática são a diminuição de condições clínicas desfavoráveis, actividades clínicas humanizadas e com qualidade.

Os mecanismos de defesa do organismo associadas aos princípios da Psiconeuroimunologia (PNI), que condicionam os estados emocionais, são uma ferramente fundamental do doente para conseguir lidar com a patogenia dos microoganismos. Os acontecimentos de vida inesperados, como é exemplo uma situação de internamento, interferem com características psicológicas que por sua vez activam o funcionamento do sistema nervoso central, resposta hormonal e mudança comportamental. Todos estes sistemas traduzem uma mudança imunológica. Valorizando este princípio teórico (PNI), o doente em situação inesperada e com exigências emocionais adversas fica susceptível a alteração dos estados imunitários[2].

De acordo com a revisão da literatura e os pressupostos descritos particularizamos uma realidade da infecção hospitalar, o isolamento por via aérea, dada a sua prevalência e implicações ao nível da saúde pública.

A percepção do isolamento hospitalar (IH) é distinta para o doente e para o clínico, evidenciando entendimentos diversos perante o mesmo fenómeno, ou seja, o internamento e suas circunstâncias[3]. Se para o profissional de saúde é uma questão técnica, pragmática, com

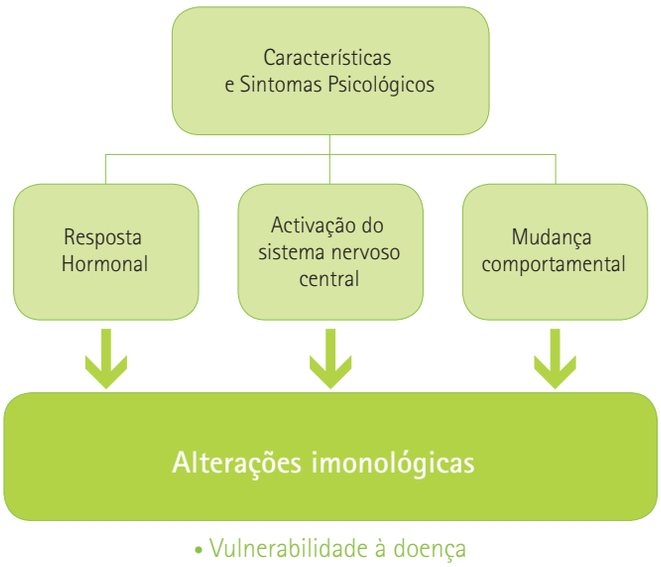

Figura 1 — Pressuposto da Psiconeuroimunologia (adaptado de Cohen & Herbert, 1996).

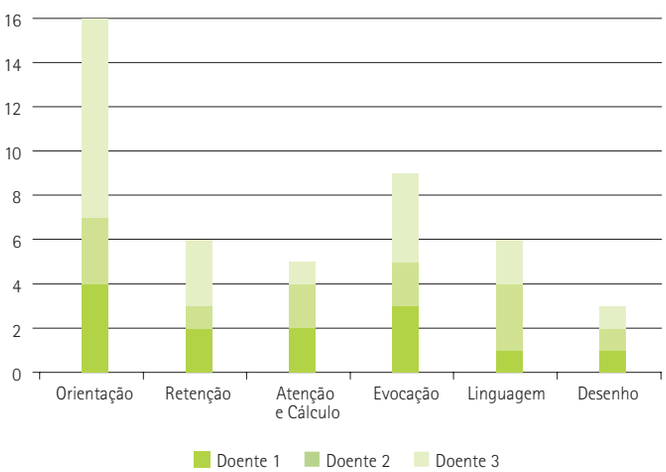

Gráfico 1: Mini Mental State

provável tratamento associado, para o doente trata-se de uma circunstância frequentemente desconhecida, geradora de sentimentos negativos tais como angústia, baixa auto estima, revolta, sensação de incapacidade e de ideia de morte.

Neste sentido, o objectivo do presente artigo, de carácter qualitativo, é reflectir sobre as controvérsias destas situações clínicas e tentar minorar as condicionantes negativas para o doente através da actuação clínica multidisciplinar.

/ Metodologia

Procedemos à avaliação e tratamento clínico e psicoterapêutico de três casos clínicos, internados no Serviço de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, em regime de isolamento por via aérea.

/ Resultados

Caso n.º1: Doente do sexo F, 69 anos de idade, caucasóide, internada em Março de 2008 no Serviço de Doenças Infecciosas no Departamento de Doenças Infecciosas dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC, EPE) por quadro de astenia e anorexia marcadas, perda ponderal, hipersudorese de predomínio nocturno, tosse pouco produtiva e dispneia de esforço com 3 meses de evolução.

Iniciou terapêutica antibacilar. Teve alta com recomendação de vigilância analítica regular e tentativa de ajuste das dosagens dos antibacilares.

Durante o internamento foi solicitado o pedido de consulta de Psicologia Clínica devido a sintomatologia depressiva. A doente encontrava-se em regime de isolamento por via aérea apresentando idade aparente superior à real, aspecto pouco cuidado, lentificação psicomotora, dificuldade no estabelecimento de contacto visual, choro fácil, pouco colaborante. Humor depressivo, pouco reactivo. Discurso organizado, pouco produtivo, não espontâneo, aumento do tempo de latência. Ligeira lentificação do pensamento. Negou ideação suicida. Baixa auto-estima com sentimentos de vergonha, sem alteração senso-perceptiva. Orientada no espaço e tempo, ligeiro défice de atenção, mantidas capacidades mnésicas. *Insight* diminuido. Percepção de si própria, dos outros e do futuro negativas. Sem registos de história prévia pessoal e familiar de doença mental ou neurológica. Personalidade prévia introvertida e reservada, mas com funcionamento global adaptativo. Percepção sobre a doença desajustada, associada a estereótipos negativos, pouca informação sobre a doença e suas implicações. Mini Mental Stase (MMS) alterado, contudo não sugestivo de perturbação cognitiva, devendo-se o resultado desfavorável à atitude não colaborante da doente. A doente beneficiou de Terapia Cognitiva Comportamental - TCC individual, com acompanhamento diário tendo como focos terapêuticos a desmistificação da percepção sobre a doença, desafio de crenças disfuncionais relativas aos procedimentos clínicos - barreiras de protecção (uso da máscara) - discussão das vantagens de colaboração e adesão ao tratamento, reavaliação do conceito de qualidade de vida e elaboração de projectos de futuro.

Caso n.º2: sexo feminino, 47 anos, caucasóide, internada em Outubro de 2008 no SDI dos HUC por quadro clínico com três anos de evolução, caracterizado por astenia, febre, tosse produtiva com expectoração mucosa e toracalgia à direita com características pleuríticas. Tratava-se de uma doente com Infecção VIH1, estadio B2 dos CDC, com seguimento irregular na Consulta de Imunodeficiência desde Maio de 2006. Apresentava ainda antecedentes de obesidade



mórbida, hemiparésia facial à direita, cirrose hepática alcoólica e múltiplos internamentos em Psiquiatria por intoxicações medicamentosas voluntárias em contexto de doença afectiva bipolar. De referir ainda passado de reclusão, com duração de 2 anos, por homicídio involuntário.

Relativamente à intervenção da Psicologia Clínica a doente foi encaminhada por alteração do comportamento. Idade aparente superior à real, aspecto descuidado, agitação psicomotora, colaborante mas com contacto desadequado. Humor eufórico, labilidade emocional, com discurso verborreico, ligeira aceleração do pensamento e ideias desorganizadas descrevendo projectos de futuro bizarros. Orientada no espaço e tempo, com dificuldades na capacidade de atenção e concentração. Défices ao nível da memória de recuperação. Não foram apuradas alterações senso-perceptivas, contudo a obervação clínica era sugestiva de um episódio hipomano. Doente apenas refere como motivo de internamento a infecção VIH desconhecendo a situação clínica que motiva o isolamento por via aérea. Recolhemos informação colateral tendo sido apurado história prévia de doença mental, perturbação afectiva bipolar (PAB). Neste sentido solicitamos apoio da Psiquiatria e após estabilização do humor desenvolvemos psicoterapia de suporte. Acompanhamento diário, com explicação do racional cognitivo-comportamental da PAB para treino de identificação dos sintomas de acordo com as constelações sintomáticas (emoções, cognições e comportamentos). Elaboração de gráficos de humor e desafio de crenças disfuncionais. Também foi desenvolvida sessão psicoeducativa sobre Vírus da Imunodeficiência Humana, treino de controlo do impulso e discussão dos ganhos de comportamentos de adesão. Teve alta, assintomática, para o CDP de Aveiro e seguimento em Consulta de Imunodeficiência.

Caso n.º3: Doente do sexo feminino, 35 anos, etnia cigana, internada em Dezembro/2008 no SDI dos HUC por síndrome febril e tosse seca com 2 dias de evolução após parto eutócico, no contexto de infecção VIH1 diagnosticada durante o parto, havendo sugestão da imagiologia de tuberculose pulmonar.

À admissão apresentava-se taquipneica, acianótica, subfebril, hemodinamicamente estável.

A doente é encaminhada para a Psicologia Clínica por atitude não colaborante, pretendia abandonar o internamento. No decorrer da observação clínica evidenciava facies triste, choro fácil, idade aparente inferiror à real, comportamento motor lentificado, contacto cordial ainda que

reservado. Humor depressivo, ideias recorrentes de abandono do internamento verbalizando "tenho de ir cuidar dos meus filhos, tenho de ir embora, estou longe de casa" (sic). Discurso pobre, pensamento ruminante, sem alterações senso-perceptivas, com défices mnésicos ligeiros. Orientada no espaço e tempo, nega ideação suicida. Diagnóstico recente de infecção VIH no pós-parto, modo de infecção sexual, desconhece fonte de infecção. Conhecimento sobre a doença pobre. A intervenção psicoterapêutica centrou-se no treino de adesão ao tratamento, despiste de depressão pós-parto e psicoeducação sobre a doença.

/ Conclusões

Ainda que actualizada a informação científica sobre matérias tão discutíveis como são as IACS são frequentes os receios, medos e angústias condicionarem práticas clínicas. Estes condicionalismos podem ser devido à influência de representações sociais, traços de personalidade, estratégias de educação parental e estatutos sócio-culturais.

As figuras do cuidador, profissional de saúde, são uma referência para o doente e neste sentido tendo em consideração o entendimento do doente sobre a sua condição clínica, em função de conhecimentos diferenciados e competências profissionais é importante facultar informação ao doente sobre a sua situação clínica.

Esta comunicação deve implicar uma linguagem clara e acessível para que sejamos compreendidos. Através da pragmática da comunicação humana funcional eliminamos interpretações disfuncionais e catastróficas minimizando a probabilidade de ocorrência de síndromes depressivos e ansiosos[6]. A conduta preventiva, informando inicialmente o doente é preferencialmente indicada. Contudo, existem sinais de alerta de perturbação de adaptação, com humor depressivo e ou ansioso, que podem ser minimizados. Sinais esses, mais frequentes, que são o humor depressivo, atitude pouco colaborante, choro fácil, discurso caracterizado por pensamentos negativos e ideias de morte, lentificação do processamento de informação.

Ao sermos compreendidos, a natureza das angústias, próprias da circunstância do internamento, ficam esbatidas uma vez que os motivos da situação de saúde são acessíveis ao doente. Ao compreender o que se passa com o seu corpo consegue equilibrar os níveis emocionais de forma adaptativa.

Como já foi referido o contexto de isolamento hospitalar condiciona o bem-estar emocional e físico dos doentes, sendo uma experiência favorável para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa[4,5]. É importante clarificar ao doente e familiares os motivos da utilização das barreiras de protecção e a forma correcta de utilização. São estratégias que reorganizam as crenças sobre saúde e doença de uma forma ajustada, ou seja, estando informados conseguem os profissionais de saúde ter estas figuras, doente e rede de suporte, como aliados no processo de cura e recuperação conseguindo comportamentos de adesão. Reforçamos esta consideração relacionada com a rede de suporte pessoal traduzida pelas visitas, amigos e familiares, que quando não devidamente informados tornam-se figuras de desorganização emocional em função de desconhecimento ou ideias erradas sobre o motivo de internamento[7,8]. Neste sentido, minimizamos situações de conflitos comunicacionais e inter-relacionais.

Existem populações especiais, doentes com história prévia de doença mental e população geriátrica, que fazem desta particularidade clínica, isolamento hospitalar, um factor potencial de exacerbação psicopatológica. Devemos assim articular planos de actuação multidisciplinar no sentido de reunir conhecimentos científicos úteis e necessários para um tratamento de sucesso[8].

Em suma, através dos processos de comunicação e informação em saúde, actualizando conhecimentos e conciliando essa mais-valia com as práticas clínicas conseguimos modificar estados fisiológicos e cognições sobre saúde e doença. De acordo com os processos de facilitação da expressão emocional com o apoio psicoterapêutico diminuímos a comorbilidade de ansiedade e depressão bem como aumentamos o comportamento de adesão. Os processos relacionais e afectivos vão garantir a humanização dos serviços de saúde e permitir que o doente crie uma sensação de confiança e respeito pelos serviços de saúde e seus profissionais.

Tendo em consideração uma intervenção multidisciplinar, promovemos processos de reabilitação emocional e clínica que permite aceder a uma qualidade de vida ajustada diminuindo custos pessoais, sociais e económicos.

/ Referências Bibliográficas

1. Jones, JF. "An extended concept of altered self: chronic fatigue and post--infection syndromes". *Psychoneuroendocrinology* 2008 Feb;33(2):119-29. Epub 2007 Dec 26

2. Cohen S, Herbert TB. 1996. "Health Psychology: psychological factors and psysical disease from perspective of human psychoneuroimmunology". *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.

3. Donaldson AD, Jalaludin BB, Chan RC. 2007. "Patient perceptions of osteomyelitis, septic arthritis and prosthetic joint infection: the psychological influence of methicilin-resistant Staphylococcus aureus. Intern." *Med J. Aug*; 37 (8): 536-42. Epub 2007 Apr 16.

4. Cocci C, Bianchi G, Nativio V, Nicolino F, Montuschi F, Magalotti D, Zoli M. "Perception of the health related quality of life and psychological status in oldest hospitalized patients without cognitive impairment". *Arch Gerontol Geriatr* Suppl. 2004, (9): 75-84.

5. Husain MO, Dearman SP, Chaudhry IB, Rizvi N, Waheed W. "The relationship between anxiety, depression and illness perception in tberculosis patients in Pakistan". *Clin Pract Epidemol Ment Health*. 2008 Feb 26;4:4.

6. Vega P, Sweetland A, Acha J, Castillo H, Guerra D, Smith Fawzi MC, Shin S. Psychiatric issues in the management of patients with multidrug-resistant tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2004 Jun;8(6):749-59

7. *Kiecolt-Glaser JK, McGuire L, Robles TF, Glaser R.* "Psychoneuroimmunology and psychosomatic medicine: back to the future". *Psychosom Med*. 2002 Jan-Feb; 64(1):15-28.

8. Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. "Psychoneuroimmunology: can psychological interventions modulate immunity?". *Consult Clin Psychol*. 1992 Aug;60(4):569-75

9. Catalan G, Houstan HS, Catalano M C, Butera A S, Jennings SM, Hakala SM, Burrows SL. "Anxiety and Depression in Hospitalizes Patients in resistant organism isolation". *Southern Medical Journal*. 2003 Volume 96, Number 2, February. 141-145.