

UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE
BRASÍLIA

PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO
STRICTO SENSU EM GERONTOLOGIA

MESTRADO

**ESTRESSORES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
PERCEPÇÃO DE IDOSOS E ADULTOS SUBMETIDOS À
CIRURGIA CARDÍACA**

Autora: Elaine Parreira da Veiga
Orientadora: Lucy Gomes Vianna

2008

BRASÍLIA

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ELAINE PARREIRA DA VEIGA

**ESTRESSORES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÃO DE
IDOSOS E ADULTOS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação “*Stricto Sensu*” em Gerontologia da
Universidade Católica de Brasília, como
requisito para obtenção do Título de Mestre em
Gerontologia.

Orientador: Profa Dra. Lucy Gomes Vianna

BRASÍLIA

2008

Cutter Veiga, Elaine Parreira da.

Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção de idosos e adultos submetidos à cirurgia cardíaca / Elaine Parreira da Veiga. 2008.

90 f. ; 30cm

Dissertação (Mestrado) Universidade Católica de Brasília, 2008.
Orientação: Lucy Gomes Vianna

1. Fatores Estressores. 2. Idosos. 3. UTI. 4. Cirurgia Cardíaca. I. Vianna, Lucy Gomes, orientadora. II. **Título**

CDU Classificação

Dissertação de autoria de Elaine Parreira da Veiga, intitulada “Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção de idosos e adultos submetidos à cirurgia cardíaca”, requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, defendida e aprovada, em 4 de março de 2008, pela banca examinadora constituída por:

Profa. Dra. Lucy Gomes Vianna
Universidade Católica de Brasília – UCB
Orientadora

Prof. Dr. Demóstenes Moreira
Universidade de Brasília - UnB

Profa. Dra. Carmen Jansen Cárdenas
Universidade Católica de Brasília – UCB
Examinadora

Prof. Dr. Adriano Bueno Tavares
Universidade Católica de Brasília – UCB
Examinador

Brasília
2008

Dedico este trabalho ao meu marido Bruno pelo apoio, à minha filha Clara, que nasceu durante esta jornada, e aceitou dividir a mãe com o trabalho, e aos meus queridos pais, Ezaur e Maria de Lourdes, pelo apoio, paciência e incentivo em todas as horas.

AGRADECIMENTO

- A Deus, meu orientador, minha força e segurança, motivo de eu ter chegado até aqui. A Ele consagro a minha vida.
- À Profa Dra. Lucy Gomes Vianna, minha orientadora, pelo incentivo, paciência, doçura e confiança em mim depositada que tornou possível a realização deste trabalho. Sobretudo, por ter me ajudado a superar minhas dificuldades, e por me encorajar a trilhar desejos profissionais, antes para mim impossíveis.
- A todos os professores do curso de mestrado em Gerontologia, especialmente as Profas Carmen Jansen e Altair Loureiro, pela contribuição teórica e ajuda no tema do trabalho.
- Ao Dr. José Joaquim Vieira Júnior, chefe da cirurgia cardíaca, por ter possibilitado a realização da coleta dos dados na Enfermaria de Cardiologia do HBDF.
- Às enfermeiras da Cardiologia, Sônia C. Hama e Joana de Fátima Vieira, por serem colaborativas e tão prestativas.
- Aos meus queridos pais e irmãos, pelo apoio e compreensão mesmo estando longe fisicamente.
- Ao meu amado marido, Bruno, pelo incentivo, compreensão e companheirismo nos momentos mais difíceis da minha vida.
- À minha querida filha Clara, tão desejada, que mesmo ainda tão pequena parece compreender o motivo de horas de ausência.
- À minha estimada sogra, que veio de longe para ajudar com minha filha e às minhas cunhadas, por aceitarem dividir a mãe delas comigo.
- À minha querida amiga Débora Dantas, pela amizade, ajuda e apoio durante a realização deste trabalho.
- Às estimadas amigas e colegas de trabalho, Diana e Gilmara, pela compreensão, incentivo e ajuda nos meus dias de ausência do trabalho.
- A Claudia Dias, pela dedicação e valiosa colaboração na análise estatística dos dados.
- A Tatiana Cardoso, Jorge Guedes e Cristiano Mundim, servidores do Ministério da Saúde, pela colaboração tão importante no fornecimento dos dados referentes às UTIs brasileiras.
- À equipe de enfermagem da UTI e enfermaria cardíaca do Hospital de Base, pela colaboração e por serem tão prestativos.
- Ao Wellington e Vanessa, secretários do Mestrado de Gerontologia, pela boa vontade e paciência.
- A todos aqueles que colaboraram para a realização de um sonho.
- Acima de tudo, aos participantes do estudo, idosos e adultos, pela colaboração dedicada e pelo aprendizado a mim passado.

RESUMO

Um dos principais motivos de internação de pacientes idosos na Unidade Terapia Intensiva (UTI) são as doenças do coração. Devido à necessidade de internação neste local após procedimento cirúrgico cardiológico, é importante identificar os fatores que geram estresse neste grupo para que se possa oferecer atendimento com melhor qualidade. O objetivo do estudo foi identificar e classificar o grau de estresse em pacientes idosos submetidos à cirurgia cardíaca, durante sua internação na UTI, comparando este grau de estresse com o surgido em pacientes adultos submetidos às mesmas condições pós-cirúrgicas. Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo, em UTI cardíaca, no período de agosto a novembro de 2007. A amostra foi por conveniência, constituída por 40 pacientes, 20 idosos e 20 adultos, de ambos sexos. Os dados foram tratados no *SPSS* 10.0 e o nível de significância adotado foi de 5 % ($p \leq 0,05$). Para identificação e classificação dos fatores estressores foi utilizada a Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI). Foi calculado o escore total de estresse para os adultos (grupo 1) e para os idosos (grupo 2), mediante a soma dos itens da escala, e depois comparam-se os dois grupos. A média de idade dos adultos (grupo 1) foi $46,25 \pm 9,82$ anos (22 - 58), sendo 65% do sexo masculino e dos idosos (grupo 2) foi $67,80 \pm 6,46$ anos (60 - 81), sendo 50% do sexo masculino, e média da soma dos itens da escala EETI para os adultos foi $71,55 \pm 17,19$ e para os idosos foi $76,45 \pm 20,65$. Apesar de a média da escala dos idosos ser superior à dos adultos, não se observou diferença estatística significativa entre os dois grupos, com $p = 0,42$. Quanto às diferenças por fator estressor, observou-se que os pacientes idosos apresentaram-se significativamente mais estressados do que os adultos nos seguintes itens: não ter explicações sobre o tratamento ($p = 0,05$); não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas ($p = 0,05$); não saber quando as coisas vão ser feitas ($p = 0,03$); e não saber que dia é hoje ($p = 0,01$). Tanto os idosos quanto os adultos classificaram a experiência na UTI cardíaca de não estressante a pouco estressante. Contudo, a intensidade do estresse entre os diferentes fatores foi maior na percepção dos pacientes idosos.

Palavras chave: Fatores Estressores. Idosos. UTI. Cirurgia Cardíaca.

ABSTRACT

One of the main reasons for hospitalizing elderly patients in Intensive Care Units (ICU) is the heart diseases. Due to the need of remaining there after heart surgeries, it is important to identify the stress generator factors in this group, so that better assistance can be provided. The aim of this study was to identify and to stratify the stress grade in elderly patients submitted to heart surgery, by the means of comparing their stress grade with that of adult patients exposed to the same after-surgery conditions. A cross-sectional descriptive study was carried out between August and November 2007 in a heart diseases ICU. The sample was composed by 40 patients of both genders: 20 adult patients (G1) and 20 elderly patients (G2). The data went through the software Microsoft SPSS[®] v. 10.0 and the level of significance used was 5% ($p < 0,05$). In order to identify and to stratify stressful factors, it was used the Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS). For each group, a total stress score (TSS) was calculated, from the sum of all the answers of the scale, and both groups were compared. The mean age in the two groups was: $46,25 \pm 9,82$ years (22 - 58) for G1 (being 65% males) and $67,80 \pm 6,46$ years (60 - 81) for G2 (being 50% males). The mean TSS was $71,55 \pm 17,19$ for G1 and $76,45 \pm 20,65$ for G2. Despite the higher mean TSS for the elderly patients when compared with that of adult patients, no statistically significant difference was observed between both groups ($p = 0,42$). As for differences by stressful factor, elderly patients have shown significantly more stressed then adult patients with the following items: not having treatments explained to them ($p = 0,05$); not being able to move their hands because of intravenous line ($p = 0,05$); not knowing when to expect things will be done to them ($p = 0,03$); and not knowing what day it was ($p = 0,01$). Both elderly and adults have ranked the experience in the heart disease ICU in a range from no stressful to little stressful. Nevertheless, stress intensity related to different factors was higher in the elderly patients' perception.

Key words: Stressful Factors. Elderly. ICU. Heart Surgery

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	XI
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE TABELAS	XIII
SIGLAS E ABREVIATURAS	XIV
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	4
GERAL	4
ESPECÍFICOS.....	4
3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	5
4. REVISÃO DE LITERATURA.....	7
4.1. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	7
4.1.1 HISTÓRICO	7
4.1.2 DEFINIÇÃO.....	7
4.1.3 ORGANIZAÇÃO DA UTI	8
4.2 O IDOSO NA UTI.....	9
4.2.1 CAUSAS DE INTERNAÇÃO	10
4.2.2 PERFIL DOS IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA.....	11
4.2.3. PREDITORES DE MORTALIDADE EM UTI.....	12
4.3. FATORES ESTRESSORES EM UTIS.....	13
4.3.1. DOR.....	18
4.3.2 ALTERAÇÕES NO SONO	20
4.3.3 ANSIEDADE	22
5. MATERIAIS E MÉTODOS	25
5.1 TIPO DE ESTUDO	25
5.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	25
5.3 AMOSTRA.....	26
5.4 INSTRUMENTOS	27
5.5 PROTOCOLO	28
5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	29
6. RESULTADOS:.....	30
7. DISCUSSÃO	47
9. CONCLUSÃO.....	57
10. IMPLICAÇÕES PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	59

11. RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS	61
12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	
ANEXO I - TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	69
ANEXO I - TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES	70
ANEXO II - TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS PARTICIPANTES	71
ANEXO III - TABELA 3 – ESCALA DE ESTRESSORES DE TERAPIA INTENSIVA (EETI).....	72
ANEXO IV	74
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	74

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Pós-operatório de cirurgia cardíaca.....	16
FIGURA 2 – Disposição dos leitos da UTI cardíaca.....	25

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Diagnóstico na internação na UTI dos 40 sujeitos pesquisados.....	31
GRÁFICO 2 – Tempo de permanência na UTI dos 40 sujeitos pesquisados.....	32
GRÁFICO 3 – Resposta dos indivíduos adultos (grupo 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº 3 da EETI: não ter explicações sobre o tratamento.....	35
GRÁFICO 4 - Resposta dos indivíduos adultos (grupo 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº 12 da EETI: não conseguir mexer asmãos ou os braços devido às vias intravenosas.....	36
GRÁFICO 5 - Resposta dos indivíduos adultos (grupo 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº 14 da EETI: ser furado por agulhas.....	36
GRÁFICO 6 - Resposta dos indivíduos adultos (grupo 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº 24 da EETI: não saber que horas são.....	37
GRÁFICO 7 - Resposta dos indivíduos adultos (grupo 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº 33 da EETI: não saber que dia é hoje.....	37
GRÁFICO 8 – Resposta dos indivíduos idosos (grupo 2), por diferença de gênero, quanto ao estressor nº 5 da EETI: não conseguir dormir.....	43
GRÁFICO 9 - Resposta dos indivíduos idosos (grupo 2), por diferença de gênero, quanto ao estressor nº 9 da EETI : não ter privacidade.....	43

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização sócio-demográfica dos 40 sujeitos pesquisados.....	29
TABELA 2 – Caracterização clínica dos 40 sujeitos pesquisados.....	30
TABELA 3 – Escala de Estressores de Terapia Intensiva (EETI) nos 40 sujeitos.pesquisados.....	33
TABELA 4 – Comparativo dos estressores classificados pelos idosos e adultos.....	38
TABELA 5 – Comparativo dos estressores por gênero do grupo de idosos.....	40

SIGLAS E ABREVIATURAS

AMIB – Associação de Medicina Intensiva Brasileira

APACHE II – *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde

CRM – Cirurgia de revascularização do miocárdio

CTI – Centro de Terapia Intensiva

CTV – Cirurgia de troca valvar

DC – Doença coronariana

DF – Distrito Federal

DP – Desvio-padrão

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EETI – Escala de Estressores em Terapia Intensiva

FEM - Feminino

HADS – The Hospital Anxiety and Depression Scale

HBDF – Hospital de Base do Distrito Federal

hs - horas

ICC – Insuficiência cardíaca congestiva

ICUESS – *The Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale*

IES – The Impact of Events Scale

MASC - Masculino

MS – Ministério da Saúde

OFS – Escore de falência de órgãos

PA – Pressão arterial

PRISM II – *Pediatric Risk Index Score for Mortality*

PSI - *Physiologic Stability Index*

SAS – Secretaria de Atenção à Saúde

SES-DF – Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal

SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

TEPT – Transtorno do Estresse Pós-Traumático

TOT – Tubo oro-traqueal

UCB – Universidade Católica de Brasília

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

1. INTRODUÇÃO

Nunca se presenciou avanço tão vertiginoso da medicina e das ciências em geral como nestas últimas décadas. O desenvolvimento de tecnologias cada vez mais sofisticadas tem desvendado, senão a cura, a causa de inúmeras doenças que até então eram consideradas um mistério, levando à viabilização do seu tratamento. Isso proporcionou ao ser humano possibilidades e perspectivas de vida jamais previstas. O ser humano passou a viver mais e a almejar a melhora nas condições de sua existência (NETO & FERRARO, 2003). Neste contexto, as diferentes áreas do conhecimento têm buscado investigar a velhice e o processo de envelhecimento, com o intuito de compreender melhor os múltiplos fatores intrínsecos que acompanham esta fase do desenvolvimento humano, assim como disponibilizar aparatos técnico-científicos com o fim de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa (ARAÚJO & CARVALHO, 2004). Segundo Loureiro (2004), “a qualidade de vida compreende a boa saúde física e mental, o respeito, a dignidade, o acesso à informação, a consideração, o amor dos que as circundam”.

Com o avançar da idade, a pessoa idosa passa a apresentar maior prevalência de doenças crônicas, conseqüência do processo natural do envelhecimento e da menor reserva fisiológica. A maior longevidade da população idosa, juntamente com um estilo de vida mais ativo, tem como conseqüências, o aumento da exposição a acidentes, traumas e quedas (SITTA & JACOB FILHO, 2002). Tanto as doenças crônicas quanto a maior exposição a acidentes, propiciam maior número de internações em unidades ou centros de terapia intensiva (UTI/ CTI) (VECCHIA *et al.*, 2005).

Segundo Pereira *et al.* (2006) e Vasconcelos *et al.* (2006), entre os idosos a principal causa de internação hospitalar corresponde às doenças do aparelho circulatório (30%) incluindo doenças cérebro-vasculares e doenças isquêmicas do coração, seguida das afecções do aparelho respiratório (18%) e do aparelho digestivo (10%). Do total de 11,6 milhões de internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde em 2003, cerca de 11% corresponderam às de indivíduos com idade igual ou mais de 60 anos.

Quanto às internações de pacientes idosos em UTIs, especificamente, suas principais causas são: pós-operatório; insuficiência cardíaca; insuficiência coronariana; insuficiência respiratória, ocasionada por pneumonia, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e neoplasias bronco-pulmonares; insuficiência renal aguda; trauma; e outros. O trauma é considerado a quinta causa de morte em idosos, sendo os acidentes automobilísticos a

principal causa de admissão em UTI por trauma. Nos indivíduos acima de 75 anos, as quedas representam o maior número destas internações por trauma (SITTA & JACOB FILHO, 2002).

Apesar dos avanços no conhecimento envolvendo inúmeros procedimentos, exames sofisticados e investimentos de alto custo, com o fim de fornecer rapidamente o diagnóstico e o tratamento adequados, a ciência apenas começa a realizar uma abordagem bio-psico-social do paciente, substituindo o enfoque fisiopatológico da doença. O conhecimento técnico, embora necessário, não é capaz de isoladamente alcançar a recuperação do paciente crítico em sua totalidade. Calor humano, privacidade e individualidade, respeito ao pudor dos usuários de UTIs, preservação do conforto e bem-estar físico e mental, proximidade entre os pacientes e seus familiares, possibilidade de acesso às informações, de ser ouvido e de ser participante do esquema terapêutico proposto, são alguns dos elementos necessários para dissipar a imagem inóspita do ambiente das UTIs tradicionais (ORLANDO, 2002).

Estudos realizados com usuários admitidos em UTIs, cujas experiências foram relatadas após a alta, identificaram alguns dos fatores estressantes durante a estadia neste ambiente hospitalar (GRANJA, 2005). Estes relatos podem ser úteis para se minimizar o desconforto sentido pelos idosos internados em UTIs (SEIDLER, 1998).

No Brasil, há poucos estudos realizados com o objetivo de identificar os fatores estressores em UTIs, por meio de relatos dos seus usuários sobre as experiências vividas dentro destas unidades, (NOVAES, 1997; SEIDLER, 1998; NOVAES, 1999; GOIS & DANTAS, 2004; MAROSTI & DANTAS, 2006), principalmente envolvendo um grupo específico, como o de idosos.

A concepção que se tem da UTI é de que esta representa morte e sofrimento. O lidar com os limites entre a vida e a morte, o medo do futuro, o desconhecimento, a ansiedade, a solidão e a carência, são fatores que exigem dos profissionais de saúde, muito mais do que um centro altamente equipado, com equipe multiprofissional especializada, medicamentos e equipamentos de última geração, processos organizacionais e administrativos eficientes e vínculos com outras unidades assistenciais da instituição hospitalar. Exige também atenção, respeito, consideração e carinho, assim como a capacidade de compreender e assistir ao ser humano que se encontra em situação de fragilidade e impotência, oferecendo atendimento personalizado de alta qualidade aos pacientes, e informação clara e acessível aos seus familiares (POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CRÍTICO, 2005).

Frente à necessidade de implantação de serviços de saúde em que haja respeito à vida humana e meios de consolidar e sustentar essa nova cultura de atendimento à saúde, o trabalho proposto tem como objetivo principal identificar os fatores que geram estresse

durante o período de internação em UTI, na percepção de pacientes idosos e de pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca. Pretende-se comparar e analisar se há diferença entre as percepções destes dois grupos de pacientes, buscando-se compreender as características de seus usuários, para que possíveis intervenções sejam direcionadas para cada grupo, promovendo um cuidado mais humanizado aos usuários em questão.

2. OBJETIVOS

GERAL

- Identificar os fatores estressores na UTI cardíaca, do ponto de vista dos pacientes idosos e dos pacientes adultos submetidos à cirurgia cardíaca.

ESPECÍFICOS

- Correlacionar os fatores estressores identificados nos usuários idosos na UTI cardíaca com as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Correlacionar os fatores estressores identificados nos usuários adultos com as variáveis sociodemográficas e clínicas;
- Identificar se há diferença na percepção dos fatores estressores entre os idosos do gêneros masculino e feminino;
- Identificar se há diferença na percepção dos fatores estressores entre os adultos do gêneros masculino e feminino;
- Identificar se há diferença na percepção dos fatores estressores entre os idosos e os adultos.

3. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros e, conseqüentemente maior número de idosos, espera-se um aumento dos gastos com a saúde e uma maior demanda por serviços médicos (PEREIRA *et al.*, 2006). À medida que envelhece, o indivíduo passa a apresentar maior prevalência de doenças crônicas e, juntamente com um estilo de vida mais ativo, aumentam as taxas de internação em UTIs (SITTA & JACOB FILHO, 2002).

Sabe-se que entre as principais causas de internação do idoso na UTI estão os pós-operatórios, insuficiência cardíaca e insuficiência coronariana. A associação entre causa da internação, idade e aumento da prevalência de doenças crônicas contribui para aumentar morbidade, mortalidade e custo da permanência do idoso na UTI. Estima-se que 12% dos pacientes com mais de 65 anos consumam cerca de 33% a 42% dos recursos utilizados em UTIs (SITTA & JACOB FILHO, 2002).

Além da importância representada pela quantidade de idosos na UTI, existe a idéia de que estes usuários na terapia intensiva possuem uma relação custo-benefício pouco compensadora (ORLANDO, 2002). Entretanto, a literatura tem estudado pacientes idosos internados na UTI, quanto aos custos, fatores de risco, preditores de resultados e mortalidade e constatam que a idade cronológica não é vista como um bom indicador prognóstico, pois quando os pacientes são estratificados pelo diagnóstico básico e pela gravidade da doença, as diferenças na mortalidade entre pacientes jovens e idosos são reduzidas ou até desaparecem (ORLANDO, 2002; ROODJI *et al.*, 2005; FRIEDRICH, 2006). Estes estudos favorecem a população idosa que necessita de cuidados intensivos, que já não sofrem rejeição à sua admissão como costumava ocorrer (ORLANDO, 2002). Uma vez que o idoso é admitido na UTI, devem-se-lhes oferecer todos os recursos disponíveis de suporte à vida, os quais aumentam as chances de alta e otimizam seu tratamento (SITTA & JACOB FILHO, 2002).

Ao lado dos estudos acima citados, são de interesse da ciência, porém ainda pouco comentadas, as pesquisas sobre a percepção dos idosos a respeito das experiências durante sua permanência na UTI e sobre os fatores que geram estresse associados a esta estadia. Grande parte dos trabalhos realizados em UTI concentram-se na população adulta, sabendo-se que muitos dos estímulos nocivos presentes nesta unidade, como falta de privacidade, difícil proximidade entre pacientes e seus familiares, respeito ao pudor podem ser causas de estresse, principalmente para os usuários idosos (HILGEMBERG *et al.*, 2002).

Schelling *et al* (2003) comentam que a exposição a altos níveis de estresse na terapia intensiva repercute na saúde dos indivíduos a longo prazo. Memórias traumáticas podem persistir por anos depois da alta da UTI, levando a reações do estresse atípicas e crônicas, tais como o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), cujos sintomas são: distúrbio do sono, pesadelo, depressão, constante estado de alerta, estado emocional embotado e impossibilidade de cuidar de outros, irritabilidade generalizada, mudanças freqüentes no humor, culpa, medo, reações de evitar pessoas ou lugares, e aumento da tensão muscular.

Desta maneira, localizar os fatores que geram estresse durante a permanência na terapia intensiva e planejar as possíveis intervenções que possam amenizar estes estressores são ações que permitem aos profissionais da área de saúde aprimorar a avaliação, a prevenção e o tratamento dos efeitos deletérios causados pelo estresse na saúde dos idosos.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)

4.1.1 HISTÓRICO

As Unidades de Terapia Intensiva iniciaram-se em Copenhague, Dinamarca, em 1952, em consequência de uma epidemia de poliomielite. Na época, os médicos conseguiram reduzir, de 90% para 40%, a mortalidade dos pacientes acometidos que necessitaram de suporte para ventilação pulmonar prolongada. Estes pacientes eram separados dos que não necessitavam deste suporte em área específica do hospital, denominadas unidades respiratórias, onde ficava um atendente continuamente ao lado do paciente, o que melhorou a qualidade dos cuidados fornecidos, assim como fez aumentarem os custos das internações (BENNET & BION, 1999).

No Brasil, a terapia intensiva inicia-se a partir de 1960, e o seu processo de implantação e implementação no nível nacional se deu de forma lenta e gradual. Em período relativamente curto, surgiram as UTIs, ou Centros de Tratamento Intensivo (CTIs), locais que abrigam equipamentos de alta tecnologia, profissionais altamente especializados e capacitados a realizar procedimentos que, muitas vezes, poderiam ser a diferença entre a vida e a morte (POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CRÍTICO, 2005).

4.1.2 DEFINIÇÃO

Segundo Bennet & Bion (1999), a UTI destina-se a atender clientes com amplas condições clínicas, mas com comprometimento de um ou mais órgãos, particularmente dos sistemas respiratório e cardiovascular, requerendo monitorização contínua de suas funções vitais e necessitando de suporte ventilatório, drogas vasoativas e/ou terapia renal substitutiva.

A Portaria nº 3.432, de 1998, do Ministério de Saúde (MS), define as UTIs como “unidades hospitalares destinadas ao atendimento de pacientes graves ou de risco que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, com equipamentos específicos

próprios, recursos humanos especializados e que tenham acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica”.

4.1.3 ORGANIZAÇÃO DA UTI

As UTIs são avaliadas e credenciadas predominantemente por características tecnológicas, de engenharia, pela conformação de sua equipe assistencial, pelo número de leitos e pela disponibilização de equipamentos, entre outros (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO, 2005).

A importância das UTIs tem aumentado à medida que a população envelhece (BENNET & BION,1999). No Brasil, segundo informações disponíveis na base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES) de 2007, do MS, atualmente, o número de leitos de UTI adulto existentes no país é de 11.365, sendo 5.289 leitos no Sistema Único de Saúde (SUS), no setor público e 6.076 leitos no setor privado.

Segundo a Portaria nº 1.101 de 2002, do MS, a necessidade de leitos de UTI é, em média, de 4% a 10% do total de leitos hospitalares, sendo esta média estimada para municípios grandes e regiões. No Brasil, a média leitos de UTIs, segundo o Sistema de Informações Hospitalares (SIH/ SUS) está em torno de 2,64% do total de leitos cadastrados, variando de 5,54% no Rio Grande do Sul a 0,22% em Rondônia .

A Portaria nº 3.432 de 1998, do MS, estabelece que “todo hospital de nível terciário, com capacidade instalada igual ou superior a 100 leitos, deve dispor de leitos de tratamento intensivo correspondente a, no mínimo, 6% dos leitos totais”. Esta mesma portaria, no art. 1º, prevê critérios de classificação entre as diferentes UTIs, de acordo com a incorporação de tecnologia, a especialização dos recursos humanos e a área física disponível. As unidades são classificadas em tipos I, II e III, sendo a do tipo III denominada de alta complexidade. Estas unidades podem atender grupos etários específicos, a saber: **Neonatal** - atendem pacientes de 0 a 28 dias; **Pediátrico** – pacientes de 28 dias a 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas hospitalares internas; **Adulto** - pacientes maiores de 14 ou 18 anos, de acordo com as rotinas hospitalares internas; **Especializada** - voltadas para pacientes atendidos por determinada especialidade, ou pertencentes a grupos específicos de doenças.

A UTI do tipo III, a que este trabalho se propõe investigar, deve contar com equipe básica composta por: responsável técnico com título de especialista em medicina intensiva; médico diarista, com título de especialista em medicina intensiva, para cada dez leitos ou

fração, nos turnos da manhã e da tarde; médico plantonista, exclusivo para cada dez pacientes, sendo que pelo menos metade da equipe deve ter título de especialista em medicina intensiva reconhecido pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB); enfermeiro exclusivo da unidade, para cada cinco leitos, por turno de trabalho; enfermeiro coordenador, exclusivo da unidade, responsável pela área de enfermagem; fisioterapeuta, exclusivo da UTI, para cada 10 leitos ou fração nos turnos manhã, tarde e noite; acesso a serviço de reabilitação; auxiliar ou técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração, por turno de trabalho; funcionário exclusivo responsável pelo serviço de limpeza; acesso a cirurgião geral (ou pediátrico), torácico, cardiovascular, neurocirurgião e ortopedista; espaço mínimo individual por leito de 9 m². Os pacientes internados na UTI tipo III deverão ser avaliados na admissão, por meio do APACHE II (*Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*) se for UTI adulto, PRISM II (*Pediatric Risk Index Score for Mortality*) no caso da UTI Pediátrica e o PSI modificado (*Physiologic Stability Index*) se UTI neonatal (PORTARIA N° 3432 de 1998 do MS).

A relação dos serviços e equipamentos com que um hospital de nível terciário deve contar está descrita na Portaria n° 3432 de 1998 do MS.

Quanto à humanização, a Portaria n° 3.432, de 1998, preconiza que o ambiente deva ter aclimatização, iluminação natural, divisórias entre os leitos, relógios visíveis para todos os leitos, garantia de visitas diárias dos familiares à beira do leito e garantia de informações da evolução diária dos pacientes aos familiares, por meio de boletins.

4.2 O IDOSO NA UTI

O aumento da expectativa de vida da população contribui para aumentar o número de internações de idosos em UTIs (SITTA & FILHO, 2002).

Observa-se que a prevalência da doença das artérias coronárias (DAC) aumenta com a idade. Assim, com o aumento da população idosa, a demanda por serviços cardiológicos se elevará nos próximos anos (IGLÉZIAS *et al.*, 2001).

As unidades pós-operatórias de cirurgia cardíaca, devido à sua complexidade, são caracterizadas como UTIs/CTIs. Os objetivos destas unidades são: promover o cuidado aos usuários depois do ato anestésico-cirúrgico, prevenir complicações decorrentes do quadro clínico, bem como restabelecer a hemodinâmica e favorecer a recuperação (GOIS & DANTAS, 2004; MAROSTI & DANTAS, 2006).

4.2.1 CAUSAS DE INTERNAÇÃO

Os principais motivos de internação de idosos em UTIs são, em ordem decrescente: pós-operatório, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda, choque séptico, choque hipovolêmico, choque cardiogênico e trauma (SITTA & JACOB FILHO, 2002).

Análise sobre as causas de morte no Brasil em pessoas com idade igual ou acima de 60 anos têm demonstrado que as doenças isquêmicas do coração têm ultrapassado as doenças cérebro-vasculares, passando a ser a primeira causa de morte entre os idosos, em regiões e capitais com melhores situações sociais e econômicas. Por outro lado, nas cidades e regiões onde a situação econômica é pior, predominam as doenças cérebro-vasculares (MATHIAS *et al.*, 2004).

Além da doença coronariana per si, com o avançar da idade há a tendência de a pessoa idosa apresentar associação com outras doenças, denominadas co-morbidades. A prevalência de co-morbidades em indivíduos admitidos em UTI é estimada em 17% na idade da quarta década, 44% na sexta década e 65% a partir dos 75 anos. A presença de co-morbidades associada à redução da reserva fisiológica e à causa da internação contribui para o aumento da morbidade, da mortalidade da permanência e do custo do idoso na UTI. Vale ressaltar que a presença de co-morbidades está associada a um pior prognóstico, independente da idade do indivíduo SITTA & JACOB FILHO (2002).

Segundo Orlando (2002), de acordo com os dados relatados acima, percebe-se a relação proporcional entre idade e crescente taxa de internação de idosos nas UTIs, com o elevado custo hospitalar e do sistema de saúde como um todo. Em UTIs norte-americanas, as internações de idosos acima de 60 anos correspondem a 70% do número total de internações, justificando os esforços em racionalizar os gastos nas UTIs e em tornar os idosos cada vez mais alvo de estudos.

As co-morbidades mais comuns nos idosos internados nas UTIs, não diretamente relacionadas à doença cardíaca, são: *diabetes mellitus*, doença vascular periférica, doença vascular cerebral, insuficiência renal e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (FEIER *et al.*, 2005). No estudo de Silva *et al.* (1997), a hipertensão arterial foi bastante incidente, ocorrendo em 56,1% da população em estudo.

4.2.2 PERFIL DOS IDOSOS SUBMETIDOS À CIRURGIA CARDÍACA

Os pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio (CRM) são mais idosos atualmente do que no passado (IGLÉZIAS, *et al.*, 2001; ERGOREN *et al.*, 2002; FEIER *et al.*, 2005). Isto parece decorrer dos avanços nos cuidados pré-operatórios, das técnicas cirúrgicas, materiais e métodos de circulação extra-corpórea, métodos de proteção miocárdica e cuidados intensivos pós-operatórios. Apesar da idade mais avançada, houve diminuição da morbimortalidade da CRM, mesmo em pacientes mais graves e complexos (SILVA *et al.*, 1997). Na população com idade igual ou acima de 70 anos, a CRM é mais prevalente no sexo masculino e na raça branca (SILVA *et al.*, 1997; FEIER *et al.*, 2005). Quando o tratamento clínico torna-se insuficiente para melhora sintomática, a CRM deve ser considerada. Com relação à sintomatologia, a dor precordial apresenta-se como angina instável na maioria dos idosos. Na angina instável, a dor no peito pode ocorrer em repouso ou pode aumentar em gravidade, frequência e durante atividades de pequeno esforço. Esta freqüentemente é o motivo da indicação cirúrgica. As CRM têm sido indicadas a pacientes com idades avançadas, com acometimento coronário mais extenso, artérias mais rígidas, tortuosas e calcificadas (IGLÉZIAS *et al.*, 2001). Silva *et al.* (1997) encontraram morbimortalidade maior nas mulheres, diabéticos e nas reoperações de urgência, assim como nos casos de choque e infecção. A taxa de mortalidade da CRM foi de 9,1%. Portanto, a CRM pode ser indicada com elevado nível de segurança, com índices de morbidade e mortalidade operatórias aceitáveis, mesmo em pacientes com idade avançada.

Deininger *et al.* (1999) fizeram estudo descritivo de 144 pacientes com idade de 70 a 84 anos, submetidos à cirurgia isolada de CRM, entre os anos de 1992 a 1997. Constataram que, no período da pesquisa, houve nítido aumento da porcentagem de cirurgias em pacientes acima de 70 anos. A maioria deles apresentou angina classe funcional mais grave, nível III e IV, segundo a *Canadian Cardiovascular Society*, lesões de três ou mais vasos, com média de 3,48 anastomoses por paciente. O tempo de internação hospitalar foi de 1 a 48 dias, com média de 12,49 dias. O tempo de permanência na UTI foi de 1 a 35 dias, com média de 4,4 dias. As complicações pós-operatórias associadas com maior mortalidade foram: baixo débito cardíaco, insuficiência renal com diálise, infecção e suporte ventilatório prolongado. A mortalidade do grupo de idosos foi de 5,5%.

Ergoren *et al.* (2002) comentam que a cirurgia cardíaca na população mais idosa, seja CRM, troca/reparação valvar ou aneurismectomia de aorta/ventrículo esquerdo, tem se

tornado mais comum e, atualmente, é considerada meio de maior sobrevivência e melhora da qualidade de vida, tanto em septuagenários (70 a 79 anos) quanto nos octagenários (80 a 89 anos). Comparando idosos submetidos à cirurgia cardíaca com idade variando de 70 a 89 anos, quanto aos resultados, custos e estado funcional, estes autores constataram que a mortalidade e a permanência de dias no hospital foram semelhantes nos dois grupos, com média de 9 dias para ambos grupos, porém, com custos de 35% maiores nos octagenários do que nos septuagenários. Acompanhamento do estado funcional destes pacientes, incluindo a função social e cognitiva, após 1 a 2 anos da alta hospitalar, mostrou que o grupo de octagenários apresentou níveis mais baixos de funcionamento físico, sendo os outros níveis de função similares nos dois grupos.

4.2.3. PREDITORES DE MORTALIDADE EM UTI

Vários estudos foram feitos para determinar as variáveis clínicas que influenciam a taxa de mortalidade dos pacientes criticamente enfermos (NOORTGATE *et al.*, 1999; MONTUCLARD *et al.*, 2000; ROODJI *et al.*, 2005, FRIEDRICH *et al.*, 2006). Identificadas estas variáveis e colocadas em grau de importância, consegue-se criar diferentes modelos prognósticos que analisam os riscos e prevêm os óbitos durante o tratamento desses pacientes. Estes modelos de ajuste de risco podem ser administrados a grupos específicos, como pacientes submetidos à CRM. Podem ainda ser utilizados para comparar se as variáveis clínicas mudam à medida que se prolonga a permanência do paciente na UTI e/ou no hospital. O objetivo destes modelos prognósticos é o estabelecimento de um posicionamento racional sobre o direcionamento dos recursos em favor dos pacientes criticamente enfermos, tanto para recuperá-los através de intervenções agressivas, como para limitar estas intervenções em pacientes com prognóstico sem solução (RYAN *et al.*, 1997; ROOIJ, 2005). Estes modelos servem também para avaliação da qualidade dos cuidados prestados (NORONHA *et al.*, 2004).

Ryan *et al.* (1997) pesquisaram preditores de resultados em pacientes após cirurgia cardíaca com longa permanência em UTI, sendo um grupo com permanência de 14 dias, e outro com até 28 dias. Verificaram, utilizando como instrumento preditor o escore de falência de órgãos (OFS), que houve diferença entre as variáveis relacionadas à mortalidade no 14º dia e no 28º dia após a cirurgia. Constataram, desta maneira, que o padrão do escore associado à mortalidade não foi o mesmo neste período de tempo.

Estudos investigando os preditores de mortalidade em hospital e em UTIs, tanto em população adulta quanto na idosa, mostraram que a mortalidade é maior na idosa. Contudo, a idade não é um preditor independente causador de maior mortalidade, sendo preditores a severidade da doença, de acordo com o escore APACHE II, o uso de inotrópicos e o estado funcional prévio à admissão na UTI (NOORTGATE, 1999; ROOIJ, 2005; FRIEDRICH, 2006).

Montuclard *et al.* (2000), estudando pacientes idosos acima de 70 anos com longa permanência em UTI (acima de 30 dias), mostraram média de sobrevivência de 47%. Todos os idosos que sobreviveram foram para suas casas com boa percepção de qualidade de vida, sendo que a maioria deles concordou em receber novamente terapia de cuidados intensivos, se necessário. Os pacientes que sobreviveram apresentaram autonomia funcional moderada, sugerindo que o estado funcional basal pré-hospitalização foi o maior determinante de recuperação a longo prazo, depois do ajustamento da escala para severidade da doença e idade. Os resultados deste estudo não podem ser extrapolados para toda população acima de 70 anos, tornando-se consenso à admissão na UTI dos indivíduos muito idosos. Contudo, pode ajudar os médicos a manter uma conduta agressiva de cuidados intensivos nos usuários mais idosos, ao invés de permitirem uma triagem de exclusão na decisão de sua admissão.

4.3. FATORES ESTRESSORES EM UTIS

Estresse é qualquer situação na qual uma demanda não específica exige que o indivíduo reaja e tome uma atitude. É situação tensa, fisiológica ou psicológica, que pode afetar a pessoa em todas as dimensões humanas. A resposta ao estresse é influenciada pela intensidade, duração e âmbito do estressor, e pelo número de estressores presentes no momento (GOIS & DANTAS, 2004).

Estressores são definidos como sendo estímulos precedentes ou precipitantes de mudança. Podem ser classificados como internos, por exemplo, febre, ou externos, como as mudanças ambientais ou nas relações sociais (GOIS & DANTAS, 2004).

Embora a UTI seja o local onde se preconiza o silêncio, a tranquilidade para uma melhor recuperação dos pacientes críticos, talvez seja o local que mais gere estresse ao seu usuário e familiares. Esta unidade, além de concentrar a maioria dos recursos tecnológicos do hospital, com a finalidade de detectar qualquer alteração no estado clínico do paciente, é composta por uma equipe multiprofissional treinada e capacitada para oferecer serviço

médico especializado. Porém os alarmes sonoros e visuais dos equipamentos, ao mesmo tempo em que são dispositivos provedores de maior segurança ao indivíduo, quando acionados devido a alguma urgência, contribuem com o estresse tanto dos clientes e familiares, quanto dos próprios profissionais do setor. Além da estrutura física e ambiental da UTI, a doença interfere na capacidade de adaptação do paciente (LEMOS & ROSSI, 2002).

Estudos mostram que estados de estresse mental, sejam agudos ou crônicos, podem ser fatores de risco para maior morbimortalidade por doenças cardiovasculares (LOURES *et al.*, 2002; MAROSTI & DANTAS, 2006).

Devido à sua complexidade, as unidades cardíacas são consideradas como unidades de tratamento intensivo. O enfoque dado ao paciente cardíaco está fundamentado nas alterações fisiológicas, principalmente do sistema cardiovascular, as quais são desencadeadas pelo estresse. Deste modo, conseguir eliminar as fontes geradoras de estresse pode contribuir para melhor recuperação do paciente cardíaco internado nestas unidades (MAROSTI & DANTAS, 2006).

Pesquisas feitas sobre a percepção de pacientes que já estiveram internados em UTI, com respeito ao ambiente físico desta unidade, mostraram que elas estão repletas de estímulos nocivos aos pacientes. Os fatores ambientais geradores de estresse mais frequentemente citados são: barulho, provocado tanto pelas conversas da equipe da UTI quanto pelos de equipamentos providos de alarmes sonoros e visuais; luzes artificiais e claridade; falta de privacidade; ausência de janelas com iluminação natural; perda do padrão dia-e-noite; temperatura do ambiente e odores desagradáveis (FONTAINE, 2001).

Novaes *et al.* (1997) identificaram os principais estressores físicos e psicológicos de 50 pacientes de uma UTI geral, utilizando *The Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale* (ICUESS), em sua versão traduzida e culturalmente adaptada para o português, a Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI). O referido instrumento é constituído por 40 questões que abordam diversos fatores geradores de estresse em UTI. Trata-se da escala do tipo Likert de quatro pontos, no qual (1) significa não estressante, (2) pouco estressante, (3) estressante e (4) muito estressante. Quanto maior for o valor da média do escore de cada item ou maior a soma das médias dos itens, mais estressante é o fator ou maior o nível de estresse do paciente. Os principais estressores encontrados, do ponto de vista dos pacientes, em grau de importância foram: dor, impossibilidade de dormir e ter tubos no nariz e boca, como os principais estressores físicos; e como estressores psicológicos, não ter controle de si mesmo e não ter explicações sobre o tratamento.

Novaes *et al.* (1999), quando compararam a percepção dos pacientes sobre os fatores estressantes na UTI com a percepção que os familiares e a equipe de saúde da UTI tinham sobre os fatores geradores de estresse para os pacientes, apontaram que ter dor, não conseguir dormir e ter tubos no nariz e/ou boca, foram os maiores estressores para os três grupos. Contudo, o valor dado aos itens da EETI foi significativamente maior segundo a percepção dos familiares e equipe da UTI em comparação com a percepção dos pacientes.

Outro estudo brasileiro realizado por Marosti & Dantas (2006) correlacionou os estressores de uma UTI coronariana com as características sociodemográficas e clínicas dos usuários. Utilizando a mesma escala (EETI), os autores constataram maior estresse entre os pacientes mais jovens em comparação com os mais idosos, do sexo feminino, não medicados com psicoterápicos, e que nunca haviam estado anteriormente internados em UTI.

Carr (1986) desenhou e testou instrumento para avaliar incidência e severidade dos estressores associados à cirurgia cardíaca, estimando a concordância entre a percepção dos pacientes e a dos enfermeiros. Constataram que os três maiores estressores foram: ter sido submetido à cirurgia cardíaca, retomar o estilo de vida prévio e, dor e desconforto.

Soehren (1995) utilizou amostra de pacientes que se submeteram à cirurgia cardíaca, utilizando a escala ICUESS, do tipo Likert de 4 pontos. O instrumento foi elaborado para investigar a classificação dos estressores do ambiente de UTI. Embora o instrumento não seja específico para pacientes de cirurgia cardíaca, os estressores ambientais listados foram vistos como pertinentes para todas as categorias de pacientes em UTIs. Este autor estudou 43 pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, com média de 62 anos de idade (33-85 anos). Os tipos de cirurgia foram: CRM (86%), troca valvar (7%) e ambas (7%). Quanto maior foi a média dos itens do escore, mais estressante sua classificação. A presença de tubos no nariz e na boca foi classificada como estressor físico com o escore mais alto (2,65), sendo moderadamente estressante na escala de 1 a 4 pontos. Não ter controle de si mesmo e a falta do cônjuge foram classificados como os estressores psicológicos mais altos, com 2,21 e 2,20, respectivamente. A média total dos itens do escore foi baixa.

Stein-Parbury & McKinley (2000) revisaram a literatura sobre experiências de pacientes em UTIs, selecionaram 26 estudos, para os quais utilizaram questionários (7), entrevistas estruturadas e semi-estruturadas face-a-face (17) ou entrevista por telefone (1). Entrevistas não-estruturadas foram usadas para se obter respostas a questões amplas, tais como: como os pacientes percebem os cuidados na unidade e o que experimentaram no geral durante sua permanência nesta unidade. Os autores verificaram que muitos dos pacientes recordaram suas estadias na unidade, alguns em detalhes. Os usuários da UTI recordaram

experiências tanto positivas, como neutras ou negativas. As positivas estavam relacionadas à sensação de segurança, promovida especialmente pela equipe de enfermagem. As negativas incluíram alterações do estado cognitivo e desconforto, como dificuldade para dormir, dor e ansiedade.

Compreender as experiências dos pacientes internados em UTIs é útil para que se identifique o que pode gerar estresse percebido por eles e amenizá-lo (PENNOCK *et al.*, 1994). Devem ser criados protocolos que transformem o ambiente em setor mais adequado e agradável (SEIDLER & MORITZ, 1998). Constatou-se que a humanização destas unidades está associada à atuação dos profissionais de saúde frente aos fatores estressantes presentes (NOVAES *et al.*, 1999).

A figura 1 mostra o típico cliente submetido à cirurgia cardíaca admitido na UTI com uma série de dispositivos inerentes ao procedimento cirúrgico, necessitando ser conectado a vários equipamentos para sua monitorização. Os dispositivos mais comumente utilizados são:

FIGURA 1 - Pós Operatório de Cirurgia Cardíaca



Fonte: Pesquisadora, 2008

- a) tubo oro-traqueal (TOT), conectado ao ventilador mecânico, cuja função é controlar a ventilação do paciente enquanto este estiver sob efeito anestésico;
- b) cateterização de artéria, de preferência artéria radial, no pulso, conectada ao monitor cardíaco, para monitorização invasiva da pressão arterial, sendo substituída no segundo ou terceiro dia do pós-operatório por monitorização não-invasiva, através de um manguito adaptado ao braço do paciente, programado para medir a pressão arterial (PA) de tempos em tempos, se o paciente permanecer estável;

- c) cateterização de veia profunda, para infusão de medicamentos, drogas vasoativas, transfusões e hidratação;
- d) drenos mediastinais, normalmente sendo utilizados de um a dois, para drenarem sangue residual após o ato cirúrgico;
- e) sonda vesical de demora, conectada da uretra do paciente direto para bolsa coletora, para medição da diurese e balanço hídrico adequado;
- f) fios de eletrodos, conectados ao monitor cardíaco para medida do ritmo cardíaco e da frequência respiratória;
- g) oximetria de pulso que monitora o nível de oxigenação dos tecidos, através de um sensor adaptado constantemente em um dos dedos do paciente;
- h) temperatura corporal, medida através de termômetro de mercúrio manual ou através de fio adaptado continuamente na axila do paciente;
- i) sonda naso ou oro-gástrica, introduzida no nariz ou boca do paciente e alojada no seu estômago, com a função de alimentá-lo enquanto este não puder comer normalmente, possuindo também função preventiva de eliminar resíduos e ar do estômago.

Estes dispositivos e aparatos tecnológicos conectados ao paciente imobilizam-no no leito, tanto pelo medo de acidentalmente puxar algum fio, quanto pela própria restrição que provocam estes fios, drenos, sondas e tubos (FORTUNA, 1998; PAPA & TRIMER, 2000).

Estudos têm mostrado que muito dos elementos citados acima, inerentes ao ato cirúrgico, podem causar dor e desconforto ao paciente, sendo considerados fatores geradores de estresse (RIGGIO *et al.*, 1982; JOHNSON & SEXTON, 1990; PENNOCK *et al.*, 1994).

Doering *et al.* (2002) realizaram estudo em UTI cardíaca, com o objetivo de examinar a percepção que os pacientes tinham sobre os cuidados recebidos pela enfermagem e pelos médicos durante sua estadia na UTI. Fizeram entrevista com uma questão aberta: “O que os pacientes queriam que os enfermeiros e médicos soubessem para ajudá-los a melhorar?”. Os doentes mencionaram que os médicos e a enfermagem deveriam oferecer uma transição mais suave para casa, que os reconhecessem como indivíduos, que os preparassem mais honestamente para suas experiências com informação mais específica e que manejassem melhor sua dor e seu sono.

Turner (1990) avaliou as recordações das experiências de 100 pacientes que receberam alta da UTI geral após 48 horas. O autor mostrou relatos positivos a respeito do ambiente da unidade, descrito como amigável ou relaxante por 94% dos usuários. A confiança em médicos e enfermeiros foi boa. A maioria dos relatos negativos foi relacionada à coleta de sangue para análise dos gases arteriais (48% dos pacientes). Outro procedimento avaliado negativamente

foi a aspiração traqueal (44,1% dos 68 usuários ventilados mecanicamente). Somente 6% dos clientes da UTI criticaram a visita ao redor dos leitos dos usuários, momento em que se discute o caso do paciente entre os membros da equipe multiprofissional e estes podem ouvir os comentários a seu respeito.

A provável causa das diferenças entre os fatores estressores no ambiente da UTI, relatados pelos pacientes, é o conteúdo da lista apresentada aos mesmos. Estas diferenças são, em parte, relacionadas às metas de cada estudo (STEIN-PARBURY & MC KINLEY, 2000). Os fatores geradores de estresse mais comumente citados nos estudos classificados em grau de importância e frequência, são: dor, alterações do sono e ansiedade. A seguir, focaremos estas situações.

4.3.1. DOR

Tem-se focado freqüentemente a presença da dor na população de pacientes em geral, mas poucos têm estudado a dor no paciente crítico (PUNTILLO, 1990; STEIN-PARBURY *et al.*, 2000; NELSON, *et al.*, 2001; ROTONDI *et al.*, 2002; SMITH, 2006). A literatura tem abordado este tema, por meio de estudos que utilizam entrevista com os pacientes após estadia em UTI.

Puntillo (1990) entrevistou 24 pacientes em dois hospitais, após alta das UTIs. Dezesete deles (71%) recordaram ter apresentado dor quando estavam na unidade, dos quais quinze (63%) relataram tê-la apresentado com intensidade moderada a severa. Vários estudos semelhantes têm referido ser a dor um dos sintomas mais incômodos para os pacientes em unidades intensivas (TURNER, 1990; NOVAES, 1997; STEIN-PARBURY, 2000; ROTONDI, 2002).

A dor é presumivelmente comum nos pacientes em UTIs, embora sua prevalência seja desconhecida. Os pacientes críticos são particularmente vulneráveis à dor devido à natureza da doença, procedimentos diagnósticos e tratamentos requeridos. Além disso, estes doentes podem apresentar dificuldade em relatar sua dor por estarem com dificuldades para falar, devido à presença de tubos oro-traqueais ou estarem cognitivamente afetados. A dor pode ser exacerbada por estressores psicológicos adicionais, como medo e ansiedade. Procurar compreender e direcionar recursos para amenizar a dor é prioridade crescente nos cuidados de saúde (SMITH, 2006).

A dor pode estar relacionada com os procedimentos de rotina na UTI. No caso de pacientes submetidos a cirurgias nas quais a presença de tubos, catéteres e os procedimentos necessários para monitorização e prevenção de complicações não são passíveis de mudança, pode-se reduzir o desconforto gerado por estes aparatos através do controle adequado da dor (MILGROM *et al.*, 2004; SMITH, 2006).

Rotondi *et al.* (2002) descreveram experiências estressantes em 150 adultos que receberam ventilação mecânica prolongada em UTI. Utilizaram questionário com 32 itens para coletar as experiências estressantes psicológicas, como medo e ansiedade, e experiências estressantes físicas, como dor, dificuldade para respirar associada à ventilação mecânica e/ou tubo oro-traqueal, associados a estar internado em UTI. As experiências mais recordadas pelos pacientes foram as que mais incomodaram, com intensidade de moderada para extrema, talvez por serem mais significativas para eles. Entre eles, (70%) recordaram os procedimentos na UTI. Destes, 43% classificaram alguns itens do questionário como de intensidade moderada a extremamente incômoda, tais como dor, medo, ansiedade, falta de sono, tensão, problemas para falar, não ter controle de si mesmo, pesadelos e solidão. Experiências relacionadas com a presença do tubo oro-traqueal foram fortemente associadas com períodos de terror, tensão quando deixados sozinhos e padrão de sono alterado.

Milgrom *et al.* (2004) descreveram os níveis de dor em pacientes que foram submetidos à cirurgia cardíaca. Destacaram que o maior nível de dor ocorreu nos dois primeiros dias do pós-operatório. A dor pode influenciar os procedimentos de rotina no pós-operatório, podendo levar a que os pacientes não queiram participar das atividades realizadas com objetivo de prevenir complicações, tais como exercícios de respirações profundas, levantar-se do leito, tossir, virar-se no leito e usar inspirômetro de incentivo, com o objetivo de incentivar respirações profundas.

Smith (2006) afirma que a dor induz respostas psicológicas e neuro-humorais que podem prejudicar o paciente crítico. A resposta ao estresse induzido por dor libera catecolaminas e ativa o sistema nervoso simpático, levando à diaforese, catabolismo e retenção hídrica, como resultado da ativação do eixo renina-angiotensina-aldosterona. O aumento da atividade simpática também aumenta a frequência cardíaca, a pressão arterial e a frequência respiratória. Finalmente, a ativação do sistema nervoso autonômico pode levar à alteração da mecânica respiratória, produzindo diminuição da mobilidade torácica e conseqüente dificuldade para respirar, aumento do trabalho do sistema cardiovascular, aumento do consumo de oxigênio, aumento da demanda de oxigênio do miocárdio, arritmias e morte.

Frente às respostas fisiopatológicas da dor e aos relatos freqüentes da presença da dor no paciente crítico, faz-se necessário destacar a importância do controle da dor, através da elaboração de diretrizes que destaquem a qualidade da assistência à dor. Segundo Gordon *et al* (2005), a *American Pain Society* preconiza que a qualidade no manejo da dor “inclui assistência apropriada, investigação da presença da dor, compreensão da abrangente assistência quando a dor está presente, freqüentes reavaliações da resposta do paciente ao tratamento, planejamento de cuidados interdisciplinares e colaborativos, incluindo a contribuição do paciente e familiares. O tratamento adequado da dor é eficaz, consciente nos custos, apropriado culturalmente e seguro. Dá acesso às especialidades quando necessário”.

4.3.2 ALTERAÇÕES NO SONO

A impossibilidade de dormir foi considerada como um dos estressores mais importantes relatados pelos pacientes em UTIs (NOVAES, 1997; STEIN-PARBURY, 2000; DOERING *et al.*, 2002; ROTONDI *et al.*, 2002). Privação do sono inclui sono de curta duração, assim como com interrupções freqüentes, sendo comum em pacientes internados em UTI. Pode trazer repercussões a longo prazo na saúde, incluindo na função imunológica, na cicatrização, na função cognitiva, no estado funcional e nos níveis de estresse (TAMBURRI *et al.*, 2004).

A privação do sono pode: prejudicar a função dos linfócitos e granulócitos e reduzir o número de células *natural killer*, alterando o sistema imunitário; reduzir a endurance dos músculos inspiratórios, diminuindo a habilidade ventilatória com perda da reserva pulmonar em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, reduzindo a resposta ventilatória à hipercapnia; interromper a termorregulação; e alterar o sensorio provocando por exemplo, delírio (WALLACE, 1999).

Tamburri *et al.* (2004) mostram que fatores ambientais como claridade, barulho, freqüentes procedimentos noturnos para monitorização, tratamento e medicações estão associados com privação do sono. Comentam que estudos do sono em unidades de cuidados críticos e agudos, conduzidos nestes últimos 30 anos, indicaram altos níveis de privação do sono nestes locais. Estudos utilizando a polissonografia incluíram grupos pequenos de pacientes com infarto agudo do miocárdio, pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, e cirurgias não-cardíacas, com distúrbios neurológicos e respiratórios e grupos mistos de adultos criticamente doentes. Concluíram que os pacientes agudamente doentes têm níveis

mais altos de fragmentação do sono, com predominância do estágio I do sono (leve) e redução do tempo em outros estágios do sono, incluindo o do movimento rápido dos olhos e o do sono de ondas lentas, além de sofrerem de redução total no tempo de sono e diminuição de sua eficiência.

Os relatos de distúrbios do sono em unidades de cuidados agudos e UTIs variam de 22% a 61%. Os pacientes relatam que o distúrbio do sono é pior durante a hospitalização do que em casa, e que este é estressante (TAMBURRI *et al.*, 2004).

Simpson *et al.* (1996) relatam alterações persistentes além de 6 meses, de intensidade moderada a severa, como as que incidem sobre o início e manutenção do sono, em 22% a 29% dos pacientes em recuperação de cirurgias cardíacas. Jones (1979) realizou estudo com 100 pacientes em recuperação de grandes cirurgias, mostrando que o sono insuficiente foi atribuído à dor, à ansiedade e à incapacidade de deitar-se confortavelmente.

Simpson *et al.* (1996) estudaram a percepção dos pacientes depois de cirurgia cardíaca, frente aos fatores ambientais que perturbam o sono durante a estadia na UTI e após a transferência destes para a enfermaria. Foram pesquisados 102 pacientes através de entrevistas realizadas antes da alta hospitalar. Os distúrbios obtiveram média geral baixa tanto para a UTI quanto após a transferência da UTI. Entretanto, a análise destes fatores revelou que variáveis como dor, incapacidade de ficar confortável ou deitar-se confortavelmente, procedimentos realizados no paciente, o próprio leito, sistema de ventilação e incapacidade de executar rotina antes do sono, foram classificados como prejudiciais ao sono em grau moderado, tanto na UTI como após alta deste setor. Comparando os dois ambientes, UTI e após a transferência da mesma, observaram que conversas durante a noite afetaram mais os pacientes fora da UTI, embora o grau perturbador dos fatores não tenha sido diferente nos dois locais, sugerindo que estes fatores afetam o sono tanto em um ambiente quanto no outro.

Tamburri *et al.* (2004) pesquisaram frequência, padrão e tipo de cuidados noturnos, das 19:00h às 7:00hs, em 50 pacientes de quatro diferentes UTIs (cirúrgica, coronariana, de clínica médica e neurocirúrgica), coletando dados durante 147 noites. A média de idade dos pacientes foi 68 anos. Os cuidados dispensados durante a noite parecem ser tão prejudiciais ao sono quanto o barulho. Os procedimentos realizados nos pacientes foram mais frequentes nos horários das 24:00h, 6:00h e 8:00h, e menos frequentes às 3:00h. Das 147 noites avaliadas, foram encontrados apenas 9 intervalos de duas horas sem intervenções, ou seja, 6% das 147 noites estudadas, indicando poucas oportunidades para o paciente dormir. Os tipos de cuidados mais frequentes durante cada hora noturna, em ordem decrescente, foram: mensuração dos sinais vitais, mensuração dos sinais vitais via catéteres arteriais, balanço

hídrico, monitorização hemodinâmica, medicações, avaliação do paciente, mudança de decúbito do paciente, checagem do ventilador mecânico, administração de medicamentos via ventilador mecânico, obtenção de amostras de sangue e banho do paciente.

Wallace *et al.* (1999) estudaram o efeito de tampões de ouvido durante o sono durante a exposição de barulho simulado em ambiente de UTI. Os autores comentam que evidências empíricas sugerem que a exposição ao barulho simulado em UTI, em sujeitos saudáveis, é causalmente relacionado à redução da eficiência do sono, latência maior do sono, maior número de despertares, supressão do movimento rápido dos olhos e maior tempo acordado. Neste estudo, seis voluntários saudáveis submeteram-se ao estudo em centro de desordens do sono. Todos os participantes afirmaram que os tampões vedaram ou diminuíram os ruídos dos sons. Concluíram com este estudo, que o sono é interrompido por exposição ao barulho e que o uso destes tampões resulta em maior tempo de sono REM.

4.3.3 ANSIEDADE

Em grande parte dos estudos, a ansiedade é citada como fator gerador de estresse nas UTIs cirúrgicas. Os pacientes submetidos a cirurgias de grande porte como, a CRM, necessariamente permanecem alguns dias na UTI para monitorização e observação contínua (CARR, 1986; SCHELLING *et al.*, 2003; GALLAGHER & MCKINLEY, 2007).

Gallagher & Mckinley (2007) relatam alto nível de ansiedade nos pacientes submetidos à CRM ou os que aguardam este procedimento, sendo preditor de piores resultados durante o processo de recuperação. Pacientes que são mais ansiosos antes da cirurgia experimentam mais dor, menor alívio dos sintomas após a cirurgia, mais readmissões e piora de sua qualidade de vida pós alta hospitalar. Os autores mediram o nível de ansiedade dos pacientes em três fases: no pré-operatório, após a realização da CRM e após uma semana de alta hospitalar. Verificaram que os preditores de ansiedade no pré-operatório foram: sexo feminino, apresentar preocupações sobre a espera da cirurgia, ter dor ou desconforto físico, e ter de recomeçar, após a intervenção, um estilo de vida normal e saudável. Após a CRM, os preditores de ansiedade incluíram: uso de ansiolíticos ou anti-depressivos, preocupações em conseguir alcançar seus objetos pessoais ao redor do leito, por provocar dor torácica intensa e, por último, interrupções no sono por dormir em cama estranha. Na fase após a alta hospitalar, os níveis de ansiedade aumentados foram relacionados a: ter dor ou desconforto físico e necessitar de maior suporte familiar, por serem de idade avançada.

Rattray *et al.* (2005) comentam que o estado emocional alterado tem sido identificado em pacientes após alta da UTI. Os efeitos da experiência na UTI têm sido relacionados a conseqüências psicológicas, como ansiedade, depressão e estresse pós-traumático, presentes a curto e a longo prazo. A ansiedade e a depressão, medidas por escalas padronizadas, como Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – *The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* e Escala do Impacto dos Eventos – *The Impact of Events Scale (IES)*, estão presentes em 11,9% a 43% e em 9,8% a 30% dos pacientes, respectivamente.

Schelling *et al* (2003) descrevem que, apesar do conhecimento hoje existente a respeito das alterações neurocognitivas que ocorrem após cirurgia cardíaca, pouco se sabe sobre as conseqüências neuropsicológicas decorrentes do estresse, resultantes da disfunção cardíaca e pulmonar agudas e das experiências traumáticas, tais como insuficiência respiratória, dor extrema ou ansiedade, decorrentes da cirurgia cardíaca e durante tratamento em cuidados intensivos. Memórias traumáticas em pacientes expostos a altos níveis de estresse na UTI são comuns. Estas podem persistir por anos depois da alta desta unidade, podendo estar associadas ao desenvolvimento de reações de estresse atípicas e crônicas, como o transtorno do estresse pós-traumático – (TEPT). Schelling (2003) comenta que sintomas de estresse crônico, incluindo o TEPT, têm sido descritos em pacientes depois da cirurgia cardíaca e estão associados com baixa qualidade de vida relacionada à saúde e também com baixa satisfação com a vida. Os sintomas de memórias traumáticas foram avaliados por inventário, definido como recordação subjetiva do paciente com respeito à insuficiência respiratória/ falta de ar ou sentimentos de ansiedade/ pânico, dor ou pesadelos entre uma semana antes da cirurgia e no período da alta da UTI. Os sintomas de estresse crônico e TEPT foram medidos no pré-operatório, uma semana após a alta da UTI e 6 meses após a cirurgia cardíaca, incluindo: distúrbio no sono, pesadelo, depressão, constante estado de alerta, embotamento da responsividade geral, irritabilidade generalizada, mudanças freqüentes no humor, culpa, medo, reações de evitar pessoas ou lugares, como a UTI, e aumento da tensão muscular. O distúrbio do estresse pós-traumático pode-se desenvolver em pessoas sem história de distúrbios psiquiátricos. O tratamento envolve psicoterapia (terapia cognitiva, manejo da ansiedade e terapias individuais ou em grupo) e terapia medicamentosa (anti-depressivos tricíclicos e inibidores da serotonina). Médicos, pacientes e familiares devem estar conscientes da possibilidade do aparecimento destes sintomas, desenvolvendo esforço para se identificar os indivíduos predispostos. Tais sujeitos podem precisar de estratégias de tratamento diferenciadas, incluindo alternativas menos invasivas como, por exemplo, angioplastia coronária transluminal percutânea, ou otimizar o tratamento medicamentoso, para

que se alcancem as metas terapêuticas sem a realização da cirurgia cardíaca e a exposição do paciente a altos níveis de estresse.

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo transversal, de caráter descritivo. No estudo transversal, as observações e mensurações das variáveis de interesse são feitas simultaneamente, constituindo uma radiografia estática do que ocorre em determinado momento, o qual é definido pelo investigador que escolhe a época da coleta de dados. Define-se como de caráter descritivo, o estudo que tem como objetivo informar sobre a distribuição de um evento na população, em termos quantitativos (PEREIRA, 1995).

5.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O estudo foi realizado na enfermaria cardíaca após os pacientes terem sido submetidos à cirurgia cardíaca e terem recebido alta da unidade de terapia intensiva (UTI) cardíaca do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF), no período de 15 de setembro a 15 de novembro de 2007. O HBDF é um hospital terciário, de grande porte, com total de 865 leitos. Possui quatro UTIs: clínico-cirúrgica, de trauma, pediátrica e cardíaca. A proporção de leitos de UTI em relação ao número de leitos totais do hospital é de 3,23%. A UTI cardíaca, que este estudo se propõe a investigar, possui oito leitos, dos quais cinco são reservados para cirurgias cardíacas (figura 2). É cadastrada no SUS, como do tipo III, segundo os parâmetros estabelecidos pela Portaria nº 3.432, de 1998, do MS, e realiza procedimentos de alta complexidade, como as cirurgias cardiovasculares (Portaria SAS/MS nº 210, 2004). Recebe clientes com diagnóstico clínico de origem cardíaca e pós-operatório de cirurgias cardíacas. Deste modo, há dois tipos de clientes: os que recebem tratamento clínico e aqueles submetidos à cirurgia cardíaca. Estes pacientes ficam, necessariamente conectados a diversos equipamentos e dispositivos.

FIGURA 2 - Leito da UTI Cardíaca



Fonte: Pesquisadora, 2008

5.3 AMOSTRA

A amostra foi por conveniência, constituída por 40 pacientes, divididos em dois grupos assim constituídos: vinte adultos com idade igual ou acima de 18 anos (grupo 1) e vinte idosos com idade igual ou acima de 60 anos (grupo 2). Estes pacientes foram internados na UTI cardíaca, após terem sido submetidos à CRM, troca valvar ou ambas. Todos eles permaneceram, pelo menos, 48 horas nesta unidade.

Para seleção da amostra, foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão: a) pacientes adultos, com idade igual ou acima de 18 anos, de ambos os sexos, independente da raça, classe ou grupo social; b) pacientes que consentiram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e c) permanência na UTI por período igual ou superior a 48 horas.

Critérios de Exclusão: a) pacientes em estado de confusão mental; e b) incapazes de responder aos questionários propostos.

5.4 INSTRUMENTOS

Dos instrumentos de coleta, constam os dados sociodemográficos, contendo as seguintes variáveis (ANEXO I):

- Idade : em anos, usando a data de nascimento;
- Gênero: feminino ou masculino;
- Estado civil: com relação estável, considerando os casados ou vivendo juntos, e sem relação estável, os solteiros, desquitados/ divorciados, viúvos;
- Escolaridade: em anos que frequentou instituições de ensino;
- Situação profissional formal: ativos (trabalhando ou aposentado com atividade remunerada), e inativos (aposentados, desempregados, do lar, afastado por problema de saúde).

Os dados clínicos foram coletados do prontuário médico na internação da UTI cardíaca, constituídos por: (ANEXO II):

- Diagnóstico na admissão: doença coronariana, insuficiência cardíaca descompensada ou ambas;
- Tipo de cirurgia: cirurgia de revascularização do miocárdio, cirurgia de troca valvar ou ambas;
- Natureza da cirurgia: eletiva ou não eletiva;
- Uso de psicotrópicos nas últimas 24 horas;
- Número de equipamentos/dispositivos conectados;
- Tempo decorrido entre a alta da UTI e a entrevista, em horas;
- Permanência de dias na UTI, em horas.

Para avaliação dos estressores em UTI, foi utilizada a Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI) (NOVAES, *et al.*, 1997). Por não haver ainda instrumento específico para avaliar os estressores em UTI cardíaca ou coronariana, o trabalho foi baseado em escala utilizada em UTI geral, já traduzida e culturalmente adaptada para a língua portuguesa por Novaes *et al.* (1997) (ANEXO III). Esta escala foi derivada do estudo de Ballard, (1981) e Narstasy (1985) – *The Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale* (ICUESS), elaborada para investigar a classificação dos pacientes quanto aos estressores ambientais em UTI. O referido instrumento é constituído por 40 questões que abordam diversos fatores geradores de estresse em UTI. A avaliação dos resultados da escala EETI foi obtida pela média e desvio padrão do escore para cada um dos 40 itens estressores, e os itens

foram classificados do mais estressante para o menos estressante. O total do escore de estressores foi calculado pela soma das médias atribuídas a cada item, dividido pelo número de estressores. Levando-se em conta que os valores de estresse na escala são: (1) não estressante; (2) pouco estressante; (3) estressante; (4) muito estressante; entende-se que, quanto maior o valor, maior o estresse percebido pelo paciente. (MAROSTI & DANTAS, 2006).

5.5 PROTOCOLO

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Protocolo nº 180/07, a pesquisa foi realizada na enfermaria cardíaca após procedimento cirúrgico depois da alta da UTI, tão logo o participante tivesse condições de se expressar verbalmente. Todos os pacientes selecionados para o estudo foram submetidos a cirurgias eletivas, aguardando a realização do procedimento cirúrgico (CRM, troca valvar ou ambas cirurgias) internados na enfermaria cardíaca por até 2 meses. A utilização de psicotrópicos foi avaliada por se considerar que seu uso poderia afetar a percepção dos pacientes com relação ao estresse da internação, ou mesmo interferir nas recordações do tempo de permanência na UTI. Então, optou-se por verificar sua presença mediante a prescrição médica, nas 24 horas que antecederam a entrevista. A pesquisa aborda o que ele vivenciou na rotina da UTI, através da escala EETI, já mencionada acima. Os participantes que atenderam aos requisitos de inclusão participaram voluntariamente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO IV). Cada um deles foi informado sobre objetivos, procedimentos e caráter sigiloso dos dados do estudo, de acordo com as normas do CEP. Na primeira abordagem, antes da aplicação da escala, a pesquisadora explicou, de maneira simples o significado da palavra “estresse” e da palavra “estressor”. Os participantes responderam verbalmente, a dois questionários; o primeiro, sobre a caracterização sócio-demográfica; e o segundo, sobre a Escala de Estressores de Terapia Intensiva (EETI), e eram solicitados a classificar os itens da escala como (1) não estressante; (2) pouco estressante; (3) estressante e (4) muito estressante e, então, era anotado pelo entrevistador na folha de resposta. As características clínicas do participante foram extraídas dos prontuários médicos.

5.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística foi utilizada a análise descritiva para caracterizar a amostra e identificar os fatores estressores tanto para adultos como para idosos. O Teste *t student* independente foi usado para comparar os fatores estressores entre os adultos e idosos, e entre os idosos do sexo masculino e do feminino. A correlação de Spearman foi o mecanismo utilizado para verificar a relação entre os fatores estressores e as variáveis sociodemográficas e os dados clínicos. Todas as análises foram calculadas no SPSS 10.0 (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

A avaliação dos resultados da escala EETI foi obtida pela média do escore para cada um dos 40 itens estressores, e os itens foram classificados do mais estressante para o menos estressante. O total do escore de estressores foi calculado para cada paciente pela soma das médias atribuídas a cada item, lembrando que, que os valores de estresse na escala são: (1) não estressante; (2) pouco estressante; (3) estressante; (4) muito estressante; entende-se que, quanto maior o valor, maior o estresse percebido pelo paciente. (MAROSTI & DANTAS, 2006).

6. RESULTADOS:

Dos sujeitos que preencheram os critérios de inclusão, um paciente não concordou em participar da pesquisa, e outro durante a entrevista forneceu respostas confusas, sendo retirado da análise. A amostra foi composta por quarenta indivíduos subdivididos em dois grupos: a) grupo 1, composto por adultos (idade de 18 a 59 anos), sendo 65% do sexo masculino, com média de $46,25 \pm 9,82$ anos (22 - 58); b) grupo 2, composto por idosos (idade igual ou acima de 60 anos), sendo 50% do sexo masculino, com média de $67,80 \pm 6,46$ anos (60 - 81). A caracterização sócio-demográfica da amostra encontra-se na tabela 1. Nesta tabela optou-se por dividir cada variável somente em duas categorias, devido ao pequeno número da amostra estudada.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos 40 sujeitos pesquisados.

	Adultos	Idosos	Valor p
Escolaridade (anos)	N%	N%	
De 0 a 4 anos	(7) 35%	(13) 65%	0,34
Acima de 5 anos	(13) 65%	(7) 35%	
Gênero			
Feminino	(7) 35%	(10) 50%	0,06
Masculino	(13) 65%	(10) 50%	
Estado Civil			
Com relação estável	(14) 70%	(15) 75%	0,73
Sem relação estável	(6) 30%	(5) 25%	
Situação Profissional Formal			
Ativo	(10) 50%	(4) 20%	0,05*
Inativo	(10) 50%	(16) 80%	

Legenda: N% = número e percentagem de participantes da pesquisa.

* $p \leq 0,05$

Para caracterização da amostra foi realizada análise descritiva. Em relação à escolaridade, o grupo dos idosos (grupo 2) apresentou uma menor escolaridade em comparação com o grupo de adultos (grupo 1). Apenas 7 pacientes idosos (35%) possuíam escolaridade igual ou acima de 5 anos. No grupo de adultos (grupo 1), 13(65%) possuíam

escolaridade igual ou superior a 5 anos e 7 (35%) escolaridade de 0 a 4 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos com relação a esta categoria.

Em relação ao estado civil, entre os adultos (grupo 1), 14 (70%) tinham e 6 (30%) não tinham relação estável. Entre os idosos (grupo 2), 15 (75%) permaneciam com relação estável e apenas 5 (25%) não tinham companheiro(a). Ao se comparar o estado civil entre os grupos de adultos e idosos, não houve diferença estatisticamente significativa.

Com relação à situação profissional formal, houve diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p = 0,05$). A maioria dos idosos (grupo 2), (17 pacientes, 80%) estava inativa ou aposentada, em comparação com os adultos (10 pacientes, 50%). Entre os idosos, 3 pacientes estavam ativos (aposentados, e com atividade remunerada). No grupo dos adultos (grupo 1), metade estava ativa e metade inativa.

A caracterização clínica dos participantes está representada na tabela 2.

Tabela 2 – Caracterização clínica dos 40 sujeitos pesquisados.

	Adultos	Idosos	Valor p
Diagnóstico na internação	N%	N%	
Doença Coronariana (DC)	(8) 40%	(12) 60%	
Insuficiência Cardíaca	(9) 45%	(3) 15%	0,44
Descompensada (ICC)			
Ambos	(3) 15%	(5) 25%	
Uso de Psicotrópicos			
Sim	(5) 25%	(4) 20%	0,71
Não	(15) 75%	(16) 80%	
Tipo de cirurgia			
CRM	(8) 40%	(12) 60%	
CTV	(9) 45%	(3) 15%	0,52
CRM + CTV	(3) 15%	(5) 25%	
Natureza da cirurgia			
Eletiva	(20) 100%	(20) 100%	1,00
Urgência	(0) 0%	(0) 0%	
Equipamentos conectados ao paciente			
2 a 5	(0) 0%	(0) 0%	1,00
6 a 9	(20) 100%	(20) 100%	

Tempo de Permanência na UTI

(h)

De 48 a 96 hs	(10) 50%	(7) 35%	
De 97 a 144 hs	(6) 30%	(6) 30%	0,26
≥ 145 hs	(4) 20%	(7) 35%	

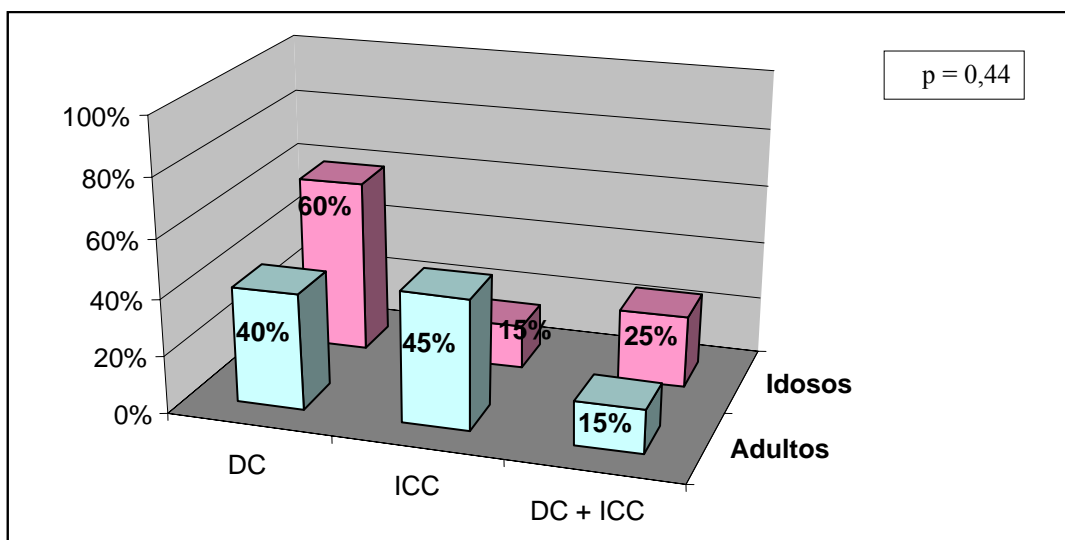
Tempo decorrido entre a alta da UTI e a entrevista

De 48 a 72 hs	(9) 45%	(16) 80%	
De 97 a 144 hs	(5) 25%	(4) 20%	0,01*
≥ 145 hs	(6) 30%	(0) 0%	

Legenda: N% = número e porcentagem de participante da amostra; CRM: cirurgia de revascularização do miocárdio; CTV: cirurgia de troca valvar; CRM+CTV: associação de ambas cirurgias. * $p \leq 0,05$.

Quanto ao diagnóstico na internação, a doença coronariana ocorreu em 40% e 60%, a insuficiência cardíaca descompensada em 45% e 15%, e a associação das duas em 15% e 25%, nos grupos de adultos e idosos, respectivamente. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. O gráfico 1, abaixo, ilustra a situação do diagnóstico na internação.

Gráfico 1: Diagnóstico na internação na UTI dos 40 sujeitos pesquisados.



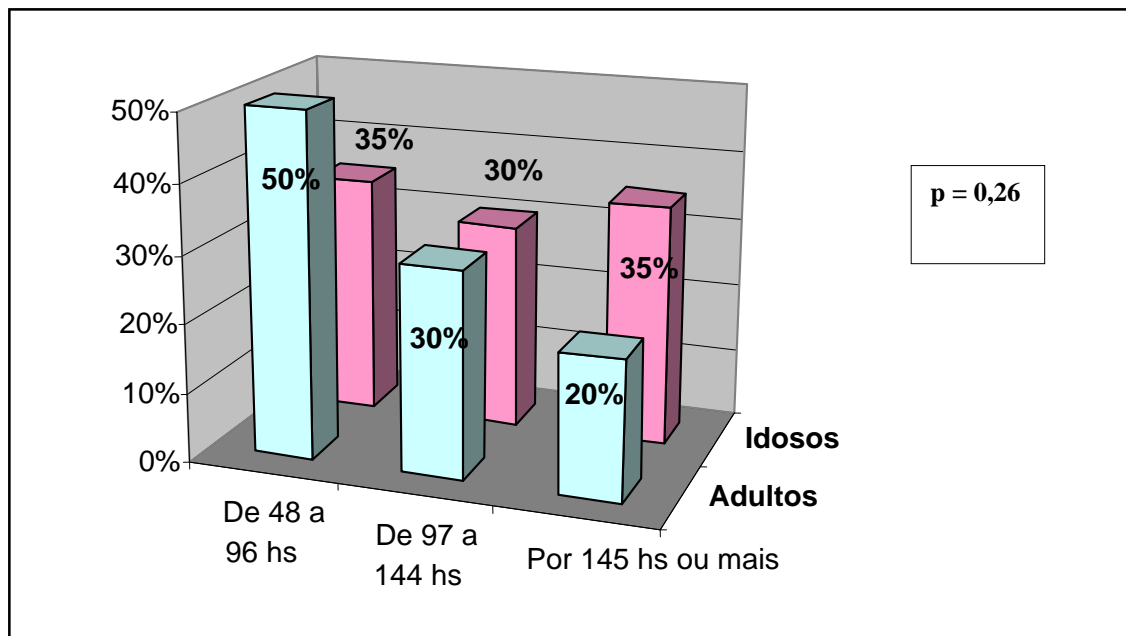
Quanto à utilização de psicotrópicos nas 24 hs que antecederam a entrevista, 5 adultos (25%) e 4 idosos (20%) os utilizaram, não havendo diferença significativa estatisticamente entre os dois grupos (.).

Quanto ao tipo de cirurgia realizada, a revascularização do miocárdio (CRM) foi a mais realizada no grupo de idosos (60%), enquanto no de adultos correspondeu a 40%. A cirurgia de troca valvar (CTV) foi três vezes mais prevalente no grupo de adultos (45%) do que no de idosos (15%). A realização de ambas cirurgias (CTV e CRM), foi maior no grupo de idosos (25%) do que no de adultos (15%). Estatisticamente, não houve diferença significativa entre os dois grupos.

Quanto à natureza das cirurgias, todas (100%) foram agendadas de forma eletiva em ambos os grupos. Também, o número de equipamentos conectados a todos os pacientes de ambos os grupos (100%) foi em número de 6 a 9.

Quanto ao tempo de permanência na UTI, 35% dos idosos permaneceram nesta unidade por período igual ou superior a 145 horas, ou seja, pelo menos 6 dias, enquanto isto ocorreu em somente 20% dos adultos. 30% entre os doentes dos dois grupos permaneceram internados entre 97 e 144 horas, ou seja, entre 4 a 6 dias. 50% entre os adultos receberam alta em menor tempo, de 48 a 96 horas, ou seja, de 2 a 4 dias, enquanto somente 35% dos idosos tiveram alta neste período. Contudo não se observou diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos. O gráfico 2, abaixo, apresenta a comparação acima descrita.

Gráfico 2: Tempo de permanência na UTI dos 40 sujeitos pesquisados.



Quanto ao tempo decorrido entre a alta da UTI e a entrevista, observa-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos de idosos e de adultos. 30% dos adultos foram

entrevistados após 145 horas ou mais, enquanto que nenhum idoso o foi após este intervalo de tempo. 80% dos idosos foram entrevistados entre 48 e 96 horas após a alta da UTI, o que somente ocorreu em 45% dos casos com os adultos. No período entre 97 e 144 horas, foram entrevistados 25% dos adultos e 20% dos idosos. Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$) entre os dois grupos.

Para a medida da variável de interesse, estressores na UTI, utilizou-se a Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI) (NOVAES, et al, 1997). A somatória geral das médias dos itens estressores no grupo de idosos ($76,45 \pm 20,65$) foi maior do que a do grupo de adultos ($71,55 \pm 17,19$) ($r = -0,82$; $p = 0,42$). Somando-se a média geral das respostas de todos os itens dividida pelo número de itens estressores, encontrou-se 1,91 (DP = 0,52) no grupo de idosos ($76,45/40$ itens estressores) e 1,78 (DP = 0,43) no de adultos ($71,55/40$ itens estressores), com $p = 0,42$. Como já referido na metodologia, considerando-se que os valores de estresse na escala são 1 (não estressante), 2 (pouco estressante), 3 (estressante) e 4 (muito estressante), a média dos participantes estudados considerou a internação na UTI como de não estressante a pouco estressante. Também não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre esta média de percepção dos fatores estressores entre os pacientes idosos e adultos ($p > 0,05$).

Tabela 3 – Escala de Estressores de Terapia Intensiva (EETI) nos 40 sujeitos pesquisados

ESTRESSOR	Adultos	Idosos	Valor t	Valor p
1. Estar amarrado por tubos	2,65 ± 1,31	2,55 ± 0,94	0,27	0,78
2. Ter tubos no nariz e/ou na boca	2,95 ± 1,32	2,85 ± 1,09	0,26	0,80
3. Não ter explicações sobre o tratamento	1,40 ± 0,88	2,05 ± 1,19	-1,96	0,05*
4. Ter dor	2,30 ± 1,30	2,60 ± 1,27	-0,74	0,47
5. Não conseguir dormir	2,40 ± 1,31	2,65 ± 1,30	-0,60	0,55
6. Ter sede	2,85 ± 1,23	2,60 ± 1,35	0,61	0,54
7. Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos	1,90 ± 1,21	2,10 ± 1,12	-0,54	0,59
8. Ter a equipe falando termos incompreensíveis	1,10 ± 0,45	1,35 ± 0,75	-1,29	0,21
9. Não ter privacidade	1,80 ± 1,24	1,80 ± 1,15	0,00	1,00

10. Não ter controle de si mesmo	2,25 ± 1,16	2,00 ± 1,21	0,67	0,51
11. Ter máquinas estranhas ao redor	1,35 ± 0,93	1,50 ± 0,89	-0,52	0,61
12. Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas	1,85 ± 0,93	2,45 ± 1,00	-1,96	0,05*
13. Escutar os alarmes do monitor cardíaco despertarem	1,70 ± 0,98	2,05 ± 1,23	-0,99	0,33
14. Ser furado por agulhas	2,75 ± 1,07	1,60 ± 1,05	3,44	0,0001*
15. Sentir falta do marido ou da esposa	2,60 ± 1,50	2,50 ± 1,28	0,23	0,82
16. Não saber onde está	1,65 ± 0,99	2,05 ± 1,36	-1,07	0,29
17. Enfermagem e médicos falando muito alto	1,45 ± 0,94	1,80 ± 1,32	-0,96	0,34
18. Escutar o gemido de outros pacientes	1,95 ± 1,19	1,90 ± 1,17	0,13	0,89
19. Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	1,35 ± 0,93	1,55 ± 1,05	-0,64	0,53
20. Ter luzes acesas constantemente	1,95 ± 1,35	2,15 ± 1,26	-0,48	0,63
21. Cama e/ou travesseiros desconfortáveis	1,70 ± 1,26	1,85 ± 1,35	-0,36	0,72
22. Sons e ruídos desconhecidos	1,45 ± 0,94	1,55 ± 1,00	-0,32	0,75
23. Estar num ambiente muito quente ou muito frio	1,95 ± 1,36	1,85 ± 1,14	0,25	0,80
24. Não saber quando as coisas vão ser feitas	1,50 ± 0,95	2,20 ± 1,06	-2,21	0,03*
25. Sentir que a enfermeira está muito apressada	1,35 ± 0,88	1,75 ± 1,21	-1,19	0,24
26. Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos	1,80 ± 1,28	2,40 ± 1,19	-1,54	0,13
27. Ser cuidado por médicos desconhecidos	1,60 ± 1,05	1,20 ± 0,70	1,42	0,16
28. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	2,65 ± 1,31	2,10 ± 1,25	1,36	0,18
29. Escutar o telefone tocar	1,10 ± 0,45	1,50 ± 1,10	-1,51	0,14
30. Ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente	1,10 ± 0,45	1,05 ± 0,22	0,45	0,66
31. Não saber que horas são	1,80 ± 1,20	2,35 ± 1,18	-1,46	0,15
32. Ser acordado pela enfermagem	1,50 ± 1,05	1,40 ± 0,82	0,34	0,74
33. Não saber que dia é hoje	1,35 ± 0,88	2,20 ± 1,20	-2,56	0,01*

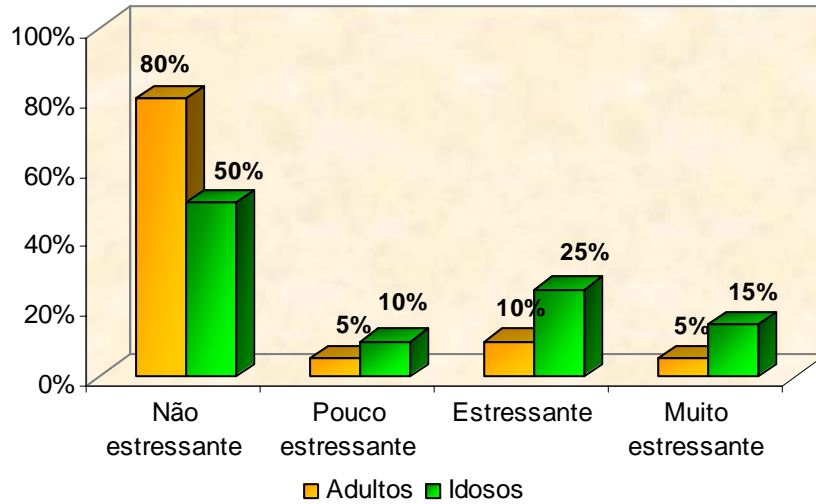
34. Ser incomodado	1,25 ± 0,64	1,60 ± 1,10	-1,23	0,23
35. Sentir cheiros estranhos	1,40 ± 0,88	1,25 ± 0,79	0,57	0,57
36. A enfermeira não se apresentar pelo nome	1,95 ± 1,15	1,85 ± 1,14	0,28	0,78
37. Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	1,25 ± 0,64	1,70 ± 1,03	-1,66	0,11
38. Ver as bolsas de soros penduradas sobre a cabeça	1,95 ± 1,36	1,45 ± 0,94	1,35	0,18
39. Ter que usar oxigênio	1,60 ± 0,99	1,90 ± 1,07	-0,92	0,37
40. Ter enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito	1,10 ± 0,44	1,20 ± 0,62	-0,59	0,56
TOTAL	71,55±17,19	76,45±20,65	-0,82	0,42

Grupo 1: adultos, Grupo 2: idosos, * $p \leq 0,05$.

A tabela 3 mostra ainda que quando comparados os grupos idosos e adultos por cada fator estressor, nota-se que os pacientes idosos apresentaram-se significativamente mais estressados do que os adultos nos seguintes itens estressores: nº 3 (não ter explicações sobre o tratamento), $p = 0,05$; nº 12 (não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas), $p = 0,05$; nº 24 (não saber quando as coisas vão ser feitas), $p = 0,03$; e nº 33 (não saber que dia é hoje), $p = 0,01$. Contrariamente, no estressor nº 14 (ser furado por agulhas) os pacientes adultos apresentaram-se mais estressados do que os idosos, $p = 0,0001$.

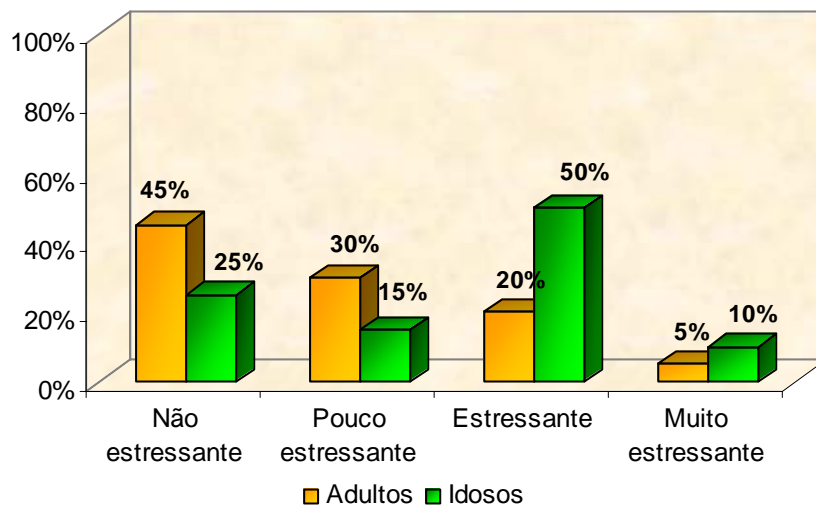
Os gráficos seguintes (3,4,5,6 e 7) apresentam as situações descritas.

Gráfico 3. Resposta dos indivíduos adultos (grupo 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº 3 da EETI: Não ter explicações sobre o tratamento.



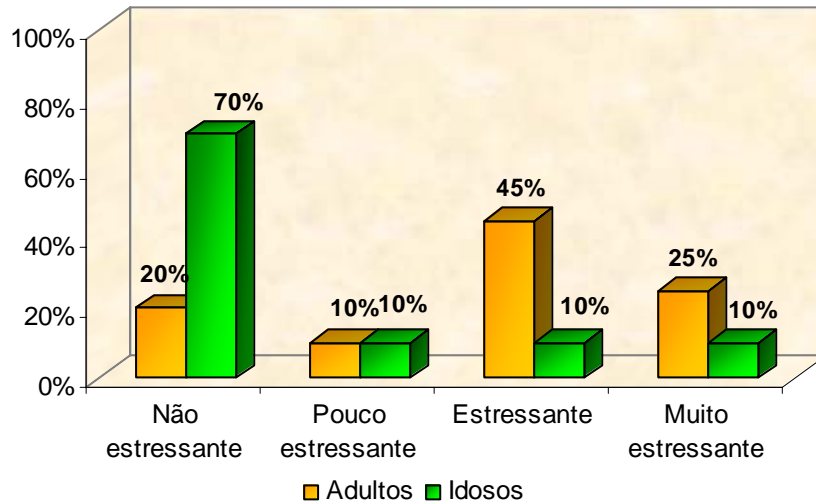
p = 0,05

Gráfico 4. Resposta dos indivíduos adultos (grupo 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº12 da EETI: Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas.



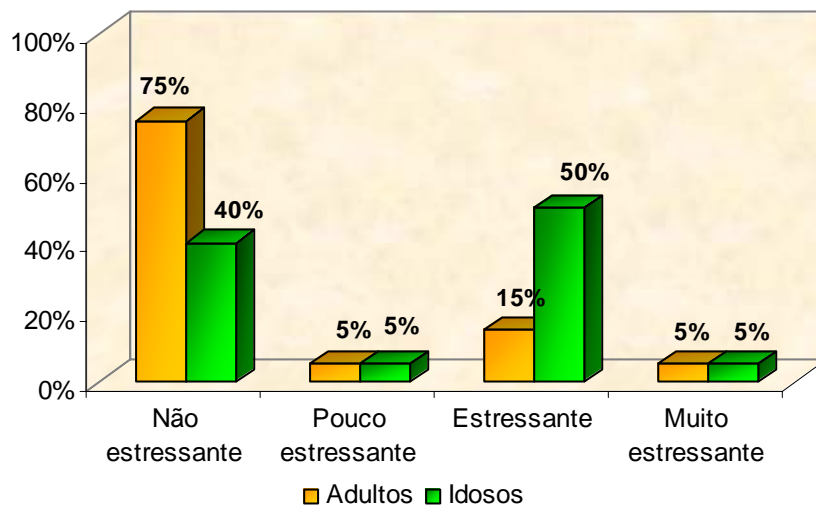
p = 0,05

Gráfico 5. Resposta dos indivíduos adultos (grupo 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº 14 da EETI: Ser furado por agulhas.



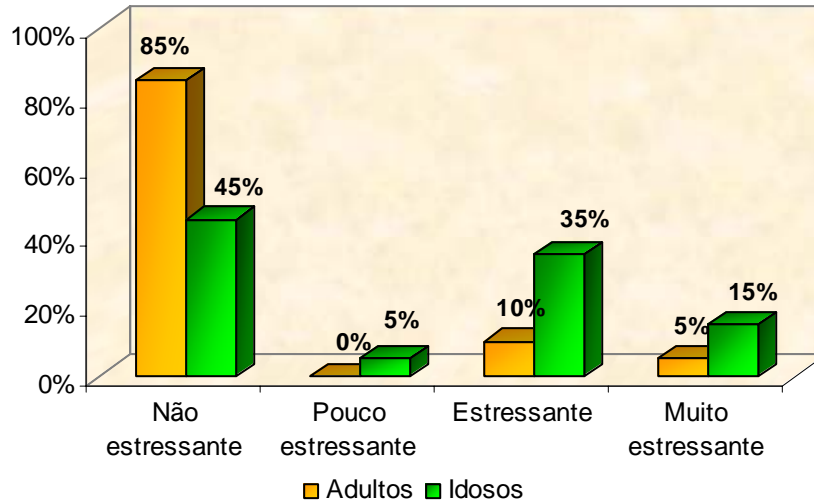
p = 0,0001

Gráfico 6: Resposta dos indivíduos adultos (grupo 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº 24 – não saber quando as coisas vão ser feitas da EETI:



p = 0,03

Gráfico 7: Resposta dos indivíduos pesquisados nos adultos (grupos 1) e idosos (grupo 2) quanto ao estressor nº 33 – não saber que dia é hoje da EETI:



p = 0,01

A tabela 4 representa à classificação da intensidade dos itens estressores, na visão dos adultos e dos idosos. Para os pacientes adultos, os cinco maiores estressores foram, em ordem decrescente: 1°. ter tubos no nariz e/ou na boca; 2°. ter sede; 3°. ser furado por agulhas; 4°. estar amarrado por tubos e ter que ficar olhando para os detalhes do teto (os dois itens foram pontuados igualmente), porém na tabela, mostrados como 4° e 5° maiores estressores; sentir falta do marido ou da esposa, demonstrado na tabela como 6° maior estressor.

Os cinco maiores estressores na percepção dos idosos foram, em ordem decrescente: 1°. ter tubos no nariz e/ou na boca; 2°. não conseguir dormir; ter dor e ter sede (com o mesmo grau de estresse); entretanto, na tabela, identificados como 3° e 4° maiores estressores, 5°. estar amarrado por tubos; 6° sentir falta do marido ou da esposa.

Tabela 4 – Comparativo dos estressores classificados pelos idosos e adultos.

NOME DO ESTRESSOR	Adulto			Idosos		
	Rank A	Média	DP	Rank I	Média	DP
Ter tubos no nariz e/ou na boca	01°	2,95	1,32	01°	2,85	1,09
Ter sede	02°	2,85	1,23	04°	2,6	1,35
Ser furado por agulhas	03°	2,75	1,07	28°	1,6	1,05
Estar amarrado por tubos	04°	2,65	1,31	05°	2,55	0,94
Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	05°	2,65	1,31	14°	2,1	1,25

Sentir falta do marido ou da esposa	06°	2,6	1,5	06°	2,5	1,28
Não conseguir dormir	07°	2,4	1,31	02°	2,65	1,31
Ter dor	08°	2,3	1,3	03°	2,6	1,27
Não ter controle de si mesmo	09°	2,25	1,16	18°	2	1,21
Escutar o gemido de outros pacientes	10°	1,95	1,19	19°	1,9	1,17
Ter luzes acesas constantemente	11°	1,95	1,36	12°	2,15	1,27
Estar num ambiente muito quente ou muito frio	12°	1,95	1,36	22°	1,85	1,14
A enfermeira não se apresentar pelo nome	13°	1,95	1,15	23°	1,85	1,14
Ver as bolsas de soros penduradas sobre a cabeça	14°	1,95	1,36	34°	1,45	0,94
Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos	15°	1,9	1,21	13°	2,1	1,12
Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas	16°	1,85	0,93	07°	2,45	1
Não ter privacidade	17°	1,8	1,24	24°	1,8	1,15
Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos	18°	1,8	1,28	08°	2,4	1,19
Não saber que horas são	19°	1,8	1,2	09°	2,35	1,18
Escutar os alarmes do monitor cardíaco despertarem	20°	1,7	0,98	16°	2,05	1,23
Cama e/ou travesseiros desconfortáveis	21°	1,7	1,26	21°	1,85	1,35
Não saber onde está	22°	1,65	0,99	17°	2,05	1,36
Ser cuidado por médicos desconhecidos	23°	1,6	1,05	38°	1,2	0,7
Ter que usar oxigênio	24°	1,6	0,99	20°	1,9	1,07
Não saber quando as coisas vão ser feitas	25°	1,5	0,95	10°	2,2	1,06
Ser acordado pela enfermagem	26°	1,5	1,05	35°	1,4	0,82
Enfermagem e médicos falando muito alto	27°	1,45	0,94	25°	1,8	1,32
Sons e ruídos desconhecidos	28°	1,45	0,94	31°	1,55	1
Não ter explicações sobre o tratamento	29°	1,4	0,88	15°	2,05	1,19
Sentir cheiros estranhos	30°	1,4	0,88	37°	1,25	0,79
Ter máquinas estranhas ao redor	31°	1,35	0,93	32°	1,5	0,89

Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	32°	1,35	0,93	30°	1,55	1,05
Sentir que a enfermeira está muito apressada	33°	1,35	0,88	26°	1,75	1,21
Não saber que dia é hoje	34°	1,35	0,88	11°	2,2	1,2
Ser incomodado	35°	1,25	0,64	29°	1,6	1,1
Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	36°	1,25	0,64	27°	1,7	1,03
Ter a equipe falando termos incompreensíveis	37°	1,1	0,45	36°	1,35	0,75
Escutar o telefone tocar	38°	1,1	0,45	33°	1,5	1,1
Ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente	39°	1,1	0,45	40°	1,05	0,22
Ter enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito	40°	1,1	0,45	39°	1,2	0,62

DP: desvio padrão

Com respeito à correlação dos fatores estressores com variáveis sócio-demográficas e clínicas nos adultos (grupo 1) na amostra estudada, não se observou correlação significativa entre os escores totais de cada paciente e o gênero ($r = -0,282$, $p = 0,228$), tampouco com relação à escolaridade ($r = 0,164$, $p = 0,490$), o estado civil ($r = 0,114$, $p = 0,633$) e a situação profissional ($r = -0,174$, $p = 0,464$). No entanto, quando foi correlacionada a categoria gênero com cada fator estressor, observou-se que os adultos do gênero feminino mostraram-se mais estressados do que os do masculino no que diz respeito ao estressor 14 (ser furado por agulhas) com ($r = 0,571$, $p = 0,04$). Os adultos do gênero masculino sentiram-se mais estressados do que os do feminino em relação ao estressor 31 (não saber que horas são) ($r = -0,525$, $p = 0,005$).

Com relação às variáveis clínicas no grupo 1, não houve correlação significativa entre os escores totais de cada paciente e o diagnóstico na internação ($r = -0,118$, $p = 0,620$), o uso de psicotrópicos ($r = -0,301$, $p = 0,198$), tipo de cirurgia ($r = 0,204$, $p = 0,389$), tempo de permanência na UTI ($r = 0,258$, $p = 0,272$) e o tempo decorrido entre a alta da UTI e a entrevista, ($r = -0,036$, $p = 0,879$). Em 100% da amostra estudada a categoria natureza da cirurgia foi eletiva e o número de equipamentos conectados ao pacientes foi entre 6 a 9. Desta forma, não foram gerados valores na análise, pois não foi possível fazer comparação.

A tabela 5 apresenta a correlação dos fatores estressores com variáveis sócio-demográficas e clínicas nos idosos (grupo 2). Com relação à variável gênero, constatou-se que apesar de os pacientes do sexo feminino apresentarem média de estressores maior do que os do sexo masculino, não houve diferença significativa ($r = 0,009$, $p = 0,971$). Portanto, a percepção dos fatores estressores nos idosos dos gêneros masculino e feminino não se mostrou diferente.

Tabela 5 – Comparativo dos estressores por gênero do grupo de idosos.

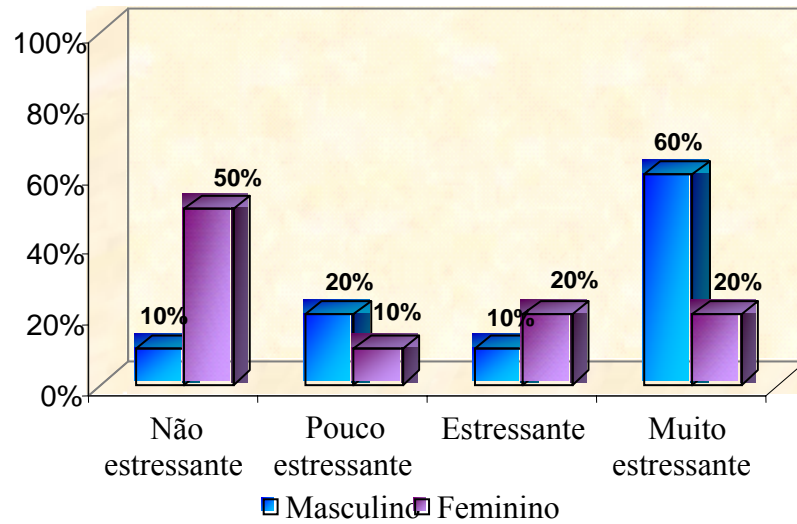
ESTRESSOR	Rank	Média		Valor		Média		Valor	
		Masc	DP	p	Rank	Fem	DP	p	
Não conseguir dormir	1º	3,2	1,13	0,05*	16	2,1	1,28	0,05*	
Ter dor	2	2,8	1,39	0,5	9	2,4	1,17	0,5	
Ter sede	3	2,5	1,43	0,75	3	2,7	1,33	0,75	
Sentir falta do marido ou da esposa	4	2,5	1,17	1	6	2,5	1,43	1	
Ter tubos no nariz e/ou na boca	5	2,5	0,84	0,16	1	3,2	1,22	0,16	
Ter luzes acesas constantemente	6	2,4	1,34	0,39	22	1,9	1,19	0,39	
Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos	7	2,3	1,15	0,44	23	1,9	1,10	0,44	
Não saber que horas são	8	2,3	1,15	0,86	8	2,4	1,26	0,86	
Estar amarrado por tubos	9	2,3	1,05	0,25	2	2,8	0,78	0,25	
Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas	10	2,3	1,05	0,52	5	2,6	0,96	0,52	
Escutar o gemido de outros pacientes	11	2,2	1,22	0,26	32	1,6	1,07	0,26	
Não saber quando as coisas vão ser feitas	12	2,2	1,03	1	15	2,2	1,13	1	
Não saber que dia é hoje	13	2,1	1,28	0,72	11	2,3	1,15	0,72	
Escutar os alarmes do monitor cardíaco despertarem	14	2,1	1,19	0,86	19	2	1,33	0,86	
Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos	15	2,1	0,99	0,27	4	2,7	1,33	0,27	
Não ter explicações sobre o tratamento	16	2	1,33	0,86	18	2,1	1,10	0,86	
Não saber onde está	17	1,9	1,44	0,63	13	2,2	1,31	0,63	
Cama e/ou travesseiros	18			0,87				0,87	

inconfortáveis		1,9	1,44		24	1,8	1,31	
Não ter controle de si mesmo	19	1,8	1,13	0,48	12	2,2	1,31	0,48
Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	20	1,8	1,13		7	2,4	1,34	
Ter que usar oxigênio	21			0,3				0,3
Enfermagem e médicos falando muito alto	22	1,8	1,13	0,69	20	2	1,05	0,69
Sentir que a enfermeira está muito apressada	23	1,7	1,25		21	1,9	1,44	
Sons e ruídos desconhecidos	24			0,75				0,75
A enfermeira não se apresentar pelo nome	25	1,7	1,15		25	1,8	1,31	
Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	26			0,86				0,86
Ser incomodado	27	1,7	1,05	0,52	34	1,4	0,96	0,52
Estar num ambiente muito quente ou muito frio	28	1,6	1,07		17	2,1	1,19	
Ser acordado pela enfermagem	29			0,34				0,34
Ter a equipe falando termos incompreensíveis	30	1,6	1,07		27	1,8	1,03	
Ser furado por agulhas	31			0,68				0,68
Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	32	1,5	1,08	0,7	29	1,7	1,15	0,7
Escutar o telefone tocar	33	1,5	0,97		14	2,2	1,22	
Ter enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito	34			0,18				0,18
Ter máquinas estranhas ao redor	35	1,5	0,97	0,6	36	1,3	0,67	0,6
Sentir cheiros estranhos	36	1,5	0,84		37	1,2	0,63	
Ver as bolsas de soros penduradas sobre a cabeça	37			0,38				0,38
Não ter privacidade	38	1,4	0,96	0,41	26	1,8	1,13	0,41
Ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente	39	1,4	0,96		28	1,7	1,15	
Ser cuidado por médicos desconhecidos	40			0,54				0,54
		1,4	0,96	0,7	30	1,6	1,26	0,7
		1,4	0,84		40	1	0,00	
				0,15				0,15
		1,4	0,69		31	1,6	1,07	
				0,63				0,63
		1,3	0,94	0,79	38	1,2	0,63	0,79
		1,3	0,94		33	1,6	0,96	
				0,49				0,49
		1,3	0,67	0,05*	10	2,3	1,33	0,05*
		1,1	0,31		39	1	0,00	
				0,33				0,33
		1,0	0,00		35	1,4	0,96	
				0,22				0,22

*p ≤ 0,05.

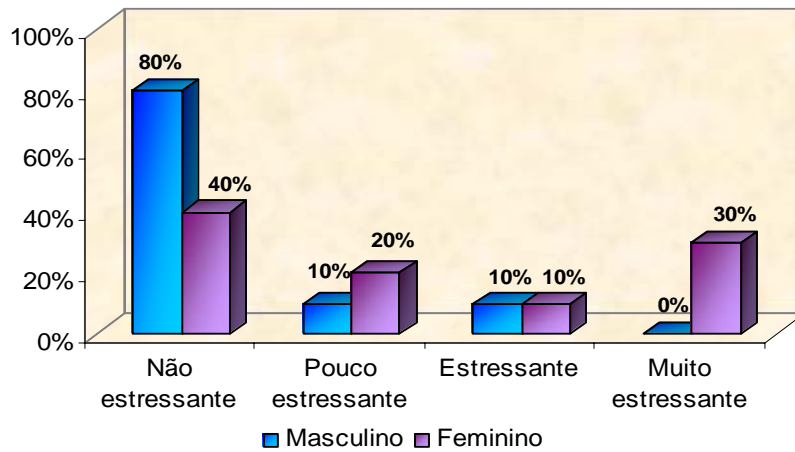
Quanto às diferenças por fator estressor, no gênero masculino o estressor 5 (não conseguir dormir) apresentou-se significativamente maior ($3,20 \pm 1,14$) do que no gênero feminino ($2,10 \pm 1,29$) [$t(18)=2,03$; $p=0,05$] (gráfico 8). No estressor 9 (não ter privacidade), os idosos do sexo feminino apresentaram-se mais estressados ($2,30 \pm 1,34$) do que os do sexo masculino ($1,30 \pm 0,67$) [$t(18)=-2,11$; $p=0,05$] (gráfico 9).

Gráfico 8. Resposta dos indivíduos idosos (grupo 2), por diferença de gênero, quanto ao estressor n°5 da EETI: Não conseguir dormir.



p = 0,05

Gráfico 9. Resposta dos indivíduos idosos (grupo 2), por diferença de gênero, quanto ao estressor n° 9 da EETI: Não ter privacidade.



p = 0,05

Com relação aos dados sócio-demográficos no grupo dos idosos, observa-se que não houve correlação dos estressores com as categorias escolaridade ($r = -0,027$, $p = 0,909$), estado civil ($r = 0,411$, $p = 0,072$) e situação profissional ($r = 0,434$, $p = 0,056$). Com relação às variáveis clínicas no grupo dos idosos, a correlação estatística com os fatores estressores não se mostrou significativa nas seguintes variáveis: diagnóstico na internação ($r = 0,148$, $p = 0,535$), tipo de cirurgia ($r = 0,148$, $p = 0,535$), tempo de internação na UTI ($r = 0,042$, $p = 0,862$) e tempo decorrido entre a alta da UTI e a entrevista ($r = 0,206$, $p = 0,383$). Quanto ao uso de psicotrópicos, houve correlação negativa e moderada entre os fatores estressores e o uso destes medicamentos, sendo que os idosos que os utilizaram apresentaram nível de estresse mais elevado ($r = -0,50$; $p = 0,03$).

7. DISCUSSÃO

O presente trabalho mostra que a cirurgia de revascularização do miocárdio é prevalente na população idosa, confirmando o estudo de Loures (2000). Vale ressaltar que, na amostra estudada, as cirurgias de troca valvar foram consequência de doença valvar provocada por febre reumática, mais comumente ocorrendo nos indivíduos na terceira e quarta décadas de vida, segundo Moderno & Moderno, (2000). Contudo, Loures (2000) comenta que, à medida que a idade avança, é comum a associação de doença coronariana e doença valvar, devido às alterações degenerativas de fibrose e calcificação valvar. Na nossa amostra não surgiu diferença significativa entre os grupos de adultos e de idosos com relação à presença de ambas cirurgias.

Verificou-se que o estresse na UTI percebido pelos idosos e pelos adultos, medido na escala de estressores (EETI), teve média geral maior nos sujeitos idosos, visto que a soma das médias de cada um dos 40 itens da escala obteve pontuação maior neste grupo ($76,45 \pm 20,65$), enquanto foi de $71,55 \pm 17,19$ nos adultos.

Porém, a análise não demonstrou diferença significativa entre os resultados nos idosos e nos adultos, corroborando o estudo de Novaes (1997), que apontou a não existência de correlação entre o escore de estresse total e a idade. No entanto, nosso resultado contradiz outros estudos que obtiveram esta correlação (HOLROYD *et al.*, 1998; MAROSTI & DANTAS, 2006).

Holroyd (1998) encontrou maior nível de tolerância ao estresse entre os chineses idosos. Aparentemente, a divergência de achados deve-se às diferenças culturais entre a população chinesa e brasileira, e isto merece investigação posterior. Supõe-se que a idade possa influenciar na resposta do enfrentamento do paciente frente à internação. Talvez a população chinesa idosa seja condicionada a tolerar mais os desconfortos e incômodos da doença e da hospitalização do que a brasileira. Talvez, por outro lado, os chineses sejam menos questionadores sobre as inconveniências da estrutura do sistema de saúde chinês. Portanto, faz-se necessário mais estudos sobre a influência que as características individuais, culturais e regionais de uma população pode representar nas pesquisas.

Marosti & Dantas (2006), estudando pacientes internados em hospital público de grande porte no Brasil, verificaram que houve relação inversa entre a idade e o escore de estresse total, ou seja, quanto mais jovem o paciente maior o estresse na UTI. Entretanto, os pacientes desta pesquisa eram pacientes clínicos, não pós-cirúrgicos como no nosso estudo.

Portanto, não necessitaram da presença de tantos dispositivos conectados em seus corpos, ao contrário do que ocorre após o ato cirúrgico. Além disso, pacientes submetidos a cirurgias de grande porte, como as de revascularização do miocárdio, troca valvar ou ambas, necessitam de ventilador mecânico, associado a outros dispositivos, como tubo oro-traqueal ou traqueostomia, ficando impossibilitados de se comunicarem e se alimentarem, o que ocorreu em 100% dos pacientes de nossa amostra. Estudos mostram que a presença destes equipamentos e a dificuldade de comunicação são fontes geradoras de estresse relatadas por esses pacientes (SOEHREN, 1995; ROTONDI *et al.*, 2002). Tais equipamentos necessitam de procedimentos citados na literatura como desconfortáveis e dolorosos, como aspiração de secreções pulmonares e retirada do tubo oro-traqueal, quando o paciente está apto a respirar com autonomia (SEIDLER & MORITZ, 1998; ROTONDI *et al.*, 2002). Estes dispositivos e procedimentos, a imposição da imobilidade no leito provocada por fios, drenos e sondas, e a sensação da perda do controle de seus corpos, são fatores citados como os principais geradores de estresse entre os pacientes internados em UTI (NOVAES, *et al.*, 1997; VAN DE LEUR *et al.*, 2004).

Outra possível diferença observada entre a percepção dos idosos e aquela dos adultos sobre os estressores na UTI, foi o tempo decorrido entre a alta desta unidade e a realização da entrevista, e também o tempo de permanência na UTI. 80% das entrevistas com os idosos transcorreram entre 48 e 96 horas, ou seja, de 2 a 4 dias após a alta da UTI, enquanto que apenas 45% dos adultos foram entrevistados dentro deste período. O presente estudo mostrou diferença estatisticamente significante para esta situação, sendo os idosos entrevistados em período menor após a alta da UTI. Outro possível motivo para que os idosos possuam média de escore de estresse maior do que o dos adultos é o fato de poderem recordar as experiências desagradáveis passado período curto de tempo, no qual as lembranças desagradáveis ainda recentes possuem dimensão maior (YARCHESKI & KNAPP-SPOONER, 1994). Além disso, no nosso estudo os idosos permaneceram mais tempo na UTI, em período igual ou superior a 145 horas (35% dos idosos e 20% dos adultos), embora este dado não se tenha mostrado significativamente diferente entre os dois grupos. Deste modo, os idosos se sujeitaram a maior número de procedimentos invasivos de rotina, por permanecerem por tempo mais prolongado na UTI.

Quanto aos fatores estressores, os idosos classificaram com maior intensidade do que os adultos os seguintes estressores: nº 3 (não ter explicações sobre o tratamento), nº 24 (não saber quando as coisas vão ser feitas), nº 33 (não saber que dia é hoje), e nº 12 (não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas). Ballard (1981) agrupou os itens que

representam condições de estresse em seis grandes classes: imobilização, isolamento, privação do sono, perda de orientação, privação sensorial e despersonalização. Este autor comenta que muitas rotinas e procedimentos realizados na UTI podem causar perda da identidade e do autocontrole.

Os estressores nº 3 e nº 24 representam a classe despersonalização, sendo classificados como o quarto e o sexto maiores estressores no estudo de Novaes (1997). O resultado obtido aponta para a possibilidade de que preferissem saber sobre suas condições de saúde e sobre as decisões da equipe multidisciplinar, incluindo participar das discussões e planejamento após alta hospitalar. Talvez os idosos tenham-se preocupado mais do que os adultos com este aspecto, devido à maior probabilidade de depender dos familiares para suas atividades cotidianas após a alta hospitalar.

O estressor nº 33 (não saber que dia é hoje) representa a classe perda da orientação. Ballard (1981) e Seidler & Moritz (1998) relatam que a orientação temporal é variável na UTI, e os pacientes podem não perceber a transição entre dia e noite, causada pela ausência de janelas ou não percepção da luz solar, estando este fator relacionado à maior incidência de delírios. Na UTI em que nosso estudo foi realizado, os pacientes ficam alinhados de costas para as janelas, não tendo, portanto, acesso à visualização externa, o que pode ter facilitado a perda da orientação temporal. A possibilidade dos idosos terem apresentado maior incidência de perda de orientação temporal em relação aos adultos, poderia estar ligada provavelmente à privação sensorial no ambiente da UTI, com ausência do convívio familiar, a uma resposta mais lenta da absorção dos hipnosedativos, usados após a cirurgia cardíaca, assim como ao próprio processo de envelhecimento de acordo com suas características de vida.

O estressor nº 12 (não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas) está contido na classe imobilização, combinando os acessórios dos equipamentos médicos com a sensação de imobilização forçada, segundo Ballard (1981). Os itens desta classe são os que mais se encontram no topo das classificações de vários estudos. Foi considerado o sexto maior estressor por Ballard (1981), décimo por Soehren (1995) e sétimo por Novaes (1997). O fato de os idosos terem classificado este item como sendo mais estressante do que para os adultos, pode estar ligado aos itens: não ter explicações sobre o tratamento e não saber quando as coisas vão ser feitas. Isto pode demonstrar que, talvez, os idosos tenham sentido maior necessidade de informações explicativas sobre o que iria acontecer com eles após a cirurgia. Provavelmente, por apresentarem menor escolaridade em comparação com os adultos, os colocasse em posição de desvantagem para questionar aos

médicos e cirurgiões sobre como seria o pós-operatório, fazendo-os sentirem submissos às decisões médicas.

Entre os adultos do nosso estudo, os do gênero masculino classificaram o estressor nº 31 (não saber que horas são) como mais estressante do que os do gênero feminino. Não há trabalhos na literatura que contemplem este tópico, portanto tornam-se necessárias investigações sobre o maior nível de estresse e a perda da orientação temporal com relação ao gênero, após permanência na UTI. Além disso, a exposição do relógio na UTI estudada não era visível de todos os leitos deste setor. Somente os que se encontravam na frente do balcão de prescrições conseguiam visualizá-lo. O estressor 14 (ser furado por agulhas) foi classificado pelos adultos do gênero feminino como mais estressante do que pelos do gênero masculino. Este estressor obteve a primeira classificação entre os 40 itens da escala entre as mulheres adultas. Pode-se supor que a relevância com que este item foi classificado tenha uma equivalência com o medo de agulhas, injeção e ferimentos, podendo ser considerado um tipo de fobia específica (FE). Segundo Terra *et al* (2007), a FE entre as mulheres é o transtorno mental mais comum. A proporção entre mulheres e homens é de 2:1, mesmo em idosos.

A tabela 4 apresenta a classificação dos fatores estressores a partir do escore médio obtido na avaliação dos pacientes. O presente trabalho constatou que os principais fatores geradores de estresse classificados pelos idosos como de maior intensidade foram, em ordem decrescente: ter tubos no nariz e boca, não conseguir dormir, ter dor e ter sede (ambos com o mesmo grau de estresse), estar amarrado por tubos e ser furado por agulhas. Para os adultos, os principais estressores foram, em ordem decrescente: ter tubos no nariz e boca, ter sede, ser furado por agulhas, estar amarrado por tubos e ter que ficar olhando para os detalhes do teto (ambos com o mesmo grau de estresse) e sentir falta do marido ou esposa. Observa-se, na nossa amostra, que coincidiram alguns estressores entre os dois grupos, de idosos e adultos, porém, apresentando-se em intensidades diferentes. Ter tubos no nariz e boca foi o maior estressor tanto entre os idosos quanto entre os adultos. Ter sede foi o segundo maior fator de estresse para os adultos e o quarto para os idosos. Estar amarrado por tubos foi o quarto maior estressor para os adultos e o quinto para os idosos. Interessante notar que sentir falta do marido ou esposa foi classificado como um dos principais fatores estressantes, o sexto, tanto para os adultos quanto para os idosos.

Ter tubos no nariz e/ou boca, tanto para os idosos ($2,85 \pm 1,09$) quanto para os adultos ($2,95 \pm 1,32$), foi classificado como o principal estressor na amostra estudada. Este dado corrobora o relatado por outros autores, sendo esta uma das experiências extremamente

estressantes (TURNER, *et al.*, 1990; ROTONDI *et al.*, 2002). A presença de tubo na boca (tubo oro-traqueal ou tubo endotraqueal), no estudo de Rotondi (2002), foi associada tanto a experiências físicas como dor, quanto a experiências psicológicas como períodos de terror, sentir-se nervoso quando deixado sozinho e alterações no padrão do sono. A presença deste dispositivo pode estar associada à dor pelo fato provavelmente de estar no interior da traquéia, com balonete inflado para manter a pressão positiva fornecida pelo ventilador mecânico, o que limita a movimentação do pescoço e impossibilita a comunicação e alimentação, além de restringir as mudanças de posição no leito. A associação com períodos de terror talvez ocorra pelo fato de o tubo oro-traqueal estar conectado ao ventilador mecânico, o qual possui alarmes sonoros sensíveis à tosse, à movimentação no leito e a uma série de outros fatores, cujos disparos causam ansiedade e temor ao paciente quando o equipamento não funciona corretamente. Estes mesmos pacientes podem ficar nervosos quando não há alguém da área da saúde por perto para checar o ventilador mecânico. Além disso, o barulho que estes alarmes produzem, e a dificuldade para encontrarem posição confortável, levam a dificuldades para dormir ou interrupções no sono. Os itens que representam esta classe são os que mais se encontraram no topo das classificações de vários estudos (SOEHREN, 1995; NOVAES *et al.*, 1997; SEIDLER & MORITZ, 1998; ROTONDI *et al.*, 2002).

Não conseguir dormir (2,65 ± 1,30) foi classificado pelos idosos como o segundo maior estressor, confirmando os achados de outros estudos (NOVAES, 1997; STEIN-PARBURY, 2000; DOERING, 2002; TAMBURRI *et al.*, 2004), sendo ranqueado entre os maiores fatores geradores de estresse nos indivíduos em UTI. Segundo Rotondi (2002), este fator está associado à presença do tubo oro-traqueal, podendo também estar relacionado à claridade constante do setor, conversas em tom alto da equipe multiprofissional, equipamentos ligados ao paciente e procedimentos de monitorização noturnos realizados no paciente como, administração de medicações via catéteres, medidas hemodinâmicas via catéter, banhos dos pacientes e coleta de amostras de sangue .

Ter dor (2,60 ± 1,27) foi, no presente estudo, o terceiro maior estressor classificado pelos idosos, corroborando os estudos de Carr (1986) e Soehren (1995). Foi classificado como o primeiro maior estressor no estudo de Novaes (1997), o quarto no estudo de Yarcheski & Knapp-Spooner (1994) e o primeiro gerador de estresse no estudo de Ballard (1981). A dor pode estar relacionada a um conjunto de desconfortos físicos específico do ato cirúrgico e aos procedimentos requeridos durante o processo de recuperação, mas também ao desconforto psicológico inerente à situação de internação na UTI.

Ter sede ($2,60 \pm 1,35$), no presente estudo, foi o terceiro maior fator estressor para os idosos ao lado de ter dor, e o segundo para os adultos ($2,85 \pm 1,23$). Ter sede foi classificado como o segundo estressor com maior intensidade no estudo de Nastasy (1985) e o terceiro no de Ballard (1981). Pressupõe-se que a sede possa estar relacionada à entubação, com presença do tubo oro-traqueal, geralmente até um dia após a cirurgia, período no qual ocorre restrição de líquidos por via oral. É neste período que os pacientes mais solicitam água para beber. Porém, a impossibilidade de ingerir líquidos e a dificuldade para deglutir, devido à presença do referido tubo, podem tornar esta experiência extremamente desagradável .

Estar amarrado por tubos foi ranqueado como o quinto estressor mais importante, para os idosos ($2,55 \pm 0,94$) e o quarto para os adultos ($2,65 \pm 1,31$). Este fator estressor representa a classe imobilização, combinando os acessórios dos equipamentos médicos com a sensação de imobilização forçada. Os itens que representam esta classe são os que mais se encontram no topo das classificações de vários estudos (BALLARD, 1981; SOEHREN, 1995; NOVAES, 1997). A presença de catéteres, sondas e drenos nos primeiros dias após a cirurgia pode causar a sensação de estar preso e contraria um estado natural de liberdade (NOVAES, 1997).

Na amostra estudada, observa-se que **sentir falta do marido ou da esposa** foi considerado o sexto maior estressor tanto para os idosos ($2,50 \pm 1,28$) quanto para os adultos ($2,60 \pm 1,50$), junto com “ter que ficar olhando os detalhes do teto”. Este dado corrobora os estudos realizados por Ballard (1981) e Soehren (1995), nos quais este item foi classificado como o quinto maior estressor no primeiro estudo e o quarto no segundo estudo. Sentir falta do marido ou da esposa é fator inserido na classe isolamento, sendo considerada uma forma de privação sensorial fortemente estressante para a maioria dos pacientes. Os resultados de nossa pesquisa fazem supor que este é um fator importante para a população estudada. A rotina do horário de visitas na UTI é de somente uma hora por dia, podendo entrar na unidade, para cada paciente, dois visitantes por vez. Somente em situações especiais, como para ajudar os pacientes a se alimentarem, é permitido que os familiares mais próximos os visitem nos horários de almoço e jantar. O escasso tempo em que os pacientes ficam juntos de seus familiares, os constantes atrasos nos horários de visita, as necessidades de maior suporte e informação a respeito da evolução clínica do paciente, além do contato restrito com os profissionais de saúde e ausência de estratégias de integração entre enfermeiro-família, são fatores que podem ter contribuído para o aumento dos níveis de estresse do paciente e familiar (FREITAS *et al.*, 2007).

Gonzalez (2004), realizando pesquisa para conhecer as preferências dos pacientes e seus familiares a respeito do horário de visitas em UTIs, mostrou que o horário de visitas que variasse de 35 a 55 minutos, por 3 a 4 vezes ao dia e com 3 visitantes/dia, atenderia de forma flexível e suficiente às necessidades tanto dos pacientes quanto de seus familiares. Segundo Farrell (2005), visitas são uma ocorrência diária em UTIs. Porém, pouco se sabe sobre as perspectivas das enfermeiras que estão ao lado do leito. Poucas evidências indicam quais intervenções propostas estão sendo utilizadas, como elas estão sendo incorporadas na prática diária e quais delas têm sido eficientes em cuidados críticos realizadas por enfermeiras especializadas no manejo com os visitantes. A maioria das UTIs limita o número de visitantes, permanência do tempo de visita e o mínimo de idade para o visitante. Há pouco consenso sobre quais limites seriam estes. Ramsey (2000) descreve que algumas enfermeiras acham que horários de visitas mais liberais em UTIs podem prejudicar os cuidados com o paciente, enquanto, por outro lado, alguns visitantes acham que a política de visitação mais restrita pode tolher o contato com seus familiares internados. Portanto, segundo Freitas (2007), conhecer as necessidades dos familiares dos pacientes críticos possibilita o planejamento de intervenções que atendam às reais demandas da relação paciente-família. À medida do grau de satisfação dos familiares, por sua vez, dá subsídios para identificar as necessidades não atendidas e avaliar a qualidade do cuidado prestado.

Ser furado por agulhas ($2,75 \pm 1,07$) foi considerado o terceiro maior estressor para os adultos e o vigésimo oitavo para os idosos ($1,60 \pm 1,05$). Nos estudos de Soehren (1995) e Novaes (1997), este item esteve entre os dez maiores estressores em pacientes na UTI. Coleta de sangue arterial ou venoso na UTI é procedimento que faz parte da rotina diária. Às vezes se faz necessário colher sangue mais de uma vez ao dia, dependendo da gravidade do paciente. Nos estudos de Turner (1990) e Seidler & Moritz (1998), quando o paciente está consciente, a coleta de sangue arterial foi considerada a conduta mais estressante a que os pacientes foram submetidos em 48% e 38% da amostra, respectivamente. No presente estudo, embora este item tenha sido classificado como um dos cinco maiores estressores para os adultos, apresentou-se como pouco estressante para os idosos. Aparentemente, os idosos suportam melhor este desconforto físico, como se fora um preço a ser pago para restabelecer sua saúde.

Ter que ficar olhando para os detalhes do teto ($2,65 \pm 1,31$) foi o quarto maior estressor para os adultos, em desacordo com outros estudos que o classificaram como pouco estressante e não estressante (Soehren, 1995; Novaes, 1997). Este item está dentro da classe de privação sensorial, segundo Ballard (1981). Este autor considera que tanto

hiperestimulação quanto a hipostimulação são formas de privação sensorial. Na UTI na qual o estudo atual foi realizado, os pacientes são dispostos um ao lado do outro, sendo separados por divisórias, não podendo visualizar um ao outro. Eles ficam de costas para a paisagem externa, estando voltados para o posto de enfermagem e balcão de prescrições. Provavelmente, no nosso estudo, o fato dos pacientes precisarem ficar em repouso no leito durante a estadia na UTI, sem terem para onde olhar, longe de seu trabalho e sua casa, sem informações da família ou notícias do que está acontecendo fora do hospital, pode contribuir para o aumento do nível de estresse. Porém, estudos deverão ser realizados para investigar o motivo deste item ter sido classificado entre os maiores estressantes no grupo de pacientes adultos.

Os resultados do atual estudo não mostraram relação do estresse percebido com os dados sócio-demográficos e clínicos nos participantes adultos, ou seja, não houve correlação do estresse total com a idade, gênero, escolaridade, estado civil ou situação profissional, diagnóstico na internação, uso de psicotrópicos, tipo de cirurgia, tempo de permanência na UTI e tempo decorrido entre a alta da UTI e a entrevista.

Nos participantes idosos, o presente estudo tampouco encontrou correlação entre o estresse total percebido e as variáveis sócio-demográficas, no entanto houve diferença por fator estressor. No gênero feminino, o estressor nº 9 (não ter privacidade) apresentou-se significativamente maior do que no masculino. Apesar de suspeitar que isto possa ser uma questão cultural, Elpern (1992) mostrou que os pacientes internados na UTI preocupam-se principalmente em recuperar sua saúde, não sendo a privacidade sua prioridade, naquele momento, especialmente para o gênero masculino.

Com respeito às variáveis clínicas dos idosos, observou-se que houve correlação estatisticamente significativa com o uso de psicotrópicos (sedativos e analgésicos), ou seja, os idosos que fizeram uso destes medicamentos apresentaram-se mais estressados do que os adultos, embora apenas 20% dos participantes idosos tenham utilizado estes fármacos. Este resultado difere do encontrado por Marosti & Dantas (2006), que relataram relação inversa entre o uso de psicotrópicos e o grau de estresse. A maioria dos pacientes internados em UTI requer analgesia, sedação e ansiolíticos durante parte de sua estadia, para controlar a dor após o procedimento cirúrgico e para o controle da ansiedade, assim como anestesia para a realização de procedimentos desconfortáveis. Pode-se supor que aqueles que necessitaram usar estes medicamentos são aqueles que mais se queixaram de dor e ansiedade após o ato cirúrgico, e talvez os mais ansiosos durante a espera pela cirurgia. Todos os pacientes da amostra sofreram cirurgias agendadas e alguns tiveram suas cirurgias adiadas. Pode-se supor

que este fato possa ter contribuído para aumentar o nível de ansiedade e estresse entre estes pacientes. Gallagher & MacKinley (2007) demonstraram que os pacientes mais ansiosos antes da cirurgia apresentam mais dor, menor alívio dos sintomas após a cirurgia e piora da qualidade de vida após alta hospitalar.

8. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É importante acrescentar-se algumas limitações ao presente estudo, o que poderá contribuir para futuras reflexões e pesquisas. O instrumento utilizado para identificar os fatores estressantes para os pacientes internados na UTI, a Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI), é validada nos Estados Unidos, foi traduzida e culturalmente adaptada para a língua portuguesa, mas não validada (NOVAES, 1997). Os itens contemplados na referida escala podem não estar condizentes ou mesmo ter deixado de mostrar aspectos relevantes para a realidade dos pacientes internados em UTIs brasileiras. Entretanto, as pesquisas brasileiras sobre este assunto têm-se baseado nesta escala, sendo publicados em revistas científicas indexadas (NOVAES *et al.*, 1997; NOVAES *et al.*, 1999; GÓIS & DANTAS, 2004; MAROSTI & DANTAS, 2006; BITENCOURT *et al.*, 2007).

Outra possível limitação de nosso estudo é que, apesar de ter amostra homogênea, seu número é pequeno (total de 40), sendo de 20 adultos e 20 idosos, não podendo ter seus resultados generalizados para a população de adultos e de idosos.

O fato de a autora de a pesquisa fazer parte da equipe multiprofissional da UTI estudada, tendo tido contato prévio com os participantes da pesquisa, poderia influenciar positivamente as respostas dos pacientes estudados após a alta da UTI. Segundo Stein-Parbury (2000), entrevistar e pesquisar pacientes enquanto ainda estão no hospital, pode desencadear mais elogios para a equipe multiprofissional do que ocorreria após a alta hospitalar. Talvez os pacientes, por ainda permanecerem no hospital, embora de alta da UTI, permaneçam dependentes, vulneráveis e possam ainda retornar para esta unidade devido a alguma complicação.

9. CONCLUSÃO

Ao contrário do que se imagina, a pesquisa demonstrou que a internação na UTI para os pacientes foi considerada entre não estressante e pouco estressante. A experiência da internação nesta unidade gera aprendizado, reflexões sobre os verdadeiros valores da vida e um sentimento de gratidão a Deus por ter vencido um grande desafio.

Os resultados obtidos com o presente estudo mostram que não há diferença significativa na percepção dos fatores estressores em UTI entre o grupo de adultos e o de idosos. Também não se encontrou diferença significativa entre os fatores estressores e as características sócio-demográficas da população de adultos e de idosos.

Apesar de ter sido encontrado uma pontuação maior na Escala de Estressores de Terapia Intensiva nas mulheres idosas em comparação com os homens idosos, não foi observado diferença significativa. Logo a média de estresse do gênero feminino não difere do gênero masculino na população dos idosos.

Da mesma maneira não foi encontrado diferença na percepção dos fatores estressores entre os adultos do gênero masculino e feminino.

Entretanto, quando se compara por fator estressor isolado, surge diferença significativa no grau de estresse classificado entre os gêneros nos dois grupos.

Não ter explicações sobre o tratamento, não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às via intravenosas, não saber quando as coisas vão ser feitas e não saber que dia é hoje foram os itens da escala de estressores considerados como mais estressantes para a população de idosos em comparação com os adultos, demonstrando significância estatística. Para os adultos, ser furados por agulhas foi, estatisticamente significativa, mais estressante em comparação com os idosos.

Quando correlacionado os fatores estressores com as características clínicas da população idosa, foi observado que os idosos que fizeram uso de psicotrópicos se mostraram mais estressados. O mesmo não foi encontrado na população dos adultos. Desta forma, não foi observado correlação entre os fatores estressores e as características clínicas na população adulta estudada.

A internação em UTI é inevitavelmente marcante na vida do indivíduo, tanto pelo desconforto físico quanto pelo desconforto psicológico representado pelo medo da morte e medo do desconhecido. Desta maneira, reduzir o estresse que envolve a internação na UTI

pode proporcionar ao paciente e a seus familiares melhores condições de enfrentamento durante este período.

10. IMPLICAÇÕES PARA A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

É importante que se identifiquem os fatores geradores de estresse ao usuário da UTI, assim como o grau no qual são percebidos, a fim de que sejam implementadas medidas que melhorem sua estadia neste setor. São características importantes da amostra do atual estudo: primeiro, todas as cirurgias foram realizadas eletivamente; e segundo, antes do procedimento cirúrgico, todos os pacientes ficaram internados na enfermaria cardíaca do hospital e esperaram por tempo prolongado pela cirurgia. Uma medida que pode ser eficiente neste período é a intervenção no pré-operatório contra a ansiedade, própria destes pacientes, e esta pode influenciar negativamente os resultados após a cirurgia. Detectar os pacientes propensos à ansiedade e fornecer informações confiáveis sobre a data da cirurgia, sobre a dor e desconforto após procedimento cirúrgico e mudanças do estilo de vida podem minimizar estes preditores de ansiedade.

Outras medidas que poderão aliviar os desconfortos relatados pelos pacientes neste estudo são instituir política de analgesia eficiente e dar ansiolíticos àqueles que necessitam, para controlar a dor e a ansiedade do procedimento cirúrgico, da presença de sondas, tubo oro-traqueal, drenos, catéteres e outros procedimentos invasivos. Devem ser fornecidos analgésicos pouco antes dos procedimentos invasivos relatados pelos pacientes como maiores provocadores de dor, como punções arteriais, retirada do tubo oro-traqueal, tosse e aspiração de secreções.

Luminosidade excessiva, dor, barulho dos equipamentos, conversas da equipe multiprofissional da UTI, procedimentos noturnos realizados com o paciente, levam a um sono insuficiente. Deve-se proporcionar ambiente adequado ao sono, permitindo aos pacientes usarem seus objetos pessoais promovedores do sono como os próprios travesseiros, cobertores e, àqueles que desejarem, tampões de ouvido. A luminosidade deve estar presente apenas nos locais estritamente necessários. Deve-se diminuir os ruídos provocados por conversas da equipe e pelos equipamentos e interromper com menor frequência o sono dos pacientes com as intervenções noturnas da equipe.

É freqüente a restrição de água nas primeiras horas após a cirurgia. A presença do tubo oro-traqueal e, às vezes de sonda nasogástrica, agravam a sensação de sede. Desta maneira, deve-se umedecer com gaze os lábios e a boca com água para minimizar este desconforto.

Pretende-se que o presente trabalho contribua para sensibilizar a equipe multiprofissional que trabalha em UTIs, promovendo intervenções que conduzam à humanização do atendimento dos pacientes internados nestas unidades.

11. RECOMENDAÇÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

Futuras pesquisas deverão ser realizadas para complementação dos resultados obtidos. Dentre elas, está a validação e a adaptação da escala de estressores em terapia intensiva para o Brasil, para que se disponha de instrumento de medida apropriado para a realidade das UTIs brasileiras. Ao aplicar esta escala, é importante que se pergunte ao participante da pesquisa se há algo a acrescentar, que não fora mencionado nas respostas ao questionário aplicado. Assim, poder-se-á conhecer fidedignamente o que mais incomoda este paciente, elaborando medidas direcionadas para minimizar as falhas apontadas. Talvez se encontrem diferenças entre as percepções dos idosos e dos adultos sobre os fatores estressores, bem como nas correlações entre os fatores estressores e as variáveis sócio-demográficas e clínicas, se esta mesma pesquisa for replicada em uma amostragem maior.

A ansiedade, como característica importante nos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, mostra a importância de se reduzir seus níveis no pré-operatório para a obtenção de melhores resultados no pós-operatório. É importante que sejam realizadas pesquisas que comparem os níveis de ansiedade nos pacientes que receberam intervenções específicas dos profissionais de saúde, desde o pré-operatório, com aqueles que as tiveram somente no pós – operatório.

O atual estudo mostra a importância de se ter maior interação entre profissional de saúde e o paciente, demonstrada através da intensidade da classificação dada pelos idosos aos seguintes estressores: não ter explicações sobre o tratamento e não saber quando as coisas vão ser feitas. A UTI é caracterizada por apresentar aparato tecnológico e científico de última geração, e os especialistas na área esforçam-se para compreender e manusear com eficiência esta aparelhagem que monitora as condições biológicas e fisiopatológicas do paciente. Contudo, os profissionais muitas vezes se esquecem de avaliar a pessoa que se encontra restrita ao leito, por trás de catéteres, drenos e sondas. Segundo Gomes (1999), é importante lembrar que mesmo com toda a tecnologia médica disponível atualmente, a atenção individual continua a ser um remédio poderoso oferecido pelo profissional de saúde, especialmente pelo médico. A literatura sobre este assunto tem levantado os fatores que afligem os pacientes internados em UTI, mas poucos são os estudos que mostram os resultados obtidos após a aplicação de medidas de intervenção direcionadas a estes itens.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, L.F.A.; CARVALHO, V.A.M.L. Velhices: estudo comparativo das sociais entre idosos de grupos de convivência. **Textos Envelhecimento**. 2004. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1.

BALLARD, K.S. *et al.* Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. **Issues in Mental Health Nursing**. 1981, 3: 89-108.

BENNETT, D. & BION, J. ABC of intensive care: Organization of intensive care. **British Medical Journal**. 1999; 318, Iss 7196: 1468-72.

BITENCOURT, A.G.V. *et al.* Análise de Estressores para o paciente em unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2007; 19(1): 53-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES), 2007. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp>. Acesso em 18 jul, 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1101.htm>>. Acesso em: 24 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 3432/GM, de 12 de agosto de 1998. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT98/GM/PRT-3432.pdf>> Acesso em: 24 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria SAS/MS nº 210, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=824>. Acesso em: 18 jul, 2007.

CARR, J.A. & POWERS, M.J. Stressors associated with coronary bypass surgery. **Nursing Research**. 1986, 35(4): 243-6.

DEININGER, M.O. *et al.* Cirurgia de revascularização do miocárdio no idoso: estudo descritivo de 144 casos. **Revista Brasileira Cirurgia Cardiovascular**. v. 14, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 22 Jul 2007.

DOERING, L. V.; McGUIRE, A. W.; ROURKE, D. Recovering from cardiac surgery: what patients want you to know. **American Journal of Critical Care**. 2002, 11(4): 333-43.

ELPERN, E.H. *et al.* Patients' preferences for intensive care. **Critical Care Medicine**. 1992; 20 (1): 43-7.

ENGOREN, M. *et al.* Cost, outcome, and functional status in octogenarians and septuagenarians after cardiac surgery. **Chest**. 2002; 122:1309-15.

FARREL, M.E.; JOSEPH, D.H.; SCHWARTZ-BARCOTT, D. Finding the balance among patient, visitor and staff needs. **Nursing Forum**. 2005; 40(1): 11-20.

FEIER, F.H.; SANT'ANNA, R.T.; GARCIA, E.B. *et al.* Modificações no perfil do paciente submetido à operação de revascularização do miocárdio. **Brazilian Journal Cardiovascular Surgery**. 2005; 20(3): 317-22.

FONTAINE, D.K.; BRIGGS, L.P.; POPE-SMITH, B. Designing humanistic critical care environments. **Critical Care Nursing Quarterly**. 2001; 24 (3): 21-34.

FORTUNA, A.B.P. **Pós-operatório imediato em cirurgia cardíaca. Guia para intensivistas, anesthesiologistas e enfermagem especializada**. 1ª ed. Editora Atheneu, 1998. p. 57-63.

FREITAS, K.S.; KIMURA, M.; FERREIRA, K.A.S.L. Necessidades de familiares de pacientes em unidades de terapia intensiva: análise comparativa entre hospital público e privado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2007; 15(1): 84-92.

FRIEDRICH, J.O.; WILSON, G.; CHANT, C. Long-term outcomes and clinical predictors of hospital mortality in very long stay intensive care unit patients: a cohort study. **Critical Care**. 2006; 10 (2): 59-67.

GALLAGHER, R. & Mc KINLEY, R.N. – Stressors and anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. **Cardiovascular Issues in Critical Care**. 2007, 16(3): 248-257.

GOIS, C.F.L. & DANTAS, R.A.S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2004, 12(1): 22-7.

GOMES, L. V. Papel do geriatra: aliado à técnica, muito amor. **Humanidades**. Out, 1999.

GONZALEZ, C. E. *et al.* Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. **American Journal of Critical Care**. 2004; 13(3): 194-7.

GORDON, *et al.* American Pain Society. Recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. **Archives of Internal Medicine**. 2005; 165: 1574-80.

GRANJA, C. *et al.* Patients' recollections of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life. **Critical Care**. 2005; 9(2): 96-109.

HILGEMBERG, C.E. *et al.* Inventário das necessidades e Estressores do paciente idoso em UTI. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. In: X CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA INTENSIVA. Curitiba. AMIB. 2002.Suplemento 1.

HOLROYD, E. *et al.* Chinese culture perspective of nursing care behaviors in an acute setting. **Journal Advanced Nursing**. 1998; 28(6): 1289-94.

IGLÉZIAS, J.C.R., OLIVEIRA JÚNIOR, J.L.*et al.* Preditores de mortalidade hospitalar no paciente idoso portador de doença arterial coronária. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. 2001;16(2): 94-104.

JOHNSON, M.M.; SEXTON, D.L. Distress during mechanical ventilation: patients' perceptions. **Critical Care Nurse**. 1990; 10:48-57.

JONES, J. *et al.* What the patient say: a study of reactions to an intensive care unit. **Intensive Care Medicine**. 1979; 5: 89-92.

LEMONS, R.C.A; ROSSI, L.A. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2002;10(3): 345-57.

LOUREIRO, A.M.L.**Terceira Idade: ideologia, cultura, amor e morte**. Brasília: Editora Universidade de Brasília. 2004; p.17.

LOURES, D.L. *et al.* Estresse mental e sistema cardiovascular. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. 2002; 78(5): 525-30.

LOURES, D.R.R. *et al.* Cirurgia cardíaca no idoso. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardíaca**. 2000; 15 (1): 1-5.

MAROSTI, C.A. & DANTAS, R.A.S. Relação entre estressores e características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados em uma unidade coronariana. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2006; setembro-outubro; 14(5). Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 24 abr. 2007.

MATHIAS, T.A.F.; MELLO, J.M.H.P.; LAURENTI, R. Doenças cardiovasculares na população idosa: análise do comportamento da mortalidade em município da região Sul do Brasil no período de 1979 a 1998. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. 2004; 82(6): 533-41.

MILGROM, L. B. *et al.* Pain levels experienced with activities after cardiac surgery. **American Journal of Critical Care**. 2004; 13(2): 116-25.

MODERNO, L.F.O & MODERNO, E.V. Repercussões clínicas das valvopatias e sua interferência no atendimento fisioterapêutico. In: REGENGA, M.M. **Fisioterapia em cardiologia, da UTI à reabilitação**. São Paulo: Roca, 2000. p. 199-216.

MONTUCLARD, L. *et al.* Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. **Critical Care Medicine**. 2000; 28 (10): 3389-95.

NASTASY, E.L. Identifying environmental stressors for cardiac surgery patients in SICU. In: **Proceedings of the 12th Annual National Teaching Institute of AACN (1985)**. Newport Beach, Calif.:AACN 357.

NELSON, F.V. *et al.* The relationship and influence of anxiety on postoperative pain in the coronary artery bypass graft patient. **Journal Pain Symptom Manage**. 1998;15: 102-9.

NETO, U.F. & FERRARO, J.R. In: DE MARCO, M.A. (Org). **A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 13.

NOORTGATE, N. V. D. *et al.* Intensive care for very elderly patients: outcome and risk factors for in-hospital mortality. **Age and Ageing**. 1999; 28: 253-56.

NOVAES, M.A.F.P. *et al.* Stressors in ICU: patients' evaluation. **Intensive Care Medicine**. 1997; 23: 1282-85.

_____. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. **Intensive Care Medicine**. 1999; 25: 1421-26.

ORLANDO, M.C. Idoso na UTI: idade não é documento. In: ORLANDO. **UTI: a humanização e a arte do intensivismo**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 55-8.

PAPA, V. & TRIMER, R. O papel do fisioterapeuta na UTI de cardiologia. In: REGENGA, M.M. **Fisioterapia em cardiologia, da UTI à reabilitação**. São Paulo: Roca, 2000. p. 1-20.

PENNOCK, B. E. *et al.* Distressful events in the ICU as perceived by patients recovering from coronary artery bypass surgery. **Heart & Lung**. 1994; 23(4): 323-27.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 271.

PEREIRA, M.G.; CIESLINSKI, A.H.; VASCONCELOS, A.M.N. A saúde dos idosos. **Envelhecimento e Saúde**. 2006. p. 19-29.

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE CRÍTICO. ANEXO I. 2005. Disponível em: < <http://www.sobрати.com.br/ms-politica-anexo-I.htm>>. Acesso em: 24 nov. 2006).

PUNTILLO, K. Pain experience of intensive care unit patient. **Heart Lung**. 1990; 19: 526-33.

RAMSEY, P. *et al.* **Nursing Management**. 2000; 31(1): 42-4.

RATTRAY, J. E., JOHNSTON, M., WILDSMITH, J.A.W. – Predictors of emotional outcomes of intensive care. **Anaesthesia**. 2005, 60: 1085-1092.

RIGGIO, R.; SINGER, R.S.; HARTMAN, K. Psychological issues in the care of critically ill respirator patients: diferencial perceptions of patients, relatives and staff. **Psychological Reports**. 1982; 51:363-69.

ROOIJ, S. E. *et al.* Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review. **Critical Care**. 2005; 9 (4): 307-14.

ROSS, S.E.M. & MacKAY, R.C. Post operative stress: do nurses accurately assess their patients? **Journal of Psychosocial Nursing**. 1986, 24(4): 17-22.

ROTONDI, A. J. *et al.* Patients' recollections of stressful experiences while receiving prolonged mechanical ventilation in an intensive care unit. **Critical Care Medicine**. 2002; 30(4): 746-52.

RYAN, T. A. *et al.* Predictors of outcome in cardiac surgical patients with prolonged intensive care stay. **Chest**. 1997; 112 (4):1035-42.

SCCELLING, G. & MCKINLEY, S. Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality of life outcomes after cardiac surgery. **Critical Care Medicine**, 2003; 31(7): 1971-80.

SEIDLER, H. B. K.; MORITZ, R. D. Recordação dos principais fatores que causam desconforto nos pacientes durante a sua internação em uma unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 1998; 10(3): 112-18.

SILVA, L.H.F., NASCIMENTO, C.S.; VIOTTI JR., L.A.P. Revascularização do miocárdio em idosos. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**. São José do Rio Preto, v. 12, n. 2, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em: 22 Jul 2007.

SIMPSON, T.; LEE, E. R.; CAMERON, C.. Patients' perceptions of environmental factors that disturb sleep after cardiac surgery. **American Journal of Critical Care**. 1996, 5(3): 173 - 81.

SITTA, M.C. & JACOB FILHO, W.J. O idoso no centro de terapia intensiva. In: FREITAS, *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 740-2.

SMITH, J.H. The prevalence of pain in the medical intensive care unit. New Haven. 2006. 91f. **Tese**. (Doutorado) - Yale University School of Medicine. New Haven – CT. 2006.

SOEHREN, P. Stressors perceived by cardiac surgical patients in the intensive care unit. **American Journal of Critical Care**. 1995, 4(1): 71-6.

STEIN-PARBURY, J.; MCKINLEY, S. Patients' experiences of being in an intensive care unit: A select literature review. **American Journal of Critical Care**. 2000; 9(1): 20-7.

TAMBURRI, L. M. *et al.* Nocturnal care interactions with patients in critical care units. **American Journal of Critical Care**. 2004; 13(2): 102-112.

TERRA, M. B.; GARCEZ, J.P.; NOLL, B. Fobia Específica: um estudo transversal com 103 pacientes tratados em ambulatório. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 2007, 34(2): 68-73.

TURNER, J. S. *et al.* Patients' recollection of intensive care unit experience. **Critical Care Medicine**. 1990; 18(9) 966-68.

VAN DE LEUR, Joannes P.; *et al.* Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. **Critical Care**. 2004; 8(6): 467-73.

VASCONCELOS, A. M. N. & PEREIRA, M. G. Envelhecimento da população brasileira. **Envelhecimento e Saúde**. 2006. p. 9-18.

VECCHIA, R.D. *et al.* Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 2005; 8(35): 246-52.

WALLACE, J. *et al.* The effect of earplugs on sleep measures during exposure to simulated intensive care unit noise. **American Journal of Critical Care**. 1999; 8 (4): 210-19.

YARCHESKI, A. & KNAPP-SPOONER, C. Stressors associated with coronary bypass surgery. **Clinical Nursing Research**. 1994; 3(1): 57-68.

ANEXOS

ANEXO I - Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica dos Participantes

Variável	Intervalo	Mediana	Média DP	N (%)
Idade (anos)				
Escolaridade (anos)				
	De 0 a 4 anos			
	Acima de 5 anos			
Gênero				
	Feminino			
	Masculino			
Estado Civil				
	Com relação estável			
	Sem relação estável			
Situação	Profissional			
Formal				
	Ativo			
	Inativo			

Legenda: N%= percentagem do número de participante; DP: desvio padrão

ANEXO II - Tabela 2 – Caracterização Clínica dos Participantes

Variável	N (%)
Diagnóstico na internação	
Doença Coronariana	
Insuficiência Cardíaca Descompensada	
Ambas	
Uso de Psicotrópicos	
Sim	
Não	
Tipo de cirurgia	
CRM	
CTV	
CRM + CTV	
Natureza da cirurgia	
Eletiva	
Urgência	
Número de equipamentos conectados ao paciente	
2 a 5	
6 a 9	
Tempo de Permanência na UTI (horas)	
De 48 a 96 horas	
De 97 a 144 horas	
Igual ou Acima de 145 horas	
Tempo decorrido entre a alta da UTI e a entrevista	
De 48 a 96 horas	
De 97 a 144 horas	
Igual ou Acima de 145 horas	

Legenda: N%= percentagem do número de participante; CRM: cirurgia de revascularização do miocárdio. CTV: cirurgia de troca valvar.

ANEXO III - TABELA 3 – ESCALA DE ESTRESSORES DE TERAPIA INTENSIVA

(EETI)

ESTRESSOR	(1) NE	(2) PE	(3) E	(4) ME
1. Estar amarrado por tubos				
2. Ter tubos no nariz e/ou na boca				
3. Não ter explicações sobre o tratamento				
4. Ter dor				
5. Não conseguir dormir				
6. Ter sede				
7. Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos				
8. Ter a equipe falando termos incompreensíveis				
9. Não ter privacidade				
10. Não ter controle de si mesmo				
11. Ter máquinas estranhas ao redor				
12. Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas				
13. Escutar os alarmes do monitor cardíaco despertarem				
14. Ser furado por agulhas				
15. Sentir falta do marido ou da esposa				
16. Não saber onde está				
17. Enfermagem e médicos falando muito alto				
18. Escutar o gemido de outros pacientes				
19. Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você				
20. Ter luzes acesas constantemente				
21. Cama e/ou travesseiros desconfortáveis				
22. Sons e ruídos desconhecidos				
23. Estar num ambiente muito quente ou muito frio				
24. Não saber quando as coisas vão ser feitas				
25. Sentir que a enfermeira está muito apressada				
26. Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos				
27. Ser cuidado por médicos desconhecidos				
28. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto				
29. Escutar o telefone tocar				
30. Ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente				
31. Não saber que horas são				
32. Ser acordado pela enfermagem				
33. Não saber que dia é hoje				
34. Ser incomodado				
35. Sentir cheiros estranhos				

36. A enfermeira não se apresentar pelo nome
 37. Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia
 38. Ver as bolsas de soros penduradas sobre a cabeça
 39. Ter que usar oxigênio
 40. Ter enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito
-

Legenda: NE: não estressante; PE: pouco estressante; E: estressante; ME: muito estressante.

In: Novaes, MAFP, Aronovich, A, Ferraz, MB, Knobel, E – Stressors in ICU: patient's evaluation. Intensive Care Medicine, 1997 (23):1282-1285.

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado: “Estressores em Unidade Terapia Intensiva: percepção dos pacientes idosos e adultos submetidos à cirurgia cardíaca”. O principal pesquisador e responsável deste estudo é Elaine Parreira da Veiga, aluna regular do Curso de Mestrado em Gerontologia da Universidade Católica de Brasília (UCB). O andamento do estudo estará sendo supervisionado pela professora Dra. Lucy Gomes Vianna, orientadora do investigador principal.

Com este estudo, objetiva-se identificar, através da sua opinião, os fatores que podem gerar estresse advindos do ambiente de UTI, após ter sido submetido à cirurgia cardíaca. Os estressores podem ser: excesso de claridade do ambiente, barulho dos equipamentos, conversas dos profissionais, estar afastado dos familiares e outros. Existe também o estresse relacionado aos fatores inerentes ao procedimento da cirurgia cardíaca, como: a presença de tubos, sondas, drenos, dor após a cirurgia, podendo levar a ansiedade e dificuldade para dormir. O estado de estresse mental pode ser agudo, provocado por situação ou circunstância ainda não vivenciada, por exemplo, estar pela primeira vez numa UTI, ou crônico, situação vivenciada por longo prazo, sendo fator de risco para maiores morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares. O enfoque dado ao paciente cardíaco está fundamentado nas alterações fisiológicas, principalmente do sistema cardiovascular, as quais são desencadeadas pelo estresse. Deste modo, conseguir eliminar as fontes geradoras de estresse pode contribuir para melhor recuperação do paciente cardíaco internado nestas unidades. A pesquisa iniciará ainda na UTI, após a cirurgia cardíaca, logo que você tiver condições de entender e de se comunicar facilmente.

Serão realizados dois questionários: um com seus dados sociodemográficos, como idade, escolaridade, estado civil e situação profissional, e outro enfocando com os itens geradores de estresse. Você classificará o grau de estresse que cada item representa. A classificação varia de não estressante até muito estressante. Vale ressaltar, que todas as informações obtidas através dos questionários permanecerão confidenciais. Você terá todas as informações que desejar e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isso implique em penalização ou em prejuízo. Todos os voluntários serão identificados por números e seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro e não terá nenhum tipo de despesa para realização da pesquisa. Os resultados desta pesquisa poderão ser

divulgados por meio de publicações em revistas, congressos, cursos, para melhor conhecimento do tema na comunidade científica e na população em geral.

Os pesquisadores se comprometem a: prestar todos os esclarecimentos; manter total sigilo dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa; garantir o acesso aos resultados e aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimentos e eventuais dúvidas. Será disponibilizado para o participante da pesquisa, a segunda via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado por ele próprio sobre a concordância em participar do estudo.

Eu conversei e recebi todas as orientações com a fisioterapeuta Elaine Parreira da Veiga sobre a minha participação neste estudo. Ficaram esclarecidos quais são os propósitos do mesmo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do estudo e declaro estar de acordo com os termos do presente consentimento, manifestando minha disposição voluntária em participar da pesquisa.

Confirmo também a veracidade de todas as minhas respostas e que poderei entrar em contato com Elaine Parreira da Veiga nos telefones (61) 3224-6264 e 81398625 e com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), cujo telefone é (61) 3225-4955, para responder qualquer dúvida relacionada sobre a minha participação nesse estudo.

Nome: _____

Carteira de Identidade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Email: _____

Assinatura do(a) voluntário(a) _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Brasília, ____ de _____ de 2007.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)