

Environmental stressors in a cardio-intensive unit and Nursing care planning: a descriptive study

Estressores ambientais em unidade cardiointensiva e o planejamento do cuidado de enfermagem: estudo descritivo
Factores ambientales estresantes en una unidad coronaria y planificación de cuidados de enfermería: estudio descriptivo

Naiane Nery de Souza de Brito¹
ORCID: 0000-0002-6831-3818

Samira Silva Santos Soares²
ORCID: 0000-0001-9133-7044

Eloá Carneiro Carvalho²
ORCID: 0000-0002-1099-370X

Daniel Gomes de Souza²
ORCID: 0000-0003-0857-5880

Andrezza Serpa Franco²
ORCID: 0000-0001-5008-1345

Luana Ferreira de Almeida²
ORCID: 0000-0001-8433-4160

Flávia Giron Camerini²
ORCID: 0000-0002-4330-953X

Karla Biancha Silva de Andrade²
ORCID: 0000-0002-6216-484X

*1 State University of Rio de Janeiro
 School Hospital Pedro Ernesto, RJ,
 Brazil*

*2 State University of Rio de Janeiro, RJ,
 Brazil*

Editor: Ana Carla Dantas
 Cavalcanti
ORCID: 0000-0003-3531-4694

Corresponding author:
 Samira Silva Santos Soares
 E-mail: samira_opg@hotmail.com

Submission: 05/11/2021
Approved: 07/06/2021

ABSTRACT

Objective: to assess the main stressors mentioned by the patients in a cardio-intensive unit. **Method:** a descriptive and quantitative research study, carried out with 25 patients over 18 years old, lucid, oriented, literate, and diagnosed with acute coronary syndrome. A questionnaire related to the sociodemographic and clinical information and the The Environmental Stressor Questionnaire were applied. The data were analyzed using simple descriptive statistics. **Results:** there was predominance of males (16-64%), aged 60-70 years old (14-56%). Acute myocardial infarction (14-56%) was the most prevalent hospitalization cause. The "Feeling pain" statement (17-68%); followed by "Not being able to move the arms or hands due to the intravenous routes" (13-52%); "Not having control of oneself" (11-44%) and "No explanations given on the treatment" (10-40%) stood out as extremely stressful. **Conclusion:** knowing the most prevalent stressors contributes to Nursing care planning with emphasis on welcoming and assistance to the individualized needs.

DESCRIPTORS: Welcoming; Intensive Care; Cardiovascular Nursing; Psychological Stress; Planning of the assistance provided to the patient.

RESUMO

Objetivo: avaliar os principais fatores estressores apontados pelos pacientes em uma unidade cardiointensiva. **Método:** pesquisa descritiva, quantitativa, realizada com 25 pacientes maiores de 18 anos, lúcidos, orientados, alfabetizados, com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. Aplicou-se questionário relacionado às informações sociodemográficas e clínicas e a escala *The Environmental Stressor Questionnaire*. Os dados foram analisados através de estatística descritiva simples. **Resultados:** houve predominância do sexo masculino (16-64%), com idade de 60 a 70 anos (14-56%). O infarto agudo do miocárdio (14-56%) foi a causa mais prevalente de internação. As afirmativas "sentir dor" (17-68%); seguido de "não conseguir mexer mãos ou braços devido às vias intravenosas" (13-52%); "não ter controle de si mesmo" (11-44%) e "não ter explicações sobre o tratamento" (10-40%) sobressaíram como extremamente estressantes. **Conclusão:** conhecer os estressores mais prevalentes contribui para o planejamento do cuidado de enfermagem com ênfase no acolhimento e atendimento às necessidades individualizadas.

DESCRITORES: Acolhimento; Cuidados Intensivos; Enfermagem Cardiovascular; Estresse Psicológico; Planejamento de assistência ao paciente.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los principales factores estresantes señalados por los pacientes en una unidad coronaria. **Método:** investigación descriptiva, cuantitativa, realizada con 25 pacientes mayores de 18 años, lúcidos, orientados, alfabetizados, diagnosticados con síndrome coronario agudo. Se aplicó un cuestionario relacionado con información sociodemográfica y clínica y la escala *The Environmental Stressor Questionnaire*. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva simple. **Resultados:** predominó el sexo masculino (16-64%), con edades entre 60 y 70 años (14-56%). El infarto agudo de miocardio (14-56 %) fue la causa más prevalente de hospitalización. Las afirmaciones "sentir dolor" (17-68%); seguido de "no poder mover las manos o los brazos debido a las vias intravenosas" (13-52%); "No tener control de uno mismo" (11-44%) y "no recibir explicaciones sobre el tratamiento" (10-40%) se destacaron como extremadamente estresantes. **Conclusión:** conocer los factores estresantes más predominantes contribuye a la planificación de los cuidados de enfermería enfocados en la hospitalidad y satisfacción de las necesidades individuales.

DESCRIPTORES: Hospitalidad; Cuidados intensivos; Enfermería Cardiovascular; Estrés psicológico; Planificación de la atención al paciente.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCTNs) incluem diabetes, câncer, doença respiratória crônica e doenças cardiovasculares, constituindo o principal grupo de causa de morte responsável por mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos adversos econômicos e sociais, sendo responsáveis por 63% das mortes globais⁽¹⁾. Dentre essas doenças, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV), caracterizadas por um conjunto de problemas de saúde, em que os mais frequentes são a hipertensão arterial sistêmica, o acidente vascular encefálico, a insuficiência cardíaca, as arritmias, o aneurisma da aorta, as miocardites, e a síndrome coronariana aguda (SCA)⁽²⁾.

A SCA abrange um grupo de patologias que incluem a angina instável (AI), o infarto agudo do miocárdio (IAM) com supra desnivelamento do segmento ST (IAMCST) e sem supra desnivelamento (IAMSST), e são causas comuns de atendimentos nos setores de emergência e de internações em unidades especializadas em cuidados cardiovasculares. Entre os anos de 2004 a 2014, a SCA foi responsável por 1.069.653 casos de morte no Brasil, acometendo principalmente adultos entre 35 e 59 anos, faixa etária considerada na fase da "maturidade profissional" e economicamente ativos⁽³⁾.

Vários fatores contribuem para o desenvolvimento da SCA, dentre eles: a hereditariedade, a idade avançada, o *diabetes mellitus*, a dislipidemia, o sedentarismo, o tabagismo, a obesidade e o estresse, porém quando um indivíduo apresenta SCA com

necessidade de hospitalização, há recomendação de internação em unidades de monitoramento contínuo, como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e quando disponíveis, Unidades Cardiointensivas⁽³⁾. Nesses ambientes, devido à alta complexidade do cuidado, o paciente se depara com tecnologias complexas e variadas, o que pode a médio e longo prazo, se constituir em um ambiente gerador de estresse.

Um estressor é qualquer estímulo presente no ambiente o qual é capaz de provocar variadas respostas na pessoa, tanto de caráter físico, quanto psicológico. Inicialmente, o principal objetivo dessas respostas é adaptar o indivíduo a uma situação que seja nova ou desconhecida. Porém, ao persistir o estímulo, pode-se deflagrar uma situação de estresse que está diretamente relacionada com a capacidade de resposta de adaptação ao fator estressor, que o indivíduo possui⁽⁴⁻⁵⁾.

Entre os fatores que são considerados como desencadeantes do estresse em ambiente hospitalar, destaca-se a ausência de iluminação natural; a perturbação nos padrões de sono e a vigília; a privação e/ou restrição do tempo de contato com familiares e amigos; não ter controle do próprio corpo; os barulhos, como de alarmes e conversação da própria equipe; a falta de privacidade; além de ter que se submeter a diversos procedimentos clínicos que, apesar de necessários ao tratamento proposto, levam o paciente a vivenciar diferentes tipos de desconforto⁽⁴⁻⁵⁾.

Nesta perspectiva, no ano de 2010 foi validada no Brasil a escala de avaliação de estresse ambiental *Environmental Stressor Questionnaire*, adaptado da escala

Intensivecare Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS), com 50 itens, destinado à avaliação e estratificação dos estressores em pacientes hospitalizados⁽⁶⁾.

O ambiente da Unidade Cardiointensiva, por possuir um aparato tecnológico altamente complexo necessário ao restabelecimento do paciente cardiovascular, pode se tornar um ambiente frio e hostil, transformando a hospitalização em um período estressante, o que pode ocasionar uma quebra na homeostase do organismo e provocar nesses indivíduos efeitos desagradáveis e alterações fisiológicas como, elevação da pressão arterial, disfunção cardiovascular e alterações psicológicas⁽⁴⁾.

Neste contexto, conhecer os fatores estressantes em uma unidade cardiointensiva, poderá auxiliar o enfermeiro (especialmente a equipe de enfermagem cardiovascular, que atua com cuidados intensivos) quanto ao planejamento de assistência ao paciente, norteando assim o cuidado dos pacientes com SCA. Nessa lógica, o enfermeiro que atua com essa clientela, poderá focar suas intervenções nas necessidades dos usuários, a fim de contribuir para o planejamento de uma assistência acolhedora e colaborar para que a experiência da hospitalização seja menos traumática⁽⁴⁻⁵⁾. Assim, este estudo objetivou avaliar os principais fatores estressores apontados pelos pacientes durante a hospitalização em uma unidade cardiointensiva.

MÉTODO

Pesquisa descritiva, quantitativa, realizada em uma unidade cardiointensiva de um hospital

universitário do município do Rio de Janeiro, no período de março a agosto de 2019.

Participaram da pesquisa 25 pacientes selecionados de forma não probabilística, por conveniência. Teve como critérios de inclusão ser paciente maior de 18 anos; estar lúcido e orientado; alfabetizado; capaz de se comunicar verbalmente e internados por síndrome coronariana aguda. Foram excluídos os pacientes com internação prévia em unidade cardiointensiva; e os que no momento da coleta dos dados estivessem instáveis em sua condição clínica, apresentando, por exemplo, dor sem controle, dispneia, cansaço, sonolência, hipertensão arterial não controlada; ou em prótese ventilatória.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes responderam a um questionário fechado e individual. O questionário foi aplicado pela pesquisadora principal, que não tem vínculo fixo com o setor, a fim de não caracterizar uma relação de poder frente ao paciente e minimizar viés de resposta, respeitando o anonimato do usuário. A coleta ocorreu entre os meses de março e abril de 2019.

O questionário foi composto de duas partes: a primeira direcionada às informações sociodemográficas e clínicas, contendo seis variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, vínculo empregatício, diagnóstico clínico; e a segunda, abrangendo a versão brasileira da escala *The Environmental Stressor Questionnaire*⁽⁶⁾, que quantifica os estressores através de uma escala do tipo *likert*, com as categorias extremamente estressante (5), muito estressante (4), moderadamente estressante (3), não estressante (2), ou não se

aplica (1). Desse modo, foi atribuído pontuações para cada fator estressor ambiental, onde o que corresponde ser menos estressante possui o menor peso, aumentando

a pontuação de forma crescente de acordo com o grau de estresse do indivíduo ao fator ambiental. Os fatores de estresse ambiental podem ser observados na Figura 1.

1	Estar preso por tubos	26	Assistir a tratamento administrado em outros pacientes
2	A enfermeira não se apresenta pelo nome	27	Ter que ficar olhando para os detalhes do teto
3	Sentir que a enfermeira está muito apressada	28	Não conseguir dormir
4	Ter sede	29	Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas
5	Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	30	Sentir cheiros estranhos
6	Cama e/ou travesseiros desconfortáveis	31	Ter luzes acesas constantemente
7	Escutar o telefone tocar	32	Ter dor
8	Ser examinado por médicos e enfermeiras constantemente	33	Ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça
9	Ter máquinas estranhas ao redor	34	Ser furado por agulhas
10	Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	35	Não saber onde está
11	Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos	36	Ter a equipe falando termos incompreensíveis
12	Enfermagem e médicos falando muito alto	37	Não ter controle de si mesmo
13	Ter que usar oxigênio	38	Não saber que dia é hoje
14	Sentir falta do marido ou da esposa	39	Ser incomodado
15	Não ter explicações sobre o tratamento	40	Não ter privacidade
16	Escutar alarmes do monitor cardíaco dispararem	41	Ser cuidado por médicos desconhecidos
17	Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito	42	Estar em ambiente muito quente ou muito frio
18	Ter tubos no nariz e/ou na boca	43	Ouvir pessoas falando sobre você
19	Não saber que horas são	44	Estar incapacitado para se comunicar
20	Escutar o gemido de outros pacientes	45	Medo da morte
21	Ter homens e mulheres no mesmo quarto	46	Desconhecer o tempo de permanência na UTI
22	Ver a família e os amigos apenas por alguns minutos	47	Estar incapacitado para exercer o seu papel
23	Não saber quando as coisas vão acontecer	48	Preocupações financeiras
24	Ser acordado pela enfermagem	49	Medo da AIDS
25	Sons e ruídos desconhecidos	50	Ser pressionado a concordar com o tratamento

Figura 1 - Fatores de estresse ambiental

Fonte: Adaptado de Rosa et al, 2019.

Para a análise dos dados, os questionários foram codificados e os resultados lançados em uma planilha Excel[®]. Os dados foram analisados e apresentados através de estatística simples descritiva.

O presente estudo respeitou as questões éticas e as exigências da resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, através do CAAE: 04651518.2.0000.

RESULTADOS

A maioria dos participantes foi do sexo masculino (16-64%), com idade entre 60 e 70 anos (14-56%), e a causa mais prevalente de internação foi por IAMCSST (14- 56%). Quanto ao estado civil, 08 (32%) estavam casados e

08 (32%) solteiros no período do estudo. A média de escolaridade dos participantes da pesquisa foi de 7,56 anos de estudos e 14 (56%) possuíam alguma atividade laboral (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes da pesquisa. Rio de Janeiro. RJ, Brasil, 2019 (n=25)

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	16	64
Feminino	9	36
Idade		
36-45	2	8
46-55	5	20
56-60	1	4
60-70	14	56
Acima de 70	3	12
Estado civil		
Casado	8	32
Divorciado	6	24
Solteiro	8	32
Viúvo	3	12
Diagnóstico de Síndrome Coronariana Aguda		
Angina	2	8
Angina Estável	2	8
Angina Instável	2	8
Infarto Agudo do Miocárdio	2	8
Infarto Agudo do Miocárdio com Supra de ST	14	56
Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra de ST	3	12
Vínculo empregatício		
Ativo	14	56
Aposentado	11	44

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Com relação aos fatores estressores, as afirmativas “Ter dor” (17-68%), “Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas” (13-52%), “Não ter controle de si mesmo” (11-44%), “Não ter

explicações sobre o tratamento” (10-40%) foram consideradas como extremamente estressantes pelos pacientes internados na unidade cardiointensiva estudada.

As afirmativas "Cama e/ou travesseiros desconfortáveis" (08-32%) e "Ver a família e os amigos apenas por alguns minutos" (07-28%) foram consideradas como muito estressantes. E "Assistir o tratamento administrado em outros pacientes" (10-40%), bem como "Ouvir

peças falando sobre você" (10-40%) foram relatadas como moderadamente estressante (Tabela 2).

Tabela 2 - Fatores estressores apontados pelos pacientes, conforme escala de *Likert*. Rio de Janeiro. RJ, Brasil, 2019 (n=25)

Variáveis	n	%
Extremamente estressante		
Sentir dor	17	68
Não conseguir mexer os membros, devido às vias intravenosas	13	52
Não ter controle de si mesmo	11	44
Não ter explicações sobre o tratamento	10	40
Não saber quando as coisas vão acontecer	10	40
Não conseguir dormir	10	40
Estar incapacitado para exercer o seu papel	10	40
Preocupações financeiras	9	36
Medo da AIDS	9	36
Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	9	36
Medo da morte	9	36
Desconhecer o tempo de permanência na UTI	9	36
Estar incapacitado para se comunicar	8	32
Sentir falta do marido ou da esposa	7	28
Não saber que horas são	7	28
Ver a família e os amigos apenas por alguns minutos	7	28
Muito estressante		
Cama e/ou travesseiros desconfortáveis	8	32
Ver a família e os amigos apenas por alguns minutos	7	28
Ter sede	6	24
Estar em ambiente muito quente ou muito frio	6	24
Não ter controle de si mesmo	5	20
Moderadamente estressante		
Assistir a tratamento administrado em outros pacientes	10	40
Ouvir pessoas falando sobre você	10	40
Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	9	36
Escutar alarmes do monitor cardíaco dispararem	9	36
Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito	9	36
Não saber quando as coisas vão acontecer	9	36
Não saber onde está	9	36

Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos	8	32
Escutar o gemido de outros pacientes	8	32
Ser furado por agulhas	8	32
Estar em ambiente muito quente ou muito frio	8	32
Desconhecer o tempo de permanência na UTI	8	32
Medo da AIDS	8	32
Sentir que a enfermeira está muito apressada	7	28
Ser pressionado a concordar com o tratamento	7	28

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁷⁾, no Brasil e no mundo, a DCV é a principal causa de morte e incapacitação em adultos, se tornando um grande problema de saúde pública e vários fatores contribuem para o desenvolvimento dessa condição, dentre eles pode-se destacar o gênero e a idade. Nessa perspectiva, sabe-se que o envelhecimento populacional é o que mais favorece o aumento do número total de casos de DCV e de outras doenças crônicas, principalmente em cenários de países em desenvolvimento econômico, como o Brasil.

Em 2017, foram registrados 17,79 milhões de mortes por doenças cardiovasculares, correspondendo a 31,8% do total de mortes. Destes óbitos, estima-se que 85% acontecem devido a ataques cardíacos e acidente vascular cerebral. Mais de três quartos das mortes por doenças cardiovasculares ocorrem em países de baixa e média renda⁽⁸⁾.

Dentre as características sociodemográficas, observou-se que o sexo masculino prevaleceu com 64% (16 participantes). Outros estudos comprovam esses achados quando discutem que existe maior risco para evento cardiovascular no homem, visto que o gênero masculino é um fator de risco importante, ao

passo que nas mulheres o risco aumenta no período da menopausa. Isso se deve ao fato de que o gênero feminino, associado à idade avançada e a outros fatores de risco como o diabetes e a dislipidemia, contribui para o aumento do risco de doenças cardiovasculares nessa população, principalmente, após o climatério. No entanto, as razões fisiológicas para tanto, ainda não estão totalmente esclarecidas⁽⁹⁾.

A faixa etária que prevaleceu entre os participantes foi de 60 a 80 anos, com maior predominância nos homens, ao passo que as mulheres se apresentavam mais idosas ao diagnóstico, diminuindo a diferença da ocorrência desse evento entre os gêneros a partir dos 70 anos de idade⁽¹⁰⁾. De acordo com as Diretrizes de Cardiogeriatría⁽¹¹⁾, entre os idosos brasileiros, em 2013, 48,6% apresentavam uma ou duas doenças crônicas e 29,1%, três ou mais. E as mulheres idosas possuem uma proporção mais elevada de contraírem alguma doença em relação aos homens, 81,2% e 73,1%, respectivamente.

Esses dados se justificam quando se compreende que muitas DCNTs acometem mais a saúde da população idosa, levando esses indivíduos a uma maior fragilidade para o adoecimento. Outro ponto que também

influencia esses achados é o incremento da proporção dessa faixa etária na população brasileira, devido ao crescimento da expectativa de vida nas últimas décadas.

Os achados desse estudo corroboram com os descritos na literatura, visto que o IAM possui maior ocorrência a partir da sexta década de vida, constituindo a principal causa de morte da população idosa, o que corresponde a 34,2% e 35,2% dos óbitos masculinos e femininos, respectivamente. Isso aponta para a maior necessidade de prevenção, a fim de conscientizar que mudanças no estilo de vida, controle do tabaco e do álcool, melhor dieta alimentar e exercícios físicos possuem impacto relevante na redução das DCVs, e contribuem para uma longevidade com autonomia e qualidade de vida⁽¹²⁾.

A média de escolaridade dos participantes da pesquisa foi de 7,56 anos de estudos, indo ao encontro de como a questão do ensino formal no Brasil possui déficit e é fruto de diversos anos de atraso em políticas públicas severas. Apenas 41,8% das pessoas de 25 anos em diante alcançaram 11 anos de estudo e, considerando os indivíduos entre 18 e 24 anos, 16,3% frequentam o ensino superior. As DCNTs acometem principalmente os países de baixa renda e com menor escolaridade, como o Brasil, já que o acesso à saúde preventiva e aos tratamentos necessários são limitados, contribuindo para uma menor expectativa de vida nessa população⁽¹³⁾.

A escolaridade pode favorecer significativamente as condições de saúde da população, pois o nível educacional dos indivíduos é capaz de revelar diferenças quanto à renda e à condição de saúde,

mostrando que quanto mais anos de estudo, mais chances de alcançar melhor renda salarial e menor a chance de adoecer, haja vista a diferença na percepção da saúde⁽¹⁴⁾.

Dos participantes desta pesquisa, 56% (14 participantes) possuíam alguma atividade laboral. Sabe-se que o trabalho pode promover ora saúde ora doença e situações de desequilíbrio entre a organização do trabalho prescrito e do trabalho real pode resultar em estresse, promovendo assim um aumento para risco de DCVs.

Com relação aos fatores estressores, as afirmativas "Ter dor" (17-68%), "Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas" (13-52%), "Não ter controle de si mesmo" (11-44%), "Não ter explicações sobre o tratamento" (10-40%) foram consideradas como extremamente estressantes pelos pacientes internados na unidade cardiointensiva estudada. "Cama e/ou travesseiros desconfortáveis" (8-32%) e "Ver a família e os amigos apenas por alguns minutos" (7-28%) foram considerados como muito estressantes e "Assistir a tratamento administrado em outros pacientes" (10-40%) e "Ouvir pessoas falando sobre você" (10-40%) foram relatados como moderadamente estressante.

A afirmativa "Ter dor" apresentou-se como o primeiro fator considerado extremamente estressante. A dor constitui-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável e é uma das principais causas de sofrimento humano, gerando inúmeras incapacidades, comprometimento da qualidade de vida, repercussões psicossociais e econômicas, e pode ser expressa de formas

variadas pelos indivíduos. A presença de dor contribui para inquietação, ansiedade, insônia, irritabilidade, taquicardia, taquipneia e hipertensão. Cabe ao profissional de saúde a responsabilidade da avaliação, controle e alívio da dor. Desta forma, o enfermeiro deve estar capacitado e ter embasamento teórico quanto as estratégias eficazes para o manejo da dor, bem como as técnicas de analgesias disponíveis, tempo de ação dos fármacos e suas complicações⁽¹⁵⁾.

A afirmativa "Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido às vias intravenosas" (13-52%) apareceu como o segundo fator extremamente estressante. Estar preso ou limitado ao leito pela necessidade de estar conectado aos circuitos para terapia intravenosa pode contribuir para experiências negativas no cotidiano do paciente, visto que sensações de medo e preocupação em manter a integridade do acesso são constantes. Afinal, pensamentos como a possibilidade da realização de procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos, como uma nova punção do acesso vascular periférico, podem ser altamente estressantes para o indivíduo durante sua permanência na Unidade Cardiointensiva⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

A terapia intravenosa é uma atividade amplamente realizada pela equipe de enfermagem nos cenários hospitalares e é de elevada complexidade, exigindo treinamento adequado dos profissionais, a fim de desenvolver habilidades como destreza manual e domínio da anatomia vascular, para que o procedimento seja realizado de forma segura e com maior conforto para o paciente⁽¹⁸⁾.

Outra afirmativa apontada pelos pacientes como extremamente estressante foi "não ter controle de si mesmo" (11-44%). Estar hospitalizado pode gerar nos indivíduos sensações inerentes da condição de estar "enfermo", tais como medo e angústia, e pensamentos de incapacidade, dependência do outro e perda da capacidade do controle de si próprio. Momentos como a higiene corporal no leito, por exemplo, pode provocar exposição física e emocional, acarretando sentimentos de invasão da privacidade e da intimidade, que contribuem para aumentar o estresse durante o processo de hospitalização. Desta maneira, apresentar-se ao paciente, informar o que será realizado e pedir permissão para a realização dos procedimentos são condições essenciais para cumprimento dos preceitos éticos da profissão e manter o respeito com quem está sendo cuidado, pois cuidar é uma atitude que abrange mais que um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de responsabilização e de envolvimento respeitoso com o outro⁽¹⁸⁾. Isso pode justificar a afirmativa dos pacientes de "não ter explicações sobre o tratamento" (10-40%), como extremamente estressante também.

A comunicação com o paciente é essencial para que a equipe de saúde desempenhe suas atividades assistenciais de forma segura e transparente para quem recebe o cuidado, bem como estreita as relações interpessoais. Várias necessidades humanas dependem da comunicação efetiva entre paciente e equipe de enfermagem, tais como conforto, alimentação e alívio da dor. Assim, compreende-se que a comunicação deve ser

utilizada com o propósito de que o paciente precisa considerar que ela é um elemento de ajuda, capaz e efetivo, no qual ele pode interagir, partilhar ideias, anseios, sentimentos e expressar suas necessidades de ajuda⁽¹⁹⁾.

Os fatores "Cama e/ou travesseiros desconfortáveis" (8-32%) e "Ver a família e os amigos apenas por alguns minutos" (7-28%) foram considerados como muito estressantes. O primeiro pode estar relacionado a falta de conforto e de estrutura no serviço de saúde, devido à falta de investimentos do governo, o que torna precário há décadas o sistema público de saúde. E não se pode deixar de pensar, também, na falta de zelo de alguns profissionais que atuam neste cenário⁽¹⁹⁾.

Com relação a "Ver a família e os amigos apenas por alguns minutos" (7-28%) ser da mesma forma considerada como muito estressante, pode-se correlacionar ao fato de que, quando uma pessoa está hospitalizada, ela deve seguir as regras e rotinas estabelecidas pelo hospital, devendo afastar-se dos seus entes queridos e cumprir o horário preestabelecidos para as visitas diárias dos familiares. Para pacientes e familiares a hospitalização na unidade cardiointensiva é um acontecimento estressante e singular, provocado por fatores como o risco de morte, a incerteza quanto ao tratamento e recuperação, o medo do desconhecido e a grande limitação pelo afastamento dos familiares desse cenário, levando a sensações de ansiedade, tristeza, sofrimento e impotência. O ambiente de unidade intensiva leva a uma quebra dos vínculos afetivos dos pacientes em um momento em que estes se

encontram fragilizados pela situação de adoecimento⁽²⁰⁾. Desta forma, planejar o cuidado a fim de tornar esse ambiente mais acolhedor, como flexibilizar os horários de visitas, virtualizar os contatos com os familiares diminuindo a distância entre o paciente e os entes queridos, aumentar a comunicação com o paciente, ouvir atentamente as necessidades de cuidado, melhorar o barulho e iluminação noturna do ambiente, têm se constituído um desafio para a equipe de saúde que atua nessas unidades⁽¹⁹⁾.

O estudo apresentou limitações, uma vez que foi aplicado em um único cenário e não realizou a correlação dos achados com as variáveis sociodemográficas, o que aponta para a necessidade de novos estudos.

CONCLUSÃO

Foi possível evidenciar como fatores mais estressantes: "Sentir dor"; "Não conseguir se mover por conta de dispositivos acoplados ao corpo"; "Sentir que não tem controle de si mesmo" e "Não ter explicações sobre o tratamento". Portanto, o planejamento do cuidado de enfermagem direcionado a essa população, com o intuito de resolver ou minimizar esses estressores perpassa por barreiras que vão desde a capacitação dos profissionais à estruturação do ambiente.

Estratégias simples como intensificar os protocolos de gerenciamento de dor na unidade, aumentar a escuta qualificada, esclarecer a necessidade de tecnologias, discutir com paciente o plano terapêutico e desenvolver autonomia para promover o autocuidado, deverão fazer parte do *roll* de

prioridades do enfermeiro no planejamento rotineiro de sua assistência em uma unidade cardiointensiva com pacientes portadores de Síndrome Coronariana Aguda.

Estima-se que esta pesquisa possa contribuir para o entendimento de que o ambiente hospitalar é um cenário bastante estressante e, assim, os enfermeiros e equipe de saúde devem estar atentos para a identificação dos

principais fatores ambientais capazes de gerar estresse nos pacientes internados na unidade cardiointensiva, de forma singular e individual, ratificando que planejar a assistência de enfermagem com intervenções que possam minimizar esses fatores, é primordial para estreitar as relações e solidificar o cuidado seguro e com qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana de Saúde. Cardiovascular diseases [Internet]. 2021 [Cited 2021 feb 25]. Available from: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>
2. Frigini JL, Luna Filho B, Moreira RS, Fiorin BH. The systematization nursing care and work of nurses to patients with myocardial infarction. *Salus J Health Sci* [Internet]. 2017 [Cited 2021 may 8];3(2):1-13. Available from: <http://www.salusjournal.org/magazine/a-sistemizacao-da-assistencia-de-enfermagem-e-atuacao-do-enfermeiro-ao-paciente-infartado/>.
3. Nicolau JC, Feitosa-Filho G, Petriz JL, Furtado RHM, Prêcoma DB, Lemke W et al. Brazilian Society of Cardiology Guidelines on Unstable Angina and Acute Myocardial Infarction without ST-Segment Elevation – 2021. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2021 [cited 2021 may 05]. Available from: <https://abccardiol.org/wp-content/uploads/2021/02/Diretrizes-da-SBC-Angina-Instavel-e-Infarto-Agudo-2021-portugues-3.x44344.pdf>
4. Martins RF. Estresse, qualidade de vida e enfrentamento em portadores de cardiopatias [undergraduate thesis on the internet]. Brasília: Centro Universitário de Brasília; 2018 [Cited 2021 feb 20]. 21 p. Available from: <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/12355/1/21031657.pdf>
5. Portugal FB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ, Fortes SLCL. Quality of life of primary care patients in Rio de Janeiro and São Paulo, Brasil: associations with stressful life events and mental health. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2016 [Cited 2021 feb 17];21(2):497-508. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000200497. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20032015>
6. Rosa BA, Rodrigues RCM, Gallani MCBJ, Spana TM, Pereira CGS. Estresores en Unidad de Terapia Intensiva: versión brasileña del Environmental Stressor Questionnaire. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [Cited 2021 feb 3];44(3):627-35. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300011&lng=pt&tlng=pt. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300011>
7. Health Organization (WHO). WHO reveals leading causes of death and disability worldwide: 2000-2019 [Internet]. 2021 [Cited 2020 May 08]. Available from: <https://www.who.int/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>
8. Oliveira GMM, Brant LCC, Polanczyk CA, Biolo A, Nascimento BR, Malta DC et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2020 [Cited 2021 may 03];115(3):308-439. Available from: <http://abccardiol.org/en/article/cardiovascular-statistics-brazil-2020/>. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>
9. Mussi FC, Teixeira JB. Fatores de risco cardiovascular, doenças isquêmicas do coração e masculinidade. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2018 [Cited 2021 feb 21];34(2):[aprox. 0 p.]. Available from: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1613>

10. Troncoso LT, Oliveira NCC, Laranjeira NRF, Leporaes RCA, Eira TL, Pinheiro VP. Epidemiological study of the incidence of acute myocardial infarction in the Brazilian population. *Rev Cad Med* [Internet]. 2018 [Cited 2021 feb 21];1(1):91-101. Available from: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/957/450>
11. Feitosa-Filho GS, Peixoto JM, Pinheiro JES, Afiune Neto A, Albuquerque ALT, Cattani AC et al. Updated Geriatric Cardiology Guidelines of the Brazilian Society of Cardiology – 2019. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [Cited 2021 feb 25];112(5):649-705. Available from: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/ingles/2019/v11205/pdf/i11205024.pdf>
12. Einloft ABN, Silva LS, Machado JC, Cotta RMM. Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. *Rev Nutr* [Internet]. 2016 Aug [cited 2021 May 09];29(4): 529-541. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000400529&lng=pt&tlng=pt. doi: <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000400008>.
13. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MI et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Rev Saude Pública* [Internet]. 2017 [Cited 2021 May 07];51(Suppl 1):4s. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200306&lng=en&tlng=en. doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
14. Castro CMS, Costa MFL, Cesar CC, Neves JAB, Sampaio RF. Influence of education and health conditions on paid work of elderly Brazilians. *Cien saúde colet* [Internet]. 2019 [cited 2021 May 09]; 24(11):4153-4162. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001104153&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182411.05762018>.
15. Franco AS, Andrade KBS, Santos GT, Camerini FG, Marins ALC. Strategies for pain assessment in critically ill patients: a bibliometric study. *Cienc Cuid Saude* [Internet]. 2017 [Cited 2021 feb 21];16(4):1-7. Available from: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/34397>. doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v16i4.34397>
16. Okuma SM, Paula AFM, Carmo GP, Pandolfi MM. Characterization of patients assisted by occupational therapy in adult intensive care unit. *Revisbrato* [Internet]. 2017 [Cited 2021 may 14];1(5):574-88. Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/8311>. doi: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto8311>
17. Alves KYA, Costa TD, Barros AG, Lima KYN, Santos VEP. Patient safety in intravenous therapy in the intensive care unit. *J res fundam care online* [Internet]. 2016 [Cited 2021 may 04];8(1):3714. Available from: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/artic le/view/3920>. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3714-3724>
18. Henrique DM, Silva LD, Camerini FG, Andrade KBS, Pereira SEM, Fassarella CS. Safe opioid analgesic therapy dose scheduling for burn patients: a cross-sectional study. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2017 [Cited 2021 feb 14];25:e28082. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28082>. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.28082>
19. Torres GMC, Figueiredo IDT, Cândido JAB, Pinto AAG, Moraes APP, Araújo MFM et al. Comunicação terapêutica na interação profissional de saúde e hipertenso na estratégia saúde da família. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2017 [Cited 2021 Feb 1];38(4):e2016-0066. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000400402&lng=pt&tlng=pt. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0066>

20. Santos Azevêdo AV, Crepaldi, MA, More CLOO. The family in the context of hospitalization: a systematic revision. *Estud Pesqui Psicol* [Internet]. 2016 [Cited 2021 jan 18];16(3):772-99. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v16n3/n16a07.pdf>

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do projeto: Brito NN, De Andrade KB

Obtenção de dados: Brito NN, De Souza DG, De Andrade KB

Análise e interpretação dos dados: Brito NN, Soares SS, Carvalho EC, De Souza DG, Franco AS, De Almeida LF, Camerini FG, De Andrade KB

Redação textual e/ou revisão crítica do conteúdo intelectual: Brito NN, Soares SS, Carvalho EC, De Souza DG, Franco AS, De Almeida LF, Camerini FG, De Andrade KB

Aprovação final do texto a ser publicada: Brito NN, Soares SS, Carvalho EC, De Souza DG, Franco AS, De Almeida LF, Camerini FG, De Andrade KB

Responsabilidade pelo texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Brito NN, Soares SS, Carvalho EC, De Souza DG, Franco AS, De Almeida LF, Camerini FG, De Andrade KB



Copyright © 2021 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. This license is recommended to maximize the dissemination and use of licensed materials.