

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Trabalho efectuado sob a orientação de



## **AGRADECIMENTOS**

Esta caminhada só foi possível com a colaboração de várias pessoas que permitiram a chegada a bom porto. Assim, gostaria de agradecer a todos os envolvidos pela sua valiosa contribuição e apoio.

Ao Professor António Madureira pela orientação deste trabalho que representa o culminar de um longo percurso com altos e baixos, que agora se reflecte nesta proposta de dissertação de candidatura ao grau de Mestre.

Ao Centro Hospitalar Tondela – Viseu (Unidade Viseu) e Centro Hospitalar de Trás dos Montes e Alto Douro (Unidade Vila Real), na pessoa dos seus conselhos de Administração, Enfermeiros Diretores e Enfermeiros Chefes das UCIC, por terem possibilitado a realização de estágio e aplicação do instrumento de colheita de dados nas suas unidades.

Por ultimo, mas não menos importantes, aos doentes que sendo o motivo da realização deste trabalho, gentilmente contribuíram para a sua concretização e sem os quais não teria sido possível.

A todos Bem Haja.

## RESUMO

A natureza stressante das Unidades de Cuidados Intensivos é amplamente conhecida na comunidade científica, contudo a identificação dos stressores mais significativos para o doente não é consensual. **Objectivo:** Identificar factores indutores e nível de stress vivenciado pelos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos Coronários. **Métodos:** Estudo de tipo observacional, transversal, quantitativo, segundo uma lógica descritivo-correlacional. Participaram 90 pessoas (64.4% homens; idade média=  $64.17 \pm 15.80$ ) internadas nas Unidades de Cuidados Intensivos Coronários (UCIC) dos Centros Hospitalares Tondela – Viseu (Unidade Viseu) e Trás dos Montes e Alto Douro (Unidade Vila Real) durante o período de Março a Junho de 2011. Utilizou-se o Questionário de stress para doentes em cuidados intensivos (CORNOCK, 1998). **Resultados:** Observou-se um nível baixo de stress (37.8%). Os factores identificados como mais stressantes foram “dor” e “medo da morte” (26.7%), “preocupações financeiras” (18.9%), “incapacidade de desempenhar o papel familiar”, (17.8%) e “desconhecimento do tempo de internamento” (16.9%). Verifica-se que no ranking encontramos em primeiro lugar factores relativos a stress físico e falta de controlo da vida pessoal. O aumento da idade é preditora de aumento de stress. A relação estabelecida é positiva, com o aumento da idade aumenta também o stress dos doentes ( $r= 0.283$ ,  $p= 0.013$ ). Verificou-se variância significativa entre os grupos de rendimento mensal ( $F= 3.175$ ,  $p= 0.028$ ). **Conclusões:** A idade e o rendimento mensal são as variáveis sociodemográficas com interferência no stress vivenciado pelos doentes. Assim, em contexto de stress as variáveis sociodemográficas devem ser valorizadas. O estudo carece de análise das variáveis psicológicas.

**Palavras Chave:** Stress, unidade de cuidados intensivos, doenças cardiovasculares.

## **ABSTRAT**

The stressful nature of an Intensive Care Unit environment is well-known among the scientific community, however the identification of the most significant stressors for the patient are not consensual. **Objective:** To identify inducing factors and stress levels experienced by patients admitted to coronary intensive care units. **Methods:** An observational, cross-sectional, quantitative, according to a logical descriptive correlational study. It has been accomplished among 90 patients (64.4% men, mean age =  $64.17 \pm 15.80$ ) admitted to Coronary Intensive Care Units (CICU) of Tondela-Viseu (Viseu Unit) and Trás-os-Montes e Alto Douro (Vila Real Unit) hospitals, between March and June of 2011. We used the stress questionnaire for patients in intensive care (CORNOCK, 1998). **Results:** There was a low level of stress (37.8%). The factors identified as most stressful were "pain" and "fear of death" (26.7%), "financial concerns" (18.9%), "inability to play the family role" (17.8%) and "ignorance about the period of time of hospitalization" (16.9%). In this ranking we firstly found factors related to physical stress and lack of control over personal life. Increasing age predicts the stress increase. The established statistical relation is positive, with increasing age it also increases the stress levels of the patients ( $r = 0,283$ ,  $p = 0.013$ ). There was a significant variance among groups of monthly income ( $F = 3,175$ ,  $p = 0.028$ ). **Conclusions:** The age and monthly income are sociodemographic variables that interfere in the stress levels experienced by patients. Thus, in a stressed context, socio-demographic variables should be valued. The study lacks the psychological variables analysis.

**Keywords:** Stress, intensive care unit, cardiovascular disease

## **ÍNDICE**

**Página**

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>21</b>
2.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	21
2.3 STRESS .....	22
2.3.1 Alterações Cognitivas Induzidas Pelo Stress .....	23
2.3.2 Emoções Induzidas Pelo Stress .....	24
2.3.3 Modificações do Comportamento Observável .....	24
2.4 STRESS E DOENÇA CARDÍACA.....	25
2.4 STRESS EM UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS .....	26
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>27</b>
3.1.PARTICIPANTES .....	29
3.2 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	31
3.3 PROCEDIMENTOS.....	32
3.4 PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO.....	33
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>37</b>
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA.....	37

4.2 ANÁLISE INFERENCIAL.....	41
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>45</b>
5.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA .....	45
5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	46
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>55</b>
<b>APÊNDICES</b>	
APÊNDICE I – Instrumento de Colheita de Dados .....	59
APÊNDICE II – Pedidos de autorização do estudo .....	63
Pedido de autorização para efetuar colheita de dados	
Pedido de autorização de utilização da escala adaptada	
Consentimento do doente	
APÊNDICE III – Parametrização das Escalas .....	69
APÊNDICE IV – Caracterização da amostra .....	73
Quadro 1: Características sociodemográficas	
Quadro 2: Características sociofamiliares	
Quadro 3: Características de doença	
Quadro 4: Características de estilo de vida	
APÊNDICE V – Estatística Descritiva.....	79
Quadro 5: Estatística relativa à idade segundo o sexo	
Quadro 6: Estatística relativa ao APGAR de acordo com o sexo	
Quadro 7: Estatística relativa ao numero de internamentos anteriores	
Quadro 8: Estatística relativa ao numero de dias do internamento atual	
Quadro 9: Estatística relativa ao IMC	

Quadro 10: Estatística relativa ao perímetro abdominal	
Quadro 11: Distribuição do stress de acordo com o sexo	
Quadro 12: Distribuição do stress de acordo com o sexo	
Quadro 13: Ranking dos itens stressores de acordo com capacidade indutora	
APÊNDICE VI – Estatística Inferencial.....	85
Quadro 14: Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov	
Quadro 15: Associação entre sexo e stress	
Quadro 16: Associação entre stress e estado civil	
Quadro 17: Associação entre stress e residência	
Quadro 18: Associação entre stress e habilitações literárias	
Quadro 19: Associação das médias de stress com o rendimento	
Quadro 20: Associação entre stress e situação profissional	
Quadro 21: Associação entre stress e internamentos anteriores	
Quadro 22: Associação das médias de stress com “Limitação Física”	
Quadro 23: Associação entre stress e “Com quem vive”	
Quadro 24: Correlação de Pearson entre stress e variáveis idade, APGAR, IMC, numero de Internamentos anteriores e atual.	
Quadro 25: Regressão entre stress e a idade	

## **ANEXOS**

ANEXO I – Questionário de stress para doentes em cuidados intensivos .....	91
--	----

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.....	28
Figura 2: Modelo explicativo ajustado do stress .....	43

## INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CMEMC – Curso de Mestrado em Enfermagem Medico Cirúrgica

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronários

SCA – Síndrome Coronária Aguda

cf. – Confira, Conforme

Cm – Centímetro

Col. – Colaboradores

CV – Coeficiente de variância

DGS – Direção Geral de Saúde

Dp – Desvio Padrão

ed. – Edição

et al. – E outros

IMC – Índice de Massa Corporal

K – Curtose

Kg – Quilograma

m – Metro

N - Amostra

nº - Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

p. – Página

r – Correlação

R2 – Coeficiente de determinação

Sk – Simetria

SPSS – Statistical package for the social sciences

t – Valor de *t de student*

X<sup>2</sup> – Teste de qui quadrado

## ÍNDICE DE SÍMBOLOS

$\bar{x}$  - média

% - percentagem

> - maior que

$\geq$  - maior ou igual a

<- menor que

$\leq$  - menor ou igual a

## 1. INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde são organizados para dar resposta às necessidades da população, tornando-se cada vez mais específicos e complexos, dado o desenvolvimento tecnológico e científico que observamos. Assim, as instituições de saúde também devem dar resposta às exigências de qualidade e para tal, torna-se imperioso o contributo dos utilizadores para a avaliação da qualidade dos cuidados que recebe.

Nos últimos anos assistimos a uma marcada evolução técnico-científica mundial, que também operou repercussões na área da saúde com impacto bastante significativo, nomeadamente na qualidade de cuidados ao doente crítico. As unidades de cuidados intensivos surgiram a partir da necessidade de aperfeiçoamento e concentração de recursos materiais e humanos para o tratamento de doentes em estado crítico, mas com potencial de recuperação, e da necessidade de observação constante, assistência médica e de enfermagem contínua, centralizando os doentes num núcleo especializado e diferenciado.

O ambiente das unidades de cuidados intensivos é complexo, tanto no que se refere ao espaço físico, quanto em termos dos cuidados prestados. Os doentes aí internados são submetidos, frequentemente, a procedimentos invasivos e dolorosos, e confrontados com sentimentos de perda. Perda de funções e/ou de capacidades, e até, iminência da perda da própria vida.<sup>1</sup>

A preocupação com a avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados que são prestados, tem vindo a aumentar nos últimos anos, observando-se também um crescente desenvolvimento quer das disciplina quer da prática de enfermagem.

O desenvolvimento da disciplina de enfermagem ocorre a vários níveis: no ensino e no exercício profissional, através da atribuição do grau de licenciatura e aparecimento de mestrados e doutoramentos em enfermagem; da necessidade dos cuidados de saúde, pelo envelhecimento da população e aumento de utentes crónicos e dependentes nas actividades de vida diária e a evolução das políticas de saúde, com ênfase nas necessidades de redução de custos e o aparecimento do conceito de enfermagem avançada.<sup>2,3</sup>

No processo de cuidar, enfermeiro e utentes são parceiros ativos e determinantes. Sabendo que a qualidade de cuidados exige que o processo de cuidados se centre na pessoa, pois contribui de forma imprescindível para a melhoria dos mesmos, o conhecimento das vivências de stress por parte dos utentes deve ser valorizado.

Neste sentido e no âmbito da unidade curricular Relatório Final, do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico Cirúrgica, surge este trabalho, que irá abordar a temática **“Stress da pessoa com doença cardíaca”**.

A bibliografia descreve que o stress está relacionado com a doença coronária e por outro lado, as UCI também são referidas como altamente indutoras de stress, assim, este estudo pretende explorar as experiências dos doentes durante o seu internamento numa unidade de cuidados intensivos coronários, procurando dar resposta à questão principal que orienta este estudo: **Quais os aspectos que interferem com a avaliação do stress dos doentes internados numa UCIC?**

Assim, numa tentativa de responder a esta questão e dada a extensão desta problemática, definiram-se os seguintes objectivos:

- Determinar o nível de stress dos doentes internados em UCIC
- Associar dados sociodemográficos e estilo de vida com stress
- Identificar relação entre variáveis clínicas e stress
- Analisar os aspectos que induzem maior nível de stress

Alguns estudos realizados acerca do stress vivenciado pelos doentes em cuidados intensivos, incitam à reflexão acerca dos comportamentos da equipa de saúde e efeitos psico-emocionais da prestação de cuidados, uma vez que a percepção dos utentes remete de forma determinante para o domínio relacional a par com o domínio técnico-científico.<sup>4</sup>

Tendo em conta a multiplicidade das situações nas UCI, são vários os potenciais agentes indutores de stress físico e psicológico nos doentes em estado crítico. A sobrecarga emocional da pessoa internada numa UCI é elevada, pois há uma grande conotação com a morte, acrescendo ainda o ambiente complexo, fechado e rodeado de tecnologia.

Vários estudos referem que os doentes nas UCI apresentam níveis moderados de stress, tendo ainda identificado como factores causadores de maior nível de stress, o ambiente ameaçador da UCI, a dor e os procedimentos invasivos, entubação endotraqueal e dificuldade de comunicar, privação do sono, entre outros.<sup>1</sup>

Diversas investigações relacionam o stress emocional e o estilo de vida em indivíduos portadores de doenças cardiovasculares, aquando da manifestação aguda da doença, demonstrando que o nível de stress emocional a que os indivíduos estavam sujeitos, era significativamente alto.<sup>9</sup> A doença grave que conduz à admissão numa UCI, pode ser tão stressante que põe em perigo a saúde psicológica e física do doente.<sup>1</sup> Existe evidência importante que comprova a relação entre morte súbita, arritmias cardíacas e situações agudas de stress.<sup>5</sup>

A bibliografia indica que o stress tem um papel muito importante na problemática deste estudo, uma vez que está associado ao desenvolvimento da doença coronária e, por outro lado está descrito como resposta negativa ao internamento em UCI, constatando-se níveis de stress consideráveis. A pesquisa bibliográfica revelou a existência de poucos estudos em Portugal relativos a esta problemática tornando-se pertinente a realização de investigação nesta área, de forma a aumentar o conhecimento em populações menos estudadas.

Este trabalho está estruturado em capítulos. No capítulo designado por enquadramento teórico, será feita uma revisão da literatura e apresentação do referencial teórico em que se enquadra o presente estudo, explorando dados acerca da relação entre as doenças cardiovasculares, stress e unidades de cuidados intensivos. O capítulo da metodologia, descreve o planeamento da pesquisa, onde será feita a caracterização do estudo e participantes, o material e os procedimentos. No capítulo designado por resultados, será feita a apresentação e análise dos dados, através da estatística descritiva e inferencial. Segue-se o capítulo da discussão metodológica e de resultados, onde se evidenciam as principais conclusões do estudo. As considerações finais constituem o capítulo da conclusão onde se pretende dar resposta aos objectivos propostos.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

A maioria dos estudos sobre a resposta de stress na doença, referem-se a doentes submetidos a cirurgia eletiva, porque a abordagem é mais simples e não existem factores que exacerbam os efeitos da lesão tecidual (uma vez que os doentes apresentam estados clínicos mais estáveis e por isso mais fáceis de controlar). Partindo destes estudos fazem-se analogias e extrapolações para outras situações de doença grave.<sup>6</sup>

Nos últimos anos tem vindo a aumentar o interesse e a investigação acerca dos processos psiconeuroimunológicos, estudando a relação entre os acontecimentos psicológicos como o stress e a ansiedade e respectivas respostas das funções endócrinas e imunitárias, que conduzem a uma maior vulnerabilidade à doença.<sup>5</sup>

### **2.1 DOENÇAS CARDIOVASCULARES**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte em todo o mundo, uma em quatro mortes terá como causa as doenças do aparelho circulatório.<sup>7</sup>

Durante muito tempo pensou-se que as doenças cardiovasculares eram determinadas geneticamente e portanto pouca intervenção sobre a sua prevenção era possível. No entanto o reconhecimento dos factores de risco veio modificar a visão acerca destas patologias.<sup>7,8</sup>

O “Estudo dos Sete Países” foi pioneiro na demonstração das diferenças na incidência de eventos cardiovasculares entre populações. O segundo estudo de relevância nesta área foi a “Coorte de Framingham”, que se iniciou em 1948 nos Estados Unidos, a partir do qual foi introduzido o conceito de factor de risco e se ressaltou a associação do colesterol sérico, hábito de fumar e hipertensão arterial sistémica com a cardiopatia isquémica. Vários estudos se seguiram, mas foi um facto demográfico que maior impacto causou na concepção de que as doenças cardiovasculares não seriam imutáveis: o registo do declínio da mortalidade após intervenção nos hábitos de vida das populações.<sup>7,8</sup>

Em Portugal, apesar de já terem sofrido um decréscimo, as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte. No ano 2006, foram responsáveis

por 32.2 % das mortes, 23% devidas a doença cardíaca isquêmica, com destaque evidente para as Síndromes Coronárias Agudas (SCA), que compreendem a um grupo de condições clínicas que resultam da doença aterotrombótica coronária em fase instável.<sup>9</sup>

O termo doença cardiovascular engloba perturbações circulatórias/vasculares, incluindo o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e doença coronária, sendo esta causa global responsável por elevada morbidade e pelo maior número de mortes prematuras nos países desenvolvidos. A doença coronária pode-se definir como a estenose gradual das artérias coronárias, que se instala de forma insidiosa, progressiva e degenerativa. Esta redução ou obstrução completa de fluxo de sangue e transporte de oxigênio, resultante do estreitamento por arteriosclerose e/ou trombo, manifesta-se frequentemente por dor retro-esternal devido a angina (estável ou instável) e enfarte agudo do miocárdio (EAM).<sup>7,8</sup>

Cada vez mais estudos têm demonstrado a interligação entre conflitos psicossociais, as emoções e os padrões de comportamentos na patogénese das doenças cardiovasculares.<sup>10</sup> Uma vez que, os fatores de risco tradicionais como idade, sexo, hereditariedade, dislipidemia, tabagismo, obesidade, entre outros, são responsáveis por apenas metade das doenças cardiovasculares, tem-se exaltado o interesse pelos papéis desempenhados pelo stress emocional e o sistema nervoso central como factores precipitantes da doença.<sup>7,8,11</sup>

Vários estudos associam o conceito de comportamento a uma maior tendência de desenvolvimento de doença coronária, que é classificado como comportamento Tipo-A. Pesquisas recentes demonstraram que a raiva e a hostilidade podem ser responsáveis por um aumento no risco de se provocar um enfarte agudo do miocárdio, evidenciando a associação entre a agressividade e o processo de adoecimento.<sup>11</sup> A maioria dos autores concorda que o stress induz alterações fisiológicas capazes de operar no desenvolvimento de doença coronária.<sup>12</sup>

## **2.2 STRESS**

Nos anos 50, Selye foi o primeiro a utilizar o conceito stress na linguagem científica, tendo-o definido como uma resposta não específica do organismo a qualquer tentativa de alteração do seu equilíbrio.<sup>10</sup> Portanto, stress é uma resposta do organismo a um desafio.<sup>13</sup> Considerado como uma ameaça ao bem-estar físico e psicológico da pessoa, é entendido como um estado de sobrecarga.<sup>14</sup> Pode ser definido como o conjunto de alterações cognitivas, emocionais e fisiológicas, que surgem como resposta aos agentes stressores do meio externo quando são ultrapassadas as capacidades adaptativas do organismo.<sup>15</sup>

A resposta individual ao stress depende de uma multiplicidade de interações entre factores genéticos, ambientais e uma resposta inadequada, exagerada ou sustentada no tempo, que pode levar ao aparecimento de várias doenças, como por exemplo, as doenças cardiovasculares.<sup>13</sup>

O conceito de stress como o entendemos decorre de várias descobertas na área da medicina e dos trabalhos levados a cabo por vários autores, que possibilitaram a compreensão mais ampla da resposta total de stress, considerando o papel das vias aferentes que transportam a informação ao cérebro, a sua análise, a génese das emoções e a sua repercussão nos processos vegetativos, endócrinos, imunitários e comportamento em geral.<sup>10</sup>

As pesquisas de Richard Lazarus contribuíram para uma perspectiva diferente, ao efetuar estudos sobre as emoções, concluiu que os factores cognitivos antecedentes são determinantes nas respostas emocionais subsequentes. A vulnerabilidade ao stress representa a existência do risco aumentado para se reagir de uma forma negativa perante um dado acontecimento de vida, implicando portanto uma interação, entre o individuo e o meio que será determinante nos comportamentos relacionados com a saúde e na ativação de mecanismos psicofisiológicos.<sup>15</sup>

### **2.2.1 Alterações Cognitivas Induzidas Pelo Stress**

As situações de stress repercutem-se de forma marcada na atividade intelectual do individuo, originando alterações de funcionamento que se repercutem no seu quotidiano. Vaz Serra descreve as diversas funções intelectuais que sofrem alterações em situações de stress:<sup>15</sup>

**Percepção** O individuo faz interpretações incorretas dos factos, pois a percepção do meio ambiente torna-se distorcida, deixando de compreender com clareza as relações causa-efeito e experiencia dificuldades no processo de tomada de decisão. Pode sentir-se incapaz de se manter intelectualmente produtivo.

**Tolerância à frustração** As pessoas que experienciam situações indutoras de stress, têm menor tolerância à frustração. Tornam-se mais facilmente irritáveis, devido à ansiedade evocada, que conduz a um estado de apreensão e antevisão das consequências trágicas.

**Perturbações da memória** Com repercussões no quotidiano das pessoas, uma vez que apresentam maior dificuldade em reter informação acerca de factos recentes e a interpretar o significado dos acontecimentos, quando tem necessidade de relembrar

informação armazenada.

**Perturbações da atenção** Um indivíduo sob stress tem maior propensão para distrações, o que diminui a capacidade em detectar erros nas tarefas que exigem uma atenção contínua. Portanto, comete maior número de erros quando vários estímulos estão a atuar ao mesmo tempo. Podendo repercutir-se no rendimento e eficácia do trabalho.

### **2.2.2 Emoções Induzidas Pelo Stress**

Definindo emoções como fenómenos psicofisiológicos de curta duração, que representam a resposta de adaptação às exigências do meio ambiente, estas sob ponto de vista psicológico, alteram a atenção, determinam hierarquia na manifestação de comportamentos e ativam redes associativas memorizadas.<sup>15</sup>

A importância das emoções como determinante no desenvolvimento de uma personalidade saudável, relaciona-se com o facto de que, estas podem influenciar os processos de percepção, pensamento e ação. Uma determinada emoção predispõe um indivíduo a pensar e a agir de determinada forma.<sup>14</sup> Interferindo portanto na componente biológica, psicológica e social dos indivíduos.<sup>15</sup>

As emoções evocadas desempenham um papel preponderante nas situações de stress, pois indicam como o indivíduo avalia os acontecimentos e ajudam-nos a compreender o seu comportamento subsequente. Surgem em consequência do significado subjetivo que é atribuído à situação.<sup>15</sup> Habitualmente são negativas, no entanto podem surgir também emoções de tonalidade positiva.<sup>14</sup>

### **2.2.3 Modificações do Comportamento Observável**

As alterações cognitivas associadas aos estados emocionais que o stress evoca perturbam o comportamento observável, os seus efeitos variam de acordo com a intensidade e duração da situação a que a pessoa é sensível, assim como dos recursos e aptidões que possui para lidar com a mesma.<sup>10,15</sup>

As condições de stress intenso são bastante desorganizadoras do comportamento humano, interferindo com o desempenho e o raciocínio lógico de forma a que o comportamento passe de adequado a desadequado. Os indivíduos vulneráveis ao stress, deixam-se invadir por emoções desagradáveis, têm mau desempenho nas suas atividades diárias e adoptam estratégias de lidar com as emoções negativas que sentem. Habitualmente irritam-se e tornam-se coléricos com facilidade, isolam-se nos seus pensamentos, tendem a ficar apáticos e pouco eficientes.<sup>5,15</sup>

## 2.3 STRESS E DOENÇA CARDÍACA

Vários estudos procuram demonstrar a relação entre stress e doença física. Destacando-se a doença coronária, com especial relevo para a relação com as cardiopatias isquémicas, mais evidente em pessoas com personalidade tipo A, consideradas como mais vulneráveis ao stress. O valor do stress como factor preditivo da doença coronária apesar de considerado como uma entidade vaga e subjetiva, difícil de quantificar e modular, provavelmente desempenha um papel considerável nas perturbações cardíacas.<sup>10</sup>

A resposta biológica do stress induz no organismo alterações que podem influenciar negativamente o aparelho cardiovascular. Destas destacam-se, a subida da tensão arterial, um aumento da agregação plaquetária que propicia fenómenos de bloqueio arteriolar, aumento das exigências de oxigénio por parte do miocárdio que podem atingir níveis capazes de originar uma situação de isquemia, reunindo-se condições para a formação de placas de ateroma nos vasos.<sup>16</sup>

O stress opera repercussões negativas em relação ao aparelho cardiovascular, por vezes com benefícios fisiológicos, que são explicadas pelas modificações vegetativas e endócrinas que o stress determina, mediadas pelos eixos simpático medular e hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.<sup>16</sup>

A maioria dos autores concorda que o stress induz alterações da frequência cardíaca e da tensão arterial, dos níveis de adrenalina, de noradrenalina, de cortisol e da hormona tireotrófica. Do mesmo modo, a tensão emocional prolongada eleva o nível de fibrinogénio e a ansiedade antecipatória ou consecutiva ao stress, aumentando a agregação plaquetária.<sup>12</sup>

Um conjunto de dados leva-nos a pensar que o papel do stress não é negligenciável, não é possível demonstrar que o stress em si seja uma causa direta na coronáriopatia, mas através de vários mecanismos, que implicam sobretudo o sistema nervoso autónomo, pode ativar a sua evolução assim como precipitar as suas complicações.<sup>10</sup>

Estudos prospectivos, epidemiológicos, laboratoriais e de observação de indivíduos com enfarte do miocárdio, têm demonstrado a relação entre o *stress*, morbidade e mortalidade nas doenças cardiovasculares.<sup>16</sup>

## 2.4 STRESS EM UCI

As unidades de cuidados intensivos (UCI) são internacionalmente reconhecidas como potencialmente indutoras de stress, devido à complexidade da situação clínica dos doentes e da extensa utilização de tecnologia sofisticada que os suporta. Constituindo um ambiente gerador de stress físico e psicológico para os doentes, família e equipa prestadora de cuidados nestas unidades.<sup>17,18</sup>

São precisamente estas características que se destacam nas vivências dos doentes, porque são potencialmente indutores de stress e interferem no seu bem-estar. A instabilidade produzida pela condição que motiva o internamento numa UCI, desencadeia uma variedade de respostas de stress a múltiplos estímulos, para além dos estímulos físicos, como a dor, o trauma, o choque ou a infecção.<sup>1</sup>

As experiências vivenciadas numa UCI são emocionalmente exigentes e têm um importante impacto na recuperação e reabilitação dos doentes, podendo conduzir a sérias consequências psicológicas.<sup>17</sup> Perturbações cognitivas, de memória e sintomas de stress pós traumático são descritos frequentemente após estadia nestas unidades.<sup>19</sup>

Os cuidados de Enfermagem nas UCI revestem-se de algumas especificidades, constituindo um contexto específico de prestação de cuidados de saúde. Diferenciam-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos.<sup>1</sup> O processo de cuidar deverá também ser experienciado de forma diferente nas várias áreas de atuação, os contextos influenciam e são influenciados pela subjetividade dos envolvidos e pelas singularidades do colectivo.<sup>20</sup>

As expectativas face aos cuidados diferem de pessoa para pessoa e sofrem influência de vários factores, designadamente os factores sociais, educacionais, culturais e espirituais. Sendo portanto, também diferente a forma como cada pessoa experiencia o stress em situação de doença, assim como as suas manifestações.<sup>21</sup>

### 3. METODOLOGIA

Neste capítulo, tendo em conta o quadro de referência, definem-se os procedimentos metodológicos para a obtenção das respostas às questões de investigação ou verificação das hipóteses, descreve-se o tipo de estudo, as variáveis em estudo, o desenho da investigação, as hipóteses elaboradas, a amostragem realizada, os procedimentos relativos à colheita de dados, os instrumentos utilizados para o efeito e a previsão do tratamento estatístico.

#### CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

A crescente especialização das UCI cria um ambiente gerador de stress e ansiedade nos doentes, com capacidade de induzir desequilíbrios e complicações no quadro clínico. A identificação dos factores stressantes na UCI, segundo a percepção dos próprios doentes, é fundamental para desenvolver estratégias de atuação com vista à sua eliminação ou diminuição.

A identificação dos factores que induzem stress, a sua diminuição ou eliminação podem contribuir para uma recuperação mais rápida do doente internado em unidades coronárias.<sup>21</sup>

Tendo em conta estas considerações e dado que existe muita bibliografia relativa a stress em cuidados intensivos, mas poucos estudos abordam especificamente o doente cardíaco, foram definidos objectivos que pretendem conhecer e de alguma forma dar resposta às questões relacionadas com o stress em UCIC.

O problema de investigação centra-se em **Quais os aspectos que interferem com o stress dos doentes internados numa UCIC?**

Assim, numa tentativa de responder a esta questão e dada a extensão desta problemática, definiram-se os seguintes objectivos:

- Determinar o nível de stress dos doentes internados em UCIC

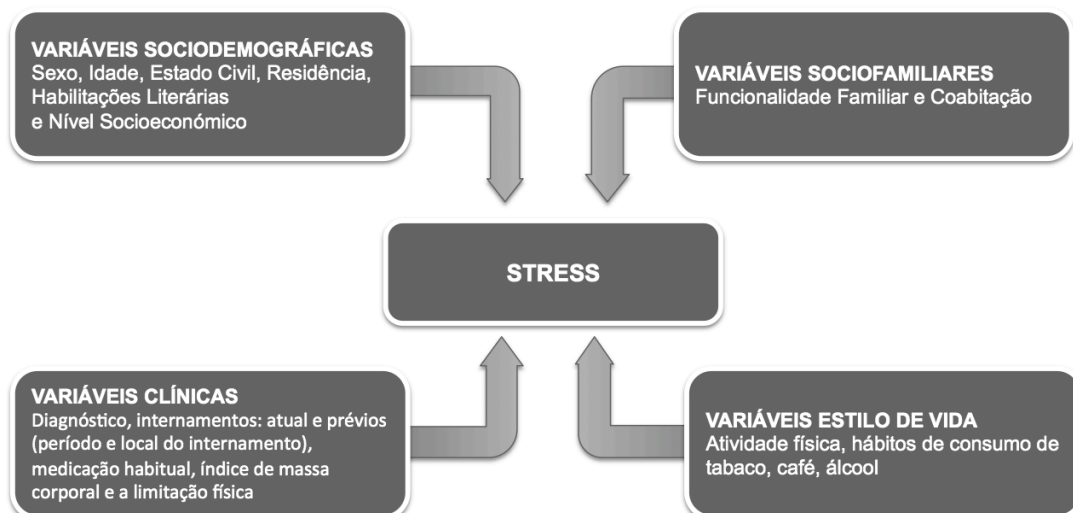
- Associar dados sociodemográficos e estilo de vida com stress
- Identificar relação entre variáveis clínicas e stress
- Analisar os aspectos que induzem maior nível de stress

## TIPO DE ESTUDO

Para a concretização da presente investigação realizou-se um estudo de tipo observacional, transversal, quantitativo, segundo uma lógica descritivo-correlacional, uma vez que se pretende estudar o stress da pessoa com doença cardíaca internada numa UCIC, e, estabelecer a relação entre os factores determinantes.

A recolha de dados observacional constitui um meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos.<sup>22</sup> O facto de recolher e estudar dados relacionados com determinado assunto, num determinado período de tempo, caracteriza o estudo como transversal.<sup>23</sup> Quantitativo, uma vez que, conforme o próprio termo indica, recolhe e quantifica opiniões e dados, empregando técnicas estatísticas. Objectivando explorar relações entre variáveis e descreve-las, qualifica o estudo de descritivo-correlacional, pois estabelecem-se relações entre variáveis e circunscreve-se o fenómeno em estudo.<sup>22</sup>

Para a realização deste estudo seguiu-se o desenho de investigação, que expõe a articulação das variáveis estudadas, representada de forma esquemática:



**Figura 1:** Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica.

Tendo em conta as variáveis dependentes e independentes definidas, e de acordo com os objectivos traçados, enunciámos as seguintes hipóteses:

- As variáveis sociodemográficas influenciam o stress da pessoa com doença cardíaca internada numa UCIC
- As variáveis sociofamiliares interferem no stress da pessoa com doença cardíaca internada numa UCIC
- As variáveis clínicas interferem no stress da pessoa com doença cardíaca internada numa UCIC
- As variáveis relacionadas com estilo de vida interferem no stress da pessoa com doença cardíaca internada numa UCIC

### **3.1. PARTICIPANTES**

O processo metodológico definiu a amostra, uma vez que a população não era conhecida, o processo de amostragem determinou uma amostra não probabilística por conveniência.

Os participantes que constituíram uma amostra de 90 pessoas, estiveram internados nas Unidades de Cuidados Intensivos Coronários do Centro Hospitalar Tondela – Viseu (Unidade Viseu) e Centro Hospitalar de Trás dos Montes e Alto Douro (Unidade Vila Real). Os participantes foram integrados no estudo gradualmente, durante o período de Março a Junho de 2011, à medida que foram aparecendo e cumpriam os requisitos previamente estabelecidos.

Todos os doentes com internamento na UCIC, por um período superior a 12 horas, poderiam ser incluídos no estudo, excepto se apresentassem um dos critérios de exclusão:

- Não falar português;
- Quadro clínico instável (instabilidade hemodinâmica e/ou neurológica);
- Lapsos de memória durante o período de internamento.

#### **Caracterização Sociodemográfica**

A amostra estudada é constituída por 90 indivíduos, sendo 64.4% do sexo masculino e 36.6% do sexo feminino. (Cf. Apêndice IV, Quadro 1)

**Idade** A idade mínima dos inquiridos apresentada foi de 20 anos e a máxima 88 anos, correspondendo uma idade média de 64.17, com um desvio padrão de 15.80 e o coeficiente de variação 24.62%, sugerindo uma dispersão média. Os valores de simetria (-2.54) indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e os valores da Kurtose (-0.26), indicam uma curva mesocúrtica. (Cf. Apêndice V, Quadro 5)

Procedeu-se à categorização das idades dos indivíduos em três grupos etários. Foram agrupados todos os indivíduos até aos 50 anos (idade da menopausa), desta até ao 65 anos (idade da reforma) e acima desta. As categorias de idade foram criadas de acordo com os dados apresentados por Antunes et al (2003),<sup>26</sup> uma vez que a idade média em que as mulheres atingem a menopausa no mundo ocidental é de 51,4 anos e na população portuguesa, a idade média em que ocorre a menopausa espontânea, ronda os 48 anos. A partir dos 50 anos ambos os sexos terão a mesma vulnerabilidade para EAM.

Constata-se que, 50% dos inquiridos situa-se acima dos 65 anos, sendo 53.1% mulheres e 48.35% homens. Verifica-se ainda que, no grupo etário [20-50] 24.1% são homens e 12.5% são mulheres. (Cf. Apêndice IV, Quadro 1)

**Estado Civil** A maioria da amostra em análise vive acompanhada, correspondendo a 66,7% com o estado civil de “Casado”, seguindo-se a situação de “Viúvo” com 16.7%. (Cf. Apêndice IV, Quadro 1)

**Residência** Relativamente à zona de residência verifica-se que, 41.1% dos indivíduos reside em aldeia, 37.8% em cidade e 21.1% em vila. (Cf. Apêndice IV, Quadro 1)

**Habilitações Literárias** 43.3% dos inquiridos possuem o 4º ano de escolaridade e 12.3% são detentores de cursos superiores (Bacharelato e licenciatura). Salienta-se que 20% apenas “Sabe ler e escrever”. (Cf. Apêndice IV, Quadro 1)

**Rendimento Mensal** Relativamente aos rendimentos auferidos mensalmente pelos indivíduos, podemos constatar que a maioria se situa abaixo dos 485 euros com uma percentagem de 52.2%, seguindo-se 27.8% que se situa entre os 485 e os 970 euros. (Cf. Apêndice IV, Quadro 1)

**Situação Profissional** Observa-se que apenas 31.1% de indivíduos possuem atividade profissional remunerada. Destes, 25.9% desenvolvem a sua atividade na área “Trabalhadores qualificados da indústria” e 22.2% são “Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas”. A situação de “Aposentado/Reformado” representa 63.3% , verificando-se que destes há uma maior representatividade do sexo feminino com uma percentagem de 71.9%. (Cf. Apêndice IV, Quadro 1)

**Síntese:**

A idade mínima dos inquiridos apresentada foi de 20 anos e a máxima 88 anos.

A idade média da amostra é de 64.17%.

Os inquiridos são maioritariamente do sexo masculino, representando 64,4% da amostra.

O estado civil de “Casado” é referido por 66,7% da amostra, seguindo-se a situação de “Viúvo” com 16,7%.

41,1% dos indivíduos reside em aldeia, seguindo-se 37,8% em cidade e 21,1% em vila.

43,3% da amostra possui o 4º ano de escolaridade.

A maioria (52,2%) dos indivíduos auferem de um rendimento mensal abaixo dos 485 euros.

Os reformados representam 63,3% da amostra e apenas 31.1% dos indivíduos são ativos profissionalmente, com atividade remunerada.

### **3.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

Para a obtenção da informação indispensável à concretização do estudo em causa, a escolha do instrumento de colheita de dados recaiu sobre o questionário.

O questionário objectiva a recolha de informação acerca de acontecimentos ou situações conhecidas, atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões. Permite grande flexibilidade estrutural e podem ser preenchidos pelo próprio, ou pelo investigador na presença do mesmo.<sup>22</sup>

Para a recolha de informação foi elaborado o instrumentos de colheita de dados (Apêndice I), constituído por:

#### **Questionário de caracterização Sociodemográfica**

Os dados sociodemográficos visam a caracterização do indivíduo, nomeadamente as variáveis selecionadas: sexo, idade, estado civil, residência, habilitações literárias, situação profissional e rendimento mensal.

### **Questionário de caracterização do contexto sociofamiliar**

As questões abordadas relacionam-se com a coabitação e funcionalidade familiar. Para caracterizar a coabitação foram consideradas as situações “Sozinho”, “Cônjuge” – vive com cônjuge ou outra pessoa significativa, “Família restrita” – vive com o cônjuge e filhos, “Família alargada” - vive com o cônjuge, filhos, pais ou outros. Para avaliar a funcionalidade familiar, utilizou-se a escala de Apgar Familiar, que é constituída por cinco perguntas que quantificam a percepção que o doente tem do funcionamento da sua família.

### **Questionário de caracterização do estilo de vida**

As questões procuram conhecer aspectos considerados relevantes acerca da atividade física e hábitos de consumo de tabaco, café, álcool.

### **Questionário de caracterização clínica**

Selecionadas questões relativas a diagnóstico, internamentos atual e prévios (período e local do internamento), medicação habitual, índice de massa corporal e a limitação física.

### **Questionário de Stress para doentes dos cuidados intensivos**

O questionário de stress utilizado resulta de uma adaptação do instrumento ESQ ("The Environmental Stressor Questionnaire") de Cornock (1998), que inclui 50 itens com resposta numa escala tipo Likert, utilizado pelo autor para avaliar o stress do doente dos cuidados intensivos na perspectiva dos doentes e dos enfermeiros. (Anexo I)

## **3.3. PROCEDIMENTOS**

Para a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi realizado contacto com os diretores e enfermeiros chefes dos serviços para a apresentação do estudo e suas finalidades, que desde logo se mostraram sensíveis para a temática envolvida e demonstraram disponibilidade para colaborar. Assim foi solicitada autorização por escrito aos Conselhos de Administração do Centro Hospitalar Tondela – Viseu (Unidade Viseu) e Centro hospitalar Trás dos Montes e Alto Douro (Unidade Vila Real) para a realização do estudo (Apêndice II), tendo sido deferidos os pedidos.

Para além da autorização das instituições, os doentes que participaram no estudo fizeram-no mediante consentimento informado e autorização para utilização dos dados. Esta

autorização por escrito foi dada antes do preenchimento do questionário, com garantia expressa de confidencialidade dos dados. (Apêndice II)

Os questionários foram auto-preenchidos com ou sem supervisão, ou preenchidos pelo entrevistador quando os doentes apresentavam défices que comprometiam a leitura e/ou escrita.

A aplicação do instrumento de colheita de dados foi antecedida da aplicação de um pré-teste, tendo sido aplicados 10 questionários (6 homens e 4 mulheres), de modo a detectar dificuldades e proceder à aferição de algumas questões.

### 3.4. PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

De forma a proceder à organização e apresentação dos dados utilizando a estatística descritiva, foram utilizadas as frequências relativas e absolutas, a média aritmética como medida de tendência central e como medidas de dispersão o desvio padrão e o coeficiente de variação. Para analisar a simetria (Skewness/erro) e a curtose (Kurtosis/erro) recorreu-se aos valores propostos por Pestana e Gageiro (2003):

- Skewness/error  $\leq -1.96$  - assimétrica negativa ou enviesada à direita
- $-1.96 < \text{Skewness/error} \leq 1.96$  - simétrica
- Skewness/error  $> 1.96$  - assimétrica positiva ou enviesada à esquerda
  
- Kurtosis/error  $\leq -1.96$  - platicúrtica
- $-1.96 < \text{Kurtosis/erro} \leq 1.96$  - mesocúrtica
- Kurtosis/error  $> 1.9$  - leptocúrtica

Relativamente aos coeficientes de dispersão foram utilizados os seguintes intervalos:

- $\text{CV} \leq 15\%$  - Dispersão fraca
- $15\% < \text{CV} \leq 30\%$  - Dispersão média
- $\text{CV} > 30\%$  - Dispersão elevada

Considerando que o autor da escala utilizada para avaliar o stress não apresenta grupos de corte, estes foram tidos em consideração para o stress global tendo por base a fórmula preconizada por Pestana e Gageiro (2005). Para a análise da variável stress foi utilizado o método dos grupos extremos revistos. Este consiste em agregar os dados de uma variável continua em dois grupos extremos, estabelecendo dois valores que limitam esses grupos. Os valores são determinados através da formula (Média  $\pm$  0.25 Dp).

Assim para analisar as características da amostra em relação ao stress, procedeu-se à criação de três grupos, um com os valores mais baixos da variável (baixo stress), outro com os valores mais elevados (alto stress) e outro com os valores intermédios (moderado stress).

Relativamente à análise inferencial, recorreu-se ao uso da estatística paramétrica e não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se trate de comparar duas ou mais amostras populacionais. Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov- Smirnov enquanto que, para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene por ser um dos mais potentes.<sup>25</sup>

Consideram-se grupos de dimensão semelhante quando o quociente entre a maior dimensão (N) e a menor (n) for inferior a 1.5, quando este quociente é superior a 1.5 os grupos não são de dimensões semelhantes, há grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade, põe-se em risco as conclusões tidas na análise de variância.<sup>24</sup>

Marôco (2010), acrescenta ainda que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas, o que aliás, vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro (2005) quando afirma que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas, para amostras iguais ou inferiores a 30, este teste exige que os grupos em análise tenham uma distribuição normal.

Já a estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificaram.<sup>25</sup> Estes testes são menos potentes que os

correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor. Assim, de acordo com o que sugerem Pestana e Gageiro (2005) relativamente à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

**Teste t de Student (t)** - Para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;

**Teste de U-Mann Whitney (UMW)** - Compara o centro de localização das duas amostras, de forma a detectar as diferenças entre as duas populações correspondentes, utiliza-se em alternativa ao teste t quando há violação da normalidade, quando os  $n$ 's são pequenos ou as variáveis de nível pelo menos ordinal;

**Análise de variância a um factor (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. O teste *One-Way* Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente aos testes *post-hoc*, para saber quais as médias que se diferenciam entre si;

**Teste de Kruskal-Wallis** – É um teste não paramétrico aplicado a variáveis de nível pelo menos ordinal, e é também uma alternativa ao *One-Way* Anova utilizado quando não se encontram reunidos os pressupostos deste último, que são a normalidade e a igualdade de variâncias. Este teste usa-se para testar a hipótese de igualdade no que se refere a um parâmetro de localização. Permite ver se existem diferenças no pós-teste entre três ou mais condições experimentais;

**Regressão** - É um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas -  $X_s$ ) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando se utiliza apenas uma variável dependente e uma independente, efetua-se uma regressão linear simples. Por outro lado quando se compara uma variável dependente e mais que uma variável independente efetua-se a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a

variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de Pearson que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gajairo (2005) sugerem:

$r < 0.2$  – associação muito baixa

$0.2 > r < 0.39$  – associação baixa

$0.4 > r < 0.69$  – associação moderada

$0.7 > r < 0.89$  – associação alta

$0.9 > r < 1$  – associação muito alta

**O coeficiente de correlação de Pearson** – É uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como  $R^2$  não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afecta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras.

Podem ser seleccionados os seguintes **níveis de significância**:

$p < 0.05$  Estatística significativa;

$p < 0.01$  Estatística bastante significativa;

$p < 0.001$  Estatística altamente significativo;

$p \geq 0.05$  não significativo.

## 4. RESULTADOS

Após a aplicação dos questionários procedeu-se ao tratamento estatístico, recorrendo ao software informático SPSS (Statistical package for the social sciences) (versão 19) para a organização e análise dos dados obtidos. Passando a descrever os dados através de indicadores estatísticos e através da estatística indutiva, com base nos elementos observados, tirar conclusões para um domínio mais vasto.<sup>24</sup>

### 4.1 ANÁLISE DESCRITIVA

A apresentação dos resultados será feita de acordo com a ordem do instrumento de colheita de dados e as questões que foram elaborados para este estudo. Para tal irá proceder-se à análise descritiva da caracterização da amostra estudada e stress.

#### Caracterização sociofamiliar

Para caracterizar a situação sociofamiliar foram utilizadas as variáveis que se passam a descrever.

**Coabitação** A maior parte dos inquiridos refere viver acompanhado, com o “Cônjuge” ou “Família Restrita” (Cônjuge e filhos), correspondendo respectivamente a 41.1% e 34.4%. (Cf. Apêndice IV, Quadro 2)

**Apgar Familiar** A “*Família altamente funcional*” é o tipo de funcionalidade que se observa com maior frequência (86.7%). Com uma percentagem de 6.7% regista-se a “Família de Disfunção Acentuada” exclusiva do sexo masculino. (Cf. Apêndice IV, Quadro 2)

Analisando a amostra estudada pode-se verificar que a média do Apgar Familiar obtido foi de 8.47 (Dp= 2.28), com um coeficiente de variação de 26.98%, indicativo de uma dispersão média. Quanto à simetria, é assimétrica negativa, enviesada à direita (Sk= - 2.54) apresentando uma curva mesocúrtica (K= - 0.26). (Cf. Apêndice V, Quadro 6)

### **Caracterização da situação de doença**

Para caracterizar a situação dos inquiridos relativamente ao seu estado de doença foram utilizadas as seguintes variáveis clínicas. (Cf. Apêndice IV, Quadro 3)

**Diagnóstico Atual** Da amostra estudada, verifica-se que a maioria dos indivíduos se encontrava internado na UCIC com o diagnóstico de EAM (55.6%) e destes, 58.6% são homens. A segunda patologia mais frequente é a Angina Instável, com distribuição semelhante entre sexos, com uma percentagem de 10%.

**Antecedentes de doença** Relativamente à história de doença pode-se verificar que 69.9% dos indivíduos já tiveram internamentos anteriores e destes, 17.7% correspondem a internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos.

Relativamente à medicação constata-se que 81.1% dos indivíduos toma habitualmente medicamentos, pertencendo a maioria a um único grupo farmacológico, com uma percentagem de 74%.

Analisando a Comorbilidade verifica-se que 65.6% dos inquiridos sofre de outras doenças, destes 75% são mulheres. A maioria (64.4%) possui apenas uma doença crónica.

**Antecedentes Familiares de doença** A maioria dos indivíduos (66.7%) refere não ter história familiar da doença cardíaca. Dos inquiridos que referiram antecedentes de doença familiar (33.3%), a situação de EAM foi a mais referenciada, correspondendo a uma percentagem de 63.3% e com maior frequência na figura dos pais (56.7%).

**Limitação Física** Relativamente ao cansaço físico com interferência nas actividades de vida diárias, anterior à situação que conduziu ao internamento na UCIC, a maioria dos indivíduos relatou inexistência de qualquer alteração prévia, correspondendo uma percentagem de 47.8%.

### **Caracterização do estilo de vida**

Para a caracterização do estilo de vida da amostra em estudo foram consideradas algumas variáveis que passam a ser descritas.

**Índice de Massa Corporal** O valor médio do Índice de Massa Corporal dos inquiridos foi de 22.11(Dp=3.36), com um mínimo de 15.12 e um máximo de 34.85. O coeficiente de variação indica a existência de uma dispersão média (15.20). (Cf. Apêndice V, Quadro 9)

Os homens apresentam um maior índice de massa corporal, com um valor médio de

22.57 (Dp=2.83) e nas mulheres observa-se uma média de 21.34 (Dp=4.13).

Os valores de simetria ( $Sk= 3.26$ ) e curtose ( $K = 3.06$ ), indiciam uma curva gaussiana assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e leptocúrtica. Tendo por base os dados supracitados, considera-se a distribuição do índice de massa corporal como não normal.

**Perímetro abdominal** Observa-se um valor médio de 98.04 cm (Dp=13.58), um valor mínimo de 72 e máximo de 148, sendo o coeficiente de variação de 13.58, o que sugere uma dispersão fraca. Os valores de simetria ( $Sk=3.73$ ) e curtose ( $K=3.87$ ), indiciam uma curva gaussiana assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e leptocúrtica. Tendo por base os dados supracitados, pode-se considerar uma distribuição do perímetro abdominal como não normal. (Cf. Apêndice V, Quadro 10)

**Exercício Físico** Da análise dos dados obtidos verifica-se que 77.1% dos indivíduos não pratica qualquer atividade física desportiva. Dos inquiridos que referiram praticar exercício físico, 76.9% faz caminhadas. (Cf. Apêndice IV, Quadro 4)

Relativamente à periodicidade da prática de exercício físico, a maioria dos praticantes (52.9%) refere uma assiduidade de uma hora diária.

**Fumar** A maior parte dos inquiridos refere não ser fumador (78.8%). Daqueles que referiram ser fumadores, 29.3% são homens e 6.3% mulheres. (Cf. Apêndice IV, Quadro 4)

**Bebidas alcoólicas** Verifica-se uma percentagem de 53.3% de indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas, destes a maior representatividade é do sexo masculino (69%). (Cf. Apêndice IV, Quadro 4)

Relativamente ao tipo de bebidas ingeridas, pode-se constatar que a maior parte dos indivíduos faz referência ao vinho como bebida habitual (87.5%) e fá-lo com a frequência “diariamente, um copo às principais refeições” na maioria dos casos.

**Stress** Pela análise dos dados constata-se que o valor mínimo de stress apresentado foi de 39 e o máximo foi 159, com uma média correspondente de 84.81. O desvio padrão apresentado é de 26.79 e um coeficiente de variação de 31.59, o que sugere uma dispersão elevada. Podemos ainda observar que o valor máximo se verifica no sexo masculino. Os valores de simetria ( $Sk= 2.26$ ) indicam uma curva assimétrica positiva ou enviesada à esquerda e os valores da curtose ( $K= 0.47$ ), indicam uma curva mesocúrtica. (Cf. Apêndice V, Quadro 11)

Relativamente ao grau de stress, verifica-se que predomina o nível de baixo stress com valor total de 37.8% e com maior representatividade do sexo masculino (41.4%),

enquanto com nível de alto stress a maior representatividade verifica-se nas mulheres (40.6%). Analisando em função da idade percebe-se que a maioria se situa no grupo etário acima dos 65 anos. (Cf. Apêndice V, Quadro 12)

Fazendo uma análise dos itens referidos pelos inquiridos como sendo aqueles que mais stress lhes provocam, atribuindo o score máximo da escala “Extremo stress”, constata-se que a “dor” e o “medo da morte” foram os aspectos referidos com maior frequência como maiores indutores de stress (26.7%). Segue-se “Preocupações financeiras” (18.9%) e “Incapacidade de desempenhar o papel familiar” (17.8%). (Cf. Apêndice V, Quadro 13)

### **Síntese:**

A maioria dos inquiridos refere viver acompanhado com o “Cônjuge” e/ou “Família Restrita”, correspondendo respectivamente a 41.1% e 34.4%.

A “Família altamente funcional” é o tipo de funcionalidade que se observa com maior frequência (86.7%).

Dos doentes internado na UCIC, 55.6% apresentavam diagnóstico de EAM.

69.9% dos indivíduos já tiveram internamentos anteriores, e destes, 17.7% correspondem a internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos.

81.1% dos indivíduos toma medicação habitualmente.

Dos indivíduos com medicação habitual, a maioria (74%) toma medicamentos pertencentes a um grupo farmacológico.

A maioria da amostra (66.7%) referiu não ter história familiar de doença cardíaca.

47.8% dos indivíduos relatou inexistência de limitação física prévia nas atividades de vida diária.

Os homens apresentam um maior índice de massa corporal com um valor médio de 22.57.

77.1% dos indivíduos não pratica qualquer atividade física desportiva.

Dos 21.1% fumadores, 29.3% são homens e 6.3% mulheres.

53.3% da amostra ingere bebidas alcoólicas, destes a maior representatividade é do sexo masculino correspondendo a 69%.

Predomina o nível de “baixo stress” com 37.8% e com maior representatividade do sexo masculino (41.4%).

50% dos indivíduos que apresentaram níveis de stress mais elevado, situam-se no grupo etário acima dos 65 anos.

A “dor” e “medo da morte” foram os aspectos referidos com maior frequência como maiores indutores de stress, correspondendo a 26%. Segue-se “Preocupações financeiras” (18.9%) e “Incapacidade de desempenhar o papel familiar” (18.8%).

## 4.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Após a constituição e caracterização da amostra através da estatística descritiva, o procedimento estatístico seguinte e final consiste em inferir acerca dos valores dos parâmetros da população de onde foi obtida a amostra e validar as hipóteses.<sup>25</sup>

Para analisar a relação entre o stress e as características sociodemográficas, sociofamiliares, clínicas e estilos de vida, foram efectuados testes t de Student, teste de U-Mann Whitney, Anova *one-way* e *two-way*, Teste de Kruskal-Wallis, regressão múltipla e coeficiente de correlação de Pearson. Foram aplicados os testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov e optou-se por utilizar testes paramétricos para as variáveis que respeitam a normalidade e testes não paramétricos quando esta condição não se verifica. (Cf. Apêndice VI, Quadro 14)

### **H1 A variável stress é influenciada pela variável sexo**

Verifica-se pela estatística que o sexo masculino tem menor índice de stress relativamente ao sexo feminino ( $p= 0.411$ ). (Cf. Apêndice VI, Quadro 15)

### **H2 A variável stress é influenciada pela variável estado civil**

Da estatística apresentada podemos verificar que os indivíduos viúvos apresentam um maior nível de stress com uma média ordenada de 57.87 ( $p= 0.156$ ). (Cf. Apêndice VI, Quadro 16)

### **H3 A variável stress é influenciada pela variável residência**

Da análise da estatística podemos verificar que os indivíduos que referem maior stress vivem em vilas, apresentando uma média de 91,68. Esta conclusão é reforçada pela

análise da variância entre os grupos ( $anova = 1,886$ ;  $p = 0,158$ ), com um intervalo de confiança a 95%. (Cf. Apêndice VI, Quadro 17)

#### **H4 A variável stress é influenciada pela variável habilitações literárias**

Para testar a hipótese apresentada recorreu-se a testes não paramétricos (Kruskal-Wallis), uma vez que o quociente entre a maior e menor dimensão dos grupos é superior a 1.5, havendo portanto grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade. Pode-se observar que os indivíduos com mais stress são os que apenas sabem ler e escrever ( $p = 0.095$ ). (Cf. Apêndice VI, Quadro 18)

#### **H6 Associação entre stress e rendimento**

Os indivíduos que referiram maiores níveis de stress, situam-se no grupo de rendimentos entre 970 e 1455 €. Pode-se constatar variância significativa das médias, quando analisamos os valores das variância entre os grupos de rendimento, detectamos diferenças significativas com um valor de  $p = 0,028$ . Estas diferenças entre pares de médias tornaram-se evidentes através de teste de comparação múltipla de médias. Após a ordenação das médias foi efectuado o teste *Anova e Post Hoc HSD de Tukey*, para localizar as diferenças. As diferenças situam-se entre os indivíduos que auferem rendimentos superiores a 1455€ com os que ganham valores inferiores a 485 € ( $p = 0.028$ ) e entre aqueles que recebem rendimentos superiores a 1455€ com os que ganham 970-1455 € ( $p = 0.040$ ). (Cf. Apêndice VI, Quadro 19)

Foi calculado o coeficiente de determinação, verificando-se que a variabilidade do stress é explicada em 9.97% pelo rendimento.

#### **H7 A variável stress é influenciada pela variável situação profissional**

Pode-se observar que os indivíduos que mais experienciam stress, são os que estão inativos profissionalmente ( $p = 0.115$ ). (Cf. Apêndice VI, Quadro 20)

#### **H8 A variável stress é influenciada pelos “Internamentos anteriores”**

Verifica-se que os indivíduos que apresentaram uma frequência de stress mais elevada foram aqueles que não tinham internamento anteriores (49.59) ( $p = 0.461$ ). (Cf. Apêndice VI, Quadro 21)

#### **H9 A variável stress é influenciada pela variável “Limitação Física”**

A maioria dos indivíduos referiu não sentir limitação física (47.81) ( $p = 0.640$ ). (Cf. Apêndice VI, Quadro 22)

### **H10 Associação entre stress e “com quem vive”**

Os indivíduos que vivem com a “família restrita” apresentaram maiores níveis de stress com uma média ordenada de 54,97 ( $p= 0.072$ ). (Cf. Apêndice VI, Quadro 23)

### **H11 As variáveis idade, APGAR, IMC, numero de Internamentos anteriores e atual, influenciam o nível de stress dos doentes internados na UCIC.**

Para avaliar a relação entre o Stress e as variáveis referidas na hipótese em estudo, foi utilizada uma Regressão múltipla e correlação de Pearson. Assim decidiu-se testar o valor preditivo das várias variáveis e do seu conjunto, em relação à variável dependente, que podem constituir os factores preditores do stress dos doentes internados na UCIC.

O método de estimação usada foi o de *stepwise* (passo a passo) que origina tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são predictoras da variável dependente. A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi a idade, pois é a que apresenta um maior coeficiente de correlação de Pearson em valor absoluto com a variável dependente. Pela análise dos dados constatamos que todas as variáveis, à exceção da idade, apresentam correlação negativa com o stress. Pode-se observar ainda a existência de diferenças estatisticamente significativas apenas para idade ( $p=0.013$ ). (Cf. Apêndice VI, Quadro 24)

Relativamente à idade, a correlação estabelecida é positiva e baixa ( $r= 0,283$ ). Observam-se diferenças estatísticas significativas ( $p= 0.026$ ), constatando-se que a idade tem poder explicativo no stress pois o coeficiente é diferente de zero. O aumento da idade é preditora de aumento de stress. A relação estabelecida é positiva ou seja, com o aumento da idade aumenta também o stress vivenciado pelos doentes. Pode-se constatar pela análise dos dados que a idade influencia 6.5% a variação do stress, com um erro padrão de regressão de 27.39. (Cf. Apêndice VI, Quadro 25)

Pela análise dos dados, pode-se afirmar que a correlação estabelecida com as variáveis APGAR, internamento anterior, internamento atual e IMC é negativa, comprovando-se que estas variáveis não têm poder explicativo no stress.

Da análise dos dados, podemos inferir que das variáveis independentes só a idade tem influencia significativa no stress, todas as restantes variáveis foram excluídas. A idade é o único preditor, com o seguinte modelo explicativo ajustado:

$$\text{Stress} = 46,154 + (0,552 \text{ idade})$$

**Figura 2:** Modelo explicativo ajustado do Stress

## **5. DISCUSSÃO**

O processo de investigação culmina na etapa fundamental que consiste na discussão dos resultados obtidos, de maior relevância, confrontando-os com estudos, teorias e modelos conceptuais que fundamentam a temática em estudo. Nesta etapa discutem-se também as inferências tornadas possíveis após a aplicação dos testes estatísticos, constituindo portanto um momento enriquecedor do conhecimento científico.

### **5.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA**

Estando o stress altamente associado à patologia cardíaca e havendo também uma forte associação de stress às unidades de cuidados intensivos, julgou-se pertinente a realização de um estudo para avaliar o stress referido pelos doentes internados na UCIC.

Tendo em conta os objectivos delineados e de acordo com o estudo, adoptou-se uma estratégia metodológica que conduziu à obtenção e tratamento dos dados que possibilitará a discussão de resultados que se segue.

A realização deste trabalho constitui um percurso com altos e baixos, tendo sido necessário reformular e ajustar alguns aspectos de acordo com as dificuldades detectadas.

Dado que este estudo se enquadra em contexto académico, várias foram as limitações e dificuldades que se impuseram. A principal limitação relaciona-se com o tempo disponível para a sua consecução, uma vez que os questionários foram aplicados durante as datas previstas para realização de estágio na UCIC, o que condicionou a obtenção de dados. O desfasamento entre a obtenção das autorizações para aplicar o instrumento de colheita de dados e a disponibilidade para o efeito foi outro condicionante.

Para além destes factos deve-se ter em consideração que a população da UCIC não é estável e portanto por vezes confrontou-se com a inexistência de doentes passíveis de constituir a amostra, reduzindo a possibilidade de obtenção de uma amostra maior.

Considerando que este estudo poderia ser mais consistente com uma amostra maior e sendo realizado de forma prospectiva, mas devido às limitações de tempo e dificuldade encontrada em aplicar o instrumento em mais instituições, tal não foi possível, deixando a sugestão para próximas investigações.

Foram adoptadas algumas medidas para evitar constrangimentos e enviesamentos de resposta por parte dos participantes. Assim o questionário foi aplicado após estabilização hemodinâmica e próximo da alta da unidade. O facto de o instrumento de colheita de dados ser extenso e com algumas questões que se mostraram de difícil compreensão por parte dos inquiridos, pode ter afectado de alguma forma a sua resposta a determinadas questões. O termo stress é ambíguo, a sua natureza subjetiva pode dificultar o posicionamento numa escala. Verificou-se que as várias escalas que constituem o instrumento de colheita de dados, contém questões que se assemelham e portanto se tornam repetitivas.

Contudo, tendo em conta estas considerações e obstáculos referidos, consideramos que este trabalho produziu resultados que constituem uma mais-valia na compreensão de alguns fenómenos que influenciam o stress vivenciado pelos doentes internados numa UCIC, podendo assim contribuir para uma ação dirigida à melhoria da qualidade de vida e satisfação dos doentes em UCI.

## **5.2 DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Esta etapa possibilita a explicação dos resultados obtidos mais relevantes e consiste na comparação entre estes e os resultados de trabalhos anteriores. Nesta fase, estabelecem-se ainda comparações entre os resultados obtidos e as hipóteses formuladas, relacionando as variáveis em estudo.

As unidades de cuidados intensivos são frequentemente referenciadas como sendo altamente indutoras de stress, físico e psicológico, não só aos doentes e seus familiares, mas também em toda a equipa prestadora de cuidados de saúde.

Vastas são também as referencias à personalidade tipo A e ao stress associado à ocorrência de patologia cardíaca, em especial o EAM. Constituindo portanto um factor de risco.

Múltiplos são os factores que interferem com a vivência e tipos de resposta do doente durante o internamento numa UCIC, aspectos de personalidade, idade, experiências

anteriores, nível socioeconómico e educacional, o ambiente, as intervenções terapêuticas, a doença/gravidade do quadro clínico e a equipa de saúde são alguns deles.<sup>1</sup> Assim, torna-se importante conhecer os factores de stress vivenciado pelos doentes internados em UCIC. Passamos a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas efectuadas em corte transversal.

### **Variáveis sociodemográficas**

Verificamos que a amostra é constituída por 90 participantes, que oscila entre os 20 e os 88 anos, com uma idade média de 64.17, com maior representatividade do sexo masculino com 64.4%. Sendo a maioria “Casado” (66.7%), seguindo-se a situação de “Viúvo” com 16.7% do total, sendo que destes, a maioria é do sexo masculino. Salienta-se o facto de que apenas 31.1% dos indivíduos são ativos profissionalmente.

Dados concordantes com os apresentados pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, que através do registo nacional de síndromes coronárias agudas, concluiu que nos últimos 7 anos a média de idade destes doentes é de 66 anos, 70% do sexo masculino.

Os resultados obtidos na caracterização sociodemográfica, são semelhantes aos apresentados no estudo de Marosti e Dantas (2005)<sup>21</sup>, tendo uma amostra com idade média de 56 anos, variando entre 21 e 78 anos. A maioria era do sexo masculino (72,1%), sendo 55,8% casados e 18,6% viúvos. Quanto à situação profissional, apenas 32,6% eram ativos profissionalmente.

Verifica-se ainda que, a grupo etário [20-50] é onde ocorre maior discrepância de indivíduos em relação ao sexo, constatando-se que as frequências em ambos os sexos se aproximam, no grupo etário [51-65].

A diminuição dos estrogénios circulantes favorece um aumento da incidência de enfarte agudo do miocárdio em mulheres a partir dos 50 anos. Assim, a partir dos 50 anos ambos os sexos terão a mesma vulnerabilidade, uma vez que as mulheres deixam de beneficiar desta proteção natural.<sup>26</sup> Outros autores também referem que a idade média das mulheres na menopausa é de 51 anos e que o início da equivalência de ocorrência de eventos cardiovasculares entre sexos coincide com o advento da menopausa.<sup>27</sup>

Relativamente à ocorrência de stress de acordo com a categorização da idade, constata-se que os inquiridos que se situam acima dos 65 anos relataram maiores índices de stress. Almeida e Ribeiro (2008), também se verificou níveis de stress mais elevados nas faixas etárias mais elevadas, estando portanto estes estudos em concordância.

Ainda em relação à variável idade, pode-se observar a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.013$ ) entre os grupos. O aumento da idade é preditora de aumento de stress. A relação estabelecida é positiva ou seja, com o aumento da idade aumenta também o stress vivenciado pelos doentes.

Em relação à variável sexo, podemos verificar que o sexo masculino ( $\bar{x} = 83,24$ ), tem menor índice de stress relativamente ao sexo feminino ( $\bar{x} = 87,65$ ), que consideram o internamento em UCIC mais stressante ( $p=0,457$ ).

Dados concordantes foram apresentados por Almeida e Ribeiro (2008), que no seu estudo obteve resultados que indicam que os elementos do sexo masculino apresentam um nível de stress significativamente inferior ( $\bar{x} = 96.45$ ) ao dos elementos do sexo feminino ( $\bar{x} = 114.86$ ), ( $p= 0.02$ ).

Observou-se que os indivíduos viúvos apresentam um maior nível de stress ( $\bar{x} = 99.33$ ), ( $p= 0.088$ ). Resultados semelhantes foram obtidos por Almeida e Ribeiro (2008).

Relativamente à área de residência podemos verificar que os indivíduos que referem maior stress vivem em vilas, apresentando uma média de 91,68 ( $p= 0.158$ ).

Estes resultados podem parecer contraditórios, pois habitualmente as cidades têm maior potencial stressor. Estes resultados podem estar relacionados com o facto de os participantes que referiram viver em cidade, pertencerem à área de influência de Viseu e Vila Real, que são zonas consideradas calmas e até classificadas por alguns, como cidades com melhor qualidade de vida.

Da análise dos dados podemos observar que os indivíduos com mais stress são os que possuem o 12º ano de escolaridade ( $\bar{x} = 91.66$ ), no entanto não se verificam diferenças estatísticas significativas entre os grupos estudados ( $p=1.913$ ) que possibilitem estabelecer relação causal.

Constatou-se não existirem diferenças estatísticas significativas que permitam estabelecer relação entre a ocorrência de stress e as variáveis sexo, estado civil, residência e habilitações literárias. O que está em concordância com os resultados apresentados por Almeida e Ribeiro (2008), que refere que relativamente às variáveis estado civil, idade, e escolaridade não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

Relativamente ao rendimento mensal auferido pelos participantes, verificou-se que a maioria se situa abaixo dos 485 euros com uma percentagem de 52.2%, seguindo-se uma percentagem de 27.8% que se situa entre os 485 e os 970 euros.

A maior parte dos indivíduos que referiram níveis de stress mais elevados situa-se no grupo de rendimentos entre 970 e 1455€, com uma média de 93.66. Pode-se constatar variância significativa das médias, quando analisamos os valores das variância entre os grupos de rendimento ( $p= 0.028$ ).

Os dados obtidos no nosso estudo vêm contrariar os resultados esperados, pois a literatura aponta para níveis de stress mais elevados nos indivíduos com rendimentos mais baixos. Hweidi em 2007, constatou que os indivíduos com baixos rendimentos apresentaram maiores níveis de stress, o que não se verifica no nosso estudo, observando-se maior stress na classe de rendimentos intermédia. Este facto poderá estar relacionado com as expectativas destes indivíduos, pois podem ter aspirações acima das suas possibilidades que não conseguem atingir estando numa situação intermédia, mas próxima de uma situação social que aspiram.

Uma possível explicação para o facto dos indivíduos com rendimentos mais baixos apresentarem menores índices de stress, pode ser a de que a amostra estudada vive maioritariamente em meio rural e com uma idade média de idade de 64.17, o que pode traduzir-se em menores compromissos e preocupações financeiras das classes mais baixas de rendimentos.

Quanto à situação profissional, pode-se observar que os indivíduos que mais experienciam stress, são os que estão inativos profissionalmente, no entanto a estatística demonstra que não existem diferenças significativas ( $p=0,091$ ). No estudo de Marosti e Dantas (2005), apenas 32,6% desempenhavam atividades remuneradas, dados semelhantes foram obtidos no nosso (31.1%).

### **Variáveis sociofamiliares**

A maioria dos inquiridos refere viver acompanhado (75.5%) e a “Família altamente funcional” é o tipo de funcionalidade que se observa com maior frequência (86.7%).

Verifica-se que os indivíduos que vivem com a “família restrita” apresentaram maiores níveis de stress com uma média de 94.58. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas ( $p= 0.032$ ) entre os vários grupos familiares, a significância da diferença verifica-se entre o grupo “Cônjuge” e “família restrita” ( $p=0.018$ ).

Embora não tenham sido encontrados estudos que se refiram concretamente à coabitação, foram encontradas referencias a maiores níveis de stress em indivíduos

solteiros <sup>17</sup> e não casados (viúvos, solteiros e divorciados) <sup>1</sup> que provavelmente vivem sozinhos e portanto se partirmos deste pressuposto podemos inferir que os resultados do nosso estudo contrariam os resultados dos estudos consultados, pois estes apontam para maiores níveis de stress nos indivíduos que presumivelmente vivem sozinhos.

Da análise relativa aos dados do APGAR familiar, não se verificaram diferenças que permitam estabelecer relação com a ocorrência de stress.

### **Variáveis clínicas**

Da amostra estudada, verifica-se que a maioria dos indivíduos apresenta o diagnóstico de EAM (55.6%) seguido de Angina Instável (10%). 69.9% já tiveram internamentos anteriores e destes, 17.7% em Unidades de Cuidados Intensivos. Estes resultados estão em concordância com os do estudo semelhante levado a cabo por Marosti e Dantas (2005)<sup>21</sup>.

Pelos dados obtidos podemos observar que os indivíduos que apresentaram uma frequência de stress mais elevada foram aqueles que não tinham internamento anteriores, que apresentaram uma média de (87.71), ( $p=0,461$ ).

Verifica-se que existe uma associação negativa entre o numero de internamentos anteriores, dias de internamento atual e níveis de stress, não sendo possível portanto estabelecer associação entre estas variáveis.

Os indivíduos do sexo masculino apresentam um maior índice de massa corporal ( $\bar{x} = 22.57$ ) do que no sexo feminino ( $\bar{x} = 21.34$ ), no entanto não parece haver relação entre IMC e a ocorrência de stress ( $p = 0.168$ ).

Pode-se verificar pela estatística que a maioria dos indivíduos referiu não sentir limitação física prévia ao internamento, apresentando uma média de 86.16. Contudo o nível de significância das diferenças entre os grupos ( $p=0,702$ ) não permite confirmar a hipótese de a limitação física interferir no stress vivenciado pelos doentes internados na UCIC.

### **Stress**

Analisando o stress, verifica-se que predomina o nível de “pouco stress” com 37.8%, sendo mais representativo o sexo masculino (41.4%), enquanto que na categoria “muito stress” a maior representatividade verifica-se nas mulheres. Analisando em função da idade

percebe-se que a maioria dos indivíduos que relataram maiores índices de stress se situa no grupo etário acima dos 65 anos. Estes dados são concordantes com os obtidos por Almeida e Ribeiro (2008)<sup>1</sup>.

Fazendo uma análise dos itens referidos pelos inquiridos como sendo aqueles que mais stress lhes provocam, constata-se que a “dor” e “medo da morte” foram os aspectos referidos com maior frequência como maiores indutores de stress correspondendo a 26.7%. Segue-se “Preocupações financeiras” (18.9%), “Incapacidade de desempenhar o papel familiar” (17.8%) e “Desconhecimento do tempo de internamento” (16.9%).

Os resultados obtidos no nosso estudo entram em concordância com os resultados obtidos nos estudos de Novaes (1999)<sup>27</sup>, Granja (2005)<sup>19</sup>, Hweidi (2007)<sup>17</sup> e Mourão (2008)<sup>18</sup>, que apontam a dor como factor mais stressante.

Marosti e Dantas (2006)<sup>21</sup>, no seu estudo que tinha como objectivo identificar os factores produtores de stress nos doentes internados em uma Unidade Coronária, identificou a dor como o maior stressor, com uma média de 3.21, que no nosso estudo é de 2.87. Já em 1999, Novaes et al chegaram a resultados muito semelhantes e apontam como a dor como principal stressor no seu estudo, apresentado valor médio de 3.36.

Os itens com cotação superior na classificação de stress, relacionam-se com desconforto físico e perda de função social e familiar

Os dados obtidos neste estudo, contrariando os resultados apontados pela bibliografia, não demonstraram elevados níveis de stress relativamente a itens como “Ter tubos no nariz e/ou boca”. Estes dados podem estar relacionados com o facto de nas unidades onde recolhemos os dados, raramente os doentes têm outros “tubos” para além dos cateteres endovenosos, portanto não podem constituir factor de stress, uma vez que às respostas “não se aplica” foi atribuído o score de “nenhum stress”.

Neste estudo, os itens relacionados com a realização de tratamentos ou relativos aos cuidados de saúde recebidos, foram referidos como baixos indutores de stress, conforme o constatado no estudo de Garrido et al (2007).<sup>20</sup>

Os participantes que referem maior nível de stress situam-se no grupo etário acima dos 65 anos, vivem com a “família restrita” e auferem um rendimento mensal entre 970 e 1455 €. Estes resultados vão de encontro com os do estudo realizado por Hweidi em 2007<sup>17</sup>, que pretendeu conhecer os efeitos das características sociodemográficas dos doentes e a sua percepção do stress vivenciado nas UCI, tendo verificado que os doentes solteiros, com idade mais elevada, com baixos rendimentos e baixo nível de educação, apresentaram

maiores dificuldades em gerir o stress comparativamente aos doentes com outras características, tendo portanto apresentado maiores níveis de stress.

## 6. CONCLUSÃO

Com a finalização deste trabalho surge a satisfação de ter cumprido com os objectivos a que se propôs, a expectativa de contribuir para o conhecimento do stress dos doentes internados em Unidades de Cuidados Intensivos Coronários, assim como, acerca dos factores associados ao seu desenvolvimento.

Os níveis de stress encontrados nas unidades onde decorreu este estudo, apontam para um baixo stress vivenciado pelos doentes, apresentando um valor de stress baixo.

Verificou-se existir relação entre aumento de stress com idade e rendimento mensal. Os participantes que referem maior nível de stress situam-se acima dos 65 anos, vivem com a “família restrita” e auferem um rendimento mensal entre 970 e 1455 €.

Os itens identificados como maiores indutores de stress foram “dor” e “medo da morte” em primeiro lugar, estes aspectos estão relacionados com desconforto físico e são resultados consistentes com a literatura consultada.

Ter dores foi considerado o maior stressor também por outros investigadores, o que nos deve conduzir à reflexão acerca do controlo da dor e sua monitorização. A dor global assume especial importância e deve ser considerada nos planos de cuidados da equipa multidisciplinar das UCIC. Esta pode decorrer da patologia cardíaca, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, do ambiente ameaçador da unidade e do estado psicológico do doente.

Os factores “preocupações financeiras” e “incapacidade” de desempenhar o papel familiar, apareceram a seguir como maiores indutores de stress. Estes são factores de ordem psicológica que poderão necessitar de intervenção dos técnicos da assistência social e psicologia clínica, devendo portanto os profissionais estar atentos para a sua sinalização atempada.

O desconhecimento do tempo de internamento, surge em quinto lugar e relaciona-se com a falta de controlo e de conhecimentos acerca da situação de saúde. Este aspecto e o

medo da morte (referido como maior stressor) podem ser diminuídos com intervenção das equipas.

Os factores de stress ambiental e relacionados com os cuidados de enfermagem que não impliquem ação ou procedimentos, foram referenciados como pouco ou nada stressantes.

Sugere-se o desenvolvimento de estratégias relativas aos aspectos referenciados como maiores indutores de stress, de forma a serem minimizados, como a sensibilização dos profissionais para atender aos aspectos psicológicos dos doentes e utilização de técnicas de comunicação ajustadas. A informação eficaz dos doentes acerca do seu processo de tratamento revela-se um aspecto de extrema importância e que sendo bem trabalhada pode traduzir redução de stress.

Outras práticas conducentes à redução de stress relacionam-se com medidas farmacológicas e não farmacológicas de controlo da dor. Apesar da dificuldade reconhecida em avaliar a dor em doentes em estado crítico, esta deve ser considerada uma prioridade.

Torna-se evidente a importância e atenção que os profissionais de saúde devem considerar no reconhecimento do stress desencadeado pela doença grave e internamento na UCIC, tendo em consideração os factores que os próprios doentes identificam como mais stressantes. A identificação destes e a atuação sobre os mesmos poderá contribuir grandemente para o bem-estar dos doentes e reduzir a intensidade da resposta de stress, bem como sobre os factores promotores de stress.

Sugere-se a realização de estudos com a abrangência da temática da percepção das vivências individuais dos doentes, mais alargados e prospectivos, possibilitando a obtenção de conhecimento que nos permita intervir de forma a melhorar o bem estar e satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, Maria C. B.; RIBEIRO, J. L. P. – Stress dos Doentes nos Cuidados intensivos. Revista Referência. n.º 7 (2008) p.79-88.
2. PAIVA, Abel – Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. Servir nº 55 (1-2), 2007, p.11-20.
3. BASTO, Marta Lima – Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Revista Pensar Enfermagem. 13:2 (2009) p. 11-18.
4. FERREIRA, Mónica Alexandra Gonçalves; PONTES, Manuela; FERREIRA, Nuno – Cuidar em Enfermagem: percepção dos utentes. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-04806 (2009). p.358-366.
5. LEAL, Isabel – **Perspectivas em Psicologia da Saúde**. Coimbra: Quarteto. 2006. p.145-168. ISBN 989-558-066-5.
6. ALMEIDA, Maria Celeste Bastos – **Stress e qualidade de vida nos cuidados intensivos**. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. 2003.
7. HATCHETT R.; THOMPSON, D. – **Enfermagem Cardíaca: Um Guia Polivalente**. Loures: Lusociência. 2006. p.163-203. ISBN 972-8930-12-7.
8. PORTO, Celmo Celesmo – **Doenças do Coração: Prevenção e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2005. p.17-967.
9. SANTOS, José Ferreira [et al] - Registo Nacional de Síndromes Coronárias Agudas: sete anos de actividade em Portugal [em linha]. Revista Portuguesa de Cardiologia: 2009;28:1465-1500 [consult. em 05/12/2010]. Disponível em <http://www.spc.pt/DL/RPC/artigos/1146.pdf>
10. FONTAINE, O.; KULBERTUS, H.; ÉTIENNE, Anne Marie – **Stress e Cardiologia**. Lisboa: CLIMEPSI. 1998. p. 75-100. ISBN 972-8449-18-6.
11. SOCIEDADE PORTUGUESA DE CARDIOLOGIA- Estatísticas 2009. [consult. em 05/12/2010]. Disponível em [http://www.spc.pt/DL/AreaCientifica/outros/EN\\_WHS09\\_Full.pdf](http://www.spc.pt/DL/AreaCientifica/outros/EN_WHS09_Full.pdf)
12. MADUREIRA, António Dias - Personalidade e Coronariopatia. Revista Milenium. 2005.
13. DIMSDALE, Joel E. – Psychological Stress and Cardiovascular Disease. [em linha]. Journal of the American College of Cardiology. [consult. em 05/12/2010]. Disponível em <http://content.onlinejacc.org/cgi/content/full/51/13/1237>

14. LAZARUS, R., & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: Springer.
15. VAZ SERRA, Adriano - Stress na vida de todos os dias. Coimbra: Minerva.2007. p. 849.ISBN 978-972-95003-2-9
16. VAZ SERRA, Adriano – Stress e doenças cardiovasculares. Coimbra. 2002 (Maio).
17. HWEIDI I.M. - Jordanian patients perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *International Journal Nursing Studies*. 2007. 44 (2):227-35.
18. MOURÃO, Maria Teresa. **Factores de stress na unidade de cuidados Intensivos: Percepção dos utentes, familiares e equipa de cuidados de saúde**. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 2008. Lisboa.
19. GRANJA, Cristina [et al.]. Patients' recollections of experiences in the intensive Care Unit may affect their quality of life. *Critical Care*. 9 (2005) 96-109. [consult. em 05/06/2011]. Disponível em <http://ccforum.com/content/9/2/R96>
20. GARRIDO, N. [et al.]– Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva*. 2007; 18 (4): 159-67.
21. MAROSTI C.; DANTAS, R. – Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronária. *Acta Paul Enferm* 2006;19(2):190-5.
22. FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Col. José Côté ; Françoise Filion. Loures : Lusociência, D. L. 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.
23. HEINEMANN, Klaus – **Introducción a la Metodología e la Investigación Empírica**. Barcelona: Editorial Paidotribo, 2003. ISBN 84-8019-678-5
24. PESTANA, Helena M.; GAGEIRO, João N. – **Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo. 2003. ISBN:972-618-297-2.
25. MARÔCO, João – **Análise Estatística com o PASW Statistics**. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda, 2010. 953 p. ISBN 978-989-96763-0-5.
26. ANTUNES, S. et al – Fisiopatologia da menopausa. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. 2003;19:353-7.
27. SANCHES, Iris Callado [et al] – Doença cardiovascular na mulher. *Revista Integração*.2006. Ano XII. 44. 41-48. [consult. 10/11/2011]. Disponível em [ftp://www.usjt.br/pub/revint/41\\_44.pdf](ftp://www.usjt.br/pub/revint/41_44.pdf)
28. Novaes, M. A. [et al.] - Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine*. Vol. 25, nº 12, (1999) p. 1421-1426. consult. 10/11/2011]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10660851>
29. VAZ FREIXO, M. J. – **Metodologia Científica: Fundamentos Métodos e Técnicas**. Lisboa: PIAGET. 2009.ISBN 978-989-659-020-8.

## APÊNDICES

## **APÊNDICE I**

### **Instrumento de Colheita de Dados**

## I – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Cod \_\_\_\_\_

<p><b>1 - Idade:</b> ____anos</p> <p><b>2 - Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p><b>3 - Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/ União de facto <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo</p> <p><b>4 - Residência:</b> <input type="checkbox"/> Aldeia <input type="checkbox"/> Vila <input type="checkbox"/> Cidade</p>	<p><b>5 - Habilitações literárias:</b> <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 4ª Classe <input type="checkbox"/> 9º Ano <input type="checkbox"/> 12º Ano <input type="checkbox"/> Bacharelato <input type="checkbox"/> Licenciatura</p> <p><b>6 – Rendimento mensal (líquido):</b> <input type="checkbox"/> Inferior a 485 € (ordenado mínimo) <input type="checkbox"/> Entre 485 a 970 € <input type="checkbox"/> Entre 970 a 1455 € <input type="checkbox"/> Superior a 1455 a 1940 € <input type="checkbox"/> Superior a 1940 €</p> <p><b>7 – Situação Profissional:</b> <input type="checkbox"/> Empregado (Ativo). Profissão, qual? _____ <input type="checkbox"/> Desempregado <input type="checkbox"/> Aposentado (Reformado) <input type="checkbox"/> Baixa Médica <input type="checkbox"/> Estudante</p>
---	--

## II – VARIÁVEIS SOCIOFAMILIARES

1 - Com quem vive: \_\_\_\_\_

2 - Escala de Apgar Familiar - SMILKSTEIN (1978) *cit. in* AZEREDO e MATOS (1989)

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1) Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?			
2) Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?			
3) Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas atividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4) Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5) Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?			



#### IV- VARIÁVEIS RELACIONADAS COM ESTILO DE VIDA

9 - **Considera-se:**  Magro  Normal  Gordo

9.1 - **Medidas antropométricas:** Peso \_\_\_\_\_ Kg  
 Altura \_\_\_\_\_ cm  
 Perímetro abdominal \_\_\_\_\_ cm

10 - **Pratica exercício físico / desporto:**

Não  
 Sim. Qual?  Natação  Atletismo  Caminhadas  Bicicleta \_\_\_\_\_  
 Em média, quantas horas pratica por:  Dia: \_\_\_\_\_ horas  
 Semana: \_\_\_\_\_ horas  
 Mês: \_\_\_\_\_ horas

11 - **É fumador:**  Não

Sim. **Em média, quantos cigarros fuma por dia:** \_\_\_\_\_ cigarros  
**Se é ex-fumador, há quanto tempo deixou de fumar?** \_\_\_\_\_ anos

12 - **Costuma tomar café:**  Não

Sim. **Em média, quantos cafés toma por dia:** \_\_\_\_\_ café(s)

13 - **Costuma consumir bebidas alcoólicas:**  Não

Sim. **Que tipo de bebidas** \_\_\_\_\_

**Se sim, bebe**  Ocasionalmente, em média \_\_\_\_\_ (copo de

0.20ml)

Semanalmente, em média \_\_\_\_\_ (copo de

0.20ml)

Diariamente (às principais refeições), em média

\_\_\_\_\_ (copo de 0.20ml)

## **APÊNDICE II**

### **Pedidos de autorização do estudo**

Pedido de autorização de utilização da escala adaptada

Pedido de Autorização para efetuar colheita de dados

Consentimento do Doente

**De:** Sílvia Leão <silvialeaob@gmail.com>

**Data:** 19 de Janeiro de 2011 18:06:58 WET

**Para:** cbastos@esenf.pt

**Assunto:** **Questionário de Stress para Doentes dos Cuidados Intensivos (Cornock, 1998)**

Boa tarde Professora Maria Celeste,

sou enfermeira e encontro-me a frequentar o curso de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na escola superior de saúde de viseu.

Estou a elaborar o projecto de investigação acerca do tema "percepção dos cuidados de enfermagem e stress em UCIC" e encontrei a sua tese "Stress e Qualidade de Vida em Cuidados Intensivos", que após consulta achei muito interessante, nomeadamente o questionário de stress utilizado.

Este contacto tem o objectivo de lhe pedir autorização para a sua utilização, uma vez que já o traduziu e testou, e, me forneça alguma informação adicional que ache pertinente para a sua aplicação.

Agradeço desde já a atenção que certamente irá disponibilizar a este assunto. Com os melhores cumprimentos,

Sílvia Leão

917882239

926656250

Av. Eng Adelino Amaro da Costa, 813, A2C  
3460-592 Tondela

**De:** cbastos@esenf.pt

**Data:** 22 de Janeiro de 2011 18:12:48 WET

**Para:** Sílvia Leão <silvialeaob@gmail.com>

**Assunto:** **Re: Questionário de Stress para Doentes dos Cuidados Intensi vos (Cornock, 1998)**

Olá Sílvia.

Claro que pode utilizar o questionário. O mesmo já foi utilizado por outras duas colegas de hospitais portugueses.

Anexo um artigo que publiquei na revista referência e o modelo do questionário, é claro que pode sempre adaptar ao seu estudo.

Caso necessite de mais alguma informação, poderá contactar-me.

Bom trabalho,

Celeste

Boa tarde Professora Maria Celeste,

sou enfermeira e encontro-me a frequentar o curso de mestrado em enfermagem médico cirúrgica na escola superior de saúde de viseu.

Estou a elaborar o projecto de investigação acerca do tema "percepção dos cuidados de enfermagem e stress em UCIC" e encontrei a sua tese "Stress e Qualidade de Vida em Cuidados Intensivos", que após consulta achei muito interessante, nomeadamente o questionário de stress utilizado.

Este contacto tem o objectivo de lhe pedir autorização para a sua utilização, uma vez que já o traduziu e testou, e, me forneça alguma informação adicional que ache pertinente para a sua aplicação.

Agradeço desde já a atenção que certamente irá disponibilizar a este assunto.

Com os melhores cumprimentos,

Sílvia Leão

917882239

926656250

Av. Eng Adelino Amaro da Costa, 813, A2C  
3460-592 Tondela

Ho Grupo Director de Cardiologia e chefe de UCI e  
e chefe Coordenador de Cardiologia para implementar.



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior  
Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

11/03/11 Prof. Machado

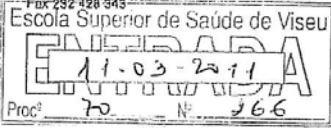
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102

3500-843 VISEU

Telf. 232 419 100

Telom. 961 011 800

Fax 232 420 343



Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração  
Hospital São Teotónio, EPE  
Av. do Rei D. Duarte  
3504-509 VISEU

Autorizado  
INFORME-se.

11/03/11

NOSSA REFERÊNCIA  
Ofício nº: 226  
Processo: 70  
Data: 24/02/2011  
Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

NOSSA REFERÊNCIA  
Ofício nº: 226  
Processo: 70  
Data: 24/02/2011

Na resposta indicar a «nossa referência». Em cada ofício tratar só de um assunto

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a desenvolver um trabalho subordinado ao tema "Satisfação do Doente cardíaco com os Cuidados de Enfermagem". Trata-se de um estudo de enorme relevância para o levantamento das reais necessidades de saúde dos referidos doentes. O estudo segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivo: Caracterizar a Satisfação do Doente cardíaco com os Cuidados de Enfermagem

A população alvo do estudo é constituída por doentes internados na UCIC/Cardiologia. Será pedida a colaboração aos doentes a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações, sendo aplicado pelos estudantes do referido curso. Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante os meses de Fevereiro e Março de 2011.

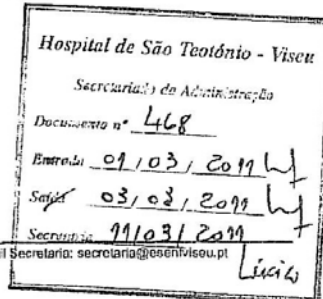
Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição. Mais informamos que o Professor António Madureira Dias é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais, através do telefone da Escola 232419100 ou fax 232428343.

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes


Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente do ESSH,

Prof. Doutor João Carvalho Duarte  
(Prof. Coordenador)



AM/AL

 Centro Hospitalar de  
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.  
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Escola Superior de Saúde de Viseu  
13.7.2011  
70 712

*Prof. Hadjuice*

Exm<sup>o</sup>(<sup>as</sup>) Senhor(<sup>as</sup>)  
Prof. Dr. Carlos Pereira  
Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102  
3500-843 Viseu

**ASSUNTO:** Pedido de colheita de dados para desenvolvimento de um estudo

Após parecer emitido pela Comissão Ética em 08/06/2011, o Conselho de Administração em 28/06/2011, decidiu autorizar o pedido da Escola Superior de Saúde de Viseu para a aluna Melânia Cristina Correia Silva efectuar um estudo de investigação sobre o tema - "Satisfação do Doente cardíaco com os cuidados de enfermagem".

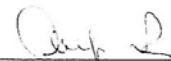
Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 5 de Julho de 2011

*Até 7.7.2011*

*14.07.2011*

O Presidente do  
Conselho de Administração



Carlos Vaz

/HV

**Área científica:** Médico Cirúrgica

**Investigador Principal:** António Madureira

**Investigadores Colaboradores:** Cristina Martins, Melânia Correia e Sílvia Leão

**Curso:** I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica      **Ano:** 2010/11

**Estudo:** “Satisfação da Pessoa com Doença Cardíaca com os Cuidados de Enfermagem na UCIC”

## Consentimento

Declaro ter conhecimento do estudo a desenvolver pelas investigadoras sobre “Satisfação da pessoa com doença cardíaca com os cuidados de Enfermagem na UCIC”, tendo-me sido apresentada a sua finalidade.

Aceito participar neste estudo, dando resposta aos questionários que me apresenta e autorizo a utilização dos dados.

Foi-me garantida a confidencialidade das declarações e sei que posso recusar participar, a qualquer momento, sem estar sujeito a qualquer tipo de consequência.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Entrevistado: \_\_\_\_\_

A investigadora: \_\_\_\_\_

## **APÊNDICE III**

### **Parametrização das Escalas**

### Questionário de caracterização sociofamiliar

O apgar familiar refere-se à funcionalidade da família e aborda vários aspectos, como sejam:

- Adaptação intrafamiliar (adaptability) - utilização de recursos, dentro e fora da família, para a resolução de um problema, nomeadamente quando o equilíbrio da família estiver ameaçado durante uma crise;
- Participação/Comunicação (partnership) - partilha na tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- Crescimento/desenvolvimento (growth) - maturidade física e emocional, realização conseguida pelos membros da família, através do mútuo apoio e orientação;
- Afecto (affection) - relação de cuidados ou ternura que existe entre os membros da família;
- Resolução/dedicação (resolve) - compromisso em dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e moralmente.

Para medir esta variável utilizamos a escala de Apgar Familiar, elaborada por Smilkstein, Ashworth e Montano em 1982. Esta é constituída por cinco perguntas que quantificam a percepção que o doente tem do funcionamento da sua família, permitindo também caracterizar os componentes fundamentais de função familiar. Entende-se como família os indivíduos com quem vive habitualmente. O Apgar Familiar é aplicado quando existe doença grave, crónica ou incapacitante em qualquer elemento da família. Se viver só consideram-se família todos aqueles com que mantêm laços afectivos mais intensos.

Cada pergunta tem três possibilidades de resposta, a que correspondem as seguintes pontuações: “quase sempre” - 2 pontos; “algumas vezes” - 1 ponto; “quase nunca” - 0 pontos. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas.

<b>Apgar Familiar</b>	<b>Pontuação</b>
Família Altamente Funcional	7 - 10
Família de Moderada Disfunção	4 - 6
Família de Disfunção Acentuada	0 - 3

### **Questionário de caracterização Clínica**

Neste questionário pretende-se conhecer aspectos considerados relevantes para a caracterização clínica, tais como número de internamentos prévios, período e local, internamento atual, diagnóstico, medicação habitual, índice de massa corporal e a limitação física.

O índice de massa corporal é determinado pela divisão do peso do indivíduo pelo quadrado de sua altura, utilizando as medidas do peso em quilogramas e a altura em metros. Os valores de IMC são classificados da seguinte forma:

- <18,5 Magreza
- 18,5 – 24,9 Saudável
- 25,0 – 29,9 Peso em excesso
- 30,0 – 34,9 Obesidade grau I
- ≥ a 35 Obesidade de Grau II

A Classificação funcional da New York Heart Association (NYHA) proporciona um meio simples de classificar a extensão da insuficiência cardíaca. Categoriza os doentes em uma de quatro categorias baseada na limitação da atividade física (dispneia e angina de peito).

#### **Classe NYHA**

- I Sem sintomas e nenhuma limitação em atividades rotineiras
- II Leves sintomas e limitações em atividades rotineiras. Confortáveis no repouso.
- III Com limitação importante na atividade física; atividades menores que as rotineiras produzem sintomas.  
Confortáveis somente em repouso.
- IV Severas limitações. Sintomas presentes mesmo em repouso.

### **Questionário de Stress para doentes dos cuidados intensivos (CORNOCK,1998)**

O instrumento utilizado por Cornock (1998) é uma versão modificada do ICUESS ("The ICU Environmental Stressor Score") utilizado por Cochran e Gagnon (1989, in Cornock, 1998), e que continha 42 itens numa escala tipo Likert. A modificação consistiu na inclusão de oito itens que no estudo de Cochran e Gagnon os enfermeiros consideraram de interesse introduzir. Esta versão modificada passou a denominar-se "The Environmental Stressor Questionnaire" e é específica para os doentes dos cuidados intensivos. A escala usada varia de 4 = "extremo stress" a 1 = "nenhum stress", com uma opção de 0 = "não se aplica". O resultado final, calculado a partir da soma das respostas individuais (pontuadas de 0 a 4) às 50 questões, pode variar de 0 a 200 pontos. O valor mais elevado é de 200, com todos os itens considerados como extremamente stressantes, e de 50 se em todos os itens o doente aponta a opção "nenhum stress"; caso a opção considerada seja de "não se aplica" em todas as questões, a pontuação obtida será de zero. Portanto, valores inferiores a 50 indicam graus variados de aspectos que o sujeito não experimentou. Pela soma dos valores de cada item do questionário é possível identificar os itens mais stressantes.

A fim de utilizar o instrumento apresentado por Cornock e publicado num artigo da Revista *Journal of Advanced Nursing* (1998, 27: 518-527), a autora da tradução para a Língua Portuguesa <sup>6</sup>, procedeu ao contacto para a morada indicada no artigo, solicitando a respectiva autorização. A tradução para português seguiu três momentos: tradução e retro-tradução, discussão dos itens e correção de erros por um grupo de profissionais de saúde (para um maior consenso em relação ao conteúdo dos itens e sua adequabilidade à população) e aplicação do questionário a um grupo de quatro doentes. Dois dos doentes, focaram o momento de transferência da UCI para outra enfermaria como uma questão a incluir em futuros inquéritos, como este aspecto foi também considerado relevante pelos profissionais de saúde, a versão utilizada contemplou 51 questões e não apenas 50 como a versão de Cornock.

Assim sendo, os valores finais de avaliação da escala utilizada serão diferentes dos referidos por este autor. O valor total mais elevado é de 204, se todos os itens são considerados como extremamente stressantes, e de 51 se em todos os itens os respondentes apontam a opção "nenhum stress" ou caso a opção considerada seja de "não se aplica". Optamos por atribuir o valor 1 (um) à opção "não se aplica", uma vez que, se o sujeito considera não se aplicar a si a situação descrita então, não pode ter experimentado stress, pelo que será o equivalente à opção "nenhum stress".

## **APÊNDICE IV - Caracterização da amostra**

Quadro 1: características sociodemográficas

Quadro 2: Características sócio-familiares

Quadro 3: Caracterização da situação de doença

Quadro 4: Caracterização do estilo de vida

Quadro 1: Caracterização das variáveis sócio demográficas

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Grupo Etário</b>						
20-50	14	24	4	12,5	18	20
51-65	16	27,6	11	34,4	27	30
> 65	28	48,3	17	53,1	45	50
<b>Estado Civil</b>						
“Solteiro”	5	8,6	3	9,4	8	8,9
“Casado”	44	75,9	16	50,0	60	66,7
“Divorciado”	4	6,9	3	9,4	7	7,8
“Viúvo”	5	8,6	10	31,3	15	16,7
<b>Residência</b>						
“Aldeia”	26	44,8	11	34,4	37	41,1
“Vila”	11	19,0	8	25,0	19	21,1
“Cidade”	21	36,2	13	40,6	34	37,8
<b>Habilitações Literárias</b>						
“Sabe ler e escrever”	11	19,0	7	21,9	18	20,0
“4ºAno”	25	43,1	14	43,8	39	43,3
“9ºAno”	10	17,2	3	9,4	13	14,4
“12ºAno”	6	10,3	3	9,4	9	10,0
“Bacharelato”	2	3,4	3	9,4	5	5,6
“Licenciatura”	4	6,9	2	6,3	6	6,7
<b>Rendimento Mensal</b>						
“Inferior a 485 euros”	32	55,2	15	46,9	47	52,2
“Entre 485 e 970 euros”	13	22,4	12	37,5	25	27,8
“Entre 970 e 1455 euros”	9	15,5	0	0,0	9	10,0
“Entre 1455 e 1940”	3	5,2	4	12,5	7	7,8
“Superior a 1940 euros”	1	1,7	1	3,1	2	2,2
<b>Situação Profissional</b>						
“Empregado (Ativo)”	19	32,8	8	25,0	27	30,0
“Desempregado”	3	5,2	0	0,0	3	3,3
“Aposentado (Reformado)”	34	58,6	23	71,9	57	63,3
“Baixa Médica”	0	0,0	1	3,1	1	1,1
“Estudante”	2	3,4	0	0,0	2	2,2
<b>Empregado</b>						
“1 - Representantes do poder legislativo e órgãos executivos”	1	5,3	0	0,0	1	3,7
“2 - Especialistas das atividades intelectuais e científicas”	3	15,8	3	37,5	6	22,2
“4 - Pessoal Administrativo”	0	0,0	2	25,0	2	7,4
“5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e seg.”	2	10,5	0	0,0	2	7,4
“6 – Agricultores e trabalhadores qualificados”	3	15,8	1	12,5	4	14,8
“7 – Trabalhadores qualificados da indústria”	5	26,3	2	25,0	7	25,9
“8 – Operadores de instalações e máquinas”	3	15,8	0	0,0	3	11,1
“9 – Trabalhadores não qualificados”	2	10,5	0	0,0	2	7,4

**Quadro 2: Características sócio-familiares**

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Com quem vive</b>						
“Sozinho (a)”	8	13,8	7	21,9	15	16,7
“Cônjuge”	26	44,8	11	34,4	37	41,1
“Família Restrita”	20	34,5	11	34,4	31	34,4
Família Alargada”	3	5,2	2	6,3	5	5,6
“Institucionalizado/Dama de Companhia”	1	1,7	1	3,1	2	2,2
<b>Apgar Familiar</b>						
“Família de Disfunção Acentuada”	6	10,3	0	0,0	6	6,7
“Família Moderadamente Funcional”	4	6,9	2	6,3	6	6,7
Família Altamente Funcional”	48	82,8	30	93,8	78	86,7

**Quadro 3: Caracterização da situação de doença**

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Diagnóstico</b>						
“Angina Instável”	6	10,3	3	9,4	9	10,0
“BAV”	2	3,4	4	12,5	6	6,7
“Bradycardia”	2	3,4	0	0,0	2	2,2
“Choque Cardiogénico”	0	0,0	1	3,1	1	1,1
“EAM”	34	58,6	16	50,0	50	55,6
“EAP”	0	0,0	1	3,1	1	1,1
“Estenose Mitral”	0	0,0	1	3,1	1	1,1
“FA”	2	3,4	1	3,1	1	1,1
“ICC”	1	1,7	0	0,0	1	1,1
“Pericardite”	4	6,9	1	3,1	5	5,6
“SCA”	4	6,9	1	3,1	5	5,6
“Taquicardia”	2	3,4	1	3,1	3	3,3
“TEP”	0	0,0	2	6,3	2	2,2
“WPW”	1	1,7	0	0,0	1	1,1
<b>Internamentos Anteriores</b>						
“Não	17	29,3	11	34,4	28	31,1
“Sim”	41	70,7	21	65,6	62	68,9
<b>Serviço de Internamentos Anteriores</b>						
“UCI”	11	26,8	0	0,0	11	17,7
“Outros Serviços”	30	73,2	21	100	51	82,3
<b>Medicação Habitual</b>						
“Não”	12	20,7	5	15,6	17	18,9
“Sim”	46	79,3	27	84,4	73	81,1
<b>Número de grupos farmacológicos</b>						

<i>"Um grupo farmacológico"</i>	37	80.4	17	63.0	54	74.0
<i>"Dois grupos farmacológicos"</i>	7	15.2	9	33.3	16	21.9
<i>"Três grupos farmacológicos"</i>	2	4.3	1	3.7	3	4.1
<b>Sofre de outras doenças</b>						
<i>"Não"</i>	23	25.0	8	25.0	31	34.4
<i>"Sim"</i>	35	60.3	24	75.0	59	65.6
<b>Qual?</b>						
<i>"Uma doença"</i>	23	65.7	15	62.5	38	64.4
<i>"Duas doenças"</i>	8	22.9	8	33.3	16	27.1
<i>"Três doenças"</i>	2	5.7	1	4.2	3	5.1
<i>"Quatro doenças"</i>	2	5.7	0	0.0	2	3.4
<b>Familiar com doença cardíaca</b>						
<i>Não</i>	40	69.0	20	62.5	60	66.7
<i>Sim</i>	18	31.0	12	37.5	30	33.3
<b>Qual?</b>						
<i>EAM</i>	12	66.7	7	58.3	19	63.3
<i>ICC</i>	6	33.3	3	25.0	9	30.0
<i>Angina</i>	0	0.0	1	8.3	1	3.3
<i>HTA</i>	0	0.0	1	8.3	1	3.3
<b>Grau de parentesco</b>						
<i>"Pais"</i>	8	44.4	9	75.0	17	56.7
<i>"Irmão"</i>	6	33.3	3	25.0	9	30.0
<i>"Tios"</i>	2	11.1	0	0.0	2	6.7
<i>"Filho"</i>	2	11.1	0	0.0	2	6.7
<b>Limitação Física</b>						
<i>"Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em atividades rotineiras"</i>	29	50.0	14	43.8	43	47.8
<i>"Limitação física para atividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras)"</i>	25	43.1	12	37.5	37	41.1
<i>"Acentuada limitação física para atividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal) Confortável somente no repouso"</i>	3	5.2	6	18.8	9	10.0
<i>"Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso"</i>	1	1.7	0	0.0	1	1.1

Quadro 4: Caracterização do estilo de vida

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Exercício físico</b>						
“Não”	39	67.2	25	78.1	64	71.1
“Sim”	19	32.8	7	21.9	26	28.9
<b>Natação</b>	2	100.0	1	100.0	3	100.0
<b>Atletismo</b>	2	100.0	0	0.0	2	100.0
<b>Caminhadas</b>	14	100.0	5	100.0	19	100.0
<b>Bicicleta</b>	1	100.0	1	100.0	2	100.0
<b>Horas/Dia de exercício</b>						
“1”	6	54.5	3	50.0	9	52.9
“2”	3	27.3	2	33.3	5	29.4
“3”	2	18.2	1	16.7	3	17.6
<b>Horas/Semana de exercício</b>						
“2”	3	42.9	1	100.0	4	50.0
“3”	4	57.1	0	0.0	4	50.0
<b>Horas/Mês de exercício</b>						
“5”	1	100.0	0	0.0	1	100.0
<b>Fumador</b>						
“Não”	41	70.7	30	93.8	71	78.9
“Sim”	17	29.3	2	6.3	19	21.1
<b>Café</b>						
“Não”	24	41.4	20	62.5	44	48.9
“Sim”	34	58.6	12	37.5	46	51.1
<b>Bebidas alcoólicas</b>						
“Não”	18	31.0	24	75.0	42	46.7
“Sim”	40	69.0	8	25.0	48	53.3
<b>Tipo de Bebidas</b>						
“Vinho”	35	87.5	6	75.0	41	85.4
“Cerveja”	4	10.0	1	12.5	5	10.4
“Bebidas Brancas”	1	2.5	1	12.5	2	4.2
“Vinho e Cerveja”	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>Bebe</b>						
<b>“Ocasionalmente em festas”</b>						
“1 copo”	1	16.7	0	0.0	1	14.3
“2 copos”	2	33.3	1	100.0	3	42.9
“3 copos”	2	33.3	0	0.0	2	28.6
“5 copos”	1	16.7	0	0.0	1	14.3
<b>“Semanalmente”</b>						
“2 copos”	2	66.7	0	0.0	2	50.0
“3 copos”	0	0.0	1	100.0	1	25.0
“4 copos”	1	33.3	0	0.0	1	25.0
<b>“Diariamente às refeições”</b>						
“1 copo”	15	48.4	5	83.3	20	54.1
“2 copos”	13	41.9	1	16.7	14	37.8
“3 copos”	3	9.7	0	0.0	3	8.1

## **APÊNDICE V – Estatística Descritiva**

Quadro 5: Estatística relativa à idade segundo o sexo

Quadro 6: Estatística relativa ao APGAR de acordo com o sexo

Quadro 7: Estatística relativa ao numero de internamentos anteriores

Quadro 8: Estatística relativa ao numero de dias do internamento atual

Quadro 9: Estatística relativa ao IMC

Quadro 10: Estatística relativa ao perímetro abdominal

Quadro 11: Distribuição do stress de acordo com o sexo

Quadro 12: Distribuição do stress de acordo com o sexo

Quadro 13: Ranking dos itens stressores de acordo com capacidade indutora

**Quadro 5: Estatística relativa à idade segundo o sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sw/erro	Kw/erro
Masculino		58	20	88	63.02	16.24	25,77	-2.00	-0.26
Feminino		32	28	86	66.25	14.99	22.63	-1,611	-0.03
<b>Valor Global</b>		90	20	88	64.17	15.80	24.62	-2.54	-0.26

**Quadro 6: Estatística relativa ao APGAR de acordo com o sexo**

<b>Sexo</b>	<b>Apgar Familiar</b>	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sw/error	Kw/error
Masculino		58	1	3	2.72	0.64	23.53	-6.73	4.90
Feminino		32	2	3	2.94	0.25	8.50	-917	16.35
<b>Valor Global</b>		90	28	88	2.80	0.54	19.45	-10.48	11.64

**Quadro 7: Estatística relativa ao numero de internamentos anteriores**

<b>Sexo</b>	<b>Nº de Internamentos Anteriores</b>	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sw/error	Kw/error	t	p
Masculino		41	1	5	1.93	1.03	53.58	3.12	1.27		
Feminino		21	1	10	2.76	2.23	80.94	3.69	4.50	-0.626	0.534
<b>Valor Global</b>		62	1	10	2.21	1.58	71.50	7.81	14.32		

**Quadro 8: Estatística relativa ao numero de dias do internamento actual**

<b>Sexo</b>	<b>Tempo de Internamento Atual</b>	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sw/Error	Kw/error	t	p
Masculino		58	1	8	2.83	1,33	46.86	4.91	5.69		
Feminino		32	1	8	2.97	1.38	46.43	3.57	5.54	-	
<b>Valor Global</b>		90	1	8	2.88	1.34	46.54	5.87	7.10	0.423	0.674

Quadro 9: Estatística relativa ao IMC

Sexo	IMC	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sw/std Error	Kw/std error
Masculino		58	17.03	29.76	22.57	2.83	12.54	1.81	0,14
Feminino		32	15.12	34.85	21.34	4.13	19.37	3.14	3.25
<b>Valor Global</b>		90	15.12	34.85	22.11	3.36	15.20	3.26	3.06

Quadro 10: Estatística relativa ao perímetro abdominal

Sexo	Perímetro abdominal	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sw/ Error	Kw/ error
Masculino		58	75	148	99.03	12.48	12.60	3.29	4.92
Feminino		32	72	140	96.19	15.47	16.08	3.22	1.65
<b>Valor Global</b>		90	72	148	98.04	13.58	13.80	3.73	3.87

Quadro 11: Distribuição do stress de acordo com o sexo

Sexo	Stress	N	Min	Max	$\bar{x}$	Dp	CV%	Sw/std Error	Kw/std error
Masculino		58	39.00	159.00	83.24	27.19	32,66	0.722	0.617
Feminino		32	42.00	150.00	87.65	26.22	29.91	0.341	-0.134
<b>Valor Global</b>		90	39.00	159	84.81	26.79	31.59	0.575	0.237

Quadro 12: Distribuição do grupo de stress de acordo com o sexo

Grupo stress	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Baixo		24	41.4	10	31.3	34	37.8
Moderado		18	31.0	9	28.1	27	30
Alto		16	27.6	13	40.6	29	32.2
<b>Valor Global</b>		58	100	32	100	90	100

**Quadro 13: Ranking dos itens stressores de acordo com capacidade indutora**

Itens Stressores	Nenhum Stress		Algum Stress		Muito Stress		Extremo Stress		Média
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Dor</b>	8	8.9	17	18.9	41	45.6	24	26.7	2.87
<b>Medo da morte</b>	28	31.1	9	10.0	29	32.2	24	26.7	2.50
<b>Incapacidade de papel familiar</b>	21	23.3	22	24.4	31	34.4	16	17.8	2.44
<b>Desconhecimento de tempo de internamento</b>	23	25.5	25	27.8	27	30.0	15	16.7	2.37
<b>Preocupações financeiras</b>	29	32.2	23	25.6	21	23.3	17	18.9	2.21
<b>Não dormir</b>	22	24.5	31	34.4	30	33.3	7	7.8	2.17
<b>Limitação movimentos</b>	20	21.1	44	48.9	20	22.2	6	6.7	2.12
<b>Não mexer as mãos e braços</b>	31	34.4	30	33.3	19	21.1	10	11.1	1.93
<b>Sentir-se aborrecido</b>	31	34.5	36	40.0	16	17.8	7	7.8	1.93
<b>Ser Picado</b>	39	43.3	28	31.1	13	14.4	10	11,1	1.92
<b>Restrição de visitas</b>	36	40.0	30	33.3	18	20.0	6	6.7	1.90
<b>Falarem de si</b>	38	42.2	30	33.3	14	15.6	8	8.9	1.89
<b>Falta cônjuge</b>	32	35.6	29	32.2	21	23.3	8	8.9	1.87
<b>Deitado</b>	36	40.0	32	35.6	18	20	4	4.4	1.86
<b>Não explicar os tratamentos</b>	33	36.6	33	36.7	17	18.9	7	7.8	1.83
<b>Luzes ligadas</b>	33	36.6	40	44.4	13	14.4	4	4.4	1.83
<b>Não perceber linguagem medica</b>	37	41.1	30	33.3	19	21.1	4	4.4	1.79
<b>Transferência para enfermaria</b>	46	51.1	17	18.9	23	25.6	4	4.4	1.79
<b>Falta de privacidade</b>	41	45.5	33	36.7	11	12.2	5	5.6	1.76
<b>Exames físicos frequentes</b>	46	51.1	26	28.9	14	15.6	4	4.4	1.72
<b>Gritos dos outros doentes</b>	40	44.4	33	36.7	9	10.0	8	8.9	1.71
<b>Falta de conhecimentos</b>	41	45.5	34	37.8	11	12.2	4	4.4	1.71
<b>Falta de controlo sobre si</b>	41	45.6	24	26.7	18	20.0	7	7.8	1.71
<b>Ruídos alarmes</b>	48	53.3	29	32.2	8	8.9	5	5.6	1.66
<b>Pressão de tratamentos</b>	51	56.7	23	25.6	7	7.8	9	10.0	1.64
<b>Cama/almofada</b>	46	51.1	28	31,1	11	12.2	5	5.6	1.63
<b>Medo de HIV</b>	56	62.2	11	12.2	13	14.4	10	11.1	1.62
<b>Máquinas estranhas</b>	46	51.1	35	38.9	7	7.8	2	2.2	1.61
<b>Alarme monitor cardíaco</b>	48	53.4	29	32.2	10	11.1	3	3.3	1.59
<b>Barulhos desconhecidos</b>	48	53.3	31	34.4	10	11.1	1	1.1	1.52
<b>Cheiros estranhos</b>	51	46.7	24	27.8	11	12.2	3	3.3	1.52
<b>Tratado por médicos desconhecidos</b>	53	58.9	30	33.3	6	6.7	1	1.1	1.50
<b>Tubos na boca e nariz</b>	47	52.3	22	24.4	10	11.1	11	12.2	1.48
<b>Conversas Altas</b>	55	61.1	25	27.8	8	8.9	2	2.2	1.47
<b>TA muitas x</b>	61	67.8	19	21.1	8	8.9	2	2.2	1.44
<b>Frascos pendurados</b>	59	65.5	24	26.7	5	5.6	2	2.2	1.41
<b>Ter sede</b>	52	57.8	23	25.6	13	14,4	2	2.2	1.39
<b>Ser acordado</b>	60	66.6	25	27.8	3	3.3	2	2.2	1.39
<b>Telefone tocar</b>	58	64.4	30	33.3	2	2.2	0	0	1.36
<b>Enf. vigia mais as máquinas</b>	59	65.6	23	25.6	6	6.7	2	2.2	1.36
<b>Movimentação à volta da cama</b>	62	68.9	20	22.2	8	8.9	0	0.0	1.34
<b>Calor ou frio</b>	56	62.2	22	24.4	11	12.2	1	1.1	1.32
<b>Incapacidade de comunicar</b>	50	55.6	22	24.4	111	2.2	7	7.8	1.32

<b>Não saber as horas</b>	54	60.0	28	31.1	5	5.6	3	3.3	1.29
<b>Oxigenioterapia</b>	55	61.2	22	24.4	9	10.0	4	4.4	1.24
<b>E nf. apressados</b>	62	68.9	19	21.1	8	8.9	1	1.1	1.23
<b>Ver tratamentos outros doentes</b>	55	61.1	29	32.2	5	5.6	1	1.1	1.22
<b>Enf. não se apresentarem</b>	64	71.1	21	23.3	5	5.6	0	0	1.21
<b>Não saber onde está</b>	59	65.5	17	18.9	9	10.0	5	5.6	1.13
<b>Não saber o dia</b>	68	54.4	22	24.4	6	6.7	4	4.4	1.08
<b>Homens e mulheres na mesma sala</b>	62	68.9	23	25.6	3	3.3	2	2.2	0.99

## **APÊNDICE VI - Estatística Inferencial**

Quadro 14: Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov

Quadro 15: Associação entre sexo e stress

Quadro 16: Associação entre stress e estado civil

Quadro 17: Associação entre stress e residência

Quadro 18: Associação entre stress e habilitações literárias

Quadro 19: Associação das médias de stress com o rendimento

Quadro 20: Associação entre stress e situação profissional

Quadro 21: Associação entre stress e internamentos anteriores

Quadro 22: Associação das médias de stress com “Limitação Física”

Quadro 23: Associação entre stress e “Com quem vive”

Quadro 24: Correlação de Pearson entre stress e variáveis idade, APGAR, IMC, numero de Internamentos anteriores e atual.

Quadro 25: Regressão entre stress e a idade

**Quadro 14: Teste de Normalidade do stress**

Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Teste	p
<b>stress</b>	0.096	0.039

a. Correlação do significado de Lilliefors

**Quadro 15: Associação entre sexo e stress**

Sexo	N	Mean Rank	Levene	Mann-Whitney	p
Masculino	58	83,24	0,011	830.5	0,411
Feminino	32	87,65			

**Quadro 16: Associação entre stress e estado civil**

	N	Mean Rank	$\chi^2$	p
<b>Solteiro</b>	8	33.56	5,227	0,156
<b>Casado</b>	60	44.03		
<b>Divorciado</b>	7	45.29		
<b>Viúvo</b>	15	57.87		

**Quadro 17: Associação entre stress e residência**

	N	Média	Dp	Anova	P
Aldeia	37	78,54	24,79	1,886	0,158
Vila	19	91,68	27,46		
Cidade	34	87,79	27,79		

**Quadro 18: Associação entre stress e habilitações literárias**

	N	Mean Rank	$\chi^2$	p
Sabe ler e escrever	18	52.22	9.381	0,095
4ª Classe	39	48.63		
9ºAno	13	29.54		
12ºAno	9	50.33		
Bacharelato	5	27.30		
Licenciatura	6	47.50		

 $\chi^2$ - Kruskal-Wallis**Quadro 19: Associação das médias de stress com o rendimento**

	N	Mean Rank	Anova	p
< 485 €	47	47.68	3,175	0,028
485-970 €	25	47.06		
970-1455 €	9	53.72		
> 1455 €	9	21.56		

**Quadro 20: Associação entre stress e situação profissional**

Situação Profissional	N	Mean Rank	Mann-Whitney	p
Ativo	28	39.04	687	0,115
Inativo	62	48.42		

**Quadro 21: Associação entre stress e internamentos anteriores**

Internamento Anterior	N	Mean Rank	Mann-Whitney	p
Não	28	49.59	753.5	0,318
Sim	62	43.65		

**Quadro 22: Associação das médias de stress com Limitação Física**

	N	Mean Rank	$\chi^2$	p
Sem limitação	43	47.81	0.892	0,640
Ligeira Limitação	37	44.36		
Acentuada Limitação	10	39.75		

**Quadro 23: Associação entre stress e Com quem vive**

	N	Mean Rank	$\chi^2$	P
Sozinho	15	44.23	7.007	0,072
Cônjuge	38	38.49		
Família restrita	31	54.97		
Família alargada	4	47		

**Quadro 24: Correlação de Pearson entre stress e variáveis idade, APGAR, IMC, numero de Internamentos anteriores e actual.**

Variáveis	R	p
Idade	0.283	0.013*
APGAR	-0.166	0.099
Internamento Anterior	-0.105	0,208
Internamento actual	-0.029	0.412
IMC	-0.124	0.168

\*inferior a 0.05

**Quadro 25: Regressão entre stress e a idade**

Variável dependente : Stress					
R = 0,283 R <sup>2</sup> = 0.080 R <sup>2</sup> Ajustado = 0.065 Erro padrão da estimativa = 27.39538 F = 5.225 P = 0.026					
Pesos de Regressão					
Variáveis Independentes	Coeficiente Beta	Coeficiente Padronizado	t	P	Colinearidade VIF
Constante	46.154	0.283	2.763	0.008	1
Idade	0.552		2.286	0.026	
Análise de Variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Regressão	3921.077	1	3921.077 750.507	5.225	0.026
Residual	45030.423	60			
Total	48951.500	61			

## **ANEXO I**

### **Questionário de Stress para doentes dos cuidados intensivos**

## V - QUESTIONÁRIO DE STRESS PARA DOENTES DOS CUIDADOS INTENSIVOS

(CORNOCK, 1998)

No dia-a-dia as pessoas vivem situações que lhes causam maior ou menor tensão. Habitualmente chamamos de stress à tensão que determinados acontecimentos ou situações nos provocam.

Durante o tempo que esteve internado nos cuidados intensivos viveu muitas situações e foi submetido a numerosos tratamentos e cuidados de saúde.

Gostaria que me dissesse, para cada situação que lhe vou apresentar, o grau de stress (ou de tensão) que lhe despertou.

Para isso temos uma escala:

nenhum stress	Algum stress	Muito stress	Extremo stress	Não se aplica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onde pode apontar o quadrado com o qual mais se identifica.

Quando não experimentou a situação descrita deve apontar a opção não se aplica.

Ao longo do questionário poderemos conversar sobre os aspectos que estejam pouco claros para si, para não deixar nenhuma questão por responder.

	Nenhum Stress	Algum Stress	Muito Stress	Extremo Stress	Não se aplica
1. Sentir limitação dos movimentos devido aos tubos/linhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os enfermeiros não se apresentarem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentir os enfermeiros muito apressados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter sede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avaliarem-lhe a tensão arterial muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ter uma cama ou almofada desconfortável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ouvir o telefone tocar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ser sujeito a exames físicos frequentes, pelo médico ou enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ter máquinas estranhas em seu redor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que o enfermeiro é mais vigilante em relação às máquinas que a si próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ouvir os ruídos e alarmes das máquinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ouvir enfermeiros e médicos a conversarem muito alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter de utilizar oxigénio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir a falta do marido ou da esposa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Não lhe explicarem os tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ouvir o alarme do monitor cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ter os enfermeiros constantemente a fazer coisas à volta da cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ter tubos na boca e nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Não saber as horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ouvir os gritos de outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Os homens e mulheres estarem internados na mesma sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ver a família e amigos apenas alguns minutos por dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Não saber em que altura são feitas as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ser acordado pelos enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ouvir barulhos invulgares e desconhecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ver os tratamentos aplicados a outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Encontrar-se deitado a olhar o tecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não ser capaz de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Não ser capaz de mexer as mãos e os braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sentir cheiros estranhos ao seu redor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter luzes ligadas constantemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ter dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ver os frascos de soro por cima da sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ser picado com agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Não saber onde se encontra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Não perceber palavras usadas pelos enfermeiros/médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Não ter controle sobre si próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Não saber o dia em que está	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Sentir-se aborrecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Não ter privacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ser tratado por médicos desconhecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Encontrar-se numa sala muito quente ou muito fria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ouvir as pessoas falarem de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Não ser capaz de comunicar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Medo da morte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Não saber por quanto tempo tem de permanecer nos cuidados intensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Não ser capaz de desempenhar o seu papel familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Ter preocupações financeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Medo do HIV/ Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir-se pressionado para consentir tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Ser transferido dos cuidados intensivos para outra enfermaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

