

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Stress e Qualidade de Vida dos Doentes
nos Cuidados Intensivos

Maria Celeste Bastos Martins de Almeida

PORTO
Março/2002

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Stress e Qualidade de Vida dos Doentes
nos Cuidados Intensivos

Maria Celeste Bastos Martins de Almeida

PORTO
Março/2002

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, para provas de mestrado em Psicologia, na área de especialização de Psicologia e Saúde, sob a orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro.

Agradecimentos

O apoio e orientação do Professor Doutor José Luís Pais Ribeiro, foram fundamentais para a concretização do estudo em apresentação.

Foi igualmente fundamental a colaboração recebida por todos os doentes, que partilharam a sua experiência e dos profissionais de saúde, que colaboraram na recolha de dados.

A finalização do trabalho não teria sido possível sem a disponibilidade e o apoio dos colegas de departamento.

Finalmente, e sempre presente, a minha família que acompanha e estimula os meus progressos.

Com todos partilho este trabalho e a todos o meu muito obrigado.

RESUMO

O estudo tem como objectivo conhecer os aspectos que se relacionam com a qualidade de vida e o stress dos doentes dos cuidados intensivos, no sentido de promover intervenções orientadas para o bem-estar e necessidades dos doentes.

Os participantes foram 47 doentes, entrevistados na semana seguinte ao internamento numa UCI de um Hospital Central do Porto. A média de idades foi de 45 anos, num intervalo de 16 a 78 anos, sendo 70% do sexo masculino e 30% do sexo feminino.

Usamos dois instrumentos de avaliação, um questionário de stress e uma escala de qualidade de vida.

Os resultados apontam um nível moderado de stress e um nível moderado de qualidade de vida. Verificamos ainda a influência de factores sócio-demográficos e clínicos sobre a percepção do stress e da qualidade de vida.

ABSTRACT

The aim of this study is to identify the aspects related to quality of life and stress of patients in intensive care, in order to promote interventions directed to their needs and well-being.

The study includes 47 patients, interviewed one week after the discharge from an intensive care unit located in a General Hospital of Oporto. This population with a average of 45 years, in a range between 16 and 78 years, integrates 70% of male and 30% of female.

We used two evaluation instruments, a stress inquiry and quality of life scale.

The results obtained show a moderate level of stress and a moderate level of quality of life. We also detected an influence of social-demographic and clinical factors in patients perception of stress and quality of life.

RESUME

Le but de ce travail est d'évaluer les aspects associés à la qualité de vie et au stress des patients des soins intensifs, afin d'améliorer les interventions dirigées vers le bien-être et les soins de ces mêmes patients.

L'étude prend en compte 47 individus, issus de l'Unité des Soins Intensifs de l'Hôpital Général de Porto, questionnés une semaine après leur sortie. La population étudiée, 70% d'hommes et 30% de femmes, a un âge qui s'étend de 16 à 78 ans, avec une moyenne de 45 ans.

Pour cette étude, 2 instruments d'évaluation ont été utilisés, un questionnaire de stress et une échelle de qualité de vie.

Les résultats obtenus montrent un niveau modéré de stress et un niveau modéré de qualité de vie. Nous avons pu mettre en évidence une influence des facteurs socio-démographiques et cliniques sur la perception du stress et de la qualité de vie des patients.

SIGLAS

ESQ – The Environmental Stressor Questionnaire

EUA – Estados Unidos da América

ICUESS – The Intensive Care Unit Environmental Stressor Score

PCA – Patient Controlled Analgesia

QALY – Quality Adjusted Life Years

QDV – Qualidade de Vida

QDVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

QOL – Quality of Life

REM – Rapid Eyes Movement

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ÍNDICE:

PREÂMBULO.....	1
1 – INTRODUÇÃO	4
1.1 – O Internamento em Cuidados Intensivos: Aspectos Marcantes.....	6
1.1.1 – O Ambiente Tecnológico	8
1.1.2 – A Doença Grave	10
1.1.3 – As Intervenções Terapêuticas	14
1.1.4 – O Impacto Psicológico.....	20
1.2 – Stress e Cuidados Intensivos	29
1.2.1 – O Stress em Resposta à Doença Grave	34
1.2.2 – A Natureza Stressante do Internamento em Cuidados Intensivos	39
1.3 – A Qualidade de Vida e os Cuidados Intensivos	43
1.3.1 – A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde.....	45
1.3.2 – A Qualidade de Vida dos Doentes dos Cuidados Intensivos	56
1.4 – Objectivos do Estudo.....	63
2 – MÉTODO.....	65
2.1 – Caracterização do Estudo	65
2.2 – Participantes	67
2.3 – Material.....	72
2.3.1 – Questionário de Stress para Doentes dos Cuidados Intensivos.....	73
2.3.2 – Escala de Qualidade de Vida para Doentes dos Cuidados Intensivos	75
2.4 – Procedimentos.....	78

3 – RESULTADOS	83
3.1 – Caracterização da amostra	83
3.2 – Determinação do Nível de Qualidade de Vida	89
3.3 – Determinação do Nível de Stress	90
3.4 – Identificação dos Itens mais Stressantes	90
3.5 – Comparação entre Grupos	91
3.6 – Análise da Variância da Qualidade de Vida e do Stress com base nas Variáveis Clínicas	95
3.7 – Análise da Correlação entre Variáveis	100
4 – DISCUSSÃO	103

5 – REFERÊNCIAS

ANEXOS

Anexo 1 – Questionário de Stress para Doentes dos Cuidados Intensivos

Anexo 2 – Escala de Qualidade de Vida para Doentes dos Cuidados Intensivos

Anexo 3 – Pedido de autorização para realizar o estudo

Anexo 4 – Consentimento informado

Anexo 5 – Folha de recolha de dados

Anexo 6 – Avaliação da orientação espaço-temporal e memória dos doentes

Anexo 7 – Apresentação do entrevistador

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	48
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição numérica e percentual dos doentes por sexo.....	68
Gráfico 2 – Distribuição dos doentes por diagnóstico	69
Gráfico 3 – Distribuição numérica e percentual dos doentes por dias de internamento.....	70
Gráfico 4 - Distribuição numérica e percentual dos doentes incluídos e excluídos da amostra	71
Gráfico 5 - Distribuição dos doentes da amostra de acordo com o diagnóstico.....	85
Gráfico 6 – Distribuição dos doentes da amostra de acordo com os dias de internamento	86

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Memórias dos doentes em relação ao internamento em cuidados intensivos..	21
Quadro 2 – Os benefícios e riscos fisiológicos da resposta de stress.....	35
Quadro 3 – Distribuição numérica e percentual dos doentes por categorias de idade	69
Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual dos doentes internados, incluídos e excluídos da amostra	70
Quadro 5 – Análise da fidelidade da escala QDV	77
Quadro 6 – Caracterização geral do grupo de estudo em relação a variáveis pessoais.....	84
Quadro 7 – Comparação dos diagnósticos entre o número total dos doentes internados e os doentes da amostra.....	86
Quadro 8 – Distribuição dos doentes da amostra de acordo com o período de tempo em ventilação artificial	87
Quadro 9 – Distribuição dos doentes da amostra de acordo com o tipo de analgesia.....	88
Quadro 10 – Distribuição dos doentes da amostra de acordo com o período de tempo de sedação	88
Quadro 11 – Distribuição dos doentes da amostra de acordo com a variável curarização	89
Quadro 12 – Estatística descritiva do índice de QVD	89
Quadro 13 – Estatística descritiva das dimensões da QVD	89
Quadro 14 – Estatística descritiva do nível de stress.....	90
Quadro 15 – Itens mais valorizados no questionário de stress.....	90
Quadro 16 – Itens menos valorizados no questionário de stress.....	91
Quadro 17 – Teste <i>t student</i> para o sexo	92
Quadro 18 – Teste <i>ANOVA</i> para a idade.....	93
Quadro 19 – Teste <i>t student</i> para o estado civil	94

Quadro 20 – Teste <i>ANOVA</i> para a escolaridade.....	95
Quadro 21 – Teste <i>ANOVA</i> para o diagnóstico.....	96
Quadro 22 – Teste <i>ANOVA</i> para a ventilação.....	97
Quadro 23 – Teste <i>ANOVA</i> para a analgesia.....	98
Quadro 24 – Teste <i>ANOVA</i> para a sedação.....	99
Quadro 25 – Teste <i>t student</i> para a curarização.....	100
Quadro 26 – Valores de correlação entre as variáveis pessoais, variáveis clínicas e os índices globais de Stress e QDV.....	101
Quadro 27 – Valores de correlação entre variáveis pessoais, variáveis clínicas e as dimensões da QDV.....	101
Quadro 28 – Comparação dos estudos em relação aos aspectos mais stressantes na UCI.....	105

PREÂMBULO

O desenvolvimento científico e tecnológico que acompanhou os cuidados de saúde nas últimas décadas teve um impacto significativo na assistência aos doentes, contribuindo para a realização de “pequenos milagres” até aqui impensáveis. As Unidades de Cuidados Intensivos são um exemplo da evolução tecnológica e terapêutica, aplicada ao tratamento de doentes em estado considerado crítico. A estas unidades é atribuído um duplo sentido, esperança de vida e gravidade do estado clínico do doente, associados à sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica.

O ambiente dos cuidados intensivos é complexo, tanto em termos de espaço físico, quanto em termos dos cuidados prestados. Os doentes aí internados são submetidos, frequentemente, a intervenções invasivas e dolorosas, e confrontados com sentimentos de perda. Perda de funções e/ou de capacidades, e mesmo perda da própria vida (Castro, 1998). Neste âmbito, o atendimento do doente passa não só pela resposta às alterações patológicas, como também à satisfação das suas necessidades, porque as Unidades de Cuidados Intensivos não podem ser apenas um local “onde se sobrevive”.

A importância do acompanhamento dos doentes durante o internamento em cuidados intensivos, pelos profissionais de saúde, é claramente reconhecida. Conhecer a perspectiva e experiência dos doentes, durante estes momentos das suas vidas, é fundamental se os profissionais pretendem uma intervenção efectiva no sentido de proporcionar bem-estar e satisfação das necessidades individuais.

A assistência aos doentes tem vindo a sofrer mudanças nas últimas décadas, acompanhando a mudança de paradigma relativamente à saúde. A passagem do modelo biomédico, baseado em parâmetros biológicos e epidemiológicos, que considerava a saúde como ausência de doença, para uma visão mais abrangente e multidimensional do conceito de saúde desencadeada pela Segunda Revolução da Saúde (Ribeiro, 1994), leva à modificação da própria assistência pelos profissionais de saúde. Os cuidados de saúde deixam de se centrar unicamente no órgão ou corpo enfermo, para considerar o doente na sua globalidade e individualidade, abarcando uma visão mais holística e integrada do ser humano. O objectivo da assistência não se centra apenas na cura, muitas vezes impossível, mas em proporcionar bem-estar. A própria avaliação dos cuidados de saúde contempla a qualidade de vida, ultrapassando a simples fracção do físico, para ouvir os doentes em termos de satisfação e bem-estar.

Foi a partir da reflexão sobre esta perspectiva de assistência na saúde, que emergiu a vontade de realizar um estudo centrado na vivência dos doentes. O internamento em cuidados intensivos concentra uma multiplicidade de aspectos numa rede complexa que marcam a experiência no curso de uma doença grave. Neste contexto justifica-se o desenvolvimento de uma investigação para procurar resposta à seguinte questão: **Quais os aspectos que se relacionam com a qualidade de vida e o stress dos doentes internados nos cuidados intensivos?**

Tendo em conta o número reduzido de estudos encontrados sobre esta temática, o aumento do número de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), para dar resposta à necessidade de tratamento de doentes em estado grave, e a emergência de uma assistência global da pessoa nos cuidados de saúde, gostaríamos de dar a conhecer as experiências dos doentes e

identificar problemas que possam ser minimizados com mudanças nas práticas. Traçamos como finalidade para esta investigação:

- Explorar a experiência do internamento em cuidados intensivos, na perspectiva do doente;
- Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos que promovam intervenções orientadas para o bem-estar e necessidades dos doentes, durante o internamento em cuidados intensivos.

A fim de dar a conhecer o estudo, estruturamos este trabalho em cinco capítulos principais. Na introdução procuramos contextualizar a doença grave e o internamento em cuidados intensivos, a problemática específica da pessoa submetida a tratamento numa UCI, nomeadamente, as vivências de stress e a relevância dos cuidados de saúde para a qualidade de vida dos doentes internados. Este primeiro capítulo termina com a apresentação dos objectivos do estudo. O segundo capítulo versará sobre o método, desde a caracterização do estudo e participantes, ao material utilizado e aos procedimentos, justificando as opções e o percurso efectuado. No terceiro capítulo são apresentados os resultados e sua análise, à luz da metodologia quantitativa. A discussão dos resultados, no quarto capítulo, é o culminar da reflexão sobre os dados apresentados no capítulo anterior e a síntese do trabalho desenvolvido. Finalmente são referidos os trabalhos consultados e que contribuíram para a fundamentação do estudo.

1 – INTRODUÇÃO

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) constituem os serviços mais sofisticados em termos tecnológicos e terapêuticos, e os mais dispendiosos em termos económicos, do nosso sistema de saúde: “As unidades de tratamento intensivo consomem por cada leito hospitalar muitos mais meios de intervenção do que a generalidade dos serviços” (Santos, 2001, p. 245). Num cenário de avanço das técnicas terapêuticas e da capacidade de resposta da medicina, face à doença grave aguda ou agudização da doença crónica, as UCI têm proliferado nos nossos hospitais. Não só unidades de âmbito geral, as denominadas UCIP (Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente), como também as unidades mais especializadas no atendimento do doente com problemas específicos, por exemplo, Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos, Unidade de Queimados, Unidade de Cirurgia Cardiorácica, Unidade Coronária, Neonatologia e Cuidados Pediátricos.

A Sociedade de Cuidados Intensivos do Reino Unido define cuidados intensivos como um serviço para doentes em condições potenciais de recuperação, que beneficiam de uma observação mais detalhada e tratamentos não disponíveis numa enfermaria ou departamento normal (Richman, 2000). Santos (2001) caracteriza-os da seguinte forma: “As UCI são constituídas por equipas de médicos, enfermeiros e técnicos treinados em reanimação circulatória, respiratória e metabólica, instaladas em meio hospitalar com equipamento adequado para avaliar continuamente as funções dos órgãos vitais e reconhecer precocemente os seus desvios, de tal modo que estes possam ser prontamente corrigidos antes de haver alterações irreversíveis e incompatíveis com a vida” (p. 244).

Entre os profissionais de saúde há quem defenda que os doentes pouco ou nada recordam do internamento em cuidados intensivos. Apoiam esta ideia na gravidade do estado clínico e na múltipla medicação utilizada, potencialmente indutora de amnésia, como é o caso dos sedativos. Na tentativa de descobrir até que ponto os doentes recordam ou não os momentos vividos na UCI, analisamos os estudos sobre as memórias dos doentes. Nos múltiplos trabalhos consultados constatamos que, embora alguns doentes possam apresentar falhas de memória ou recordações pouco claras da experiência, uma grande maioria recorda os momentos passados nas UCI (Bergbom-Engberg & Haljmäe, 1989; Odell, 2000; Puntillo, 1990; Richman, 2000; Russell, 1999). E mesmo que nem todos recordem totalmente o que viveram, não podemos esquecer o desconforto e sofrimento que os acompanhou e que deixou as suas marcas, de forma consciente ou não, manifestando-se frequentemente em sonhos e pesadelos, para os quais os doentes não encontram explicação (Richman, 2000; Russell, 1999).

As UCI são 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. São precisamente estas características que se destacam nas vivências dos doentes, porque são potencialmente indutores de stress e interferem no seu bem-estar e qualidade de vida.

Neste primeiro capítulo procuramos descrever e caracterizar o ambiente e recursos tecnológicos da UCI, a doença grave e as limitações que impõe à pessoa doente, as principais intervenções terapêuticas e o desconforto que provocam, e os aspectos psicológicos

associados à doença e ao internamento. Definimos ainda o conceito de stress e de qualidade de vida, partindo de uma análise global para o contexto particular dos cuidados intensivos. Finalizamos o capítulo com a apresentação dos objectivos do estudo.

1.1 – O Internamento em Cuidados Intensivos: Aspectos Marcantes

As modernas UCI evoluíram a partir da unidade de tratamento respiratório da Escandinávia do início dos anos 50 e das salas de cuidados pós-anestésicos e de recuperação cirúrgica (Safar & Grenvik, 1977).

Segundo Bion e Bennett (1999), com base em descrições feitas pelo Professor Lassen datadas de 1953, os cuidados intensivos tiveram a sua origem na década de 50, durante a epidemia de poliomielite. Porque as vítimas de poliomielite desenvolviam insuficiência respiratória, tornou-se necessário utilizar ventiladores, na altura um equipamento denominado “pulmão de aço”, para apoio ventilatório a doentes internados em diferentes locais do Hospital de Copenhaga. Em poucas semanas foram atendidos cerca de 100 doentes com uma taxa de mortalidade de 90%. Em virtude da elevada taxa de mortalidade e do número insuficiente de ventiladores, foram introduzidas alterações no atendimento destes doentes, sob a orientação do Anestesiologista Professor Ibsen:

- Os cuidados aos doentes foram centralizados num só local do hospital;
- Foi feito o controle da via aérea através de uma traqueostomia, realizada cirurgicamente;
- Os doentes passaram a ser ventilados com pressão positiva exercida por meio manual, utilizando uma mistura de ar enriquecido com oxigénio, isto porque o Professor Ibsen

atribuiu a morte das vítimas à hipoxemia. Eram os estudantes de medicina que formavam equipas para prestar o apoio ventilatório.

Com as medidas referidas conseguiram reduzir a mortalidade para 40%. Ao intervir da forma descrita, o Professor Ibsen concentrou os meios e proporcionou um atendimento permanente junto dos doentes. Segundo a análise do Professor Lassen, epidemiologista, a intervenção efectuada trouxe benefícios psicológicos, mas também aumentou os custos (ibd.).

O aparecimento das UCI estende-se assim desde os primórdios do “pulmão de aço” (tipo de ventilador rudimentar) até à abertura da primeira unidade em 1958, num hospital de Baltimore, com o apoio de anestesia nas 24 horas (Safar & Grenvik, 1997). Nesta fase inicial as unidades estavam vocacionadas para o atendimento de doentes em falência respiratória. O que caracteriza o progresso dos cuidados intensivos nos últimos 50 anos é o desenvolvimento tecnológico que permite, temporariamente, substituir um ou vários órgãos em falência. Aliás, foi precisamente pelas medidas de suporte de vida que o fenómeno de falência multiorgânica se tornou aparente (Bion & Benett, 1999).

Para além dos aspectos de personalidade, idade, experiências anteriores, nível socio-económico e educacional, são múltiplos os factores que interferem com a vivência e tipos de resposta do doente durante o internamento numa UCI: o ambiente, as intervenções terapêuticas, a doença/gravidade do quadro clínico, a equipa de saúde (Castro, 1998).

1.1.1 – O Ambiente Tecnológico

A moderna tecnologia utilizada nos cuidados intensivos transforma o espaço tradicional do hospital num ambiente confuso e perturbador. São múltiplos os aparelhos e equipamentos que rodeiam o doente:

- Ventiladores que permitem substituir ou apoiar o doente em falência respiratória;
- Monitores que permitem monitorizar a frequência e ritmo cardíaco, as pressões arteriais, a pressão intracraniana, a temperatura periférica e central, o ritmo respiratório e a saturação de oxigénio;
- Aparelhos de diálise e hemofiltração, essenciais no tratamento do doente em insuficiência renal;
- Desfibriladores e material de emergência, para atender a situações de paragem cardiopulmonar ou outras emergências;
- Sistemas de aspiração e respectivos tubos, essencialmente utilizados para a aspiração de secreções traqueobrônquicas;
- Bombas e seringas infusoras para administração da medicação e da alimentação aos doentes;
- Camas articuladas e material diverso para mobilizar e posicionar.

As UCI têm uma cultura e organização muito própria, marcada pela especialização dos profissionais e pelos meios tecnológicos. Kleck (1984, in Richman 2000) refere-se à UCI “as a totally foreign environment” (p. 89).

Para além do cenário complexo, os aparelhos produzem “um ruído de fundo constante com picos sonoros que ocorrem em intervalos irregulares - alarmes” (Castro, 1998, p. 146).

Também Easton e MacKenzie (1988) referem a acção perturbadora e stressante do ruído nas UCI.

A intensa sonoridade deve-se sobretudo aos alarmes dos monitores e ventiladores, ao funcionamento do próprio equipamento, rádio, bips e telefones. Ao ruído provocado pelos diferentes aparelhos, junta-se o ruído provocado pelos profissionais, particularmente durante o momento de troca de turnos (dos médicos e enfermeiros), em que há um maior aglomerado de pessoas e de conversas paralelas. O nível sonoro também aumenta em situações de emergência. Rosini *et al.* (1974, in Richman 2000) sugerem que o barulho dos profissionais resulta da tensão em que se encontram.

Nos Estados Unidos os valores recomendados para o nível de ruído na UCI, não devem exceder os 45 db durante a manhã, 40 db à tarde e 25 db à noite, pelo que os ritmos diurnos devem ser criados (Safar, 1984, in *ibid.*). Bentley, *et al.* (1987, in *ibid.*) num estudo realizado numa UCI do Hospital Saint Mary's, em Londres, encontraram valores de 70 db durante o dia, comparável ao barulho do tráfico numa rua movimentada.

A iluminação também é uma fonte de perturbação para os doentes. A iluminação mais frequente é a fluorescente branca, pouca ou nenhuma luminosidade natural permite aos doentes identificar o dia e a noite. Embora nos últimos anos se verifique uma preocupação dos profissionais em desligar ou diminuir a intensidade da luz durante a noite, recorrendo a focos de presença.

O ruído, provocado pelos aparelhos e também pelos profissionais de saúde, a iluminação quase constante e a intensidade da luz, perturbam o sono e descanso do doente, contribuindo

para a perda de noção do tempo. A privação do sono desencadeia desorientação e pode ser a causa de delírio (Roberts, 2001).

Vários estudos apontam a privação do sono e as alterações dos ciclos de sono, com despertares nocturnos frequentes nos doentes das UCI (Edell-Gustafsson, *et al.*, 1999; Richman, 2000; Roberts, 2001; Wallace, *et al.*, 1999). Segundo Richman (2000) os doentes apenas conseguem dormir 1 a 4 horas nas primeiras 24 horas do internamento na UCI, como resultado ausência de sono REM, acompanhando-se de sonhos e pesadelos, e como diz o autor “On a busy ward rounds, dreams of affliction had no place in the order of things” (p. 96). A redução do nível de ruído nocturno resulta num sono mais prolongado e qualidade do mesmo, com aumento do período REM (Wallace, *et al.*, 1999).

Outro aspecto que pode ser intrusivo para o doente é a organização do espaço físico. A estrutura mais comum da UCI é um espaço aberto, separado por biombos ou cortinas, que permite visualizar outros doentes e os cuidados que estão a receber, inclusive, quando existem situações de emergência com reanimação cardio-respiratória. Embora Richman (2000) considere que o doente actualmente tem mais privacidade, a ecologia da UCI é em si um contexto perturbador e invasivo.

1.1.2 – A Doença Grave

O doente internado numa UCI encontra-se em estado considerado crítico, correndo risco de vida. A gravidade da situação leva à permanência no leito com conseqüente atrofia muscular e fraqueza acentuada, perda da capacidade para o auto-cuidado e satisfação das necessidades. Encontra-se rodeado de outros doentes, em situações semelhantes, expondo frequentemente o

corpo, independentemente da sua vontade. É invadido por sensações e sintomas desagradáveis que lhe causam desconforto e sofrimento. Um dos problemas mais referidos quando é abordado o internamento na UCI é a dor, razão porque será destacada em relação à restante sintomatologia.

Dor

A dor é um sintoma que normalmente acompanha o doente, provocada pela doença em si, pelas intervenções e tratamentos, e pela própria imobilização. A Associação Internacional para o Estudo da Dor, define dor como uma “experiência emocional e sensorial desagradável, associada com lesões teciduais existentes ou potenciais, ou descrita em termos de tais lesões.”. A própria definição traduz o carácter subjectivo e vivencial que é comum às diversas situações de dor. Puntillo, *et al.* (1997) enfatizam o facto dos doentes em estado crítico se encontrarem particularmente vulneráveis à dor e terem uma grande dificuldade em transmitir isso aos profissionais. Atendendo à subjectividade que a caracteriza torna-se difícil quantificar a dor (Frenette, 1999; Hamill-Ruth & Marohn, 1999; Puntillo, *et al.*, 1997).

A dificuldade de comunicação, alterações do nível de consciência, presença de tubo endotraqueal, são variáveis que interferem no processo de avaliação da dor e do seu tratamento. A avaliação da qualidade do tratamento da dor exige, pois, uma acção multifacetada em que possam ser exploradas as perspectivas dos doentes, as perspectivas dos profissionais e a prática real da terapêutica farmacológica e não farmacológica.

Um plano global de abordagem da dor, inclui numa primeira fase a avaliação do tipo de dor e da sua intensidade, e só depois a instituição de intervenções que visam eliminar ou pelo menos diminuir a dor avaliada. A forma mais comum de avaliação da dor é a utilização de

escalas onde o doente se posiciona relativamente à intensidade da dor, quando se encontra capaz, a nível cognitivo, para participar (Hamill-Ruth & Marohn, 1999). Esta avaliação é útil não só numa fase inicial, mas também após as intervenções, para avaliar a sua eficácia ou a necessidade de mudar o plano de intervenção instituído. No entanto, dados os défices funcionais e alterações da consciência de muitos dos doentes, torna-se necessário o uso de instrumentos alternativos que permitam a avaliação e reavaliação da dor na UCI (Carroll, *et al.*, 1999; Puntillo, *et al.*, 1997).

Após a avaliação inicia-se o tratamento que pode incluir medidas farmacológicas ou não farmacológicas. A intervenção não farmacológica é pouco usada (Puntillo, 1990), a justificação que Carroll *et al.* (1999) encontraram para este facto foi a falta de tempo, a falta de conhecimentos, a desvalorização desta prática e a convicção pelos profissionais de saúde de que os doentes não aceitam este tipo de intervenção. No estudo destes autores apenas 33% dos doentes receberam tratamento não farmacológico, tendo sido o posicionamento a medida mais referida, seguindo-se a massagem e por último os exercícios de relaxamento.

Para avaliar a prática relativamente ao tratamento farmacológico da dor é frequente proceder à avaliação da quantidade de analgésicos administrados e vias de administração. Muitas vezes as doses de analgésicos administradas são inferiores às doses recomendadas (Dasta, *et al.*, 1994). A quantidade de analgésico a administrar não depende apenas da intensidade da dor, mas existem outras variáveis que interferem nessa prática, por exemplo a idade do doente, o tipo de lesão e a via de administração (Carroll, *et al.*, 1999; Hedderich & Ness, 1999).

A administração de analgésicos por via parenteral é a mais frequente na UCI, na maioria das vezes por acesso endovenoso. A via entérica é evitada porque o tracto gastrointestinal

encontra-se alterado, por outro lado, as vias subcutânea, intradérmica e intramuscular, dependem da perfusão tecidual e não existem garantias quanto à absorção (Hedderich & Ness, 1999; Lerch & Park, 1999).

Basicamente, embora dependendo da via de administração, os analgésicos são administrados em três modalidades:

- A intervalos regulares, cumprindo um horário pré-estabelecido;
- Sempre que necessário (na terminologia médica: em SOS), o que implica uma decisão por parte de quem administra. A administração é intermitente, não existem horários pré-estabelecidos;
- Em perfusão contínua, que consiste na administração de uma dose pré-programada sem interrupção ao longo das 24 horas, mantendo níveis sanguíneos constantes.

Há ainda uma quarta modalidade que começa a ter visibilidade entre nós e que consiste na administração de analgésico por controle e iniciativa do doente: administração por PCA (Patient-Controlled Analgesia). Contudo, o doente tem de estar capaz em termos cognitivos para decidir a administração do fármaco e em termos motores para accionar o botão do equipamento (Hedderich & Ness, 1999). O equipamento está preparado para injectar uma dose de analgésico através de um catéter previamente introduzido, esta dose é programada de acordo com a prescrição médica, sendo fixado um intervalo de tempo mínimo entre cada administração e as quantidades máximas de analgésico que é possível administrar.

Existem variáveis que interferem não só no processo de avaliação e prescrição de analgesia, como também na prática de administração, dificultando a avaliação e o tratamento efectivo da dor, por exemplo as crenças dos profissionais de saúde. Muitas vezes, face ao risco de vida

associado à doença grave ou trauma, o tratamento da dor é esquecido ou subvalorizado pela equipa de saúde (Hamill-Ruth & Marohn, 1999). Estudos efectuados com doentes no pós-operatório demonstraram que a administração de analgésicos por PCA resulta em níveis sanguíneos mais estáveis, reduz a necessidade de sedação, diminui o consumo de opiáceos, diminui as complicações pós-operatórias, aumenta a satisfação do doente e melhora a performance pulmonar, em comparação com a administração de analgésicos pelos enfermeiros (Hedderich & Ness, 1999).

Outros sintomas podem incomodar o doente no decorrer de uma doença grave, como por exemplo, as náuseas e os vómitos; a obstipação; as alterações da temperatura, relacionadas com o ambiente, ou com a própria lesão celular e alteração do sistema nervoso central; o cansaço e fraqueza extrema; o desconforto da posição no leito, uma vez que é incapaz de adoptar uma posição confortável, sem ajuda; a fome e a sede; as alterações do sabor e paladar; o mau-estar provocado pelos inúmeros tubos que o invadem (por exemplo sonda gástrica, catéter vesical, catéter venoso e arterial, tubo endotraqueal) e a dificuldade respiratória.

1.1.3 – As Intervenções Terapêuticas

Em resposta à gravidade do estado clínico e numa tentativa de reverter a situação de risco de vida, são utilizadas intervenções terapêuticas invasivas e agressivas que interferem com o bem-estar dos doentes. As intervenções terapêuticas incluem medidas de monitorização contínua, tratamentos e cuidados básicos (por exemplo, higiene, posicionamentos, toilette brônquica, etc.).

Entre as inúmeras intervenções a que o doente é submetido destacamos a ventilação artificial, a administração de terapêutica farmacológica e as medidas de monitorização invasiva, porque interferem de forma marcante no bem-estar dos doentes. Referiremos ainda a sedação e relaxamento muscular por interferirem particularmente com a percepção e capacidades cognitivas, alterando o “mundo das sensações” do doente.

Ventilação artificial

Uma das intervenções a que o doente é frequentemente submetido é a ventilação mecânica artificial, através do uso do ventilador. “Respirator treatment is a unique situation which creates a multitude of adverse physical and psychological experiences for the critically ill patient” (Bergbom-Engberg & Haljamäe, 1989, p. 1068). A ventilação artificial obriga à presença de um tubo endotraqueal, por via nasal, oral ou por traqueostomia. Em qualquer destas situações, ao desconforto pela presença de um corpo estranho, associa-se a incapacidade de comunicar oralmente, uma vez que o tubo passa por entre as cordas vocais, pelo que o doente não emite sons. O comprometimento da comunicação torna ainda mais difícil ao doente lidar com os desconfortos, e transmitir as suas dificuldades e necessidades aos familiares e profissionais.

A dinâmica ventilatória também é alterada pela ventilação artificial. Há alterações das pressões intra-torácicas e os ciclos do ventilador contrariam, muitas vezes, o ritmo fisiológico do doente.

Existem diferentes modos ventilatórios, desde modos controlados unicamente pelo ventilador (por pressão ou por volume), a modos ventilatórios mais sincronizados, em que o ventilador adapta os ciclos aos movimentos espontâneos do doente. Sempre que é utilizado o modo

controlado há imposição do trabalho ventilatório pela máquina interferindo com os parâmetros fisiológicos, razão pela qual se recorre à terapêutica farmacológica para proporcionar a adaptação do doente ao ventilador. São administrados sedativos a que se associa, em algumas situações, relaxantes musculares para provocar a paralisia dos músculos respiratórios. Nos modos ventilatórios sincronizados a adaptação ao ventilador é mais fácil, pelo que não se recorre à sedação profunda e não são utilizados os relaxantes musculares.

Nem sempre está indicada a ventilação sincronizada, principalmente em fases iniciais do tratamento de doentes com comprometimento grave da função respiratória. No entanto, nos últimos anos tem-se verificado um desenvolvimento e aperfeiçoamento dos ventiladores, o que permite alternativas à ventilação controlada unicamente pela máquina.

Estudos realizados sobre a experiência dos doentes durante a terapia respiratória referem que os doentes recordam o desconforto sentido durante o tratamento (Kim, *et al.*, 1999). No estudo de Bergbom-Engberg e Haljamäe (1989) mais de 50% dos doentes associaram ao desconforto sentimentos de insegurança, ansiedade e medo, agonia e pânico.

Há outro aspecto importante a considerar na ventilação artificial, o doente fica completamente dependente do equipamento e do profissional de saúde para manter uma função vital, esperando-se da parte do profissional, para além do conhecimento e destreza técnica, a ajuda no sentido de minimizar o mau-estar, por exemplo através de esclarecimentos e informação ao doente. A informação objectiva e concreta ao doente, sobre a ventilação artificial, antes da cirurgia cardíaca, diminuiu o stress emocional e a dificuldade de comunicação no pós-operatório (Kim, *et al.*, 1999).

Durante o uso do ventilador e decorrente da manutenção da função respiratória, há intervenções que provocam mau-estar, por exemplo a aspiração de secreções, mudança do tubo endotraqueal, mudança do adesivo ou fita de fixação do tubo. Se no decorrer de todas as intervenções descritas o desconforto é marcante, há um momento particularmente indutor de stress físico e psicológico, o desmame ventilatório, que corresponde à passagem da ventilação artificial proporcionada pelo ventilador, para a ventilação espontânea do próprio doente.

Terapêutica farmacológica e monitorização invasiva

O doente é perturbado de forma repetida e irregular com punções que implicam a picada da pele: são as punções venosas e arteriais para a colheita de sangue, as pesquisas de glicemia capilar, a administração de fármacos injectáveis, a introdução de cateteres para monitorização de pressões invasivas.

São administrados múltiplos medicamentos no curso de uma doença grave, o que pode acarretar interacções inesperadas. Para além das possíveis interacções entre medicamentos, toda a farmacocinética pode ser alterada pela doença grave e disfunção dos diferentes órgãos. O fígado e o rim são órgãos essenciais na farmacocinética dos medicamentos. O fígado porque é o principal órgão de metabolismo das drogas, o rim é o responsável pela sua excreção. A situação torna-se mais grave quando se verifica falência multi-orgânica em consequência da resposta inflamatória sistémica por lesão tecidual extensa: “Systemic inflammatory response causes an increase in capillary permeability and total body water. Hepatic metabolism and renal excretion of drugs is reduced, risking accumulation while an encephalopathy increases sensitivity” (Lerch & Park, 1999, p. 79).

Na sua maioria os fármacos são administrados por via endovenosa, o que implica a existência de cateteres introduzidos em veias periféricas e/ou centrais. Esta via não é inócua, por um lado pelo desconforto e dor que provoca, por outro lado pelo risco de infecção dado ser uma porta aberta ao lumen vascular.

Entre os múltiplos fármacos, são administrados analgésicos, sedativos e relaxantes musculares (agentes curarizantes). A medicação, essencialmente os ansiolíticos, sedativos e analgésicos, podem interferir com o grau de consciência, com as capacidades cognitivas e a percepção do doente. A administração destes fármacos tem como objectivo minimizar a agitação, a ansiedade, o delírio e a dor (Arbour, 2000), e proporcionar a adaptação do doente ao ventilador.

Sedação e relaxamento muscular

Segundo as estimativas, 53 a 70% dos doentes em estado crítico recebem algum tipo de tratamento com ansiolíticos ou sedativos (Covintgon, 1998).

O objectivo da sedação “is to relieve anxiety, discomfort, minimize pain, facilitate treatment and nursing care” (Lerch & Park, 1999, p. 76). Ainda segundo os mesmos autores a sedação nocturna diminui a privação do sono. A sedação também pode ser usada sempre que necessária a depressão respiratória, amnésia e abolição do reflexo da tosse, durante a execução de determinados procedimentos, por exemplo entubação endotraqueal.

A sedação difere de doente para doente e é alterada ao longo do processo de doença. O conceito do nível ideal de sedação é controverso e tem mudado na última década (ibid., 1999).

Num passado recente optava-se por uma sedação profunda, a que muitas vezes se associava o relaxamento muscular, como forma de facilitar a adaptação do doente ao ventilador.

O relaxamento muscular ou curarização, como vulgarmente se denomina, consiste na administração de fármacos (originalmente o curare) que anulam a acção dos músculos esqueléticos por bloqueio dos receptores nicotínicos da acetilcolina. O que pode ser fatal para o doente se a sua função respiratória não for substituída artificialmente, uma vez que ele se encontra incapaz de respirar sozinho ou de se mexer voluntariamente. Há ainda a agravante de que “os músculos ‘viscerais’ envolvidos na emoção podem movimentar-se livremente porque o curare não afecta os receptores muscarínicos da acetilcolina” (Damásio, 2000, p. 177), pelo que o doente pode estar consciente desta paralisia se “o curare actuar antes de a indução de anestesia suspender a consciência...” (ibid., p. 335). Para evitar a sensação devastadora de asfixia e morte iminente, o relaxamento muscular é precedido por uma sedação capaz de abolir a consciência e evitar este sofrimento ao doente, embora alguns autores apontem situações de doentes que experimentaram a paralisção sem sedação adequada (Lerch & Park, 1999).

Actualmente a sedação é mais suave e só em situações específicas é indicada a sedação profunda com relaxamento muscular. Na maioria das UCI contemporâneas opta-se por uma sedação que deixa o doente a dormir mas facilmente despertável (Lowson & Sawh, 1999). Esta prática tem sido seguida e aceite, por um lado devido ao desenvolvimento de ventiladores mais sofisticados, com modos ventilatórios que permitem uma maior sincronização com os movimentos do próprio doente, por outro lado têm sido reconhecidos os efeitos adversos de uma sedação excessiva e prolongada.

Quando não existem protocolos para uniformizar a sedação, a prática é afectada pelas crenças e atitudes dos enfermeiros em relação à doença crítica (Weinert, *et al.*, 2001). A administração de sedativos pode ser orientada pela utilização de escalas de avaliação. A escala de Ramsay é o exemplo de uma escala ordinal, de avaliação da consciência em seis níveis (Lerch e Park, 1999), usada para avaliar o nível de sedação e proceder a ajustes nas dosagens dos sedativos.

Ao caracterizarmos as UCI, uma imensidão de aspectos emergem, para além da doença em si, razão primeira do internamento. Nesta perspectiva, não podemos isolar a experiência unicamente na sua componente física e biológica. Estar ou sentir-se doente é um todo, engloba o físico e o psicológico, o objectivo e o subjectivo. Entrelaça-se numa rede de comportamentos, avaliações cognitivas, afectivas e simbólicas, que tornam a experiência única para cada indivíduo, embora largamente marcada por aspectos relacionais e sócio-culturais.

1.1.4 – O Impacto Psicológico

O modelo biomédico tradicional encarava a doença apenas no seu aspecto físico, “a medicina preocupava-se com as deficiências do corpo físico. Os pensamentos, as emoções e outros fenómenos efémeros eram, tanto literal como metaforicamente, pouco importantes.” (Martin, 2001, p. 253). Actualmente debate-se o papel dos factores psicológicos e emocionais na doença, que segundo o autor é o reacender de um debate filosófico “antigo e mais vasto: o problema mente-corpo” (p. 253). A doença acontece numa pessoa, que não é só corpo ou só mente, é um todo: é biológico, é psicológico, é social e é cultural.

As recordações dos doentes relativamente ao internamento e ao processo de doença, não se fixam nos aspectos patológicos, muitas vezes sem qualquer relevância para o leigo sofredor da doença, mas assentam nas particularidades que o perturbaram ou que por qualquer razão se destacaram. Num estudo exploratório sobre as memórias e percepções dos doentes acerca das unidades de cuidados intensivos, Russell (1999) organizou as respostas em dez categorias que são apresentadas no quadro 1 por ordem decrescente, das mais mencionadas para as menos mencionadas.

Quadro 1 – Memórias dos doentes em relação ao internamento em cuidados intensivos

Categorias	Referências
Ser cuidado pelos profissionais de saúde	(+) ↓ (-)
Suporte tecnológico na UCI	
Visitas dos familiares	
Procedimentos e tratamentos	
Ruído na UCI (incluindo rádio)	
Outros doentes na UCI	
Sentimentos de segurança	
Medo	
Pessoas “por todo o lado”	
Perda de controlo pessoal	

Fonte: Adaptado de Russell, 1999 (p. 785)

Como mostra o quadro 1, os doentes recordam o ambiente em si, não só os meios técnicos como as pessoas com quem contactaram, e procedimentos a que foram submetidos. Pelo que, a avaliação da experiência do ponto de vista psicológico implica olhar para além da doença em si e dos aspectos meramente físicos. Há ainda que ter em conta a influência de variáveis pessoais (por exemplo idade, sexo, escolaridade), a interferência da medicação e do estado clínico nas capacidades cognitivas e emoções dos doentes, o carácter subjectivo da experiência e o papel da avaliação individual.

O doente sofre não só os sintomas físicos e “materiais” da doença, mas o seu tratamento, o prognóstico que procura adivinhar, as interferências nas várias dimensões da sua vida. Faz interpretações e atribui significados àquilo que experimenta, dando-lhe o seu cariz pessoal e único. A vivência de uma doença e internamento hospitalar, acompanha-se por avaliações pessoais e juízos de valor, com base em experiências anteriores (com o próprio ou com outros), expectativas futuras e influências sócio-culturais.

Dyer (1995, in Richman, 2000) defende que a UCI tem aspectos em comum com a tortura: os doentes encontram-se isolados, com baixa estimulação visual (deitados a olhar um tecto vazio), desorientados, com sobrecarga sensorial de ruídos sem significado, muitas vezes têm sede e dores, e são mobilizados em posições desconfortáveis sobre as quais não têm controle. As situações tornam-se particularmente penosas quando o prognóstico é mau, quando se prolongam no tempo, e ainda, quando o internamento surge de forma inesperada, apanhando de surpresa a pessoa na sua actividade diária.

Bergbom-Engberg e Haljmäe (1989), ao analisarem estudos, de vários autores, sobre as experiências de doentes internados em cuidados intensivos, realizados entre 1969 e 1984, referem que “many nursing procedures and environmental factors such as tracheal toilet, positionings, physiotherapy, drug injections, noise, and light, have all previously been shown to cause discomforts and influence the mental well-being of ICU patients.” (p. 1070).

Segundo Odell (2000) na última década tem aumentado o interesse pelas sequelas psicológicas que o doente apresenta após o internamento em cuidados intensivos. Os efeitos adversos que muitos doentes sofrem assemelham-se à desordem denominada stress pós-traumático e incluem: “flash backs and re-examining the traumatic event, repetitive dreams

and nightmares, shame, sadness, helplessness and anxiety” (Campbell, 1995, in Odell 2000, p. 323). Ainda segundo o mesmo autor outras características podem manifestar-se, como por exemplo, amnésia, recusa, confusão e depressão.

Numa perspectiva psicológica há aspectos que se destacam na experiência dos doentes: a ameaça à integridade e privacidade, a falta de controle sobre o próprio e sobre o ambiente, a relação do doente com os outros.

Ameaça à integridade e privacidade

O doente confronta-se com perdas ou ameaças de perdas ao longo do internamento. Desde a perda e alteração de funções vitais, até à perda da autonomia. O estado clínico do doente é instável, com disfunção de um ou vários órgãos, pelo que muitas das suas funções vitais só se mantêm com o apoio dos meios técnicos de suporte de vida. É o caso da fálência respiratória, cardio-vascular, renal e nutricional.

As alterações da imagem corporal, aliadas à imobilização, à perda de força e vitalidade, à perfuração do corpo pelos inúmeros tubos, às alterações da sensibilidade, constituem também uma ameaça à perda de identidade. A confusão e desorientação que acompanham certos momentos do internamento, contribuem para a sensação de perda e ameaça.

O contacto com o sofrimento dos outros e com o próprio sofrimento, desperta muitas vezes sentimentos de finitude, e a morte é uma ameaça que se mantém sempre presente para muitos dos doentes, embora nem sempre verbalizada.

A exposição do corpo perante desconhecidos e a instrumentalização frequente do próprio corpo, a impossibilidade de esconder o que não se quer mostrar, a partilha de um espaço de olhares e de conversas, expõe o que é íntimo e não garante a privacidade.

Falta de controle

O doente encontra-se num ambiente estranho e sobre o qual não tem qualquer poder de decisão ou controle. Por um lado porque são os técnicos que dominam os equipamentos e detêm o conhecimento, por outro lado, a fraqueza e atrofia muscular que acompanham o processo patológico e induzidas também pela medicação, deixam ao doente poucas possibilidades para comandar o próprio corpo. Assim, até a simples mudança de posição para sentir-se mais confortável, requer a decisão e ajuda dos profissionais. A perda de controle sobre o corpo pode ser acompanhada por sentimentos negativos em relação a si mesmo.

Para além do pouco controle que têm sobre o que os rodeia e sobre o seu corpo, a labilidade emocional e também as alterações cognitivas que muitas vezes travam a compreensão e afectam a memória dos doentes, relacionam-se com a administração de certos fármacos, particularmente os sedativos, por exemplo as benzodiazepinas e os analgésicos opiáceos.

No estudo de Hupcey e Zimmerman (2000) muitos dos doentes descreviam um sentimento de perda de controle, associado a períodos de desorientação, que era minimizado com a reorientação sistemática por parte dos outros (familiares e profissionais). Como refere Odell (2000) citando Jones e O'Donnell (1994), "Patients in ICU experiences a loss of control, and this coupled with fear of the unknown can produce a cycle of anxiety and depression" (p.323).

A relação do doente com os outros

Durante o internamento o doente fica completamente dependente dos outros para a satisfação das suas necessidades. A sua sobrevivência é garantida pela equipa multidisciplinar, pelos meios farmacológicos e pelos sofisticados equipamentos de suporte das funções vitais. São os profissionais de saúde que ajudam ou substituem o doente no seu auto-cuidado, que administram os tratamentos dolorosos, mas que também aliviam e apoiam o doente, na sua dor e desconforto.

É de salientar o carácter, tantas vezes subjectivo, que orienta os cuidados prestados pelos profissionais. Dada a dificuldade de expressão pelo doente, em virtude do comprometimento da comunicação verbal (pela presença do tubo endotraqueal) ou do estado de consciência, a resposta às suas necessidades baseia-se na interpretação de sinais (por exemplo expressão facial, alteração do ritmo cardíaco, desadaptação do ventilador, etc.), a qual depende da sensibilidade e experiência do próprio profissional.

A relação assimétrica do profissional de saúde/doente, em que tradicionalmente o doente adopta uma posição passiva (e é esperado que o faça) e o profissional a posição de poder e decisão, pode assumir níveis extremos na UCI, dada a dependência e vulnerabilidade do doente e o saber que é reconhecido aos profissionais destas unidades.

Na equipa de saúde, são os enfermeiros que mais tempo permanecem junto do doente, em virtude da natureza da sua função de vigilância/monitorização e ajuda/substituição do doente na satisfação das suas necessidades. E se os enfermeiros não forem capazes de perceber as necessidades dos doentes, não conseguem proporcionar os cuidados de que estes carecem (Cornock, 1998). E é com facilidade que a preocupação com a tecnologia e suas

consequências leva ao esquecimento de como se sente o doente (Butler, 1995, in Russell, 1999).

Hupcey e Zimmerman (2000) no seu estudo sobre as experiências de doentes em estado crítico referem que muitos dos doentes internados na UCI achavam que os familiares e os profissionais não explicavam as coisas de forma apropriada ou escondiam informação. Um dos cenários descritos pelos doentes era o facto da equipa se reunir à sua volta, discutir o seu caso, como se o doente não estivesse lá.

A doença grave afecta o doente e também os que lhe são próximos. Nesta experiência a família vive uma angústia profunda, sendo-lhe solicitado o acompanhamento e apoio ao seu doente, porque deles se espera que sejam o maior suporte social. Na maioria das vezes é aos familiares que os profissionais dão informações sobre o estado do doente, e não tanto ao próprio doente.

A relação do doente com os familiares é profundamente alterada. A permanência dos familiares junto do doente nem sempre é possível, na maioria das vezes concretiza-se em períodos curtos. As dificuldades de comunicação limitam a expressão de sentimentos pelo doente, o que leva os familiares a sentirem-se impotentes e sem saberem o que fazer, e ao doente pesa a solidão e o isolamento. É também esperado do profissional um papel de intermediário e de ensino, para promover a relação do doente com a família. As dificuldades têm de ser reconhecidas pelo que “deve haver acesso a apoio psicológico continuado, ao apoio da família, ao apoio da comunidade e à assistência espiritual de acordo com a expressão dos desejos manifestados” (Santos, 2001, p. 247).

Uma das formas que pode ajudar os doentes e os familiares a lidar com as dificuldades inerentes à doença e internamento é a comunicação efectiva com os profissionais de saúde: “O estabelecimento de uma comunicação adequada e eficaz exige tempo, treino, planeamento e um ambiente adequado. É preciso que toda a equipa tenha uma linguagem simples, objectiva e verdadeira, e não haja contradições nas informações facultadas” (ibid., p. 247).

Vários estudos reconhecem a importância da comunicação nas UCI, embora demonstrem o quanto é difícil atingir um nível óptimo de comunicação entre os profissionais, os doentes e os familiares (Borbom-Engberg & Haljamäe, 1989; Russell, 1999). Os vários autores são unânimes quanto ao papel da boa comunicação na recuperação e diminuição da ansiedade dos doentes e familiares. No entanto, a realidade mostra que os profissionais utilizam pouco tempo a comunicar com os doentes, por exemplo Baker e Melby (1996, in Russell, 1999) dizem que os enfermeiros gastam em média apenas 5% do seu tempo a comunicar verbalmente com doentes inconscientes. E Asbury (1985, in ibid.) refere que muitos dos doentes gostariam de ter recebido mais informações por parte destes profissionais.

Mas não é apenas a quantidade de informação que está em causa, mas também o tipo de informação. A comunicação relaciona-se, na maioria das vezes, com informações sobre os procedimentos, e pouco ênfase é dada a explicações sobre a condição do doente e o seu progresso (Baker & Melby, 1996, in ibid.).

A subjectividade da experiência, as avaliações que cada um faz daquilo que vive e do que o rodeia, a ameaça constante à integridade, geram uma variedade de emoções e sentimentos como o medo, a tristeza, o desespero, a depressão, a impotência, que interferem no próprio processo de doença, tratamentos e recuperação. Por outro lado, são frequentes os estados de

desorientação e confusão nos doentes dos cuidados intensivos, para o que contribui o próprio processo de doença, as interferências no sono e descanso, o fraco controle que o doente pode ter sobre as situações e as dificuldades de expressão.

Russell (1999) identificou a comunicação pobre, a falta de privacidade, o medo, a dor e o ruído, como as maiores causas de problemas psicológicos referidos pelos doentes após a alta dos cuidados intensivos, e muitos dos acontecimentos não são apenas recordados como continuam a perturbar os doentes.

Hay e Oken (1972, in Richman, 2000) fazem uma analogia entre o ambiente dos cuidados intensivos e um cenário de guerra:

A stranger entering ICU is at once bombarded with a massive array of sensory stimuli. The great impact comes from the intricate machinery, with the flashing lights, buzzing and beeping monitors, gurgling suction pumps and whooshing respirators. Simultaneously one sees many people rushing around busily performing life-saving tasks. The atmosphere is not unlike that of the tension charged strategic war bunker. Desperately ill are hooked up to that machinery and, in addition to mechanical stimuli, one can discern moaning, crying, screaming and the last gasps of life, sings of blood, vomiting and excrete, expose genitalia, mutilated wasting bodies and unconscious and helpless people. (p. 89)

O extracto do texto retracta aspectos negativos do internamento, numa imagem de sofrimento e desespero.

A doença e o internamento em cuidados intensivos não desencadeiam apenas reacções psicológicas negativas, há também aspectos positivos a referir. Um desses aspectos é a sensação de segurança referida por muitos dos doentes. Segurança não só pelos meios tecnológicos, mas essencialmente segurança transmitida pelos profissionais de saúde. O que é sugerido pelos trabalhos de Roberts (1986) e de Mills (1995) citados por Odell (2000), os quais descrevem um aumento de ansiedade e medo associados ao momento de transferência da UCI para outra enfermaria, que explicam pela dependência que o doente criou em relação aos meios técnicos. Segundo os autores, a mudança para outra enfermaria leva não só a uma diminuição da vigilância pelas enfermeiras, como também à redução do apoio tecnológico que acompanha essa vigilância. Após a transferência, os doentes sentem falta da atenção constante que recebiam por parte dos profissionais da UCI, em contraste com a atenção reduzida nas novas enfermarias (Saarman, 1993, in Odell, 2000; Simpson *et al.*, 1989).

Vários factores parecem contribuir para o impacto que a doença e o internamento têm em termos psicológicos: o ambiente tecnológico, as terapias farmacológicas, a gravidade do quadro clínico, os procedimentos e tratamentos, o grau de incapacidade e de dependência, e a relação com os próprios profissionais de saúde. E muitos destes factores geram stress nos doentes, comprometendo o seu bem-estar.

1.2 – Stress e Cuidados Intensivos

“Stress é um conceito confuso e o seu excessivo emprego tem-lhe desvirtuado o significado.” (Martin, 2001, p. 120). Encontramos, vulgarmente, duas formas diferentes de definição e utilização da palavra stress. Pode descrever um acontecimento ou circunstância externa nociva que deixa o sujeito sob pressão ou tensão. E é comum ouvir as pessoas referirem que

têm um emprego stressante, ou que vivem num ambiente de stress. Outras vezes é utilizada para descrever a resposta do sujeito a acontecimentos ou circunstâncias desagradáveis. Duas situações diferentes, a primeira centra-se no ambiente, a segunda centra-se no sujeito, correspondendo a conceitos distintos: **stress** é uma tensão mental ou física, resultante da acção de factores que tendem a alterar o equilíbrio, e **resposta de stress** é a reacção de compensação ao distúrbio provocado pelo factor de stress (Lovallo, 1997). Os agentes ou factores de stress podem ser de origem física, psicológica ou social, por exemplo um traumatismo, uma cirurgia, a dor, o ruído, o frio ou calor, as relações familiares, as relações no emprego ou na escola.

Os acontecimentos ou factores do meio e a resposta dos sujeitos a esses factores não são polos opostos ou distantes, o sujeito é parte integrante desse meio. Lazarus e Folkman (1984) introduziram um aspecto importante entre os acontecimentos stressores (ou agentes de stress) e a resposta de stress, a relação entre o sujeito e o ambiente que o rodeia, tendo o sujeito um papel activo nesta interacção.

Anteriormente, os modelos pioneiros do stress, de Canon (1932) e Selye (1956), consideravam-no como uma resposta automática a um estímulo, evidenciando essencialmente os aspectos fisiológicos dessa resposta (Lovallo, 1997). Embora a “perspectiva psicoendócrina” e a “componente psicológica do stress”, apresentadas por Canon se direccionem mais para as teorias recentes do stress, do que o modelo biológico de Selye (Ribeiro, 1998).

Aspectos biológicos do stress

“A notoriedade do conceito de stress ficou a dever-se a Selye” (Ribeiro, 1998, p. 305). O autor descreveu três fases no processo de stress (fase de alarme, de resistência e de exaustão), que denominou de “*Síndrome Geral de Adaptação*”. A investigação de Selye constitui um contributo à compreensão das reacções fisiológicas aos estímulos aversivos.

Na fase de alarme, resposta inicial ao estímulo, o organismo apresenta respostas características tais como frequência cardíaca e respiratória aumentadas, pressão sanguínea também aumentada, contracção muscular. Estas são reacções comuns face a um perigo, por exemplo o encontro casual com um animal feroz. Nesta situação, o organismo prepara-se para se defender, quer a opção seja fugir, quer a opção seja lutar. Em momentos como este há libertação de substâncias como a adrenalina, que estimulam e potenciam a resposta do organismo. A fase de resistência corresponde à adaptação do organismo ao agente de stress, pelo que a sintomatologia, desencadeada na fase anterior, diminui ou desaparece. Na fase de exaustão o organismo volta ao seu estado normal.

Selye agrupa ainda os agentes de stress em três categorias, de acordo com o impacto que desencadeiam no organismo (Ribeiro, 1998). Os *pequenos stressores*, designam os agentes que não provocam a reacção de alarme, são inofensivos para o organismo. Os *grandes stressores* desencadeiam a sequência de resposta do “*Síndrome Geral de Adaptação*”. Os *stressores letais* levam o organismo à morte, por incapacidade de resposta.

Porque a finalidade biológica da resposta de stress é tornar o organismo capaz de sobreviver face a um perigo iminente, os recursos energéticos têm de ser canalizados para os órgãos de resposta mais imediata, e é esse o objectivo principal: mobilizar e transportar energia extra

para os órgãos de sobrevivência imediata, o cérebro e os músculos (Martin, 2001). Quando se sente ameaçado o organismo inicia uma série de respostas a partir do sistema nervoso simpático e do sistema hipotálamo-hipófise-supra-renais, numa conexão entre estímulos nervosos e químicos. A partir da estimulação dos eixos referidos são produzidas a adrenalina, a noradrenalina e o cortisol (principais hormonas do stress), são ainda produzidas outras substâncias como: endorfinas, vasopressina, aldosterona, renina e glucagon.

A nível fisiológico o que marca a resposta de stress é, numa primeira fase, a acção do sistema nervoso simpático, seguindo-se o sistema endócrino. No entanto o biológico e o psicológico são indissociáveis. A resposta de stress tem origem no cérebro: face a um estímulo o organismo avalia em que medida é ameaçado o seu bem-estar, “o que pode envolver os mais variados pensamentos conscientes e inconscientes, crenças, memórias e emoções” (ibid., p.133).

Aspectos psicológicos do stress

“...Agentes stressores produzem tensão nas pessoas ao nível biológico, psicológico e dos sistemas sociais” (Santos & Castro, 1998, p. 677). A resposta de stress vai depender da forma como avaliamos as exigências e a nossa capacidade para reagir. Os agentes stressores produzem mudanças fisiológicas, mas interferem também a nível psicossocial, com impacto no sistema cognitivo e emocional. O stress interfere nas capacidades cognitivas, por exemplo diminui a memória e a atenção, e desencadeia reacções emocionais como o medo, a ansiedade, a irritabilidade, a tristeza e a depressão (ibid.).

Mason e Lazaus vêm salientar os factores psicológicos no stress e o papel da avaliação do sujeito (Ribeiro, 1998). Basicamente o modelo de Lazarus e Folkman defende que o stress

resulta da avaliação individual dos acontecimentos em transacção com o meio ambiente. A avaliação de um acontecimento como nocivo ou ameaçador, resulta em stress. **Coping** é a resposta psicológica aos acontecimentos percebidos como excedendo ou que põem à prova os recursos individuais. Neste sentido stress é a condição resultante da discrepância entre as exigências da situação e os recursos do indivíduo (Santos & Castro, 1998). Os acontecimentos ou exigências do meio são considerados os **stressores ou agentes de stress** e constituem as circunstâncias que “percebemos e sentimos como ameaçadores ou perigosos e que por esse motivo provocam sentimentos e situações de tensão” (Santos & Castro, 1998, p. 676).

Resultando de uma interacção entre o indivíduo e o meio, o stress não constitui em si uma característica do meio ou uma característica do sujeito. Os sujeitos diferem no tipo de reacção ao mesmo agente de stress. Ficar preso no elevador provoca diferentes níveis de tensão em diferentes pessoas, de acordo com inúmeros factores, por exemplo, experiências anteriores, idade, educação, crenças.

As pessoas reagem aos agentes de stress utilizando estratégias comportamentais, cognitivas e emocionais, daí que o mesmo acontecimento possa afectar cada pessoa de diferentes maneiras. Um acontecimento particularmente stressante para uma pessoa pode ter pouco ou nenhum impacto para outra, e o impacto para a mesma pessoa pode ser diferente em momentos diferentes. Como diz Martin (2001): “O stress, tal como a beleza, está em parte na mente do sujeito.” (p. 122).

1.2.1 – O Stress em Resposta à Doença Grave

A doença grave que requer a admissão numa UCI pode ser tão stressante que põe em perigo a saúde psicológica e física do doente (Roberts, 2001). A manutenção da homeostasia no âmbito de lesões agudas graves é essencial para a sobrevivência.

A doença grave, quer seja provocada por um traumatismo, decorrente de uma cirurgia urgente ou programada, ou pela descompensação de uma doença crónica (por exemplo diabetes ou insuficiência respiratória) acarreta sempre lesão tecidular, de maior ou menor proporção. Lesão intencional (caso da cirurgia) ou não intencional (por exemplo traumatismo após acidente de viação). A lesão tecidular desencadeia no organismo uma série de reacções fisiológicas previsíveis, com o objectivo de manter a homeostasia e compensar os danos provocados pela lesão. São as respostas do sistema nervoso e endócrino: a activação do sistema nervoso simpático garante a pressão sanguínea central e a perfusão dos órgãos vitais; o aumento da aldosterona e vasopressina conservam o volume intravascular; as endorfinas produzem analgesia; o aumento de cortisol, glucagon e epinefrina elevam a glicose sanguínea; a tendência para a hipercoagulação garante a hemostase (Epstein & Breslow, 1999).

A resposta de stress representa um papel importante face à agressão, mas se por um lado apresenta benefícios fisiológicos, por outro lado acarreta riscos e as sequelas dessa resposta “have the potential to precipitate clinically important complications, particularly in patients with major underlying medical problems” (ibid., p. 19).

No quadro 2 estão resumidos os benefícios e riscos fisiológicos da resposta de stress à lesão tecidular desencadeada pela agressão, apresentados pelos autores supracitados.

Quadro 2 – Os benefícios e riscos fisiológicos da resposta de stress

Resposta de Stress	Benefícios fisiológicos	Riscos fisiológicos
Aumento da frequência cardíaca Aumento do output cardíaco	Manutenção da pressão arterial Perfusão dos órgãos	Hipertensão Isquemia do miocárdio Disritmias
Retenção de sódio e água	Conservação do volume intravascular	Hiponatremia Hipervolemia Edema pulmonar
Hiperglicemia	Assegurar disponibilidade energia	Hiperglicemia Diurese osmótica
Catabolismo	Assegurar disponibilidade energia	Má nutrição Desequilíbrio do balanço nitrogenado
Aumento da agregação plaquetária	Hemostase	Risco de trombose

Fonte: Epstein e Breslow, 1999 (p. 18)

O problema que leva ao internamento na UCI marca algumas diferenças em termos de resposta de stress. Dependendo da razão do internamento a resposta de stress pode ser substancialmente diferente, em virtude da extensão e gravidade das lesões. As lesões tecidulares são menores em doentes submetidos a cirurgia electiva do que em doentes vítimas de trauma.

A maioria dos estudos sobre a resposta de stress na doença crítica refere-se a doentes submetidos a cirurgia electiva, porque a abordagem é mais simples e não existem factores que exacerbam os efeitos da lesão tecidular (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.

O trauma cirúrgico induz um conjunto de alterações fisiológicas a nível cardiovascular, renal e hematológico:

- Elevação da actividade simpática com efeito cardiovascular no pós-operatório, o que é sugerido por um estudo de Halter *et al.* (1977, in Epstein & Breslow 1999) que demonstrou uma correlacção entre o aumento da pressão arterial após a cirurgia e a concentração de epinefrina e norepinefrina;
- Aumento da glicose sérica como resultado da gluconeogénese (formação da glicose pelo fígado a partir da degradação dos ácidos gordos), por efeito das acções conjuntas do glucagon, cortisol e epinefrina (Shamoon *et al.*, 1981, in *ibid.*);
- Aumento do catabolismo proteico (Tsuji *et al.*, 1987, in *ibid.*);
- Manutenção da concentração de electrólitos garantida pela função renal, por efeito do aumento da vasopressina no plasma (garante a retenção da água) e da aldosterona (garante a retenção do sódio);
- Tendência para a hipercoagulação, por aumento da concentração do fibrinogénio plasmático sintetizado no fígado e por aumento da agregação plaquetária;
- Alteração dos glóbulos brancos e da função imunológica. Apesar dos efeitos ao nível do sistema imunitário ainda se encontrarem pouco esclarecidos, as infecções no pós-operatório parecem traduzir uma diminuição na sua capacidade de defesa face a várias estirpes bacterianas.

As alterações fisiológicas referidas podem causar complicações, principalmente em doentes com idade avançada e com problemas médicos anteriores (Epstein & Breslow, 1999) ou que apresentam quadros clínicos mais graves.

Apesar dos doentes submetidos a cirurgia programada apresentarem frequentemente dor, hemorragia, hipotensão e compromisso ventilatório, outras situações que exigem o internamento em cuidados intensivos (por exemplo hemorragia digestiva, enfarte agudo do miocárdio, pancreatite, trauma) levam a uma exacerbação destes problemas e à existência de co-stressores que tornam mais difícil a avaliação dos efeitos adversos e benéficos da resposta de stress. Por exemplo, se a estimulação simpática pode ser vantajosa em doentes com função cardíaca íntegra, o mesmo não acontece aos doentes com patologia coronária, porque o excesso de catecolaminas contribui para o desenvolvimento de taquicardias supraventriculares e risco de isquemia do miocárdio (ibd.).

Níveis elevados de hormonas de stress (exemplo cortisol) implicam hiperglicemia e aumento do catabolismo proteico. Mantendo-se esta situação, desenvolve-se má-nutrição, o que exige estratégias de nutrição muitas vezes agressivas (nutrição artificial parentérica) com os riscos que lhe são inerentes (por exemplo, infecção), comprometendo ainda mais o estado já grave do doente. No entanto, até ao presente “we have only a rudimentary understanding of the cellular mechanisms underlying stress hormone effects on metabolism” (ibd., p. 29).

Há ainda duas situações, relativamente comuns nas UCI, e que parecem terem interferência na resposta de stress: a hipóxia celular e a sepsis (ibd.). Muitos doentes dos cuidados intensivos desenvolvem complicações infecciosas que podem evoluir para sepsis (infecção generalizada). Nestes casos, as endotoxinas bacterianas em circulação estimulam os glóbulos

brancos e a produção de hormonas de stress, mas estes efeitos são distintos e separados da resposta de stress clássica. O mesmo se passa em situações de hipóxia que leva à morte celular e à libertação de constituintes celulares no espaço vascular capazes de estimular a coagulação intravascular.

Resumindo, existem diversos factores que interferem e confundem a resposta de stress “clássica” nos doentes de cuidados intensivos, o que se relaciona, pelo menos as investigações apontam nesse sentido, com a gravidade e extensão das lesões, bem como com complicações que acrescem ao problema inicial.

A resposta de stress constitui uma defesa à integridade do organismo, é por isso de natureza adaptativa, mas se essa resposta se prolonga no tempo acarreta consequências nefastas e que põem em risco a sobrevivência. Esta situação é particularmente notória em doentes com reservas fisiológicas limitadas, fruto da descompensação da doença e suas complicações. Nestes casos, os doentes sofrem mais danos do que benefícios, caso se prolongue a resposta neuroendócrina à agressão.

É possível interromper ou atenuar a resposta de stress. Na cirurgia cardíaca são utilizadas doses elevadas de narcóticos por via endovenosa para bloquear a resposta cardiovascular (George, *et al.*, 1974, in Epstein & Breslow, 1999). As técnicas de anestesia regional também atenuam a resposta de stress. A actividade do sistema nervoso simpático fica reduzida com a administração de analgésicos por via epidural (Mandabach, 1999).

Epstein e Breslow (1999) fazem referência a dois estudos que comparam a anestesia geral e a anestesia regional, o primeiro realizado em 1983 e o segundo dez anos depois. Em 1983,

Yeager *et al.*, descrevem a experiência com um grupo de doentes de alto risco propostos para cirurgia. O grupo que recebeu anestesia/analgesia regional (por administração epidural) apresentou menores complicações cardiovasculares e infecciosas, comparativamente com o grupo que recebeu anestesia geral com administração parentérica de narcóticos para analgesia pós-operatória. Os autores atribuíram a redução das complicações do primeiro grupo à atenuação da resposta de stress pelo bloqueio simpático conseguido pela via epidural. Christopherson *et al.*, em 1993, demonstraram uma redução de complicações trombóticas, nomeadamente do enxerto, em doentes submetidos a cirurgia vascular sob anestesia epidural. Estes doentes apresentaram uma redução das hormonas de stress, sem alteração das concentrações do activador/inibidor do plasminogénio, em comparação com os doentes submetidos a anestesia e analgesia parenteral, o que sugere a prevenção da hipercoagulação e risco de trombose por uma atenuação da resposta de stress.

1.2.2 – A Natureza Stressante do Internamento em Cuidados Intensivos

A doença grave desencadeia uma variedade de respostas de stress a múltiplos estímulos, como aliás vimos anteriormente. Mas, como também já foi referido, a resposta de stress não é só activada por acontecimentos ou estímulos físicos, como a dor, o trauma, o choque ou a infecção. Por exemplo, Keyes-Evans (1987, in Sharp, 1997) realizou um estudo sobre o stress perioperatório e aponta como factores stressantes: o tempo de espera na admissão ao hospital, a perspectiva da dor, experiências hospitalares anteriores desagradáveis (com o próprio ou com outros), a falta de informação e a preocupação face ao prognóstico.

A imagem que o cidadão comum tem de uma UCI, e que também é veiculada pelos meios de comunicação, é de um ambiente tecnológico onde se prestam cuidados de saúde de “fim de

linha”. Isto é, dentro dos vários departamentos das instituições de saúde identificamos as UCI como os locais onde são atendidos os doentes mais graves e onde a distância entre a vida e a morte é ténue. Daí, também a ideia generalizada do sofrimento que acompanha o internamento nestas unidades e que corresponde a estados limite de doença.

O doente experimenta múltiplos estímulos, para além dos estímulos físicos relacionados com a doença em si. Desde o aparato tecnológico que o rodeia, o isolamento face ao exterior, o excesso de estímulos auditivos e a privação de estímulos “habituais”, os múltiplos cuidados e tratamentos que recebe, e até a própria relação com os profissionais pode ser factor de stress. Muitos estudos referem a natureza stressante do internamento em cuidados intensivos (Cornock, 1998; Kim, *et al.*, 1999; Lerch & Park, 1999; Novaes, *et al.*, 1999) embora nem sempre exista um consenso em relação aos stressores mais significativos para o doente internado.

No nosso trabalho seguimos o modelo de Lazarus e Folkman (1984) que definem o stress como uma relação particular entre o meio e o indivíduo, que é avaliado por este como ameaçador e excedendo os seus recursos, e põe em causa o seu bem-estar. Este modelo da resposta psicológica de stress enfatiza o controle percebido sobre o ambiente como um determinante crítico do efeito psicológico dos acontecimentos (Lovallo, 1997).

Há aspectos particulares relativamente aos agentes de stress presentes na UCI que têm influência no impacto biológico e psicológico, bem como na intensidade da resposta de stress: a não previsibilidade dos acontecimentos e o fraco controle sobre esses acontecimentos.

Muitos dos factores de stress, senão a sua maioria, não são previsíveis para o doente. Por exemplo, o doente não sabe quando vai ser picado com agulhas, ou quando vai receber outro tratamento doloroso. A não previsibilidade de um agente de stress deixa o doente sempre na expectativa. Experiências em laboratório mostram que os agentes de stress são menos adversos quando previsíveis e a previsibilidade reduz o impacto na função imunológica (Martin, 2001).

O doente não tem controlo sobre a maior parte dos acontecimentos durante a sua estada na UCI. A própria mobilização no leito e adoptar uma posição mais confortável, está dependente da decisão e ajuda dos profissionais. Não depende de si, na maioria dos casos, a eliminação ou redução dos factores que lhe são nocivos. E o que a investigação mostra é que “o impacto de um determinado agente de stress particular depende em considerável extensão, do grau com que pode ser controlado, isto é, da possibilidade que o receptor tem de alterar o agente de stress, eliminá-lo ou escapar-lhe” (ibid., p. 143).

Tendo em conta a multiplicidade das situações nas UCI, são vários os potenciais agentes de stress que podem pôr em causa o bem-estar e a satisfação das necessidades dos doentes. Lerch e Parck (1999) apontam como factores que contribuem para o stress físico e psicológico nos doentes em estado crítico:

- Ambiente ameaçador da UCI;
- Dor;
- Procedimentos invasivos;
- Paralisação com relaxantes musculares, sem uma sedação adequada;
- Modos ventilatórios não sincronizados com os movimentos fisiológicos do doente;
- Entubação endotraqueal;

- Dificuldade de comunicar;
- Depressão, despersonalização e psicose;
- Privação do sono;
- Medo, ansiedade relacionada com o prognóstico;
- Sede;
- Sentir-se dependente e perda de controle.

Cochram e Ganong (1989, in Cornock, 1998) realizaram o primeiro estudo, nos EUA, comparando a percepção dos doentes e dos enfermeiros relativamente aos stressores dos cuidados intensivos, e Cornock (1998) replicou o mesmo estudo no Reino Unido. Chegaram a resultados similares que apontam para diferenças entre a percepção dos doentes e dos enfermeiros, relativamente à identificação dos stressores e sua intensidade. O segundo autor diz que os enfermeiros, quando se colocam no papel do doente, enfatizam o stress porque beneficiam da sua experiência profissional. Assumindo-se como doentes, atribuem mais stress às situações devido ao conhecimento que detêm sobre as dificuldades e possíveis complicações.

Novaes *et al.* (1999) apontam como stressores mais significativos nos cuidados intensivos, segundo a atribuição dos próprios doentes, ter dor, não conseguir dormir, ter tubos na boca e nariz, não ter controle sobre o próprio corpo e não receber explicações sobre os tratamentos.

O stress interfere no bem-estar dos doentes, pelo que a intervenção dos prestadores de cuidados é imprescindível para ajudar o doente a encontrar as estratégias de coping adequadas. O bem-estar traduz, grosso modo, a qualidade de vida (particularmente na situação de doença), outra das componentes que nos propomos explorar neste estudo.

1.3 – A Qualidade de Vida e os Cuidados Intensivos

Nos últimos anos, temos assistido a um aumento significativo de investigação sobre a Qualidade de Vida (QDV), particularmente a qualidade de vida na doença ou após a doença. Apesar do número crescente de estudos, não existe consenso acerca da definição de QDV e da melhor forma para proceder à sua avaliação. A dificuldade relativamente à definição prende-se com o uso vulgarizado do termo, não só na linguagem comum, como em áreas especializadas, desde a medicina, psicologia, economia, política, sociologia e filosofia, transformando-o num conceito multidisciplinar e multifacetado, que recebe diferentes definições de acordo com os objectivos das avaliações em causa.

Atendendo a que a QDV é um constructo estudado e partilhado, ao longo dos últimos anos, por várias ciências, não é de estranhar, pela diversidade paradigmática, o número de designações e sinónimos que recebe, incluindo felicidade, bem-estar, satisfação com a vida, condições de vida. Apesar de cada um destes termos divergir de algum modo no seu significado, derivam de uma origem similar.

O conceito tem sido frequentemente estudado por sociólogos interessados no impacto de certos aspectos, como as condições de habitação sobre QDV. Por exemplo, os sociólogos Opong *et al.* (1987, in Meeberg, 1993) consideram que a QDV pode ser conceptualizada em termos de condições de vida ou experiência de vida.

O conceito qualidade de vida é objecto de numerosas interpretações. Para o cidadão comum a QDV é da máxima importância, podendo ser comparada a uma força que se esconde e guia

todas as acções (Leplège & Hunt, 1997). Nesta perspectiva está implícita uma forte carga subjectiva, sendo difícil traduzir o conceito em termos quantitativos.

Historicamente, relaciona-se com a “felicidade” e esta com o “bem-estar” (Fernandez-Rios & Garcia-Fernandez, 1999). Tanto a felicidade como o bem-estar, são também conceitos abstractos e ambíguos. Para Meeberg (1993) a felicidade e o bem-estar resultam da qualidade de vida, embora também sejam atributos dessa qualidade de vida, tal como a satisfação. Isto é, a satisfação é um atributo da qualidade de vida, mas se a pessoa se sente satisfeita é sinal de que tem qualidade de vida.

De um modo geral a felicidade descreve uma característica principal da condição humana, por outro lado, relaciona-se com sentimentos individuais de satisfação, em domínios específicos da vida, ou com a vida como um todo (Lewinsohn, *et al.*, 1991).

Se perguntarmos às pessoas o que significa felicidade elas respondem de duas formas: descrevem-na como um estado de alegria ou como um estado de satisfação (Argyle & Martin, 1991). Enquanto a primeira corresponde a uma emoção ou um sentimento, a satisfação é mais cognitiva, resulta de um processo de julgamento e reflexão.

O Sociólogo Campbell defende que o termo qualidade de vida foi usado pela primeira vez após a Segunda Guerra Mundial, representando a ideia de que é necessário algo mais do que apenas segurança económica para ter uma boa vida (Meeberg, 1993). Desde a altura em que foi mencionada pela primeira vez, na década de 50, a QDV passou a ser usada com frequência em múltiplos contextos, do ambiente aos cuidados de saúde, “In fact, QOL has become a significant consideration for society in general, and health care specifically” (*ibid.*, p.33).

1.3.1 – A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

A Qualidade de Vida “...é uma dimensão cada vez mais estudada no sistema de cuidados de saúde.” (Ribeiro, 1994, p.183) não só em termos de resultados das intervenções, como também em relação ao impacto das diversas intervenções e cuidados de saúde no bem-estar dos doentes. O conceito tornou-se fundamental nos cuidados de saúde “with de growing realization that the well-being of patients is just as important a consideration when treating them as are cure or sustainment of life.” (Haes & Van Knippenberg, 1987, in Meeberg, 1993, p. 33).

Leplège e Hunt (1997) justificam o interesse da QDV para a medicina a partir da preocupação com a qualidade do processo de cuidados de saúde e o desejo de monitorizar os resultados dos cuidados e das intervenções médicas.

Segundo a nossa perspectiva, o interesse por esta temática no campo da saúde-doença liga-se a duas razões. A primeira razão está relacionada com a necessidade e mesmo pressão para avaliar os cuidados de saúde em geral e os resultados das intervenções, nomeadamente de certos tratamentos, devido à limitação de recursos e contenção de custos. Uma outra razão que reflecte o interesse dos investigadores pela QDV é a mudança de paradigma relativamente à saúde-doença. A doença deixa de estar compartimentada numa simples divisão biológica e passa a ser encarada numa perspectiva mais holística e integradora da pessoa. Para Ribeiro (1994) a QDV começa a salientar-se nos cuidados de saúde na década de 70 como consequência da Segunda Revolução da Saúde, que corresponde precisamente à mudança de paradigma, passa-se a dar mais atenção à pessoa na sua globalidade e à participação desta como elemento activo no processo de doença e na manutenção da saúde.

A literatura referente aos cuidados de saúde contempla inúmeras referências à QDV, embora nem sempre exista consenso sobre o conceito e como deve ser avaliado (Anderson & Burckhardt, 1999). Os autores utilizam o termo em diferentes contextos, por exemplo, há estudos que procuram avaliar a qualidade de vida após determinado tratamento, caso dos transplantes ou cirurgia cardíaca, há autores que estudam a qualidade de vida de pessoas com doenças crónicas, caso dos diabéticos, há ainda autores que se questionam sobre que qualidade de vida têm os doentes dos cuidados paliativos ou aqueles a quem foram suspensas as medidas de suporte avançado de vida.

Encontramos, pois, um conceito amplo e controverso que recebe tantos significados e atribuições quantos os autores que se dedicam ao seu estudo (Meeberg, 1993). No entanto, na sua maioria, os estudos nos contextos dos cuidados de saúde, defendem que as decisões em termos de QDV devem ser orientadas para melhorar e beneficiar a vida dos doentes.

Há tendência para avaliar como negativo o facto da investigação se apresentar confusa, porque não existe consenso sobre como conceptualizar a QDV, e dispersa, porque abarca múltiplos domínios e facetas da vida (Fernandez-Rios & Garcia-Fernandez, 1999). Mas, a diversidade tem também um carácter positivo, porque sendo o ser humano inerentemente diverso, multifacetado e pluridimensional, a avaliação terá que contemplar estas particularidades.

Qualidade de Vida, Estado de Saúde e Estado Funcional, são usados frequentemente de forma indiscriminada na literatura clínica, no entanto, cada um destes termos reflecte diferentes aspectos no bem-estar do indivíduo (Heyland, *et al.*, 1998). O seu uso indiscriminado deve-se,

provavelmente, a influências do modelo médico que salienta a capacidade funcional na reabilitação da doença, para o desempenho das tarefas diárias e dos papéis sociais.

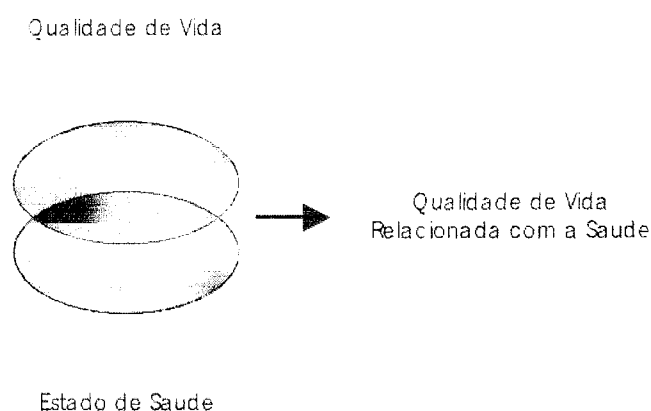
Nos contextos da saúde, o termo Qualidade de Vida é frequentemente referido como Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde: Health Related Quality of Life (Ribeiro, 1994). Sendo que, Qualidade de Vida é um conceito mais amplo, determinado pelo estado de saúde do indivíduo, assim como por outras variáveis, tais como, relações sociais, estatuto profissional, bem-estar dos outros, etc. (Heyland, *et al.*, 1998). Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (QDVRS) é um conceito mais específico dos cuidados de saúde, e “que pode ter dois sentidos: geral para o sistema de cuidados de saúde e específico para cada uma das doenças” (Ribeiro, 1994, p. 181).

Na perspectiva de Heyland *et al.* (1998) a avaliação do estado de saúde inclui medidas físicas, fisiológicas e psicológicas, dividindo-se em duas categorias: medidas valorizadas intrinsecamente pelos indivíduos (como por exemplo a capacidade de caminhar sem dispneia) e medidas não valorizadas intrinsecamente pelos indivíduos (como por exemplo o desempenho em testes laboratoriais). Os aspectos valorizados pelos sujeitos no seu estado de saúde, que se sobrepõem às componentes da QDV, constituem a QDVRS.

Em termos gráficos, representados na figura 1, a área livre do círculo superior corresponde aos domínios da QDV que não estão directamente relacionados com a saúde (como o ambiente e a estrutura social). A área livre do círculo inferior corresponde a estados e funções que não afectam directamente o bem-estar dos doentes, por exemplo o estado da retinopatia na diabetes, a fracção de ejeção cardíaca, a função pulmonar ou a performance numa prova

de esforço. A zona de intersecção dos dois círculos corresponde à QDVRS, e representa os aspectos do estado de saúde valorizados pelas pessoas.

Figura 1 – A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde



Fonte: Adaptado de Heyland, *et al.* (1998, p. 592).

O Estado de Saúde não é, pois, sinónimo de Qualidade de Vida, é um domínio importante a ter em conta na Qualidade de Vida, perspectiva que partilhamos.

A QDVRS, sendo um conceito específico do sistema de cuidados de saúde (Ribeiro, 1994), refere-se à interferência das doenças, em geral, ou de uma doença, em particular, e do seu tratamento na qualidade de vida das pessoas. Isto é, “quando se estudam as limitações impostas por uma doença específica ou por qualquer doença, para a QDV, utiliza-se com frequência a expressão QDVRS” (Ribeiro, 1994, p. 181). Na prática, os estudos realizados no âmbito dos cuidados de saúde utilizam os termos QDV e QDVRS como sinónimos, o que acontece no presente estudo, já que estamos a investigar o tema Qualidade de Vida aplicado a uma área específica dos cuidados de saúde.

No campo da economia da saúde encontramos ainda outro termo, a Qualidade Ajustada aos Anos de Vida (Quality Adjusted Life Years – QALY), que surge nos anos 70, pelo Office of Technology Assessment dos EUA, com o objectivo de criar uma medida comum para comparar diferentes intervenções médicas, assim como melhorar a política de saúde e facilitar a racionalização (Lepèle & Hunt, 1997). Esta abordagem foi desenvolvida por economistas da saúde, e de uma maneira geral, a avaliação combina as taxas de sobrevivência com estados de saúde, sintomas e níveis de funcionalidade, durante um período de tempo. Para cada ano de vida é dado um coeficiente de 0 a 1, e o acto médico benéfico é aquele que soma valores mais positivos, definindo-se a partir daí a intervenção eficiente pelo menor custo.

Definições/Dimensões da QDV

Meeberg (1993) definiu quatro atributos relativamente ao conceito QDV que são partilhados por grande parte das definições:

- Um sentimento de satisfação com a vida em geral;
- Capacidade mental para avaliar a própria vida como satisfatória;
- Um estado aceitável de saúde física, mental, social e emocional, determinado pelo próprio indivíduo;
- Uma avaliação objectiva, por outro, de que as condições de vida são adequadas e não constituem uma ameaça à vida.

Ainda segundo o mesmo autor, existem dois aspectos que antecedem a avaliação da QDV, existir vida, pois a QDV não pode ser avaliada em seres inanimados, e um estado de consciência, uma vez que um ser anencefalo ou uma pessoa em coma permanente não pode avaliar a qualidade de vida.

Apesar de todas as diferenças há algo que é comum à maioria dos autores: o carácter subjectivo e individual da qualidade de vida. Não existindo uma definição consensual, há autores que concordam em termos das dimensões que podem ser encontradas (Bowling, 1991):

- Saúde física e sintomas experimentados;
- Nível funcional e actividades de vida diária;
- Função e suporte social;
- Bem-estar psicológico.

Encontramos definições gerais, que traduzem a satisfação global com a vida e sentimentos de felicidade/infelicidade, e mais específicas que dividem a QDV em várias dimensões.

Há definições que apenas focam uma das dimensões da QDV, por exemplo, alguns estudos clínicos debruçam-se unicamente sobre a componente funcional e suas alterações em determinada doença. Moberg e Brusek (1978, in Meeberg 1993) enfatizam o bem-estar espiritual. Conforme os objectivos dos estudos, pode ser dado mais ênfase a uma ou a várias dimensões. Há ainda autores que nem chegam a definir o conceito nos seus estudos (Meeberg, 1993; Ribeiro, 1994), o que leva a maior ambiguidade e inconsistência na interpretação da expressão qualidade de vida.

Shumaker, Anderson e Czajkowski (1990, in Ribeiro, 1994) definem qualidade de vida como a “satisfação individual global com a vida e a sensação geral, pessoal, de bem-estar” (p. 183). Abrams (1973, in Farquhar, 1995) apresenta uma definição muito semelhante à anterior. Para este autor a QDV é o grau de satisfação ou insatisfação sentido pelas pessoas com os vários

aspectos da sua vida. Estes são dois exemplos de definições gerais, que pouco nos dizem sobre as componentes da qualidade de vida e a forma como pode ser operacionalizado o conceito.

A definição de George e Bearon's (1980, in *ibid.*) contempla quatro dimensões fundamentais da QDV, duas mais objectivas (saúde geral e estado funcional) e duas mais subjectivas (satisfação com a vida e auto-estima). Clinch e Powel (1990, in Ribeiro, 1994) apresentam uma definição "mais pragmática", comum a muitos estudos clínicos, que foca apenas a componente funcional de uma doença e do seu tratamento. Estes são dois exemplos de definições mais específicas, a primeira referindo quatro dimensões, a segunda apresenta unicamente uma dimensão da QDV.

Concepção da QDV

A diversidade de definições depende do contexto em que é abordada a QDV (Ribeiro, 1994) e das concepções que tem subjacentes. Nos estudos em contexto de cuidados de saúde encontramos três abordagens distintas e muitas vezes complementares: abordagem económica, médica e psicológica.

A abordagem económica (importante em termos de decisões de políticas de saúde e racionalização de recursos) parte do pressuposto que, perante a oportunidade de escolha uma pessoa racional prefere uma vida curta com um estado satisfatório de saúde, a uma vida longa com consideráveis défices e desconforto. Apesar de vários estudos terem demonstrado esta realidade, alguns doentes preferem viver menos anos desde que mantenham as suas capacidades funcionais, do que viverem mais tempo com perdas dessas capacidades, achamos que este pressuposto não pode fundamentar as decisões de políticas de saúde. Porque as

preferências desta natureza são totalmente subjectivas, os resultados seriam penosos para os indivíduos cujas particularidades não fossem tidas em linha de conta. Também, segundo Leplège e Hunt (1997) a base conceptual do modelo económico não tem em conta que o processo de cuidados dos serviços de saúde não se resume ao tratamento, mas inclui também a forma como as pessoas foram tratados, por quem, em que circunstâncias, o ambiente e as consequências desse tratamento. A acrescentar o facto da mesma pessoa valorizar o mesmo estado de forma diferente, em diferentes momentos.

A abordagem médica centraliza-se essencialmente nos aspectos funcionais da doença. O modelo médico salienta a capacidade para o desempenho das tarefas diárias e dos papéis sociais, embora ignore o significado e importância das tarefas e papéis para o indivíduo, assumindo ainda que existe um nível óptimo de funcionamento para o qual todo o ser humano aspira (ibid.). Esta posição é normativa e desajustada da realidade. Senão vejamos, existem evidências da adaptação dos indivíduos com doenças de longa duração preservando a sua satisfação face à vida, apesar das limitações na capacidade física, é o caso de doentes tetraplégicos ou paraplégicos. Um estudo que ilustra bem esta situação foi desenvolvido por Brickman, Coates e Janoff-Bulman (1978, in Filipp & Klauer, 1991), que compararam os níveis de bem-estar subjectivo, de um grupo de indivíduos vencedores da lotaria e um grupo de indivíduos vítimas de acidente de viação de que resultou paraplegia. Um ano após o acontecimento, as vítimas de acidente não apresentavam níveis de bem-estar inferiores ao grupo dos vencedores da lotaria, nem em relação a um terceiro grupo de controle havia diferenças no nível de bem-estar.

As avaliações que se fazem correspondem muitas vezes a factos dos quais não se podem tirar ilações para atribuir melhor ou pior qualidade de vida. Por exemplo se a pessoa A não

consegue caminhar tão depressa quanto a pessoa B, ou subir o mesmo número de escadas sem ficar cansada, não podemos dizer que a pessoa A tem menor QDV que a pessoa B. Sugerir que as pessoas mais idosas (que apresentam menor performance física) ou com disfunções físicas, têm menor QDV que as pessoas mais novas e robustas, é um reforço de estereótipos que está na base de práticas discriminativas (Lepège & Hunt, 1997).

Há estudos que mostram discrepância entre a opinião dos doentes e dos médicos sobre o resultado dos cuidados, o que não é de surpreender. Os médicos focam a sua atenção na restituição de valores clínicos normais, os doentes por seu lado, estão mais preocupados com a fadiga e capacidade para manter as suas actividades. A mesma doença ou intervenção, com parâmetros fisiológicos idênticos, tem implicações diferentes para diferentes pessoas. O importante não é a existência da doença per si, mas também a experiência da doença.

A abordagem psicológica centra-se na experiência e nos aspectos valorizados pelo próprio doente, “It is well recognized that the illness experience is multidimensional, affecting both physical and emotional well-being” (Schwartz & Laitin, 1998, p. 120). E se a QDV tem um cariz reconhecidamente subjectivo, a melhor forma de a avaliar é pela perspectiva do doente. Porque estar doente – *disease* –, é diferente de sentir-se doente – *illness* –, ou de comportar-se como doente – *sickness* – (Ribeiro, 1998).

Pode existir uma doença sem que a pessoa se sinta doente, e pelo contrário, há pessoas que se sentem doentes, sem que existam indicadores dessa doença. Na experiência quotidiana esbarramos, frequentemente, com pessoas que se sentem bem, saudáveis e são confrontadas com diagnósticos de doença em consultas de rotina ou rastreios, por exemplo diabetes e cancro. Por outro lado, os consultórios médicos têm sistematicamente numerosos clientes para

quem o médico não encontra diagnóstico. Comportar-se como doente implica identificar-se socialmente com um papel e assumir o seu desempenho, podendo existir ou não doença física.

A experiência de doença, os tratamentos que implica, as alterações nos hábitos e estilos de vida, são fortemente influenciados pelas experiências e condições de vida anteriores, pelas preferências e valores pessoais, e estes não são iguais em todos os indivíduos, nem são fixos no tempo, para um mesmo indivíduo. As preferências de alguém saudável vão ser diferentes quando a mesma pessoa se encontrar doente, e divergir ainda mais se esta fica dependente para satisfazer as suas necessidades, ou se o prognóstico é reservado. A abordagem psicológica contempla estes aspectos na avaliação da QDV, não só na ausência de doença, mas também na experiência da doença e suas implicações nos vários domínios da vida das pessoas.

Avaliação da QDV

A escolha dos instrumentos para avaliar a qualidade de vida depende dos objectivos dessa avaliação. Por vezes a QDV é encarada como um conceito unidimensional, que pode ser avaliado pelo questionamento directo das pessoas e quantificado em diferentes níveis. No entanto, a maioria dos investigadores considera a QDV como um conceito multidimensional, o qual inclui aspectos que são melhor avaliados em subescalas distintas, tal como o bem-estar físico, psicológico e social (Fayers & Machin, 1998).

Embora existam instrumentos que consistem numa só questão, por exemplo “How is your quality of life?” (Guyatt, *et al.*, 1993, p.623), os instrumentos mais comuns são questionários, constituídos por itens ou questões, que por sua vez, se podem agrupar em domínios ou dimensões. Os questionários para avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde não

incluem apenas a presença ou intensidade de sintomas da doença, mas procuram avaliar a forma como as manifestações da doença e o tratamento, são experienciados pelo indivíduo (Berzon, 1998).

Quando se pretende diferenciar as pessoas com melhor QDV, daquelas que têm menor QDV, utilizam-se instrumentos discriminativos. Quando o objectivo é saber o quanto a QDV mudou ou sofreu alterações, por exemplo após uma intervenção cirúrgica, utilizam-se instrumentos avaliativos. No primeiro caso a avaliação é feita num só momento, no segundo caso é avaliada a mudança.

Os instrumentos de avaliação são essencialmente de dois tipos, genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos podem aplicar-se em diferentes áreas e populações, um exemplo é o Sickness Impact Profile que inclui uma dimensão física (com as categorias de deambulação, mobilidade, cuidados corporais e movimento), uma dimensão psicossocial (com categorias de interacção social, estado de alerta, comunicação e comportamento emocional) e cinco categorias independentes que incluem trabalhar, comer, dormir e descansar, actividades domésticas, actividades recreativas e de lazer. As vantagens dos instrumentos genéricos advém do facto destes poderem ser utilizados numa grande variedade de áreas e populações, independentemente das condições subjacentes. Porque incluem um conjunto alargado de sujeitos, permitem comparar o impacto relativo de várias intervenções e programas de saúde, no entanto, são pouco sensíveis a mudanças em condições específicas.

Os instrumentos específicos focam aspectos de determinada doença, e a QDV também pode ser considerada em contextos específicos (Ribeiro, 1994). Os instrumentos podem ser específicos para uma doença, população, função, condição ou problema (Guyatt, *et al.*, 1993).

A vantagem que oferecem é incluírem apenas aspectos importantes da QDV que são relevantes para os indivíduos em estudo. Por exemplo, instrumentos específicos para uma doença (como a asma, o enfarte do miocárdio), para uma população (como as crianças, os idosos), para uma função (como o sono, a mobilidade, a função sexual) para um problema (como a dor).

Um contexto de prestação de cuidados de saúde com características muito próprias são as Unidades de Cuidados Intensivos. E conhecer a QDV do doente grave durante o seu internamento foi um dos desafios a que nos propusemos neste trabalho. No ponto seguinte procuraremos fundamentar a utilidade da avaliação da QDV neste contexto e os pressupostos para a concretizar.

1.3.2 – A Qualidade de Vida dos Doentes dos Cuidados Intensivos

As UCI são também alvo de avaliação no âmbito da prestação de cuidados de saúde, não só em termos de custos, como também do impacto da doença grave e dos cuidados nos sujeitos. A avaliação da eficácia dos cuidados intensivos concretiza-se, frequentemente, através das taxas de mortalidade e morbilidade. A QDV não é ainda familiar para os intensivistas devido à dificuldade em seleccionar instrumentos adequados (Hulsebos *et al.*, 1991).

Nos primeiros 25 anos dos cuidados intensivos modernos os estudos enfatizavam as taxas de mortalidade desenvolvendo-se inúmeros sistemas de classificação que possibilitavam a avaliação do risco de morte e avaliação dos custos. Por exemplo o APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) é um indicador efectivo para avaliar a gravidade

da doença e perspectivar o prognóstico. O TISS (Therapeutic Intervention Scoring Systems) é um instrumento útil para estimar os custos do tratamento de cada doente.

Nos últimos 10/20 anos têm surgido estudos que focam as mudanças na QDV associadas à doença crítica e às intervenções de saúde nos cuidados intensivos. Embora a mortalidade continue a ser utilizada na avaliação, a morbidade no período pós doença crítica é mais relevante. A morbidade, que pode ser física ou psicológica, tem potencial para afectar a qualidade de vida dos doentes (Eddleston, *et al.*, 2000).

Vários estudos focam a qualidade de vida após internamento em cuidados intensivos (Eddleston, *et al.* 2000; Hulsebos, *et al.* 1991; Niskanen, *et al.*, 1999). O objectivo que partilham é a avaliação da QDV nos sobreviventes de doença crítica. Os estudos procuram comparar grupos de doentes com grupos da população geral, no sentido de encontrarem diferenças nos níveis de QDV que possam ser atribuídos à doença e intervenções de saúde. Centram a avaliação nos três, seis e doze meses após o internamento, porque o período de convalescença destes doentes é longo.

Relativamente ao período de internamento na UCI ou imediatamente pós-transferência, os estudos procuram avaliar as recordações que os doentes têm (Hupcey & Zimmerman, 2000; Simpson, *et al.*, 1989), a experiência relativamente a determinadas intervenções terapêuticas, por exemplo ventilação artificial (Bergbom-Engberg & Haljmäe, 1989) ou os agentes de stress que o doente identifica (Cornock, 1998; Novaes, *et al.*, 1999). Não foram encontrados estudos que focam especificamente a QDV no período de internamento ou imediatamente após a transferência. Embora as temáticas mencionadas encaminhem para factores que

potencialmente podem interferir no bem-estar dos doentes, e por isso na sua qualidade de vida.

A avaliação dos cuidados de saúde não deve contemplar apenas a doença e a sua gravidade, porque um dos objectivos dos cuidados médicos, ou de uma forma mais geral, dos cuidados de saúde, é elevar o nível de bem-estar dos sujeitos que recebem os cuidados. Sendo o bem-estar de natureza subjectiva a apreciação por cada um dos indivíduos será a melhor forma para proceder à sua avaliação. Mas, se a QDV imbuída como está na subjectividade, é difícil de definir e avaliar em situações de ausência de doença, muitas mais dificuldades oferece quando existe uma doença claramente reconhecida por todos, não um quadro simples de uma gripe, mas uma doença grave que exige um tratamento intensivo (com esta comparação não se pretende estabelecer um juízo de valor, mas simplesmente traduzir uma ideia aceite na generalidade).

Notamos, em muitos profissionais de saúde a preocupação de proceder à avaliação do bem-estar dos doentes a quem prestam cuidados, com o objectivo da sua melhor recuperação, mas baseando-se principalmente nas próprias percepções, naquilo que pensam ser a experiência dos doentes. Não querendo pôr em causa a intenção positiva desta preocupação, a verdade é que, sabemos, e muitos estudos o comprovam, da discrepância entre as opiniões dos profissionais de saúde e aquilo que realmente preocupa os doentes ou que estes valorizam. Razão porque, dada a importante dimensão subjectiva da QDV, defendamos a auto-avaliação como o método capaz de traduzir a percepção dos actores principais, os doentes, mesmo no âmbito dos cuidados intensivos.

Questionar estes doentes sobre o seu bem-estar não será tarefa fácil, dada a abrangência e os múltiplos significados que podem ser atribuídos, num contexto considerado “psicologicamente hostil”. Embora para Filipp e Klauer (1991) o ser humano tenha uma capacidade única para manter níveis elevados de bem-estar, mesmo em situações aversivas que exigem mudanças de vida drásticas.

Segundo Headey e Wearing (1991) uma das dimensões a considerar na avaliação do bem-estar subjectivo é a satisfação com a vida. A avaliação da satisfação geral com a vida (no seu todo) apresenta-se complexa e de difícil execução porque exige múltiplas comparações e a atribuição de um julgamento final, o que já não se coloca no caso de serem considerados domínios específicos (Schwarz & Strack, 1991).

A avaliação da satisfação do doente face a um conjunto de dimensões da sua vida, incluindo o bem-estar físico, cognitivo, emocional, espiritual e social, durante a doença grave e internamento, poderá traduzir informação que oriente os cuidados de saúde nesta situação particular, tendo em vista a optimização desses cuidados no futuro.

Em situações de doença grave é comum dizer-se que o papel dos profissionais de saúde deve centrar-se “no respeito pela dignidade humana” ou na “optimização de condições que tornem possível uma qualidade de vida aceitável”. Mas o que é uma “qualidade de vida aceitável”? (E deixamos em aberto a discussão sobre a dignidade humana, para a qual se torna imprescindível a fundamentação ética).

Será que garantir uma qualidade de vida aceitável é promover a autonomia do doente? E novamente enfrentamos dificuldades a nível dos conceitos, porque na sua maioria os doentes

não são autónomos, mesmo em relação às funções mais básicas. E desta vez não focamos a participação do doente nas decisões.

Então, resta-nos simplesmente admitir que não é possível QDV para os doentes internados nos cuidados intensivos?

Ao abordar a QDV num contexto tão específico é natural encontrar-mos dificuldades em termos de definições dos conceitos. Mas, tal como quando se procura avaliar a QDV numa doença específica se incluem itens que se referem às características específicas dessa doença (Ribeiro, 1994), o mesmo se deve passar quando pretendemos estudar a QDV num contexto específico como são os cuidados intensivos.

Embora a QDV de cada um dependa muito do próprio, a QDV do doente grave depende sobretudo dos outros, particularmente dos profissionais de saúde que o acompanham. E é esta particularidade que convém não esquecer relativamente ao contexto que estamos a abordar.

A dependência que observamos numa criança de tenra idade em relação à figura materna, ou substituto, para a satisfação das suas necessidades, é a mesma dependência que a maioria dos doentes em estado crítico apresenta face aos profissionais de saúde. Existem diferenças em termos de percepção, já que a criança tem uma dependência natural e não tem a percepção exacta do que lhe acontece. O doente, quando consciente, tem uma percepção da sua posição de dependência e vulnerabilidade e de tudo o que está a viver.

A doença grave e o próprio ambiente impõem limitações ao doente que o arrastam para um estado de grande dependência, deixando de ser auto-suficiente para todas as actividades que

dominava até então. Para além da satisfação das necessidades, mesmo as mais básicas (alimentação, eliminação, movimento), o doente depende dos outros para se cuidar (por exemplo, higiene oral e corporal, expelir secreções brônquicas, adoptar uma posição confortável, proteger-se do frio ou do calor), para combater a sintomatologia desagradável (por exemplo a dor, as náuseas e os vómitos, a obstipação), para proteger a sua privacidade e intimidade (não expôr o corpo, não partilhar informações sobre a sua doença, não revelar os seus segredos) e para garantir a sua segurança (por exemplo, não serem utilizados tratamentos cujos riscos sejam superiores aos benefícios).

A dependência e vulnerabilidade tornam-se mais marcantes quando a comunicação verbal está comprometida, o que acontece com frequência, pelo que a expressão do doente é dificultada, e mais uma vez a ajuda dos outros se torna imprescindível. Sendo relativamente curto o tempo de presença dos familiares, são os profissionais (até pela experiência acumulada) que desempenham o principal papel na interpretação de sinais e tentativas de expressão pelos doentes. São os profissionais que, na maioria das vezes, medeiam a comunicação do doente com a família, e que podem esclarecer o doente sobre os procedimentos e tratamentos a que é submetido, o seu estado de recuperação e sobre as particularidades do ambiente que o rodeia.

Também em relação aos factores de stress que constituem uma variável importante a interferir no bem-estar dos doentes, os profissionais podem atenuar o seu impacto, ajudando o doente a lidar com esses factores e a encontrar estratégias de coping mais eficazes. Em algumas situações são eles os substitutos temporários da família na sua função de suporte e de apoio.

Por este prisma os profissionais assumem uma posição fundamental na garantia do bem-estar dos doentes, tanto na sua dimensão física, como psicológica e social. Por isso, a QDV dos

doentes está em grande parte dependente da sua actuação, da sua capacidade para identificar as necessidades e dificuldades (expressas ou não pelos doentes), da forma como humanizam e personalizam os cuidados de saúde.

Ao avaliarmos a satisfação dos doentes em relação à dimensão física, social e psicológica, durante o tratamento intensivo da doença grave, estamos indirectamente, a considerar a actuação dos profissionais de saúde, pois foram eles que ajudaram ou substituíram o doente nesse período. E poderemos identificar as áreas em que os doentes se sentiram menos satisfeitos para desse modo dar um feed-back aos profissionais sobre possíveis alternativas à sua actuação. É claro que a avaliação tem de ter em conta as alterações em termos de funcionalidade que temporariamente afectam os doentes, e as funções que estão comprometidas.

Atendendo às particularidades descritas em relação à situação e ao contexto que estamos a estudar, e em consonância com Ribeiro (1998) que atribui “uma configuração de bem-estar” à QDV, e partilhando ainda a perspectiva de Bowling (1995) para quem, no âmbito dos cuidados de saúde, a qualidade de vida assenta no bem-estar (tendo em atenção diferentes dimensões), incluindo “alguma avaliação do nível de satisfação”. No nosso estudo, a Qualidade de Vida (no contexto específico dos cuidados intensivos) refere-se ao grau de satisfação dos doentes face à dimensão física, social, cognitiva e espiritual, da sua vida, durante o internamento.

1.4 – Objectivos do estudo

A investigação no âmbito da saúde tem sofrido alterações nos últimos anos acompanhando a mudança de paradigmas relativamente à saúde e à doença. A Segunda Revolução da Saúde (Ribeiro, 1994) introduz novos indicadores a ter em conta na avaliação da saúde e experiência da doença. A avaliação deixou de se fixar apenas em dados biofisiológicos, para abarcar também a perspectiva do doente. E é também neste sentido que procuramos explorar as experiências dos doentes durante o seu internamento em cuidados intensivos, para dar resposta à questão que orienta a nossa pesquisa: **Quais os aspectos que se relacionam com a qualidade de vida e o stress dos doentes internados nos cuidados intensivos?**

Dada a extensão da problemática em estudo e numa tentativa de tornar mais objectiva a análise, traçamos objectivos gerais e objectivos mais específicos.

Foram definidos os seguintes objectivos gerais:

- Determinar o nível de stress dos doentes em relação a aspectos inerentes aos cuidados intensivos;
- Identificar os aspectos que induzem maior nível de stress nos doentes;
- Determinar o nível de qualidade de vida dos doentes durante o internamento em cuidados intensivos;

Definimos como objectivos específicos (ou sub-objectivos):

- Identificar a relação dos factores pessoais (sexo, idade, estado civil e escolaridade) com a percepção da qualidade de vida e do stress dos doentes;

- Identificar a relação dos factores clínicos (diagnóstico, tempo de internamento, ventilação, tipo de analgesia, sedação e curarização) com a percepção da qualidade de vida e do stress dos doentes;
- Identificar relações entre factores pessoais, factores clínicos, a qualidade de vida e o stress.

2 - MÉTODO

As questões metodológicas marcam este capítulo, organizando-se em quatro pontos essenciais: a caracterização do estudo realizado, nomeadamente no que se refere às variáveis; os participantes no estudo e critérios de inclusão; o material utilizado, descrevendo e justificando a escolha dos dois instrumentos de recolha de dados; e finalmente, a descrição e justificação dos procedimentos para concretizar a investigação.

2.1 – Caracterização do Estudo

A avaliação dos resultados dos cuidados de saúde e do impacto desses cuidados no doente, deve basear-se não só no ponto de vista dos profissionais de saúde mas, essencialmente, na percepção do sujeito alvo dos cuidados. A informação pode ser obtida através da interrogação directa das pessoas implicadas (Polit & Hungler, 1995).

Relativamente aos cuidados intensivos, a avançada tecnologia de intervenção e os custos económicos que acarretam, levam à proliferação de estudos com o objectivo de avaliar a eficiência e eficácia da intervenção intensiva. Tradicionalmente a avaliação baseava-se nos índices de mortalidade, mas como diz Hulsebos *et al.* (1991) “measuring mortality is the most commonly used method but is not very sensitive” (p. 285). Hoje em dia os estudos focam principalmente a avaliação da morbilidade e da QDV nos meses seguintes, após a alta (Eddleston, *et al.*, 2000; Hulsebos, *et al.*, 1991; Niskanen, *et al.*, 1999). Poucos estudos focam o período de internamento ou o período imediatamente após a transferência da UCI. É

precisamente esse o caminho escolhido no presente estudo: focar a avaliação no período imediatamente após a saída da UCI e recorrer aos doentes que foram alvo dos cuidados para obter a informação, porque “Se quisermos saber o que as pessoas pensam ou sentem, ou aquilo em que acreditam, o meio mais directo para obter tal informação é perguntar-lhes a respeito.” (Polit & Hungler, 1995, p. 170).

Tendo em conta o número reduzido de estudos no âmbito da problemática enunciada, optamos por um estudo do tipo descritivo exploratório: procuramos descrever os fenómenos em causa e “proporcionar maior familiaridade” com possíveis problemas (Gil, 1995).

Recorrendo à classificação de Ribeiro (1999), este tipo de investigação segue um desenho observacional-descritivo, em que “...o investigador não intervém. Antes desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem naturalmente, sem a sua intervenção, e quais os efeitos nos sujeitos em estudo.” (p. 42). Será ainda do tipo transversal, uma vez que a amostra é constituída por um grupo da população em estudo “...e os dados são recolhidos num único momento.” (ibid., p. 42).

Consideramos no estudo dois tipos de variáveis:

- variáveis principais: stress e qualidade de vida;
- variáveis secundárias: sexo, idade, estado civil, escolaridade, diagnóstico, tempo de internamento, ventilação, tipo de analgesia, sedação e curarização.

Na medida em que este estudo segue uma vertente descritiva, pretende-se essencialmente apresentar os dados que se encontram e não, necessariamente, encontrar relações causais entre variáveis, porque “Os estudos descritivos são normalmente estudos exploratórios que

decorrem do facto de o investigador não ter necessariamente um conjunto de assunções bem desenvolvidas para formular hipóteses.” (ibd.), ideia que também é defendida por Gil (1995): “geralmente, naqueles estudos em que o objectivo é o de descrever determinado fenómeno ou as características de um grupo, as hipóteses não são enunciadas formalmente” (p. 43). Razão porque não é colocada uma hipótese de forma explícita.

2.2 – Participantes

Participaram no estudo 47 sujeitos que estiveram internados em duas Unidades de Cuidados Intensivos de um Hospital Central do Porto, no período de 1 de Maio a 31 de Julho de 2001.

Todos os doentes com internamento em cuidados intensivos seriam potencialmente o universo ou população da nossa investigação. Na impossibilidade de estudar todos os doentes após internamento em UCI, optamos por recorrer aos doentes de duas unidades, para obter uma amostra não probabilística, do tipo sequencial, em que os participantes vão sendo integrados no estudo à medida que vão aparecendo (Ribeiro, 1999), desde que sejam contemplados requisitos previamente estabelecidos.

Condições de inclusão/exclusão

À partida todo o doente com internamento numa das UCI, por um período superior a 12 horas, seria incluído no estudo, excepto se apresentasse um dos critérios de exclusão:

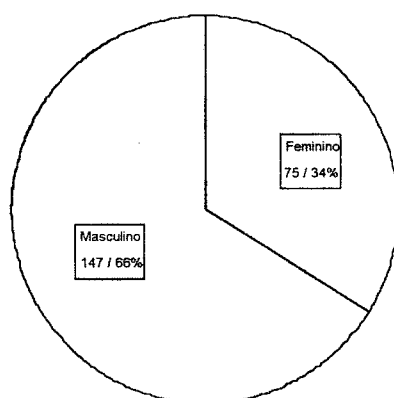
- Ter internamentos anteriores em UCI;
- Não falar português;
- Apresentar défices neurológicos;
- Não ter memórias do período de internamento;

Não consideramos limite de idade porque as duas unidades recebem doentes adultos com idade superior a 15 anos, e só excepcionalmente são internados doentes com idade inferior. Durante o estudo encontramos apenas um doente do sexo masculino com 14 anos, mas que foi transferido para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos.

Durante o período de recolha de dados foram atendidos 222 doentes nas duas unidades, os quais obedecem à premissa inicial: ter estado internado em cuidados intensivos. Constituem por isso a totalidade de sujeitos que potencialmente poderiam ser incluídos na amostra.

No gráfico 1 é apresentada a distribuição dos doentes internados por sexo, e como se pode verificar há uma predominância do sexo masculino.

Gráfico 1 – Distribuição numérica e percentual dos doentes por sexo



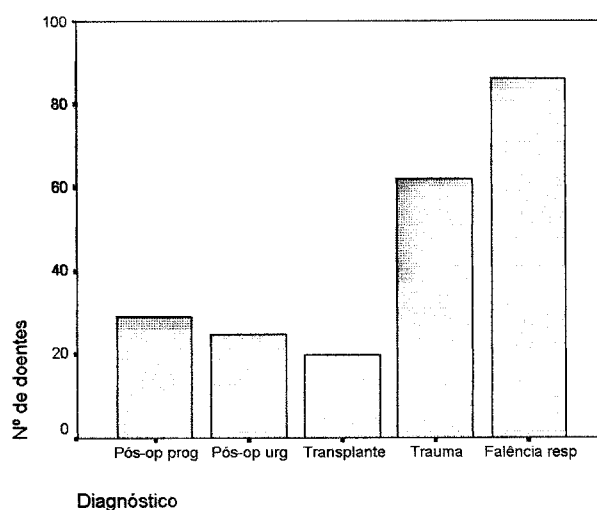
A média de idades dos doentes internados é de 52,73 com o valor mínimo de 14 anos e o valor máximo de 92 anos. Procedendo ao agrupamento dos doentes em categorias de idades encontramos a distribuição do quadro 3. Os doentes com mais de 51 anos de idade constituem 55,9% do total, e a faixa de idade mais representativa é entre os 51 e os 70 anos.

Quadro 3 – Distribuição numérica e percentual dos doentes por categorias de idade

Idade	<i>n</i>	%
14-30 anos	36	16,2
31-50 anos	62	27,9
51-70 anos	73	32,9
≥ 71 anos	51	23,0
Total	222	100,0

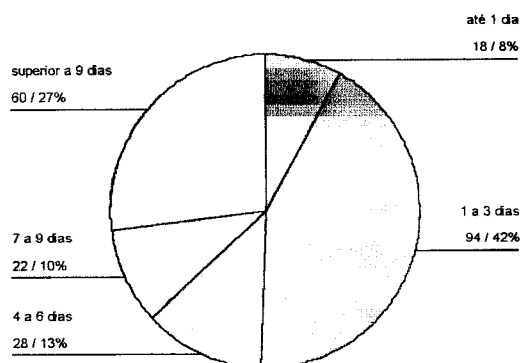
Os motivos que levaram ao internamento nos cuidados intensivos incluem recuperação pós-operatória de cirurgia urgente ou cirurgia programada, cuidados pós-transplante, trauma (por politraumatismo ou traumatismo crânio-encefálico) e falência respiratória aliada a diversas causas, desde agudização de doença crónica obstrutiva, intoxicação/envenenamento, enfarte do miocárdio, pneumonia, sepsis e doença neurológica. A distribuição dos doentes atendendo aos diagnósticos clínicos encontra-se no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos doentes por diagnóstico



A média de internamento foi de 7,45 dias. Na sua maioria os doentes estiveram internados por um período de um a três dias (42%), e apenas 8% dos doentes tiveram internamentos inferiores a 24 horas. Estes dados são apresentados no gráfico 3.

Gráfico 3 – Distribuição numérica e percentual dos doentes por dias de internamento



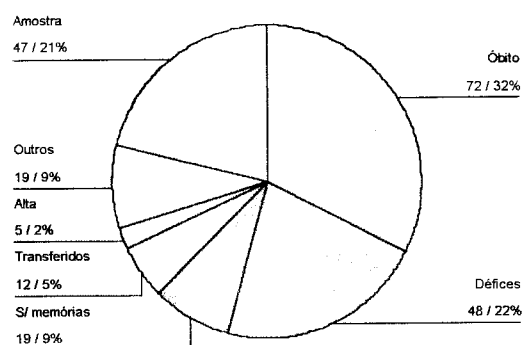
Dos 222 doentes apenas 47 doentes fazem parte da amostra, sendo que os restantes 175 foram excluídos, tal como é apresentado no quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual dos doentes internados, incluídos e excluídos da amostra

Sexo	Doentes Internados N = 222		Doentes Amostra N = 47		Doentes Excluídos N = 175	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	75	33,8%	14	29,8%	61	34,9%
Masculino	147	66,2%	33	70,2%	114	65,1%

Para além dos critérios de exclusão previamente definidos, outras razões levaram à exclusão de doentes da amostra: alta ou transferência hospitalar antes de se proceder à entrevista, e morte, estes dados são apresentados no gráfico 4.

Gráfico 4 – Distribuição numérica e percentual dos doentes incluídos e excluídos da amostra



Como podemos constatar no gráfico 3, a taxa de mortalidade é elevada (32%), bem como a percentagem de doentes que apresentam défices neurológicos (22%), nesta última categoria incluem-se os doentes que apresentam estados de confusão e desorientação, até estados de coma profundo. A categoria outros, correspondendo a 9%, inclui doze doentes com internamentos anteriores em cuidados intensivos, dois doentes que recusaram participar, três doentes com internamento inferior a 12 horas e um doente que não falava português.

Como já foi referido, a amostra sobre a qual incidiu o nosso estudo inclui apenas 47 doentes, do total de 222 doentes que estiveram internados nas duas unidades no período de 1 de Maio a 31 de Julho de 2001. No início do estudo não tínhamos noção exacta do número de doentes que seriam excluídos devido a morte e défices neurológicos. Embora os dados disponíveis apontassem para taxas de mortalidade elevadas durante os primeiros dias de internamento, principalmente em situações agudas de trauma, relativamente aos défices neurológicos não

existia qualquer registo que possibilitasse uma estimativa do número de doentes a excluir. É ainda de referir o número elevado de doentes internados vítimas de traumatismo crânio-encefálico. Na altura em que realizamos o estudo, a Unidade de Traumatismo Crânio-Encefálico deixou de receber doentes que necessitassem de ventilação invasiva (por motivos de reestruturação do serviço) o que levou ao internamento destes doentes nas duas unidades com capacidade para ventilação artificial (Unidade A e Unidade B, do mesmo hospital). Por estas razões a expectativa que tínhamos inicialmente em relação ao tamanho da amostra ficou muito aquém da realidade. A caracterização do grupo de estudo será apresentada no capítulo seguinte, porque facilita a sequência de apresentação das variáveis e dos resultados do estudo.

2.3 – Material

Para concretizar o estudo torna-se fundamental obter informação junto da população alvo. Atendendo ao tempo disponível, o instrumento de recolha de dados que mais vantagens ofereceu foi o questionário. Embora as entrevistas não estruturadas tenham maior utilidade quando se explora uma nova área de pesquisa (Polit & Hungler, 1995), o tempo exigido para administrar, organizar e analisar os dados é mais longo, o que constituiu à partida uma razão para rejeitar esta técnica. Por outro lado, as entrevistas adequam-se mais a amostras pequenas (ibd.). O uso de questionários estruturados permite quantificar e comparar as respostas, o que facilita a análise.

Utilizamos dois instrumentos na recolha de dados, um Questionário de Stress e uma Escala de Qualidade de Vida.

2.3.1 – Questionário de Stress para Doentes dos Cuidados Intensivos

O questionário de stress utilizado (Anexo 1) 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.

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.

O questionário incluía ainda três questões finais onde se pedia para enumerarem os três itens mais stressantes, referir outros aspectos que segundo os participantes deveriam ser incluídos no questionário e uma questão aberta para fazerem qualquer comentário. No nosso estudo

apesar de inicialmente considerarmos estas questões, não as incluímos na análise porque, dada a extensão do questionário, os doentes mostravam dificuldade em responder, principalmente em enumerar os três 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), procedemos ao contacto para a morada indicada no artigo, solicitando a respectiva autorização. A tradução para português seguiu três momentos: tradução e retrotradução, discussão dos itens e correcção 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 (Anexo 1) 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”.

Alguns doentes referiram dificuldade no preenchimento do questionário que se relaciona com o significado da palavra stress. Apesar de, na apresentação do questionário a palavra stress

aparecer como sinónimo de tensão, tanto uma como outra são de natureza subjectiva, razão porque são feitas diferentes interpretações. A consideração de um item como mais stressante em relação a outro baseia-se na interpretação do significado da palavra, e daí a influência sobre o resultado individual.

A fim de avaliar a fidelidade dos questionário, procedemos ao cálculo da sua consistência interna através do coeficiente de alpha (α) de Cronbach. O questionário de stress apresenta um valor de $\alpha = 0,93$.

2.3.2 – Escala de Qualidade de Vida para Doentes dos Cuidados Intensivos

Para avaliar a QDV existem vários instrumentos, uns mais gerais e outros mais específicos, relacionados com determinadas doenças ou procedimentos. No que concerne aos cuidados intensivos, e dentro da pesquisa efectuada, encontramos vários estudos que utilizaram o Nottingham Health Profile e o SF-36, para avaliar a QDV meses após a alta hospitalar. Para o contexto do nosso estudo encontramos a escala “Perceived Quality of Life Scale” (Patrick *et al.*, 2000), específica para doentes que receberam tratamento em UCI, que inclui 20 itens agrupados em quatro categorias ou domínios: bem-estar físico, social, cognitivo e espiritual. A escala tipo *Likert* é pontuada de 0 a 10, correspondendo o valor zero a “extremamente insatisfeito/infeliz” e o valor dez a “extremamente satisfeito/feliz), o resultado inclui o valor global dos itens e o valor obtido em cada categoria/domínio. Destina-se a avaliar a QDV após o internamento, a fim de identificar diferenças que possam ser atribuídas à doença ou aos tratamentos recebidos, e é aplicada já num período avançado de convalescença.

Relativamente aos aspectos vividos durante o internamento e que podem interferir com o bem-estar dos doentes, não encontramos nenhum tipo de instrumento, pelo que optamos por criar uma escala. Para tal baseamo-nos em aspectos de diferentes instrumentos, particularmente na escala apresentada por Patrick *et al.* (2000) e nos aspectos destacados pelos profissionais de saúde em relação às limitações e dependências que estes doentes apresentam.

Com a Escala de Qualidade de Vida para Doentes dos Cuidados Intensivos, desenvolvida para este estudo (Anexo 2), procuramos avaliar o grau de satisfação relacionado com a doença e os cuidados de saúde durante o internamento, na sua componente física, social, cognitiva e espiritual. O instrumento utilizado inclui 21 itens divididos por quatro dimensões: física, social, cognitiva e espiritual. Para cada questão/item os sujeitos respondem numa escala tipo *Likert* com valores de 1 = “extremamente insatisfeito” a 5 = “extremamente satisfeito”, o resultado é obtido mediante a soma do total de itens e a soma dos itens de cada dimensão. O valor do resultado global varia entre 21 e 105, conforme os sujeitos optem por “extremamente insatisfeito” ou “extremamente satisfeito” para todos os itens. A dimensão física (itens n.º 1, 2, 5, 6, 7, 8, 13, 20, 21) pode receber um total de 9 pontos, se em todos os itens a opção é “extremamente insatisfeito”, a 45 pontos se a opção é “extremamente satisfeito”. A dimensão social (itens n.º 14, 15, 16, 17, 18) pode apresentar um resultado de 5 pontos para todos os itens na opção “extremamente insatisfeito” a 25 pontos para todos os itens na opção “extremamente satisfeito”. O resultado da dimensão cognitiva (itens n.º 3, 4, 9, 10, 11, 12) varia entre 6 e 30 pontos. Finalmente para a dimensão espiritual apenas existe um item (n.º 19) cuja pontuação varia entre 1 e 5.

O preenchimento da escala não suscitou dificuldades, embora reconheçamos que as descrições na escala (“extremamente insatisfeito” e “extremamente satisfeito”) não deveriam restringir-se aos valores extremos, mas acompanhar todos os valores. Porque quando os sujeitos apresentam habilitações literárias pouco elevadas ou não estão habituados a preencher escalas de resposta em questionários, podem interpretar os valores 2, 3 e 4 de maneiras diferentes o que implica que o significado das respostas possa ser ambíguo (Hill & Hill, 2000).

Tal como para o questionário de stress, procedemos ao cálculo da consistência interna para avaliar a fidelidade da escala, obtendo o valor do coeficiente de α de Cronbach igual a 0,90. Calculamos ainda o coeficiente para cada dimensão que incluisse mais do que um item. Os valores encontrados são apresentados quadro 5.

Quadro 5 – Análise da fidelidade da escala de QDV

Dimensão	N.º de itens	α de Cronbach
Física	8	0,78
Social	5	0,66
Cognitiva	6	0,84
Espiritual	1	
Total	21	0,90

Procedendo à correcção de cada item, decidimos excluir da análise dos dados o item n.º 6 porque apresenta uma correlação total de 0,31 dando uma contribuição fraca para a fidelidade do questionário. Pelo que, o resultado global pode atingir valores compreendidos entre 20 e 100, e a dimensão física pode ascender a um valor máximo de 40.

2.4 – Procedimentos

Numa primeira fase contactamos diferentes Unidades de Cuidados Intensivos na área do Porto procurando eleger um local que possibilitasse obter a amostra pretendida, sem necessidade de prolongar a recolha de dados, em virtude dos constrangimentos de tempo inerentes ao calendário lectivo.

Tendo em conta a realidade das diferentes unidades em termos de mobilidade de doentes e número total de doentes atendidos, optamos por dois serviços de um Hospital Central do Porto, a Unidade A (com 12 camas) e a Unidade B (com 10 camas). São duas Unidades de Cuidados Intensivos Polivalentes, isto é, prestam cuidados diferenciados a doentes adultos com patologia do foro cirúrgico, médico e trauma, embora a Unidade B esteja mais vocacionada para os cuidados pós-cirurgia, nomeadamente pós-transplante. Ao incluir os doentes das duas unidades pretendíamos obter maior heterogeneidade na amostra.

Contactamos com os directores dos serviços e enfermeiros chefes para proceder a uma apresentação do estudo e suas finalidades, e avaliar os constrangimentos para a sua realização. Os responsáveis dos serviços desde logo se mostraram sensíveis para a temática envolvida e demonstraram disponibilidade para colaborarem, pelo que solicitamos autorização por escrito ao Conselho de Administração do Hospital para realizar o estudo (Anexo 3), o qual deferiu o pedido. Para além da autorização da instituição, os doentes participaram no estudo mediante consentimento informado (Anexo 4).

Atendendo às particularidades e fragilidades da população em estudo, há aspectos éticos que, obrigatoriamente, consideramos neste estudo e se relacionam com:

- Participação voluntária dos doentes;
- Esclarecimentos a proporcionar aos participantes sobre o estudo, garantindo a confidencialidade e anonimato das declarações;
- Momento de recolha de dados, tendo em conta o bem-estar e privacidade dos participantes, e a não interferência no seu tratamento;
- Autorização do estudo pelas entidades responsáveis da instituição (o Conselho de Administração e a Comissão de Ética do Hospital);
- Colaboração da equipa multidisciplinar, tendo presente os diferentes códigos deontológicos que orientam as suas práticas.

Iniciamos a recolha de dados a 1 de Maio de 2001 e terminamos a 31 de Julho de 2001. Durante este período registamos diariamente todos os doentes admitidos nas duas unidades e acompanhamos o seu internamento, o que possibilitava a consulta de dados dos processos clínicos e recolha de informações junto dos profissionais de saúde, que organizamos em folha própria (Anexo 5). O contacto com os doentes só se efectivava após a transferência da UCI para outra enfermaria do hospital, durante a semana seguinte à transferência.

Inicialmente programamos incluir na recolha de dados os doentes transferidos para outras instituições, o que não foi possível concretizar porque só na altura da transferência inter-hospitalar é que era conhecida a instituição de destino, dependendo do estado clínico do doente, da sua área de residência, das necessidades em termos de continuidade de cuidados e da necessidade de vagas na unidade de internamento. Sendo múltiplas as instituições para onde poderiam ser transferidos os doentes e dada a brevidade do processo, desde a decisão ao

momento de transferir, não era possível obter autorização junto das instituições para dar continuidade ao estudo. Daí que do total de doentes admitidos 7 % são excluídos, não apenas pelos critérios de exclusão inicialmente definidos, mas porque foram transferidos ou tiveram alta antes da entrevista de avaliação.

Aos doentes que se mantiveram no hospital foi feito um primeiro contacto para proceder à avaliação sumária relativamente à capacidade de resposta verbal e escrita, limitações físicas e cansaço, orientação espaço-temporal e recordações sobre o período de internamento na UCI (Anexo 6). Se na primeira entrevista os doentes não apresentavam condições para responder aos questionários era adiado esse momento até perfazer a semana e só nessa altura seriam excluídos.

O preenchimento dos questionários em alguns casos ocorreu logo na primeira entrevista, noutros casos nos dias seguintes, dependendo da situação clínica do doente, da sua vontade expressa, dos défices neurológicos, das limitações observadas e dos constrangimentos do próprio serviço. Alguns doentes apresentavam memórias reduzidas do internamento, pelo que também nestes casos era adiada a recolha de dados para excluir o efeito residual dos sedativos, principalmente das benzodiazepinas.

Organizamos a recolha de dados de forma a não interferir com os momentos de visita, com os momentos de descanso dos doentes, e ainda com a prestação de cuidados e organização dos serviços. A entrevista iniciava-se pela apresentação do entrevistador e a explicação da natureza do estudo e sua finalidade. Esta apresentação inicial era complementada com informação escrita (Anexo 7) dando possibilidade ao participante de contactar mais tarde o entrevistador para conhecimento dos resultados da investigação. O entrevistador solicitava a

participação do doente mediante a autorização por escrito (Anexo 4), com garantia expressa de confidencialidade dos dados, sendo esta autorização assinada apenas no fim da entrevista. Dos doentes contactados apenas dois recusaram participar no estudo.

Aos doentes que aceitaram participar eram entregues os questionários, em primeiro lugar a Escala de Qualidade de Vida por ser menos extensa. Juntamente com os questionários era entregue uma folha que permitia uma visualização aumentada dos valores utilizados nas escalas, principalmente útil quando os doentes apresentavam défices visuais ou de escrita.

As entrevistas foram realizadas sempre pelo mesmo entrevistador e os questionários eram auto-preenchidos sob supervisão ou preenchidos pelo entrevistador, quando os doentes apresentavam défices que comprometiam a leitura e/ou escrita, porque o preenchimento pelo entrevistador ou sob a sua supervisão garante menor quantidade de erros e de questões por responder (Guyatt *et al.*, 1993). Foi também o mesmo entrevistador que procedeu à recolha de dados a partir da consulta dos processos clínicos. Optamos por um só entrevistador para manter idênticas as condições de apresentação e administração dos instrumentos.

O preenchimento dos questionários não exigia muito tempo, apesar do questionário de stress ser extenso. O período de tempo máximo desde a apresentação ao preenchimento dos questionários foi de 30 minutos. No entanto, nenhuma das entrevistas teve duração inferior a 45 minutos. Na maioria das vezes as entrevistas alongaram-se por uma a duas horas, o que não se relacionou com dificuldades de interpretação ou limitações físicas, mas com a necessidade que os doentes mostraram em serem ouvidos.

O facto do entrevistador mostrar disponibilidade deixou um espaço de abertura que os doentes aproveitaram para “contar a sua história”, esclarecer dúvidas relativamente ao período passado na UCI, e alguns doentes solicitaram informações sobre o seu estado de saúde e sobre possíveis sequelas.

3 – RESULTADOS

Após a aplicação dos questionários e a organização de dados dos processos clínicos (validados pelos profissionais de saúde), utilizamos o programa estatístico SPSS (versão 10.0) para proceder à análise uni e bivariada das variáveis, que constitui o ponto fundamental deste capítulo.

Iniciamos o capítulo pela caracterização da amostra tendo em consideração as variáveis pessoais (ou demográficas) e as variáveis clínicas, passando de seguida à apresentação dos resultados que vão de encontro aos objectivos propostos. Serão utilizados gráficos e quadros para facilitar a leitura e a análise.

3.1 – Caracterização da amostra

O número de doentes que constituem o grupo de estudo é de 47, retirados de uma amostra de 222 doentes, recolhida de forma sequencial a partir dos internamentos efectuados em duas Unidades de Cuidados Intensivos de um Hospital Central do Porto.

Variáveis pessoais

No quadro 6 apresentamos a caracterização do grupo de estudo, de acordo com as variáveis pessoais (ou demográficas) que pretendíamos estudar: sexo, idade, estado civil e escolaridade.

Quadro 6 – Caracterização geral do grupo de estudo em relação a variáveis pessoais

Variáveis		Amostra N = 47	
		n	%
Sexo	Feminino	14	29,8
	Masculino	33	70,2
Idade Média (45.06 anos)	15 – 30 anos	12	25,5
	31 – 50 anos	15	31,9
	51 – 70 anos	14	29,8
	Superior a 71 anos	6	12,8
Estado civil	Solteiro	15	31,9
	Viúvo	1	2,1
	Divorciado	1	2,1
	Casado	30	63,8
Escolaridade	Até 4ª classe	16	34,0
	9º ano ou equivalente	20	42,6
	12º ano ou curso superior	11	23,4

O **sexo** masculino encontra-se em número francamente superior ao sexo feminino, o que já acontecia com a totalidade dos doentes atendidos nas duas unidades.

A **idade** tem uma distribuição heterogénea. O valor mínimo é de 16 anos e o máximo é de 78 anos, com um desvio padrão de 19,23. A faixa etária com maior número de doentes situa-se entre os 31 e os 50 anos, seguindo-se os doentes com idades compreendidas entre os 51 e os 70 anos.

No que respeita ao **estado civil** encontramos uma maioria de doentes casados, apenas um viúvo e um divorciado, os restantes são solteiros.

Na **escolaridade** as habilitações até ao 9º ano de escolaridade ou equivalente são as mais representadas, seguindo-se o grupo com o ensino primário completo ou incompleto, há ainda

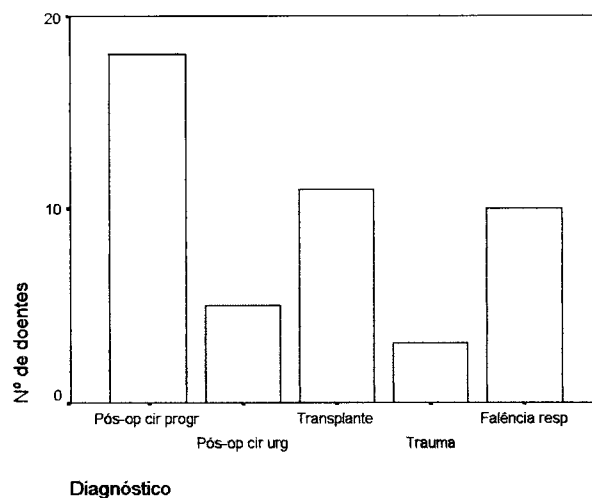
uma percentagem relativamente significativa de indivíduos com o 12º ano ou a frequentar cursos superiores.

Variáveis clínicas

Para além das variáveis referidas, consideramos também variáveis de natureza clínica, onde englobamos o motivo e tempo de internamento, ventilação artificial, tipo de analgesia, sedação e curarização.

O **motivo de internamento** da maioria dos doentes foi a recuperação pós-cirurgia electiva e só uma percentagem mínima foi vítima de trauma, tal como é apresentado no gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição dos doentes da amostra de acordo com o diagnóstico



O diagnóstico clínico que motivou o internamento dos doentes que constituem o grupo de estudo não corresponde à realidade do número total dos doentes internados, em que existia uma percentagem mais elevada do grupo de trauma (27,9%) comparativamente ao grupo pós-cirurgia electiva (13,1%). A razão que está na base desta diferença prende-se com uma percentagem mais elevada de óbitos nos doentes politraumatizados ou com traumatismo

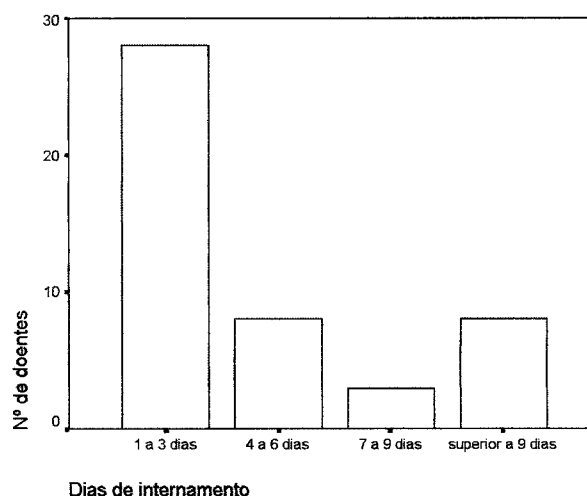
crâneo-encefálico, e também maior número de doentes com défices neurológicos neste grupo. O mesmo acontecendo aos doentes da categoria falência respiratória que no conjunto dos 222 doentes apresentava uma percentagem de 38,7% e no grupo de estudo apenas 21%. A comparação destes valores encontra-se no quadro 7.

Quadro 7 – Comparação dos diagnósticos entre o número total de doentes internados e os doentes da amostra

Diagnóstico	N.º total de doentes N = 222		Grupo Estudo N = 47	
	Pós-operatório cirurgia programada	29	13,1%	18
Pós-operatório cirurgia urgente	25	11,3%	5	10,6%
Transplante	20	9,0%	11	23,4%
Trauma	62	27,9%	3	6,4%
Falência respiratória	86	38,7%	10	21,3%

O tempo de internamento é caracterizado por uma $M = 8,6$ dias ($DP = 18,8$), com um valor mínimo de 1 dia e um valor máximo de 118 dias. A distribuição dos doentes por dias de internamento é apresentada no gráfico 6.

Gráfico 6 - Distribuição dos doentes da amostra de acordo com os dias de internamento



Na sua maioria os doentes estiveram internados por um período entre 1 a 3 dias, que corresponde precisamente ao período de internamento habitual dos doentes em recuperação de cirurgia programada e pós-transplante, tal como é apresentado no gráfico 5. No grupo de estudo nenhum dos doentes teve um internamento com duração inferior a 24 horas.

Em relação à variável **ventilação** caracterizamos o grupo em três categorias. O grupo de doentes que não recebeu suporte ventilatório invasivo, o que significa que estes doentes não tiveram uma via aérea artificial ou prótese ventilatória (tubo endotraqueal ou de traqueostomia), nem foram ventilados artificialmente. Um grupo com prótese ventilatória e com ventilação artificial por um período inferior ou igual a 24 horas. E um grupo com prótese ventilatória e ventilação artificial por um período superior a 24 horas. A distribuição por frequências é apresentada no quadro 8.

Quadro 8 – Distribuição dos doentes da amostra
de acordo com o período de tempo em ventilação artificial

Ventilação	<i>n</i>	%
Não receberam ventilação artificial	4	8,5
Ventilação artificial ≤ 24 horas	23	48,9
Ventilação artificial > 24 horas	20	42,6

O **tipo de analgesia** também é relevante na experiência do internamento em cuidados intensivos, tal como apontam os dados apresentados na pesquisa. Consideramos três modalidades de administração de analgésicos utilizadas nas unidades onde os doentes estiveram internados. No quadro 9 está representada a distribuição dos doentes por modalidade de administração de analgésico. A administração de analgésicos é na maioria das vezes efectuada em intervalos regulares, a modalidade perfusão contínua e SOS foram

utilizadas num número equivalente de doentes. Nenhum dos doentes recebeu analgesia pela modalidade PCA.

Quadro 9 – Distribuição dos doentes da amostra de acordo com o tipo de analgesia

Tipo de analgesia	<i>n</i>	%
Perfusão contínua	13	27,7
Intervalos regulares	20	42,6
SOS	14	29,8

A **sedação** é outra das variáveis clínicas que achamos pertinente no nosso estudo. Na sua maioria, os doentes receberam sedativos por um período inferior ou igual a 24 horas, uma percentagem reduzida de doentes não recebeu qualquer tipo de sedação, tal como é apresentado no quadro 10.

Quadro10 – Distribuição dos doentes da amostra de acordo com o período de tempo de sedação

Sedação	<i>n</i>	%
Sem sedação	3	6,4
Sedação ≤ 24 horas	26	55,3
Sedação > 24 horas	18	38,3

Com a variável **curarização**, apenas dividimos os doentes em dois grupos: um grupo constituído por doentes a quem foram administrados relaxantes musculares e outro grupo constituído por doentes que não receberam terapia relaxante, este último grupo é o mais representativo, tal como é apresentado no quadro 11.

Quadro 11 – Distribuição dos doentes da amostra de acordo com a variável curarização

Curarização	n	%
Não recebeu relaxantes musculares	42	89,4
Recebeu relaxantes musculares	5	10,6

3.2 – Determinação do Nível de Qualidade de Vida

Relativamente ao questionário da qualidade de vida determinamos o índice de QDV a partir da soma de todos os itens, cujos resultados são apresentados no quadro 12.

Quadro 12 – Estatística descritiva do índice de QDV

	Mínimo	Máximo	M	DP
Índice QDV N = 47	31	93	60,55	14,38

Foi feito ainda o cálculo para cada dimensão, encontrando-se os resultados no quadro 13.

Quadro 13 – Estatística descritiva das dimensões da QDV

Dimensões	N.º itens	Mínimo	Máximo	M	DP
Física	8	10	35	19,87	5,77
Social	5	12	25	18,02	3,37
Cognitiva	6	8	30	20,92	6,26
Espiritual	1	1	5	2,64	1,29

3.3 – Determinação do Nível de Stress

A fim de calcular o nível de stress foram somados os valores de todos os itens para cada um dos sujeitos. No quadro 14 são apresentadas as estatísticas descritivas em relação aos cálculos efectuados.

Quadro 14 – Estatística descritiva do nível de stress

	Mínimo	Máximo	M	DP
Nível de stress N = 47	55	168	101,94	25,09

3.4 – Identificação dos Itens mais Stressantes

Dada a variedade de aspectos do questionário de stress procuramos identificar aqueles itens que os doentes consideraram como mais stressantes. No quadro 15 apresentamos a pontuação dos itens.

Quadro 15 – Itens mais valorizados no questionário de stress

Item	Pontuação
18. Ter tubos na boca e nariz	164
45. Medo da morte	142
28. Não ser capaz de dormir	139
34. Ser picado com agulhas	134
44. Não ser capaz de comunicar	133
16. Ouvir o alarme do monitor cardíaco	132
11. Ouvir os ruídos e alarmes das máquinas	131

Os aspectos que recebem a pontuação mais elevada prendem-se com o desconforto e limitações provocados por alguns procedimentos (entubação, punções) e com os sistemas de alarme do equipamento tecnológico de monitorização permanente.

Os itens menos valorizados, apresentados no quadro 16, relacionam-se predominantemente com as actividades da equipa de enfermagem e com aspectos físicos do local (cheiros, ruído do telefone, temperatura).

Quadro 16 – Itens menos valorizados no questionário de stress

Item	Pontuação
42. Encontrar-se numa sala muito quente ou muito fria	64
3. Sentir a enfermeira muito apressada	63
2. A enfermeira não se apresentar	59
30. Sentir cheiros estranhos ao seu redor	58
7. Ouvir o telefone tocar	57
10. Sentir que a enfermeira é mais vigilante em relação às máquinas que a si próprio	54

3.5 – Comparação entre grupos

A fim de analisar a relação das variáveis pessoais (ou demográficas) com a percepção da qualidade de vida e do stress, utilizamos a estatística paramétrica para estudo da sua variância com o teste *t* de *Student* e a *ANOVA*.

Sexo

Para avaliar se o stress e a qualidade de vida dependem do sexo, e atendendo a que esta é uma variável com duas categorias, aplicamos o teste estatístico *t* de *Student*. Como se pode

verificar no quadro 17, os resultados obtidos indicam que relativamente ao stress os elementos do sexo masculino apresentam um nível de stress significativamente inferior ao dos elementos do sexo feminino. No que se refere à QDV, apesar de encontrarmos uma média superior nos elementos do sexo masculino, a diferença não é significativa, quer em relação ao índice global, quer nas três dimensões.

Quadro 17 – Teste *t de student* para o sexo

	Sexo	n	M	t	p
Stress	F	14	114,86	2,41	0,02
	M	33	96,45		
QDV	F	14	56,86	- 1,15	ns
	M	33	62,12		
Dimensão Física	F	14	18,86	- 0,78	ns
	M	33	20,30		
Dimensão Social	F	14	17,00	- 1,36	ns
	M	33	18,45		
Dimensão Cognitiva	F	14	18,71	- 0,93	ns
	M	33	20,58		
Dimensão Espiritual	F	14	2,29	- 1,22	ns
	M	33	2,79		

Idade

Procedemos à análise a partir dos grupos etários, aplicando o teste *One-way ANOVA*. Foram encontradas diferenças significativas em relação às médias da qualidade de vida, tal como se constata no quadro 18.

Quadro 18 – Teste ANOVA para a idade

	Idade	n	M	F	p
Stress	15 – 30 anos	12	107,67	1,64	ns
	31 – 50 anos	15	94,47		
	51 – 70 anos	14	98,14		
	≥ 71 anos	6	118,00		
QDV	15 – 30 anos	12	67,50	3,76	0,01
	31 – 50 anos	15	61,33		
	51 – 70 anos	14	60,29		
	≥ 71 anos	6	45,33		
Dimensão Física	15 – 30 anos	12	23,00	3,36	0,02
	31 – 50 anos	15	19,60		
	51 – 70 anos	14	19,79		
	≥ 71 anos	6	14,50		
Dimensão Social	15 – 30 anos	12	19,00	1,53	ns
	31 – 50 anos	15	18,27		
	51 – 70 anos	14	18,00		
	≥ 71 anos	6	15,50		
Dimensão Cognitiva	15 – 30 anos	12	22,92	3,90	0,01
	31 – 50 anos	15	20,93		
	51 – 70 anos	14	19,43		
	≥ 71 anos	6	13,33		
Dimensão Espiritual	15 – 30 anos	12	2,58	1,05	ns
	31 – 50 anos	15	2,53		
	51 – 70 anos	14	3,07		
	≥ 71 anos	6	2,00		

Os indivíduos do grupo etário mais elevado (≥ 71 anos) apresentam a média mais baixa para a qualidade de vida ($M = 45,33$). O grupo etário dos 15 aos 30 anos apresenta a média mais elevada ($M = 67,50$). A qualidade de vida (índice global) é mais desfavorável para os indivíduos mais velhos, verificando-se os mesmos resultados quando analisadas as dimensões individualmente, embora se verifiquem diferenças significativas para a dimensão física ($p = 0,02$) e dimensão cognitiva ($p = 0,01$), relativamente à dimensão social e espiritual as diferenças não são significativas.

Estado civil

Atendendo a que na nossa amostra apenas encontramos um sujeito viúvo e um divorciado, sendo os restantes casados ou solteiros, consideramos duas categorias: só ou casado, (incluindo os sujeitos viúvo e divorciado na categoria só) pelo que recorremos ao teste *t de student* para analisar os resultados. Como é traduzido no quadro 19, não encontramos diferenças significativas entre as duas categorias para a variável stress. Quanto à QDV a diferença é significativa, traduzindo-se em menor QDV para os indivíduos casados. A dimensão física é a que mais contribui para este resultado com $p = 0,03$, quanto às outras dimensões as diferenças não são significativas.

Quadro 19 – Teste *t de student* para o estado civil

	Estado civil	n	M	t	p
Stress	Só	17	98,53	-0,69	ns
	Casado	30	103,87		
QDV	Só	17	66,12	2,06	0,04
	Casado	30	57,40		
Dimensão Física	Só	17	22,18	2,13	0,03
	Casado	30	18,57		
Dimensão Social	Só	17	19,24	1,91	ns
	Casado	30	17,33		
Dimensão Cognitiva	Só	17	22,00	1,66	ns
	Casado	30	18,90		
Dimensão Espiritual	Só	17	2,71	0,26	ns
	Casado	30	2,60		

Escolaridade

Procurando saber se há diferenças na percepção da QDV e stress para três grupos tendo em conta as habilitações académicas, aplicamos o teste estatístico *One-way ANOVA*, dado tratar-se de três amostras independentes. Os resultados apresentados no quadro 20 não revelam diferenças significativas entre os três grupos, quer para os índices globais, quer para as diferentes dimensões.

Quadro 20 – Teste *ANOVA* para a escolaridade

	Escolaridade	n	M	F	p
Stress	Até 4ª classe	16	99,88	0,82	ns
	9º ano ou equivalente	20	107,10		
	12º ano ou superior	11	95,55		
QDV	Até 4ª classe	16	56,06	1,60	ns
	9º ano ou equivalente	20	61,20		
	12º ano ou superior	11	65,91		
Dimensão Física	Até 4ª classe	16	18,19	1,40	ns
	9º ano ou equivalente	20	20,10		
	12º ano ou superior	11	21,91		
Dimensão Social	Até 4ª classe	16	16,81	2,79	ns
	9º ano ou equivalente	20	18,00		
	12º ano ou superior	11	19,82		
Dimensão Cognitiva	Até 4ª classe	16	18,56	0,68	ns
	9º ano ou equivalente	20	20,55		
	12º ano ou superior	11	21,18		
Dimensão Espiritual	Até 4ª classe	16	2,50	0,55	ns
	9º ano ou equivalente	20	2,55		
	12º ano ou superior	11	3,00		

3.6 – Análise da Variância da Qualidade de Vida e do Stress

com base nas Variáveis Clínicas

Também para a análise das variáveis clínicas utilizamos a estatística paramétrica com o teste *t* de *Student* e a *ANOVA*, mantendo a mesma forma de apresentação dos resultados.

Diagnóstico

O motivo que originou o internamento dos doentes em cuidados intensivos foi essencialmente cirúrgico. Para facilitar a análise e tendo em conta os múltiplos diagnósticos clínicos, agrupamos os doentes em cinco grandes grupos, aos quais aplicamos o teste *One-Way ANOVA*. Os resultados apresentados no quadro 21 não apontam diferenças significativas entre os grupos.

Quadro 21 – Teste ANOVA para o diagnóstico

	Diagnóstico	n	M	F	p
Stress	Pós-op. Cirurgia electiva	18	104,67	1,96	ns
	Pós-op cirurgia urgente	5	114,40		
	Transplante	11	85,00		
	Trauma	3	111,67		
	Falência respiratória	10	106,50		
QDV	Pós-op. Cirurgia electiva	18	62,50	2,18	ns
	Pós-op cirurgia urgente	5	49,40		
	Transplante	11	67,82		
	Trauma	3	51,00		
	Falência respiratória	10	57,50		
Dimensão Física	Pós-op. Cirurgia electiva	18	19,94	0,81	ns
	Pós-op cirurgia urgente	5	17,00		
	Transplante	11	21,45		
	Trauma	3	16,33		
	Falência respiratória	10	20,50		
Dimensão Social	Pós-op. Cirurgia electiva	18	18,67	1,76	ns
	Pós-op cirurgia urgente	5	15,40		
	Transplante	11	19,27		
	Trauma	3	16,00		
	Falência respiratória	10	17,40		
Dimensão Cognitiva	Pós-op. Cirurgia electiva	18	21,39	3,31	0,01
	Pós-op cirurgia urgente	5	14,20		
	Transplante	11	23,55		
	Trauma	3	16,67		
	Falência respiratória	10	17,60		
Dimensão Espiritual	Pós-op. Cirurgia electiva	18	2,50	2,50	0,05
	Pós-op cirurgia urgente	5	2,80		
	Transplante	11	3,55		
	Trauma	3	2,00		
	Falência respiratória	10	2,00		

O que não se verifica quando analisamos os resultados referentes às dimensões da qualidade de vida. Na dimensão cognitiva há uma diferença significativa ($p = 0,01$), o mesmo acontecendo para a dimensão espiritual ($p = 0,05$), sendo o grupo de doentes submetidos a transplante o que apresenta maior grau de satisfação.

Ventilação

Atendendo à variável ventilação a *ANOVA* destacou uma diferença significativa entre as médias da QDV, com valores superiores para os indivíduos não ventilados artificialmente e para os que receberam ventilação artificial até às 24 horas. Os valores mais baixos de QDV verificaram-se nos indivíduos ventilados artificialmente por período superior a 24 horas, como é apresentado no quadro 22. As diferenças significativas entre os grupos mantiveram-se para todas as dimensões da qualidade de vida: dimensão física ($p = 0,002$), dimensão social ($p = 0,003$), dimensão cognitiva ($p = 0,0001$) e dimensão espiritual ($p = 0,01$).

Quadro 22 – Teste *ANOVA* para a ventilação

	Ventilação	n	M	F	p
Stress	Não ventilados	4	81,50	1,78	ns
	Ventilação ≤ 24 horas	23	101,17		
	Ventilação > 24 horas	20	106,90		
QDV	Não ventilados	4	76,25	11,33	0,0001
	Ventilação ≤ 24 horas	23	65,70		
	Ventilação > 24 horas	20	51,50		
Dimensão Física	Não ventilados	4	26,50	6,89	0,002
	Ventilação ≤ 24 horas	23	21,13		
	Ventilação > 24 horas	20	17,10		
Dimensão Social	Não ventilados	4	20,25	6,48	0,003
	Ventilação ≤ 24 horas	23	19,22		
	Ventilação > 24 horas	20	16,20		
Dimensão Cognitiva	Não ventilados	4	26,00	10,09	0,0001
	Ventilação ≤ 24 horas	23	22,35		
	Ventilação > 24 horas	20	16,15		
Dimensão Espiritual	Não ventilados	4	3,50	4,43	0,01
	Ventilação ≤ 24 horas	23	3,00		
	Ventilação > 24 horas	20	2,05		

Relativamente ao stress, embora se observem médias superiores para os indivíduos ventilados, as diferenças não são significativas.

Analgesia

Relativamente à analgesia, considerando as três categorias, a *ANOVA* não aponta diferenças significativas, tal como é demonstrado no quadro 23, o mesmo acontecendo relativamente às dimensões da QDV.

Quadro 23 – Teste *ANOVA* para a analgesia

	Analgesia	n	M	F	p
Stress	Perfusão contínua	13	110,54	2,16	ns
	Intervalos regulares	20	93,55		
	SOS	14	105,93		
QDV	Perfusão contínua	13	55,00	1,60	ns
	Intervalos regulares	20	64,05		
	SOS	14	60,71		
Dimensão Física	Perfusão contínua	13	17,62	1,62	ns
	Intervalos regulares	20	20,20		
	SOS	14	21,50		
Dimensão Social	Perfusão contínua	13	17,46	0,60	ns
	Intervalos regulares	20	18,65		
	SOS	14	17,64		
Dimensão Cognitiva	Perfusão contínua	13	17,62	2,54	ns
	Intervalos regulares	20	22,25		
	SOS	14	19,07		
Dimensão Espiritual	Perfusão contínua	13	2,31	1,09	ns
	Intervalos regulares	20	2,95		
	SOS	14	2,50		

No entanto, achamos pertinente ressaltar a média mais elevada de stress para os indivíduos a receber analgesia por perfusão contínua e a média de qualidade de vida no sentido inverso, para esse mesmo grupo. Esta situação pode relacionar-se com o facto da perfusão contínua estar associada, por norma, a patologia avaliada como mais dolorosa.

Sedação

Relativamente à sedação encontramos doentes sem qualquer sedação, e este grupo que constitui uma minoria, apresenta o valor mais elevado para a QDV e mais baixo para o stress.

Os resultados do quadro 24 traduzem uma diferença significativa relativamente à QDV, desfavorável para os indivíduos com sedação superior a 24 horas. As diferenças entre os três grupos são significativas para todas as dimensões da QDV. Para o stress não existem diferenças significativas.

Quadro 24 – Teste ANOVA para a sedação

	Sedação	n	M	F	P
Stress	Sem sedação	3	73,67	2,43	ns
	Sedação ≤ 24 horas	26	101,62		
	Sedação > 24 horas	18	107,11		
QDV	Sem sedação	3	81,00	10,26	0,0001
	Sedação ≤ 24 horas	26	64,31		
	Sedação > 24 horas	18	51,72		
Dimensão Física	Sem sedação	3	28,00	5,91	0,005
	Sedação ≤ 24 horas	26	20,65		
	Sedação > 24 horas	18	17,39		
Dimensão Social	Sem sedação	3	22,67	7,01	0,002
	Sedação ≤ 24 horas	26	18,65		
	Sedação > 24 horas	18	16,33		
Dimensão Cognitiva	Sem sedação	3	26,33	9,22	0,0001
	Sedação ≤ 24 horas	26	22,12		
	Sedação > 24 horas	18	15,94		
Dimensão Espiritual	Sem sedação	3	4,00	4,58	0,01
	Sedação ≤ 24 horas	26	2,88		
	Sedação > 24 horas	18	2,06		

Curarização

Como em relação à variável curarização dividimos a amostra em dois grupos: um grupo que recebeu relaxantes musculares e outro grupo que não recebeu relaxantes musculares, aplicamos o teste *t de student* para analisar os resultados que se encontram representados no quadro 25.

Quadro 25 – Teste *t de student* para a curarização

	Curarização	n	M	t	p
Stress	Não	42	101,69	- 0,19	ns
	Sim	5	104,00		
QDV	Não	42	61,50	1,31	ns
	Sim	5	52,60		
Dimensão física	Não	42	20,10	0,76	ns
	Sim	5	18,00		
Dimensão social	Não	42	18,24	1,28	ns
	Sim	5	16,20		
Dimensão cognitiva	Não	42	20,45	1,38	ns
	Sim	5	16,40		
Dimensão espiritual	Não	42	2,71	1,17	ns
	Sim	5	2,00		

Não encontramos resultados que nos permitam afirmar que a administração de relaxantes musculares influencia o stress e a QDV, quer no que concerne ao índice global, quer em relação às diferentes dimensões, o que à partida, tendo em conta os resultados apontados na pesquisa, nos surpreendeu. No entanto, não podemos esquecer que o número de doentes não curarizados é pouco representativo. Por outro lado, também é verdade que nos últimos anos se tem verificado uma maior preocupação com a sedação adequada dos doentes sob acção de relaxantes musculares, evitando situações de paralisia muscular em doentes acordados.

3.7 – Análise da Correlação entre Variáveis

A fim de determinar a magnitude e sentido da relação entre as variáveis pessoais (idade e escolaridade), clínicas (dias de internamento, número de horas em ventilação artificial e número de horas sob sedação), a QDV e o stress, utilizamos o coeficiente de correlação de *Pearson*, tendo-se obtido os resultados do quadro 26.

Quadro 26 – Valores de correlação entre variáveis pessoais, variáveis clínicas e os índices globais de Stress e de QDV

	Idade	Escola	Dias de internamento	Horas de ventilação	Horas de sedação	Stress
Idade						
Escolaridade	- 0,28					
Dias de internamento	0,21	- 0,31*				
Horas de ventilação	0,18	- 0,28	0,98**			
Horas de sedação	0,46**	- 0,29*	0,57**	0,54**		
Stress	0,07	- 0,04	0,10	0,13	0,14	
QDV	- 0,40**	0,26	- 0,24	- 0,24	- 0,41**	- 0,41**

* Correlação significativa ao nível de 0.05

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Também procedemos ao cálculo do coeficiente de correlação de *Pearson* para as mesmas variáveis e as diferentes dimensões da QDV, os resultados são apresentados no quadro 27.

Quadro 27 – Valores de correlação entre variáveis pessoais, variáveis clínicas e as dimensões da QDV

	Idade	Escolaridade	Dias de internamento	Horas de ventilação	Horas de sedação	Física	Social	Cognitiva
Física	- 0,37**	0,24	- 0,22	- 0,24	- 0,29*			
Social	- 0,29*	0,33*	- 0,28	- 0,29*	- 0,25	0,75**		
Cognitiva	- 0,41**	0,16	- 0,19	- 0,18	- 0,49**	0,59**	0,67**	
Espiritual	- 0,10	0,13	- 0,01	- 0,006	- 0,23	0,49**	0,61**	0,42**

* Correlação significativa ao nível de 0.05

** Correlação significativa ao nível de 0.01

Os resultados apontam para:

- Correlação significativa (para $p < 0,01$) entre idade e QDV, em sentido inverso, isto é, quanto mais avançada a idade menor a qualidade de vida, na globalidade e nas diferentes dimensões;

- Correlação significativa (para $p < 0,01$) entre dias de internamento e ventilação: o aumento do tempo de internamento leva ao aumento das horas de ventilação invasiva, o mesmo se passa com a sedação;
- Correlação positiva (para $p < 0,01$) entre o número de horas de ventilação artificial e as horas de sedação: o aumento do número de horas em ventilação artificial é acompanhada por um aumento do número de horas de sedação;
- Correlação significativa (para $p < 0,01$), em sentido inverso entre as horas de sedação e a QDV. A QDV diminui na medida em que aumentam as horas de sedação. As dimensões física ($p < 0,05$) e cognitiva ($p < 0,01$) apresentam também correlação significativa no mesmo sentido;
- Correlação significativa em sentido inverso (para $p < 0,05$) entre as horas de ventilação artificial e a dimensão social da QDV;
- Correlação significativa negativa (para $p < 0,01$) entre QDV e stress: o aumento do nível de QDV é acompanhado por uma diminuição do nível de stress.

4 – DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados no capítulo anterior deixou em aberto questões sobre as quais nos propomos reflectir.

Globalmente, os resultados do nosso estudo apontam para um nível moderado de stress e um nível moderado de qualidade de vida.

Tendo em conta que o valor total das respostas poderia ascender a 204 e nenhum dos participantes apresenta pontuação superior a 168, partindo de 51 como o valor mínimo possível, a média de 101,94 não constitui um valor elevado. Comparando os valores médios obtidos, o nosso grupo de estudo apresenta valores mais elevados que o grupo estudado por Cornock (1998). Quando utilizamos o mesmo sistema de pontuação obtemos uma média de 89, sendo a média obtida pelo autor de 67.

Em relação aos valores obtidos não podemos esquecer dois aspectos que podem influenciar os resultados individuais. O primeiro aspecto relaciona-se com o significado da palavra stress. O termo stress é ambíguo e alvo de inúmeras interpretações. A sua natureza subjectiva pode dificultar o posicionamento numa escala. O segundo aspecto é o número elevado de itens para os quais os doentes apontam a opção “não se aplica”, que pode reflectir dificuldades em recordar detalhes da experiência, por efeitos residuais da medicação sobre a memória, ou traduzir um mecanismo de defesa do doente.

A análise dos resultados comparando os grupos só aponta diferenças significativas em relação à variável sexo. Os doentes do sexo feminino consideram o internamento em cuidados intensivos mais stressante do que os doentes do sexo masculino. Na comparação dos restantes grupos não se verificam diferenças significativas, embora as médias apontem para níveis de stress mais elevados nas faixas etárias extremas, isto é, os doentes com idade superior a 71 anos apresentam maior stress, seguindo-se os doentes com idade inferior a 30 anos. Ainda a referir os valores mais elevados para os doentes não casados.

É de referir também as médias mais elevadas para os doentes submetidos a cirurgia urgente e vítimas de trauma, por corresponderem aos sujeitos cujo acontecimento foi mais inesperado e para o qual não tiveram qualquer preparação. Tanto os doentes no pós-operatório de transplante como de cirurgia programada esperavam acordar na UCI após a cirurgia, por isso tiveram uma preparação pré-operatória (com informações mais ou menos detalhadas sobre os cuidados e o desconforto do pós-operatório) que não os deixou completamente indefesos face ao internamento. Mas, dada a baixa representatividade do grupo para quem o internamento constituiu um acontecimento inesperado, não é possível tirar conclusões, somente referir as tendências. O mesmo acontece com o grupo de doentes que recebeu relaxantes musculares, pois apesar de apresentarem os valores mais elevados de stress constituem apenas 10,6% da amostra.

Ao analisarmos os aspectos considerados como mais stressantes encontramos como principal aspecto “ter tubos na boca e nariz”, o que vai de encontro ao resultado referido por Cohran e Canong (1989, in Cornock, 1998), estes resultados diferem do estudo de Cornock (1998) que encontrou como item mais referido o “ter sede”, Novaes *et al.* (1999) apontam como factor de maior stress a dor.

Apesar de diferirem na ordem de importância, o presente estudo partilha aspectos com os estudos desenvolvidos por Cochran e Canong (1989, in Cornock, 1998) nos Estados Unidos, por Cornock (1998) no Reino Unido e por Novaes *et al.* (1999) no Brasil. A fim de facilitar a comparação organizamos os resultados no quadro 28.

Quadro 28 – Comparação dos estudos em relação aos aspectos mais stressantes na UCI

Cochran e Canong (1989) EUA	1º “ter tubos na boca e nariz” 2º “ser picado com agulhas” 3º “ter dor” 4º “não ser capaz de dormir”
Cornock (1998) Reino Unido	1º “ter sede” 2º “ter tubos na boca e nariz” 3º “não ser capaz de dormir” 4º “sentir limitação dos movimentos devido aos tubos/linha”
Novaes (1999) Brasil	1º “ter dor” 2º “não ser capaz de dormir” 3º “ter tubos na boca e nariz” 4º “não ter controle sobre si”
Presente estudo (2002) Portugal	1º “ter tubos na boca e nariz” 2º “medo da morte” 3º “não ser capaz de dormir” 4º “ser picado com agulhas”

A dor é referida em dois dos estudos e é um problema frequentemente associado ao tratamento intensivo e à doença grave. Puntillo (1990) refere um estudo de Jones *et al.* (1979) sobre as reacções dos doentes a uma UCI, e os autores identificam a dor como a maior preocupação dos doentes e a principal causa de distúrbios do sono. Refere ainda um estudo de Paiement *et al.* (1979), com 100 doentes submetidos a cirurgia cardíaca, dos quais 42%

apontam a dor provocada pelos drenos torácicos e pela incisão cirúrgica, como a pior recordação do internamento.

Os dados obtidos no nosso estudo vêm contrariar os resultados esperados. A justificação que encontramos é o tipo de abordagem da dor, isto é, sendo a maioria dos doentes do foro cirúrgico (72,3%), principalmente pós-operatórios de transplante e de cirurgia programada (61,7%), o tratamento da dor está mais protocolizado de acordo com o tipo de cirurgia e o recobro cirúrgico. O grau de satisfação face ao tratamento da dor encontrado na escala de QDV corrobora este resultado. Os doentes referiram que apesar de terem sentido dor receberam tratamento atempado, razão porque não a apontam como problema.

Ao contrário do que era esperado, o tipo de analgesia não parece ter influência sobre a intensidade do stress, nem sobre o grau de satisfação dos doentes, nas diferentes dimensões da sua vida. Estes resultados colocam-nos a questão: Independentemente da modalidade terapêutica, o tratamento da dor foi eficaz? Esta é uma questão para a qual não encontramos resposta. Salientamos novamente o facto do grupo ser maioritariamente pós-cirurgia electiva, que pode levar a um enviesamento dos resultados. Dada a heterogeneidade e diferente representatividade dos sujeitos no nosso grupo de estudo, os dados que obtivemos não são passíveis de generalização.

É de referir o facto dos profissionais não utilizarem instrumentos para a avaliação da dor, que segundo os resultados da investigação, permitem uma avaliação mais objectiva, menos dependente das crenças dos profissionais, e também permitem uma avaliação das medidas terapêuticas instituídas e da sua eficácia no tratamento da dor.

Relativamente ao tratamento da dor, encontramos resultados idênticos ao nosso estudo, num estudo multicêntrico sobre a avaliação e tratamento da dor em doentes em estado crítico (trauma e pós-operatório de grandes cirurgias) relatado por Carroll, *et al.* (1999). Os autores referem que os doentes em geral ficaram satisfeitos com o tratamento da dor, apesar de experimentarem dor moderada a intensa, muitas vezes. Alertam ainda os profissionais de saúde para os seguintes aspectos:

- A avaliação efectiva do processo de tratamento da dor, não se pode restringir apenas à satisfação do doente;
- As explicações sobre a dor “esperada” devem ser realistas;
- Os profissionais devem providenciar o tratamento da dor rapidamente de forma a demonstrar que esta é uma prioridade.

O valor global da QDV do nosso grupo de estudo aponta para uma $M = 60,55$. Este valor permite-nos afirmar que o grau de satisfação dos doentes face a aspectos da sua vida durante o internamento na UCI é moderado. A dimensão física é a mais afectada, apresentando os valores mais reduzidos da escala de satisfação, o que deixa transparecer as limitações referidas na componente teórica, nomeadamente no que se refere ao auto-cuidado, à permanência no leito, aos posicionamentos e movimentos que o doente é capaz de adoptar ou executar. Segue-se a dimensão cognitiva. Os sujeitos da nossa amostra mostraram mais dificuldades na comunicação verbal e em fazer-se entender. A dimensão social foi a menos afectada, sendo de referir a insatisfação geral dos doentes em relação àquilo que sentiam poder oferecer à sua família e amigos, e a elevada satisfação em relação à forma como se sentiram respeitados pelos outros. Na dimensão espiritual, representada apenas por uma questão, os doentes apontaram valores elevados de satisfação. Este resultado vai de encontro à

ideia apresentada por Richman (2000) para quem o período passado na UCI representa, em algumas situações, oportunidade de introspecção e de reflexão sobre o sentido da vida.

A QDV é claramente desfavorável para os indivíduos mais velhos, particularmente no que respeita à dimensão física e cognitiva. Este resultado parece ir de encontro ao estereótipo generalizado (ou quase generalizado) da redução da qualidade de vida com o envelhecimento, associado às limitações funcionais que, gradualmente, se reflectem no desempenho das actividades da vida diária e na independência dos mais idosos.

Não podemos contudo esquecer que o aumento da longevidade nos vai trazer, obrigatoriamente, uma população cada vez mais envelhecida aos cuidados intensivos, em virtude da descompensação ou agravamento das doenças crónicas que acometem este grupo em particular.

A QDV é também significativamente inferior para os doentes casados quando comparados com os não casados, e mais uma vez a dimensão que contribui particularmente para esta diferença é a dimensão física.

Ao analisarmos as componentes clínicas destaca-se a diminuição significativa da QDV para os doentes ventilados artificialmente e para os doentes sedados. O grau de insatisfação aumenta no mesmo sentido do aumento do número de horas que os doentes estiveram ventilados e sedados, tanto na globalidade como nas diferentes dimensões. Eram esperados resultados semelhantes para estas intervenções terapêuticas, já que elas se associam. Tal como foi referido na componente teórica, a sedação torna-se necessária para facilitar a adaptação e

tolerância do doente ao ventilador, e só em poucas situações o doente recebe ventilação artificial sem administração de sedativos.

A dependência do ventilador e a sedação prolongada aumentam o tempo de internamento e impõem ao doente limitações marcantes, que se reflectem no bem-estar e conforto, no grau de dependência e na capacidade de comunicação, razão que, na nossa perspectiva, justifica a diminuição da satisfação que acompanha estas condições.

A sedação, particularmente quando é superficial, ou se é efectuada em bólus (administração única, por exemplo por motivo de agitação do doente, com risco de “auto-agressão involuntária”), provoca maior confusão e sensação de descontrolo ao doente. Este sente-se mergulhado numa incapacidade de resposta motora e cognitiva, parece perder a força e a capacidade de raciocinar, tudo se torna lento e a própria voz é arrastada. Esta situação também pode contribuir para o aumento da insatisfação neste grupo.

Os resultados não significativos relativamente à terapêutica com relaxantes musculares, parece-nos resultar da pouca representatividade do grupo a quem foram administrados os fármacos, e por outro lado, o relaxamento muscular não se torna tão penoso se a sedação é adequada, o que pode ter acontecido com os doentes da nossa amostra.

Quanto à relação entre o grau de satisfação e o stress, os resultados são claros. Paralelamente ao aumento do stress verifica-se uma diminuição na QDV. O stress tem uma influência negativa sobre o bem-estar dos doentes.

No nosso estudo planeamos obter os dados somente a partir da aplicação dos questionários, no entanto, torna-se fundamental referir a necessidade que os doentes tinham em serem ouvidos e em partilharem a sua experiência, o que se reflectiu na duração das entrevistas. Nenhuma das entrevistas teve duração inferior a 45 minutos. Encontrando uma atitude de abertura e disponibilidade no entrevistador, os doentes procuravam “confirmar” o seu percurso na UCI, particularmente os doentes com períodos de desorientação durante o internamento. Para estes doentes os factos confundiam-se com eventuais sonhos, e queriam validar com o entrevistador se as lembranças correspondiam a acontecimentos reais ou eram “fruto da imaginação”. Outros doentes procuravam descobrir os detalhes da sua doença e do seu comportamento durante o internamento. Outros ainda, pediam esclarecimentos sobre o diagnóstico e possíveis sequelas, sobre as probabilidades de recuperação e o *timing* para regressar à sua “vida normal”.

A necessidade de informação sugere-nos que os doentes não foram totalmente esclarecidos. Colocam questões porque não tiveram oportunidade de as colocar anteriormente ou porque procuram confirmar informações já disponibilizadas. Podemos relacionar qualquer uma das alternativas com a forma como se processa a maior parte das transferências da UCI para outra enfermaria do hospital.

Nem sempre a transferência dos doentes é preparada com antecedência. A necessidade de ventiladores e de vagas, impõe brevidade no processo de transferência, pelo que pouca informação é dada ao doente sobre o motivo de transferência e o novo local que o vai acolher. Após a decisão médica e os procedimentos burocráticos, o doente é acompanhado ao novo serviço pelos auxiliares de acção médica. Nem o médico nem o enfermeiro do novo serviço se deslocam à UCI para conhecer o doente, nem os profissionais que acompanharam o doente na

UCI se deslocam ao novo serviço para apresentar o doente à equipa de saúde. As informações são enviadas nos registos do processo clínico ou por comunicação telefónica.

O comportamento descrito durante a entrevista, não tendo sido alvo de uma avaliação pormenorizada e objectiva, demonstra a necessidade de acompanhamento dos doentes após a transferência da UCI e mesmo a preparação dessa transferência, bem como a necessidade de apoio para ultrapassar a situação, que foi traumática para um grande número de doentes.

As necessidades detectadas durante a entrevista, coloca-nos perante uma certa incoerência entre as respostas aos questionários e aquilo que os doentes transmitiam no diálogo que eles próprios provocavam. O que nos alertou para o que Cornock (1998) apelidou de “o papel do bom doente”. O autor defende que o doente é socializado para aceitar o desconforto e os inconvenientes da doença, daí que exista um certo conformismo mesmo em situações desagradáveis. Ao adoptar esse papel o doente não demonstra totalmente o que sentiu, porque não quer ser considerado queixoso ou “lamecha”. E facilmente identificamos pequenos episódios em que, claramente, existiu uma discrepância entre a resposta aos questionários e a percepção negativa da experiência, que o doente afinal deixou transparecer ao longo da entrevista.

Outro aspecto a destacar nas entrevistas foi o reconhecimento da maioria dos doentes em relação aos profissionais de saúde das unidades, salvaguardando sempre a sua competência quando optavam por respostas menos positivas nos questionários. Talvez esta tenha sido outra razão para os doentes, tendencialmente, fugirem aos extremos das posições nas escalas de avaliação.

Finalmente, se a experiência pela qual o doente passou foi traumatizante e hostil, o facto da entrevista acontecer após o acontecimento, pode levar a uma valorização dos aspectos positivos e desvalorização dos aspectos mais negativos. Não apenas como mecanismo de defesa, na tentativa de negar o que viveu, mas também alívio pela sensação de que o perigo já tinha passado. Esta foi uma atitude particularmente visível nos doentes transplantados. Encontrando-se estes doentes em fases avançadas de doença hepática ou pancreática, para quem o transplante era a única saída de sobrevivência, todos os outros aspectos eram minimizados. A atenção do doente fixava-se na alegria de estar vivo e na expectativa face à recuperação. O que verdadeiramente preocupava estes doentes era a possibilidade de rejeição do órgão transplantado, por isso, o internamento para eles não se revestia do mesmo significado encontrado noutros doentes, até porque tinham sido previamente preparados para a situação do pós-operatório e da necessidade de ventilação invasiva.

Actualmente as instituições de saúde são confrontadas com exigências de qualidade em várias dimensões, desde o acesso aos cuidados de saúde, passando pelo processo de atendimento e tratamentos, até aos resultados desses cuidados. Os níveis de qualidade são ditados por directrizes governamentais e organizacionais, com objectivos a curto e longo prazo, como por exemplo, diminuir as listas de espera, diminuir os tempo de internamento, centralizar as emergências, proporcionar um atendimento personalizado, diminuir as taxas de infecção, etc.

Na avaliação dos serviços de saúde, para além dos parâmetros citados, a voz do utente também começa a ser reconhecida. Como diz Hart (1996): "Health care providers are urged to obtain feedback wherever possible in order to monitor and thus to improve service quality" (p. 1235). Na verdade, se os cuidados de saúde são organizados para o doente, é importante o seu contributo na avaliação da qualidade desses serviços.

Não tendo sido nosso objectivo avaliar a prática dos profissionais de saúde, ao focar o estudo na experiência dos doentes há aspectos que, relacionando-se com essa prática, dão informação aos profissionais sobre possíveis alternativas para melhorar o bem-estar dos doentes.

Há, inevitavelmente, aspectos que causam desconforto e stress ao doente, mas fogem ao controle dos profissionais de saúde. Por exemplo, “ter tubos na boca e nariz” e “ser picado com agulhas”, são aspectos considerados como mais stressantes, mas que são imprescindíveis para o tratamento e monitorização do doente grave.

Há outros aspectos para os quais existem alternativas. É o caso do item, “não conseguir dormir”, também apontado como mais stressante, e sobre o qual os profissionais podem intervir, por exemplo, diminuir a intensidade da luz e do ruído no período nocturno, e restringir os procedimentos terapêuticos ao indispensável (evitar o desmame do ventilador durante a noite, não prestar cuidados por rotina mas só em função das necessidades individuais, etc.). Relativamente aos itens “ouvir o alarme do monitor cardíaco” e “ouvir os ruídos e alarmes das máquinas”, os profissionais podem alterar os alarmes adequando os limites aos parâmetros de cada doente. Também em relação a “não ser capaz de comunicar” é possível intervir encontrando formas alternativas à comunicação oral, por exemplo, combinar pequenos gestos e sons com o doente, usar figuras com imagens ou frases “tipo”. Desta forma, é possível diminuir a dificuldade na comunicação oral e em fazer-se entender, aspectos de maior insatisfação, na dimensão social da QDV.

“O medo da morte” é outro aspecto particularmente stressante para muitos doentes, e que pode relacionar-se com o desconhecimento do motivo do internamento e da evolução clínica,

com o ambiente da UCI, com suspeitas e desconfianças em relação à gravidade e prognóstico, com os períodos de desorientação, etc. E talvez possa ser atenuado por modificações no tipo de comunicação do profissional com o doente. Os profissionais não devem limitar-se a transmitir informações sobre procedimentos, mas incluir informações sobre o que lhe aconteceu, onde se encontra, orientá-lo no tempo, o seu estado e pequenos progressos,... e repetir essas informações, mesmo em doentes ventilados ou que aparentemente não comuniquem.

As informações que o doente obtém dos profissionais de saúde tornam as situações mais previsíveis, proporcionando ao doente um “certo controlo” sobre os acontecimentos, porque estes deixam de ser totalmente desconhecidos.

A alteração das práticas em relação à preparação da transferência do doente e acompanhamento pós alta, tal como já foi mencionado, também pode contribuir para melhorar o bem-estar dos doentes e diminuir a insegurança.

Para além das recomendações apresentadas, o importante é que os profissionais de saúde reconheçam o stress desencadeado pela doença grave e internamento na UCI, e levem em consideração os factores que os próprios doentes identificam como mais stressantes. Reconheçam ainda a influência que a actuação dos profissionais pode ter sobre o bem-estar dos doentes e sobre a intensidade da resposta de stress, bem como sobre os factores de stress. Porque desta forma, é possível que se empenhem em mudanças para benefício dos doentes e melhorem a sua QDV, durante o tempo passado no hospital.

Apesar das inferências que retiramos a partir dos resultados, temos plena consciência de questões que ficam sem resposta. Dada a multiplicidade e, simultaneamente, a complexidade dos factores que interferem na experiência da doença grave e consequente internamento na UCI, sabemos que o seu estudo só pode ser faseado, dificilmente abarcará o todo. Se o nosso estudo levanta questões que vêm alargar o leque da investigação na área da saúde e sugere novas formas de intervenção para promover a satisfação e bem-estar daqueles que se confrontam com uma doença grave, então sentimo-nos compensados por ter dado voz a este projecto. A aprendizagem que retiramos ao longo deste processo não pode ser quantificada... talvez se traduza no desempenho profissional futuro.

5 – REFERÊNCIAS

- Anderson, K. L. & Burckhardt, C. S. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life as an outcome variable for health care intervention and research. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2): 298-306.
- Arbour, R. (2000). Sedation and Pain Management in Critically Ill Adults. *Critical Care Nurse*, 20 (5): 39-55.
- Argyle, M. & Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. In F. Strack; M. Argyle & N. Schwarz (Eds.), *Subjective Well-Being* (pp. 77-100). Oxford: Pergamon Press.
- Bergbom-Engberg, I. & Haljmäe, H. (1989). Assessment of patients experience of discomforts during respiratory therapy. *Critical Care Medicine*, 17(10): 1068-1072.
- Berzon, R. A. (1998). Understanding and using health-related quality of life instruments within clinical research studies. In M. J. Staquet, R. D. Hays & P. M. Fayers (Eds.), *Quality of Life Assessment in Clinical Trials: Methods and Practice* (pp. 4-15). Oxford: University Press.
- Bion, J. F. & Bennett, D. (1999). Epidemiology of intensive care medicine: supply versus demand. *British Medical Bulletin*, 55 (1): 2-11.
- Bowling, A. (1991). *Measuring Health: a review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press.
- Bowling, A. (1995). *Measuring Disease*. Buckingham: Open University Press.
- Carroll, K. C.; Atkins, P. J.; Herold, G. R.; Mlcek, C. A.; Shively, M.; Clopton, P. & Glaser, D. N. (1999). Pain Assessment and Management in Critically Ill Postoperative and Trauma Patients: A Multisite Study. *American Journal of Critical Care*, 8 (2): 105-117.

- Castro, H. B. (1998). Unidade de Cuidados Intensivos. In R. M. Cardoso (Coord.), **A outra metade da Medicina: Monografias Breves de Psicologia Médica** (pp. 145-153). Lisboa: Climepsi Editores.
- Cornock, M. A. (1998). Stress and intensive care patient: perceptions of the patients and nurses. **Journal of Advanced Nursing**, 27 (3): 518-527.
- Covington, H. (1998). Use of propofol for sedation in the ICU. **Critical Care Nurse**, 18 (4): 34-39.
- Damásio, A. (2000). **O Sentimento de Si. O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência**. (8ª ed.), (M. F. M. , Trad.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Dasta, J. F.; Fuhrman, T. M. & McCandles, C. (1994). Patterns of prescribing and administering drugs for agitation and pain in patients in a surgical intensive care unit. **Critical Care Medicine**, 22 (6): 974-980.
- Easton, C. & Mackenzie, F. (1988). Sensory-perceptual alterations: Delirium in the intensive care unit. **Heart & Lung**, 17 (3): 229-237.
- Eddleston, J.; White, P. & Guthrie, E. (2000). Survival, morbidity and quality of life after discharge from intensive care. **Critical Care Medicine**, 28 (7): 2293-2299.
- Edéll-Gustafsson, U. M.; Hetta, J. E. & Arén, C. B. (1999). Sleep and quality of life assessment in patients undergoing coronary artery bypass grafting. **Journal of Advanced Nursing**, 29 (5): 1213-1220.
- Epstein, J. & Breslow, M. J. (1999). The stress response of critical illness. **Critical Care Clinics**, 15 (1): 17-32.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. **Journal of Advanced Nursing**, 22: 502-508.

- Fayers, P. M. & Machin, D. (1998). Factor analysis. In M. J. Staquet, R. D. Hays & P. M. Fayers (Eds.), *Quality of Life Assessment in Clinical Trials: Methods and Practice* (pp. 191-223). Oxford: University Press.
- Fernández-Ríos, L. & García-Fernández, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones* (pp. 133-154). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S. L.
- Filipp, S. & Klauer, T. (1991). Subjective well-being in the face of critical life events: the case of successful copers. In F. Strack; M. Argyle & N. Schwarz (Eds.), *Subjective Well-Being* (pp. 213-234). Oxford: Pergamon Press.
- Frenette, L. (1999). The acute pain service. *Critical Care Clinics*, 15 (1): 143-149.
- Gil, A C. (1995). *Como Elaborar Proyectos de Pesquisa* (3ª ed.). S. Paulo: Atlas.
- Guyatt, G. H.; Feeny, D. H. & Patrick, D. L. (1993). Measuring Health-related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118: 622-629.
- Hamill-Ruth, R. J. & Marohn, M. L. (1999). Evaluation of pain in the critically ill patient. *Critical Care Clinics*, 15 (1): 35-53.
- Hart, M. (1996). Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 1234-1240.
- Headey, B. & Wearing, A. (1991). Subjective well-being: a stocks and flows framework. In F. Strack; M. Argyle & N. Schwarz (Eds.), *Subjective Well-Being* (pp. 49-76). Oxford: Pergamon Press.
- Hedderich, R. & Ness, T. J. (1999). Analgesia for trauma and burns. *Critical Care Clinics*, 15 (1): 167-183.
- Heyland, D. K.; Guyatt, G.; Cook, D. J.; Meade, M.; Juniper, E.; Cronin, L. & Gafni, A. (1998). Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. *Critical Care Medicine*, 26 (3): 591-598.

- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hulsebos, R. G.; Beltman, F. W.; Reis Miranda, D. & Spangenberg, J. F. A. (1991). Measuring quality of life with sickness impact profile: a pilot study. *Intensive Care Medicine*, 17: 285-288.
- Hupcey, J. E. & Zimmerman, H. E. (2000). The need to Know: Experiences of Critically Ill Patients. *American Journal of Critical Care*, 9 (3): 192-198.
- Kim, H. ; Garvin, B. J. & Moser, D. K. (1999). Stress During Mechanical Ventilation : Benefit of having concrete objective information before cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*, 8 (2): 118-126.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New Cork: Springer Publishing Company.
- Leplège, A. & Hunt, S. (1997). The Problem of Quality of Life in Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 278 (1): 47-50.
- Lerch, C. & Park, G. R. (1999). Sedation and analgesia. *British Medical Bulletin*, 55 (1): 76-95.
- Lewinsohn, P. M.; Redner, J. E. & Seeley, J. R. (1991). The relationship between life satisfaction and psychosocial variables: new perspectives. In F. Strack; M. Argyle & N. Schwarz (Eds.), *Subjective Well-Being* (pp. 141-167). Oxford: Pergamon Press.
- Lovallo, W. R. (1997). *Stress & Health: Biological and Psychological Interactions*. California: Sage Publications.
- Lowson, S. M. & Sawh, S. (1999). Adjuncts to analgesia: sedation and neuromuscular blockade. *Critical Care Clinics*, 15 (1): 119-141.
- Mandabach, M. (1999). Intrathecal and epidural analgesia. *Critical Care Clinics*, 15 (1): 105-117.

- Martin, P. (2001). *A Mente Doente. Cérebro, Comportamento, Imunidade e Doença* (M. A. Costa, Trad.). Lisboa: Bizâncio. (Original publicado em 1997).
- Meeberg, G. A (1993). Quality of life: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 32-38.
- Niskanen, M.; Ruokonen, E.; Takala, J.; Rissanen, P. & Kari, A. (1999). Quality of life after prolonged intensive care. *Critical Care Medicine*, 27 (6): 1132-1139.
- Novaes, M. A.; Knobell, E.; Bork, A. M.; Pavão, O. F.; Nogueira-Martins, L. A & Bosi Ferraz, M. (1999). Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine*, 25: 1421-1426.
- Odell, M. (2000). The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (2): 322-329.
- Patrick, D. L.; Kinne, S.; Engelberg, R. A. & Pearlman, R. A. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53: 779-785.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.) (R. M. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1993).
- Puntillo, K. A. (1990). Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart & Lung*, 19 (5): 526-533.
- Puntillo, K. A. ; Miaskowski, C.; Kehrlé, K.; Stannard, D.; Gleeson, S. & Nye, P. (1997). Relationship between behavioral and physiological indicators of pain, critical care patients self-reports of pain, and opioid administration. *Critical Care Medicine*, 25 (7): 1159-1166.
- Ribeiro, J. L. (1994). A Importância da Qualidade de Vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII): 179-191.
- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.

- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Richman, J. (2000). Coming Out of Intensive Care Crazy: Dreams of Affliction. *Qualitative Health Research*, 10 (1): 84-102.
- Roberts, B. L. (2001). Managing Delirium in Adult Intensive Care Patients. *Critical Care Nurse*, 21 (1): 48-54.
- Russell, S. (1999). An exploratory study of patients perceptions, memories and experiences of an intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4): 783-791.
- Safar, P. & Grenvik, A. (1977). Organization and Physician Education in Critical Care Medicine. *Anesthesiology*, 47: 82-95.
- Santos, A. L. (2001). Ética nas unidades de cuidados intensivos. In L. Archer, J. Biscaia, W. Oswald & M. Renaud (Coods.), *Novos desafios à Bioética* (pp. 244-248). Porto: Porto Editora.
- Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4 (XVI): 675-690.
- Schwartz, C. E. & Laitin, E. (1998). Using decision theory in clinical research applications of quality – adjusted life – years. In M. J. Staquet, R. D. Hays & P. M. Fayers (Eds.), *Quality of Life Assessment in Clinical Trials, Methods and Practice* (pp. 119-141), Oxford: University Press.
- Schwarz, N. & Strack, F. (1991). Evaluation one's life: a judgment model of subjective well-being. In F. Strack, M. Argyle & N. Schwarz (Eds.), *Subjective Well-Being* (pp. 27-47). Oxford: Pergamon Press.
- Sharp, S. (1997). O stress nas UCI's. *Nursing*, 107: 26-30.
- Simpson, T. F.; Armstrong, S. & Mitchell, P. (1989). AACN Demonstration Project: Patients recollections of critical care. *Heart & Lung*, 18: 325-332.

- Wallace, C. J.; Robins, J.; Alvord, L. S. & Walker, J. W. (1999). Innovations in critical care – The effect of earplugs on sleep measures during exposure to stimulated intensive care unit noise. *American Journal of Critical Care*, 8 (4): 210-219.
- Weinert, C. R.; Chlan, L. & Gross, C. (2001). Critical Care Management of Sedation. Sedating Critical Ill Patients: Factors Affecting Nurses Delivery Sedative Therapy. *American Journal of Critical Care*, 10 (3): 156-167.

Anexos

Anexo 1

Questionário de Stress para Doentes dos Cuidados Intensivos

QUESTIONÁRIO DE STRESS PARA DOENTES DOS CUIDADOS INTENSIVOS

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.

Para cada questão faça uma cruz no quadrado correspondente ao grau de stress (tensão) que experimentou, durante o internamento nos cuidados intensivos.

Sempre que a situação não se verificou, faça uma cruz no quadrado

Não se aplica

1. Sentir limitação dos movimentos devido aos tubos/linhas

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"/>

2. A enfermeira não se apresentar

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"/>

3. Sentir a enfermeira muito apressada

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"/>

4. Ter sede

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"/>

5. Avaliarem-lhe a tensão arterial muitas vezes

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"/>

6. Ter uma cama ou almofada desconfortável

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"/>

7. Ouvir o telefone tocar

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"/>

8. Ser sujeito a exames físicos frequentes, pelo médico ou enfermeira

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"/>

9. Ter máquinas estranhas em seu redor

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"/>

10. Sentir que a enfermeira é mais vigilante em relação às máquinas que a si próprio

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"/>

11. Ouvir os ruídos e alarmes das máquinas

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"/>

12. Ouvir enfermeiras e médicos a conversarem muito alto

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"/>

13. Ter de utilizar oxigénio

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"/>

14. Sentir a falta do marido ou da esposa

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"/>

15. Não lhe explicarem os tratamentos

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"/>

16. Ouvir o alarme do monitor cardíaco

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"/>

17. Ter as enfermeiras constantemente a fazer coisas à volta da cama

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"/>

18. Ter tubos na boca e nariz

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"/>

19. Não saber as horas

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"/>

20. Ouvir os gritos de outros doentes

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"/>

21. Os homens e mulheres estarem internados na mesma sala

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"/>

22. Ver a família e amigos apenas alguns minutos por dia

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"/>

23. Não saber em que altura são feitas as coisas

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"/>

24. Ser acordado pelas enfermeiras

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"/>

25. Ouvir barulhos invulgares e desconhecidos

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"/>

26. Ver os tratamentos aplicados a outros doentes

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"/>

27. Encontrar-se deitado a olhar o tecto

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"/>

28. Não ser capaz de dormir

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"/>

29. Não ser capaz de mexer as mãos e os braços

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"/>

30. Sentir cheiros estranhos ao seu redor

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"/>

31. Ter luzes ligadas constantemente

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"/>

32. Ter dor

Nenhum stress

Algum stress

Muito stress

Extremo stress

Não se aplica

33. Ver os frascos de soro por cima da sua cabeça

Nenhum stress

Algum stress

Muito stress

Extremo stress

Não se aplica

34. Ser picado com agulhas

Nenhum stress

Algum stress

Muito stress

Extremo stress

Não se aplica

35. Não saber onde se encontra

Nenhum stress

Algum stress

Muito stress

Extremo stress

Não se aplica

36. Não perceber palavras usadas pelas enfermeiras/médicos

Nenhum stress

Algum stress

Muito stress

Extremo stress

Não se aplica

37. Não ter controle sobre si próprio

Nenhum stress

Algum stress

Muito stress

Extremo stress

Não se aplica

38. Não saber o dia em que está

Nenhum stress

Algum stress

Muito stress

Extremo stress

Não se aplica

39. Sentir-se aborrecido

Nenhum stress

Algum stress

Muito stress

Extremo stress

Não se aplica

40. Não ter privacidade

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

41. Ser tratado por médicos desconhecidos

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

42. Encontrar-se numa sala muito quente ou muito fria

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

43. Ouvir as pessoas falarem de si

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

44. Não ser capaz de comunicar

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

45. Medo da morte

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

46. Não saber por quanto tempo tem de permanecer nos cuidados intensivos

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

47. Não ser capaz de desempenhar o seu papel familiar

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

48. Ter preocupações financeiras

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

49. Medo da Sida

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

50. Sentir-se pressionado para consentir tratamentos

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

51. Ser transferido dos cuidados intensivos para outra enfermaria

Nenhum stress Algum stress Muito stress Extremo stress Não se aplica

Enumere os três itens, da lista anterior que lhe causaram mais stress, (identificando o número da questão)

1º _____

2º _____

3º _____

Outros aspectos, que segundo a sua opinião, deveriam ser incluídos:

Algum comentário que gostaria de fazer:

Anexo 2

Escala de Qualidade de Vida para Doentes dos Cuidados Intensivos

ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PARA DOENTES DOS CUIDADOS INTENSIVOS

Gostaria de conversar consigo sobre aspectos da sua vida durante o tempo que esteve internado nos cuidados intensivos.

As pessoas vivem mais ou menos satisfeitas com a sua vida, assim como com tudo aquilo que experimentam quando estão internadas.

Queria que pensasse no período em que esteve internado nos cuidados intensivos e para cada aspecto que lhe vou apresentar, me dissesse o seu grau de satisfação ou insatisfação.

Para isso pedia-lhe que me apontasse um número de 1 a 5. O número 1 quer dizer extremamente insatisfeito e o número 5 extremamente satisfeito. Se não lhe causou insatisfação nem satisfação deve apontar o número 3.

Os números aparecem numa escala como esta:

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

1 – extremamente insatisfeito

2 – um pouco insatisfeito

3 – nem insatisfeito, nem satisfeito

4 – um pouco satisfeito

5 – extremamente satisfeito

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

Para cada questão faça um círculo à volta do número que indica o seu **grau de satisfação ou insatisfação** em relação aos aspectos da sua vida durante o internamento nos cuidados intensivos.

O círculo à volta do **número 3** significa que não provocou satisfação nem insatisfação.

Durante o tempo que recorda ter estado nos cuidados intensivos:

1. Como se sentiu em relação à sua saúde física (saúde do seu corpo)?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

2. Como se sentiu em relação a ser capaz de cuidar de si próprio, por exemplo tomar banho, lavar os dentes?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

3. Como se sentiu em relação a ser capaz de pensar e raciocinar?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

4. Como se sentiu em relação a ser capaz de recordar acontecimentos?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

5. Como se sentiu em relação a ter de permanecer na cama?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

6. Como se sentiu em relação à sede e/ou fome que sentia?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

7. Como se sentiu em relação à sua posição na cama?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

8. Como se sentiu em relação ao movimento e exercícios físicos que era capaz de fazer?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

9. Como se sentiu em relação a ser capaz de falar claramente?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

10. Como se sentiu em relação a ser capaz de ouvir os outros?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

11. Como se sentiu em relação a ser capaz de perceber os outros?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

12. Como se sentiu em relação a ser capaz de se fazer entender?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

13. Como se sentiu em relação à forma como trataram as suas dores?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

14. Como se sentiu em relação ao tempo permitido para as visitas de familiares e amigos?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

15. Como se sentiu em relação à ajuda que recebeu da sua família e amigos?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

16. Como se sentiu em relação àquilo que poderia oferecer à sua família e amigos?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

17. Como se sentiu em relação à forma como os outros respondiam às suas necessidades?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

18. Como se sentiu em relação à forma como foi respeitado pelos outros?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

19. Como se sentiu em relação ao sentido da sua vida?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

20. Como se sentiu em relação aos períodos de descanso e sono?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

21. Como se sentiu em relação à maneira como era mudado de posição na cama?

Extremamente Insatisfeito	1	2	3	4	5	Extremamente Satisfeito
------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------

Anexo 3

Pedido de autorização para realizar o estudo

Ao Conselho de Administração do
Hospital Geral de Santo António

Maria Celeste Bastos Martins de Almeida, a frequentar o Mestrado de Psicologia e Saúde na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, conforme atesta declaração em anexo, tendo projectado desenvolver a sua tese sobre “**O Stress e Qualidade de Vida nos Cuidados Intensivos**”, solicita autorização para desenvolver o trabalho de campo nesta instituição, com doentes que estiveram internados nos serviços: UCIP e Serviço de Cuidados Intensivos.

O estudo segue uma vertente descritiva e exploratória, e tem como finalidade:

- estudar o impacto do internamento em cuidados intensivos, na perspectiva do doente;
- contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos que promovam intervenções orientadas para o bem-estar e necessidades dos doentes, durante o internamento em cuidados intensivos.

A recolha de dados será concretizada na primeira semana após a alta dos cuidados intensivos, por um lado para não interferir com a assistência aos doentes em fases de maior gravidade, por outro lado para preservar a privacidade dos doentes dado que estas unidades têm uma estrutura física aberta o que permite escutar as conversas.

Aos doentes a incluir no estudo será pedida a sua colaboração, após a apresentação da finalidade do estudo, e garantida a confidencialidade e anonimato das declarações. Na recolha de dados serão utilizados dois questionários (um sobre stress e outro sobre qualidade de vida) que serão preenchidos pelos doentes com a ajuda de um entrevistador.

A recolha de outros dados, úteis para a concretização do estudo, está dependente da colaboração dos profissionais que acompanharam os doentes e da consulta do processo clínico, passa a citar:

- Tempo e motivo de internamento,
- Idade do doente,
- Período de tempo em ventilação artificial,

- Período de tempo que esteve sob efeito de sedação/curarização.

Atendendo às particularidades e fragilidades da população em estudo, há aspectos éticos, que obrigatoriamente, foram considerados no planeamento da investigação, e se relacionam com:

- Participação voluntária dos doentes;
- Esclarecimentos a proporcionar aos participantes no estudo;
- Garantias de confidencialidade e anonimato das declarações;
- Não interferência na assistência aos doentes;
- Respeito pela privacidade dos doentes;
- Respeito pelos diferentes profissionais a quem será solicitada colaboração, tendo em conta os diferentes códigos deontológicos que orientam as suas práticas.

A recolha de dados, caso seja autorizado o estudo, foi programada para ter início no mês de Abril de 2001, podendo prolongar-se por mais três meses, dependendo do número de participantes a ser incluídos, procurando atingir uma população total de 60 a 80 doentes.

Agradecendo, desde já, atenção dispensada.

Porto, 16 de Janeiro de 2001

Anexo 4

Consentimento informado

Consentimento

Declaro ter conhecimento do estudo a desenvolver por Celeste Bastos sobre “Stress e Qualidade de Vida em Cuidados Intensivos”, tendo-me sido apresentada a sua finalidade.

Aceito participar neste estudo, dando resposta aos dois questionários que me apresenta e autorizo a utilização dos dados. Poderei ser contactado após a alta do hospital, para dar continuidade ao estudo.

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: _____

Anexo 5

Folha de recolha de dados

FOLHA DE RECOLHA DE DADOS

Identificação (nome/processo):

Serviço de internamento: Unidade A Unidade B

Idade: ____ Anos **Escolaridade:** _____

Sexo: F M **Estado civil:** _____

Diagnóstico de entrada: _____

Tempo de internamento em cuidados intensivos: ____ dias (____ horas)

Tempo de ventilação artificial:

- entubação endotraqueal: ____ dias (____ total horas)

- c/ suporte ventilador: ____ dias (____ total horas)

Tempo de sedação: ____ dias (____ total horas)

Fármacos: _____

Tempo de curarização: ____ dias (____ total horas)

Fármacos: _____

Analgésicos:

SOS: _____

Horário determinado: _____

Perfusão contínua: _____

Complicações durante internamento:

Anexo 6

Avaliação da orientação espaço-temporal e memória dos doentes

AVALIAÇÃO INICIAL

Questionar o doente sobre:

- Nome
- Idade
- Onde se encontra
- Dia da semana, mês e ano
- Qual a razão porque está internado
- Há quanto tempo está internado
- Esteve sempre neste local, se não onde esteve anteriormente
- Que recordações tem em relação aos dias anteriores
- Qual a ocupação profissional
- Com quem vive
- Onde vive, habitualmente
- Quem o visita
- Como se sente (cansado, com sono, aborrecido, triste, com dores,...)

Anexo 7

Apresentação do Entrevistador

Apresentação

Chamo-me Celeste Bastos, encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia e Saúde, no qual desenvolvo um estudo sobre “**Stress e Qualidade de Vida em Cuidados Intensivos**”. Procuo conhecer como foi a experiência do internamento para os doentes, com a seguinte finalidade:

- contribuir para melhorar os cuidados de saúde, de forma a dar resposta às necessidades dos doentes e promover o seu bem-estar.

Venho solicitar a sua colaboração no preenchimento de dois questionários, sobre as suas experiências durante o internamento nos cuidados intensivos. Os dados são confidenciais e a sua participação é livre, podendo recusar participar a qualquer momento, sem que existam consequências para si.

Caso esteja interessado nos resultados do estudo poderá contactar-me a partir de Janeiro de 2002, altura em que projecto terminar o meu trabalho.

A investigadora,

Maria Celeste Bastos Martins de Almeida
Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto
Rua Alvares Cabral, 384
4000 Porto

Telefone: 22-2004130
Email: cbastos@esecp.min-saude.pt

Errata

Na página 103, na 1ª linha do 3º parágrafo, onde se lê:

Tendo em conta que o valor total das respostas poderia ascender...

Deve-se ler:

Tendo em conta que o valor total das respostas, **ao questionário de stress**, poderia ascender...

Na página 107, na última linha, onde se lê:

os doentes apontaram valores elevados de satisfação.

Deve-se ler:

os doentes apontaram valores **médios** de satisfação.