

# Fatores estressantes para o paciente submetido a cirurgia cardíaca

Cristiane Franca Lisboa Gois<sup>1</sup>  
 Olga Maimoni Aguillar<sup>2</sup>  
 Valmira dos Santos<sup>3</sup>  
 Eliana Ofelia Llapa Rodríguez<sup>4</sup>

## Stress factors for patients undergoing cardiac surgery

### Abstract

**Objective.** To describe the stress factors related to cardiac surgery and to the environment in an Intensive Care Unit (ICU). **Methodology.** Exploratory, descriptive and qualitative study based on the statements of patients undergoing cardiac surgery. The data was collected through semi-structured interviews and reviewed using thematic content analysis. **Results.** Four categories emerged: 1) Surgical experience: overcoming fear; 2) the ICU environment and the postoperative period: a difficult experience; 3) unpleasant experiences: thirst, intubation and pain; and 4) relationship with health care professionals: impersonality, professional presence representing safety and comfort, orientation and information representing safety and clarification. **Conclusion.** Two groups of stress factors were identified: the intra personal (thirst, pain and others) and extra personal related to the environment.

**Key words:** thoracic surgery; postoperative period; stress, psychological; intensive care units.

## Factores estresantes para el paciente sometido a cirugía cardíaca

### Resumen

**Objetivo.** Describir los factores estresantes relacionados con la cirugía cardíaca y al ambiente en una unidad de cuidados intensivos (UCI). **Metodología.** Estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo de las narrativas de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. Mediante entrevistas semiestructuradas se recolectaron los datos y se revisó el contenido por análisis temático. **Resultados.** Emergieron cuatro categorías: 1) experiencia quirúrgica: el miedo como algo ya superado; 2) el ambiente de la UCI y el postoperatorio: experiencia difícil; 3) experiencias desagradables: sed, entubación y dolor; y 4) relaciones con profesionales de salud: impersonalidad, presencia profesional que significa seguridad y confort, orientación y formación significado de seguridad y mayores informaciones. **Conclusión.** Fueron identificados dos

1 Enfermeira, Doutora, Professora, Universidade Federal de Sergipe/São Cristovão, Brazil.  
 email: cristianeflg@hotmail.com

2 Enfermeira, Doutora, Professora, Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto, Brazil.  
 email: olgamaimoni@gmail.com

3 Enfermeira, Doutora, Professora, Faculdade de Sergipe/Aracaju, Brazil.  
 email: valkatita@hotmail.com

4 Enfermeira, Doutora, Professora, Universidade Federal de Sergipe/São Cristovão, Brazil.  
 email: elianaofelia@gmail.com

**Subvenciones y ayudas:** ninguna.

**Conflicto de intereses:** ninguno a declarar.

**Fecha de recibido:** 3 de octubre de 2011.

**Fecha de aprobado:** 19 de septiembre de 2012.

**Cómo citar este artículo:** Gois CFL, Aguillar OM, Santos V, Llapa-Rodríguez EO. Stress factors for patients undergoing cardiac surgery. Invest Educ Enferm. 2012;30(3): 312-319.

grupos de factores estresantes: los intrapersonales (sed, dolor, entre otros) y extra-personales, relacionados con el ambiente.

**Palabras clave:** cirugía torácica; periodo postoperatorio; estrés psicológico; unidades de cuidados intensivos.

## Fatores estressantes para o paciente submetido a cirurgia cardíaca

### ■ Resumo ■

**Objetivo.** Descrever os fatores estressantes relacionados a cirurgia cardíaca e ao ambiente numa unidade de tratamentos intensivos (UTI). **Metodologia.** Estudo exploratório, descritivo, qualitativo das narrativas de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas e se revisou o conteúdo por análise temática. **Resultados.** Emergiram quatro categorias: 1) experiência cirúrgica: o medo como algo já superado; 2) o ambiente da UTI e o pós-operatório: experiência difícil; 3) experiências desagradáveis: sede, intubação e dor; e 4) relações com profissionais de saúde: impessoalidade, presença profissional que significa segurança e conforto, orientação e formação significado de segurança e maiores informações. **Conclusão.** Foram identificados dois grupos de fatores estressantes: os intrapessoais (sede, dor, entre outros) e extra-pessoais, relacionados com o ambiente.

**Palavras chave:** cirurgia torácica; período pós-operatório; estresse psicológico; unidades de terapia intensiva.

## Introdução

Com o aumento da sobrevida nos últimos anos no universo das cirurgias valvares e de revascularização do miocárdio,<sup>1,2</sup> vários estudos têm possibilitado a ampliação do conhecimento sobre as alterações que ocorrem com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. Dentre essas alterações destacam-se a qualidade do sono,<sup>3</sup> e distúrbios de estresse pós-traumático.<sup>4,5</sup>

Também vem sendo investigada a experiência de pacientes durante a permanência em unidades de terapia intensiva (UTI) após a cirurgia cardíaca, destacando a visão “esteriotipada” da unidade devido à idéia que têm do ambiente, a qual se traduz de forma negativa. a importância da figura do enfermeiro e a sensação de dor.<sup>6</sup> O valor da família como suporte, salientando o valor da visita,<sup>7</sup> e a experiência da cirurgia cardíaca relatada por pacientes, seis meses após a intervenção.<sup>8</sup> Outros estudos abordaram indicadores de resultados tais como qualidade de vida,<sup>9,10</sup> cuja a avaliação tem revelado melhoria da qualidade de vida após a hospitalização e evento cirúrgico.

Por si só, a hospitalização é um evento estressante e com frequência é narrada como uma experiência traumática. Soma-se a esse, a cirurgia e a certeza de passar alguns dias na unidade de terapia intensiva (UTI). Em um estudo fenomenológico<sup>11</sup> foi revelado que a internação em UTI foi vivida por pacientes como uma experiência de vida fora de controle, onde sentimentos de impotência e o medo do desconhecido geraram experiências de profundo impacto jamais vivido. Em outro, de revisão sistemática, foi evidenciado que essas experiências possuem um grande potencial traumático.<sup>12</sup>

A cirurgia cardíaca e o pós-operatório são acontecimentos marcantes e singulares para o paciente, uma vez que o coração possui um significado muito forte para a manutenção de uma vida saudável, e a cirurgia neste órgão desgasta emocionalmente o paciente e sua família, pela ameaça à vida, ao futuro e a reestruturação do cotidiano.<sup>13</sup> Como os demais pacientes submetidos à cirurgia de grande porte, aqueles submetidos

à cirurgia cardíaca são também encaminhados para a unidade de terapia intensiva, local onde vivenciam experiências diferentes, que são tidas como fontes geradoras de estresse.<sup>14</sup>

Todavia, a despeito desses estudos, poucos têm sido aqueles voltados a investigar narrativas de pacientes com relação à cirurgia e a sua permanência numa unidade pós-operatória especializada, com o propósito de ampliar o conhecimento das fontes geradoras de estresse. O conceito de estresse, usado na área da saúde pela primeira vez por Hans Seley, o denomina como o conjunto de reações desencadeado por um estímulo percebido como ameaçador à homeostase, a uma situação que exige esforço de adaptação.<sup>15</sup>

A influência de fontes geradoras ou estimuladoras de estresse é reconhecida pelas enfermeiras teóricas Betty Neuman e Jean Watson.<sup>16</sup> A primeira construiu um modelo teórico a partir de uma visão multidimensional de indivíduos que se encontram em constante interação com estressores ambientais, dentre esses os intrapessoais. Nesse modelo, as intervenções visam à redução dos fatores de estresse e das condições adversas que são potenciais ou reais em qualquer situação clínica. Para Watson, o estresse é um fator importante, que causa desarmonia, afeta a saúde e desencadeia doença. A compreensão das percepções que a pessoa tem da sua situação na qual se encontra ajuda a enfermeira a preparar um plano para aliviar o estresse do acontecimento.<sup>16</sup>

Assim, devido à base de conhecimento limitada sobre a percepção subjetiva do paciente em relação à cirurgia cardíaca e permanência em uma UTI, o presente estudo teve por objetivos: investigar nas narrativas de pacientes os fatores estressantes relacionados à cirurgia cardíaca e ao ambiente da UTI.

## Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, que buscou identificar nas

narrativas dos pacientes os fatores estressantes relacionados à cirurgia cardíaca e ao ambiente da UTI. O estudo foi desenvolvido no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto (HCRP), junto à enfermaria da clínica cirúrgica, local onde os pacientes são encaminhados após receberem alta da Unidade Pós-operatória de Cirurgia Torácica e Cardiovascular.

A coleta dos dados iniciou após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética desse hospital. Dessa forma o estudo seguiu as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos contidas na resolução de Helsinque (1989) que fundamentam a RESOLUÇÃO 196/96 do Conselho Nacional da Saúde. A população do estudo foi constituída por pacientes submetidos à cirurgia cardíaca que permaneceram internados na UTI e posteriormente transferidos para a clínica cirúrgica. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais, estar consciente e orientado, e concordar em participar do estudo. Diante desses critérios, a amostra estudada foi composta por oito pacientes adultos submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio ou valvar. Não houve recusa em participar do estudo.

Os potenciais pacientes foram convidados a participar do estudo. Inicialmente foram apresentados os objetivos e a condução da pesquisa, em seguida foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a concordância, foi assinado o TCLE pelos participantes e pesquisador. Foi garantida a não identificação dos pacientes nos resultados desta investigação. Assim, para garantir o sigilo, estes foram identificados pela palavra “paciente” seguida do número que correspondiam (exemplo: paciente 1).

Com o intuito de melhor apreender a realidade contextual de cada um dos pacientes foi utilizado um instrumento contendo duas seções. Uma, com os itens sexo, idade, situação civil, grau de escolaridade; itens sobre dados clínicos do paciente e tempo médio de internação na UTI. Outra seção com a seguinte questão orientadora: “Gostaria que o senhor (a) me falasse sobre a sua experiência de ter sido submetido (a) à cirurgia

cardíaca e de ter permanecido na unidade especializada após a cirurgia. Como o (a) senhor (a) descreveria?” Essa questão foi elaborada sem a inclusão dos termos estresses, estressores ou fatores estressantes, com a intencionalidade de evitar indução às respostas. O método adotado foi entrevista semiestruturada com a técnica narrativa. Todos os participantes do estudo foram entrevistados por uma das pesquisadoras. As entrevistas foram gravadas. A amostra foi delimitada utilizando-se da técnica de saturação. Quando as convergências dos conteúdos das falas dos pacientes apresentaram repetições, a coleta dos dados foi encerrada.<sup>17</sup>

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e as gravações foram conservadas para possibilitar informação paralingüística.<sup>18</sup> A análise dos dados deu-se mediante análise de conteúdo, na modalidade análise temática.<sup>18</sup> Consideram-se assim as seguintes etapas: a) leitura fluente das entrevistas a fim de “tomar” parte do conteúdo das entrevistas e conhecer a realidade de cada paciente; b) agrupamento dos depoimentos, destacando as unidades significantes; c) reagrupamento das diferentes unidades em grandes categorias, adicionando as variantes das falas para o mesmo tema. Ao final da análise emergiram as categorias analíticas.

## Resultados

Entre os oito pacientes estudados, a idade variou entre 25 e 73 anos, seis eram do sexo masculino e sete eram casados ou viviam com companheiro (a). Em relação ao grau de instrução, cinco possuíam o primeiro grau incompleto, dois primeiro grau completo e um não era alfabetizado. Dentre os tipos de cirurgia, quatro foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio e quatro à correção de valva cardíaca. Apenas um dos pacientes apresentou complicações no pós-operatório, e na análise dos dados esse fator não se mostrou relevante. No tocante à permanência dos pacientes na UTI, verificou-se que o tempo médio de internação foi de 49 horas.

As falas dos pacientes levaram à identificação de quatro categorias analíticas: experiência cirúrgica: o medo como algo já superado; ambiente da UTI e pós-operatório: experiência difícil; experiência desagradável: sede, tubo e dor; as relações com os profissionais de saúde: impessoalidade, presença profissional significando segurança e conforto; e orientação e informação significando segurança e esclarecimento.

**Experiência cirúrgica: o medo como algo já superado.** A experiência da cirurgia significou, para alguns pacientes, a última alternativa, um procedimento necessário e de grande risco: *eu vinha tentando de outra maneira desobstruir as veias, mas, como não houve sucesso... partir para uma técnica que vem a ser a cirurgia* (paciente 4). *Na condição que eu estava... então o remédio não adiantava... o remédio era a cirurgia* (paciente 7). *Eu descreveria uma cirurgia de grande risco* (paciente 4). *Fiz outras cirurgias, mas que nem essa não* (pausa) *igual a essa não* (paciente 5). A percepção de resultado positivo, amenizando ou anulando a sensação de medo do período pré-operatório, foi abstraída na fala de alguns participantes: *com medo, a gente vai mesmo* (paciente 2). *Tô satisfeito, então esse medo, àquela coisa, parece que enterrei num lugar... se tivesse que fazer outra eu até faria* (paciente 6).

**Ambiente da UTI e pós-operatório: experiência difícil.** De acordo com a experiência vivenciada, a UTI e o pós-operatório de cirurgia cardíaca, são percebidos por alguns pacientes como isolamento, período difícil: *a gente fica isolada, sem ter uma pessoa da família* (paciente 1). *A recuperação que é difícil, não é fácil não, a gente precisa ter força de vontade* (paciente 3). *O mais custoso é ficar lá aqueles três dias* (paciente 7). Alguns pacientes referiram o estado de restrição, a mobilidade diminuída, e a dependência em que se encontravam: *a única coisa que tenho a reclamar mesmo é sobre ficar deitado demais, não pode levantar, não pode sair, não pode nada...* (paciente 2). *A gente quer subir logo para a enfermaria por que aqui tem liberdade* (paciente 3). *Queimava as costas, por que você fica numa posição muitas horas* (paciente 6). *Aqui em cima já é bem melhor por que você se movimenta, você anda, vai para lá,*

*vem para cá, vai ao banheiro...* (paciente 8). O barulho produzido pelos aparelhos e profissionais, não conseguir dormir e a atemporalidade foram também identificados: *tem alguns aparelhos lá que apitam bastante... não conseguia dormir* (paciente 1). *O telefone perturba... na hora que você tá cochilando ele toca muito alto* (paciente 2). *Eu começava a querer dormir, aquele barulho de gente... eu não dormir de jeito nenhum* (paciente 7). *Que lugar estranho... você não sabe se é dia ou noite* (paciente 5).

**Experiência desagradável: sede, tubo e dor.** A sede se refletiu como um fator muito estressante para alguns pacientes: *sede, dá bastante... é muito difícil* (paciente 1). *A gente quase morre de sede* (paciente 2). *O duro é a sede, dá uma sede que você vê a pessoa lavando o chão... escuta aquele barulho de água, àquela coisa, dá vontade de pular lá* (paciente 6). *Eu quase morri de sede* (paciente 7).

A cânula endotraqueal se refletiu como uma experiência ruim e desesperadora: *you vai acordando, acordando, percebendo uma coisa assim na garganta* (paciente 6). *Eu achei que ia morrer, aquele troço na minha boca... àquela mangueira, entrei em pânico* (paciente 8). A desentubação se refletiu negativamente: *Acordei... eu tava sendo desentubado... falaram para ter calma que não ia doer... senti muita dor na hora* (paciente 2). *Após a cirurgia, a desentubação... eu achei muito ruim* (paciente 3).

A dor foi um sintoma referenciado pelos pacientes, estando relacionada à incisão cirúrgica, à náusea e a longa permanência no leito: *dor em si do peito, àquela dor tava demais* (paciente 8). *A única coisa que me incomodou foi o vômito... por que depois que você começa, você evita e dá ânsia, e depois é aquela dor intensa* (paciente 5). *Era uma dor nas costas que era a mesma coisa de tá arrancando um osso lá dentro* (paciente 2).

**As relações com os profissionais de saúde: impessoalidade, presença profissional significando segurança e conforto; orientação e informação significando segurança e esclarecimento**

A impessoalidade com relação aos profissionais de saúde foi uma característica abstraída das falas de alguns pacientes quando se referiam ao atendimento recebido pelos membros da equipe de saúde: *me levaram para o centro cirúrgico... eles tratam a gente muito bem* (paciente 1). *O cara que aplica a anestesia conversou comigo, foram dois rapazes... não lembro o nome* (paciente 2).

A não identificação dos profissionais de saúde pelo nome significou uma característica natural entre alguns dos entrevistados. Pelo fato do presente estudo ter sido desenvolvido em um hospital universitário, talvez explique a impessoalidade observada através das falas dos pacientes quando se referiam à assistência recebida, uma vez que em hospitais de ensino o paciente é constantemente abordado por muitos profissionais, docentes e alunos, dificultando a retenção na memória dos nomes.

Mesmo sem identificar os membros da equipe de saúde pelos nomes, a presença dos profissionais significou segurança e conforto: *não te deixam nem um minuto* (paciente 1). *Cada enfermeira fica para uma pessoa, àquela enfermeira fica sempre atenta* (paciente 2). *O fisioterapeuta tem me ajudado muito* (paciente 3). *As enfermeiras e os médicos são amigos da gente, então eu me senti segura* (paciente 5).

A orientação e a informação significaram saber o que iria ocorrer, acontecer o planejado: *eu lembrei de tudo aquilo que era planejado pela equipe da cárdio* (paciente 4). Por outro lado, outros pacientes, mesmo tendo sido informados e orientados a respeito do pós-operatório, apresentaram narrativas contraditórias: *eu acho que é uma tensão a gente não saber o que vai acontecer* (paciente 1). *A maior dificuldade é o desconhecimento* (paciente 3). Possivelmente essa contradição esteja justificada pela exposição a altos níveis de estresse.

## Discussão

**Experiência cirúrgica: o medo como algo já superado.** Observou-se que alguns pacientes

demonstraram sentimento de “etapa vencida”, como se sentissem que o pior já havia passado. O medo foi um sentimento mais remetido ao período pré-operatório, quando se referiram à tensão inerente a esse momento que antecede a cirurgia.

**Ambiente da UTI e pós-operatório: experiência difícil.** Os resultados coincidem com a literatura nacional e internacional que considera a permanência na UTI o período mais difícil para o paciente, por se encontrar numa situação nova, cercado por aparelhos e exposto a ruídos,<sup>19-22</sup> gerando estresse e alteração emocional.<sup>23</sup> A falta de referencial do dia e da noite foi identificada em um estudo desenvolvido no Brasil com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca que permaneceram na UTI no pós-operatório.<sup>6</sup> Para os autores a atemporalidade é uma questão mais complexa do que se poderia imaginar a princípio, significando “uma privação do que esta estrutura temporal simbolicamente significa, ou seja, uma maneira de reorganizar-se, reestruturar-se e reconhecer-se diante da vida”.<sup>6</sup>

**Experiência desagradável: sede, tubo e dor.** Durante as primeiras horas do pós-operatório de cirurgia cardíaca é mantido um controle hídrico rigoroso a fim de diminuir os riscos de complicações provenientes do excesso de líquido no espaço extracelular. Por outro lado, o paciente sente-se agredido com a limitação de ingestão de líquidos, chegando algumas vezes ao desespero, por não entender ou não aceitar esse controle. Outros estudos têm identificado a sede como um fator estressante para os pacientes numa UTI. Um estudo realizado na Espanha utilizando abordagem qualitativa identificou a sede como um dos fatores causadores de ansiedade para pacientes nas primeiras 24 horas após a cirurgia cardíaca.<sup>24</sup> Outro desenvolvido com pacientes jordanianos que permaneceram internados em uma UTI, utilizando a escala “Care Unit Environmental Stressor Scale” identificou a sede como um dos fatores mais estressantes.<sup>23</sup> Tais resultados corroboram com o entendimento de Newman a respeito da privação como fator estressante.<sup>16</sup>

No presente estudo, a cânula endotraqueal se refletiu como uma experiência ruim e desesperadora. Os resultados vêm ao encontro

da literatura. Pesquisas realizadas no Brasil e em outros países com pacientes que permaneceram entubados em uma UTI identificaram que a presença de tudo endotraqueal significa um dos fatores mais estressantes para os pacientes.<sup>19-21,23,25-27</sup> De acordo com os alguns autores, uma explicação para o estresse provocado pelo tubo endotraqueal no paciente seria a sua aspiração, uma vez que durante o período em que o paciente permanece entubado, há necessidade de o tubo ser aspirado regularmente para manter as vias aéreas pérvias.<sup>27</sup>

A dor foi um sintoma referenciado pelos pacientes, estando relacionada à incisão cirúrgica, à náusea e a longa permanência no leito. Resultados de outros estudos corroboram com os apresentados. Uma pesquisa desenvolvida com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca relacionou o sintoma da dor a vários fatores como a procedimento anestésico-cirúrgico, ao estado psicológico do paciente e ao ambiente da UTI.<sup>28</sup> Em outro estudo a dor referida pelos pacientes foi analisada como um sintoma subjetivo e incapaz de se prever com antecedência, o qual pode estar associado aos procedimentos realizados e desconforto físico.<sup>6</sup> De qualquer forma, a dor referida por esses pacientes pode ser concebida como estressor interno.

As relações com os profissionais de saúde: impessoalidade, presença profissional significando segurança e conforto; orientação e informação significando segurança e esclarecimento. A não identificação dos profissionais de saúde pelo nome significou uma característica natural entre alguns dos entrevistados. Pelo fato do presente estudo ter sido desenvolvido em um hospital universitário, talvez explique a impessoalidade observada através das falas dos pacientes quando se referiam à assistência recebida, uma vez que em hospitais de ensino o paciente é constantemente abordado por muitos profissionais, docentes e alunos, dificultando a retenção na memória dos nomes.

A cirurgia cardíaca e a permanência na UTI são acontecimentos singulares que fragilizam emocionalmente o paciente. Nesse sentido, saber que está sendo cuidado por profissionais de saúde que estão sempre presentes, transmitindo

segurança e conforto se reflete como proteção. Uma explicação que vem ao encontro do observado no presente estudo talvez seja que, durante a permanência na UTI, o paciente pode regredir para um padrão infantil de comportamento e um estado de dependência, pois tem de confiar em estranhos para a realização de tarefas simples como higiene, alimentação ou mudança de posição no leito.<sup>19</sup> Em estudo realizado num hospital universitário do Rio de Janeiro com pacientes que permaneceram internados numa UTI, esses demonstraram satisfação com a assistência de enfermagem intensivista, e os fatores estressores que os incomodaram foram os físicos e os ambientais.<sup>29</sup>

Considerações finais. Os pacientes, em suas narrativas, viam a cirurgia como uma etapa a ser cumprida, pois era a única opção frente ao estado de saúde em que se encontravam. O medo esteve presente no pré-operatório e os pacientes referiram esse sentimento como esperado para quem vai se submeter a uma intervenção cirúrgica como a cardíaca. Esse medo pode ser considerado como um fator potencialmente estressante.

A sede, o tubo endotraqueal e a dor surgiram com muita frequência nas narrativas, os quais foram considerados pelas autoras como fatores potencialmente estressantes. Acredita-se que o estresse provocado pelo controle hídrico via oral assim como pelo tudo endotraqueal e a desentubação e pela dor podem ser amenizados com a adoção de medidas estratégicas.

Os enfermeiros, diante dos fatores estressantes identificados, podem intervir utilizando técnicas de intervenções para aliviar a dor do paciente e promover uma atmosfera na qual o descanso seja possível, com um ambiente com menos luminosidade, barulho e com a menor interrupção possível. Nas narrativas puderam-se identificar dois grandes grupos de estressores: intrapessoais e extra-pessoais. Os intrapessoais foram: sede, dor, privação do sono, mobilidade diminuída, tubo e atemporalidade. E fatores estressores extra-pessoais mais significativos foram aqueles relacionados ao ambiente: barulho de várias natureza e luminosidade. Ressalta-se que quando verbalizados, esses fatores se fizeram acompanhar

de expressões e entonações vocais que induziram ao entendimento de serem fatores altamente estressantes.

Assim, os resultados do presente estudo possibilitaram a compreensão, a partir das narrativas dos pacientes, de situações estressantes que poderão ser previstas no planejamento da assistência da enfermagem nesse setor, com vistas à redução do impacto desses estressores. Desse modo, o estudo fornece subsídios para melhoria da prática de enfermagem do serviço onde foi desenvolvido, com vistas à promoção de uma assistência que atente para as necessidades do paciente cardíaco cirúrgico e para a diminuição do impacto dos fatores potencialmente estressantes detectados e seus efeitos negativos na homeostase e recuperação do paciente.

## Referências

1. Hellgren L, Kvidal P, Stahle E. Improved early results after heart valve surgery over the last decade. *Eur J Cardiothoracic Surg.* 2002; 22(6):904-11.
2. Pavie A, Doguet F, Bonnet N. Prognostic factors of coronary artery bypass surgery. *Arch Mal Coeur Vaiss.* 2007; 100(2):128-32.
3. Hunt JO, Hendrata MV, Myles PS. Quality of life 12 months after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung.* 2000; 29(6):401-11.
4. Stoll C, Schelling G, Goetz AE, Kilger E, Bayer A, Kapfhammer HP, et al. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2000; 120(3):505-12.
5. Schelling G, Richter M, Rozendall B, Rothenhausler HB, Krauseneck T, Stoll C, et al. Exposure to high stress in the intensive care unit may have negative effects on health-related quality of life outcomes after cardiac surgery. *Crit Care Med.* 2003; 31(7):1971-80.
6. Guirardello EB, Romero-Gabriel CAA, Pereira IC, Miranda AF. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enf USP.* 1999; 33(2):123-9.

7. Kruger J, Echer IC. Perception and feelings of patients in the immediate postoperative period in heart surgery in relationship with the visit. *Rev Gaucha Enferm* 2000; 21(1):123-37.
8. Gardner G, Elliott D, Gill J, Griffin M, Crawford M. Patient experiences following cardiothoracic surgery: An interview study. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005; 4(3):242-50.
9. Elliott D, Lazarus R, Leeder SR. Health outcomes of patients undergoing cardiac surgery: repeated measures using Short Form-36 and 15 Dimensions of Quality of Life questionnaire. *Heart Lung*. 2006; 35(4):245-51.
10. Favarato ME, Hueb W, Boden WE, Lopes N, Nogueira CRSR, Takiuti M, et al. Quality of life in patients with symptomatic multivessel coronary artery disease: a comparative post hoc analyses of medical, angioplasty or surgical strategies-MASS II Trial. *Int J Cardiol*. 2007; 116(3):364-70.
11. Corrigan I, Samuelson, KA, Fridlund B, Thomé B. The meaning of posttraumatic stress-reactions following critical illness or injury and intensive care treatment. *Intensive Crit Care Nurs*. 2007;23(4):206-15.
12. Caiuby AVS, Andreoli PBA, Andreoli SB. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2010; 22(1):77-84.
13. Oliveira MFP, Sharovski LL, Ismael SMC. Aspectos emocionais no paciente coronariano. In: Oliveira MFP, Ismael SMC. (Org). *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. São Paulo: Papyrus, 1995. p.185-98.
14. Gois CFL, Dantas RAS. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(1):22-7.
15. Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw-Hill, 1956.
16. George JB. *Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional*. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
17. Haber J. Amostragem. In: LOBIONDO-WOOL, G.; HABER, J. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
18. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa (Portugal): Edições 70; 1977.
19. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel, E. Estressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Med*. 1997; 23:1282-85.
20. Seidler HE, Moritz R. Recordações dos principais fatores que causam desconforto nos pacientes durante a sua internação em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 1998; 10(3):112-8.
21. Novaes MA, Knobel E, Bork AN. Estressores em UTI: percepção do paciente, família e equipe de saúde. *Intensive Care Med*. 1999; 25:1421-26.
22. Pereira RP, Toledo RN, Amaral JLG, Guilherme A. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. *Rev Bras Otorrinolaringologia*. 2003; 69(6):766-71.
23. Hweidi IM. Jordanian patients' perception of stressors in critical care units: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(2):227-35.
24. Pérez TE, Almencija OM, Almencija OMP, Pérez PP, Al-Bustani ABF, Pérez VT. Anxiety in the postoperative period following cardiac surgery. *Rev Enferm* 2000; 23(7-8):494-8.
25. Soehren P. Stressors perceived by cardiac surgical patients in the intensive care unit. *Am J Crit Care* 1995; 4(1): 71-6.
26. Pedrotti D, Magotti A, Ricci N, Gottardi M. Perception of stress factors among patients admitted to an intensive care unit. *Assist Inferm Ric* 2002; 21(3): 131-5.
27. Van de Leur JP, Van der Schans CP, Loef BG, Deelman BG, Geertzen JHB, Zwaveling JH. Discomfort and factual recollection in intensive care unit patients. *Crit Care*. 2004; 8(6):467-73.
28. Ferguson JA. Pain following coronary artery bypass grafting: na exploration of contributing factors. *Intensive Crit Care Nurs*. 1992; 8(3):153-62.
29. Souza SROS, Silva CA, Mello UM, Ferreira CN. Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(2): 201-5.