

HEINRICH BENDER KOHNERT SEIDLER

**RECORDAÇÕES DOS PRINCIPAIS FATORES QUE
CAUSAM DESCONFORTO PARA OS PACIENTES,
DURANTE A INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

FLORIANÓPOLIS

1998

HEINRICH BENDER KOHNERT SEIDLER

**RECORDAÇÕES DOS PRINCIPAIS FATORES QUE
CAUSAM DESCONFORTO PARA OS PACIENTES,
DURANTE A INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE
TERAPIA INTENSIVA**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

Coordenador do Curso: Edson Cardoso

Orientadora: Rachel Duarte Moritz

FLORIANÓPOLIS

1998

Seidler, Heinrich Bender Kohnert. *Recordações dos principais fatores que causam desconforto para os pacientes, durante a internação em uma unidade de terapia intensiva*. Florianópolis, 1998. 40p.

Trabalho de conclusão no Curso de Graduação em Medicina, - Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Recordação 2. Desconforto 3. Unidade de Terapia Intensiva

AGRADECIMENTOS

À Rachel Duarte Moritz, pela orientação do trabalho

À Ana Cristina Búrigo Grumann, pelo apoio constante

À Helena Kleist Clark Nunes, pelo amor e prestabilidade

Aos meus pais, pela indicação do caminho científico

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	3
ÍNDICE	4
1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVO	7
3. MÉTODO.....	8
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSSÃO	19
6. CONCLUSÕES.....	29
7. REFERÊNCIAS.....	30
RESUMO	34
ABSTRACT	35
ANEXO	36

1. INTRODUÇÃO

Unidades de Terapia Intensiva (UTI.) são freqüentemente consideradas como lugares desagradáveis^{1,2}. Alguns artigos comentam as seqüelas psicológicas adversas nos pacientes^{1,2,3}, indo desde apatia, perda de julgamento e agitação até sintomas psicológicos como a alucinação e o delírio. Manifestações moderadas de alterações psicológicas ocorreram em estudantes de medicina saudáveis submetidos a rotina de uma UTI.³, o que sugere que o ambiente da UTI., além da doença de base, pode ser responsável por distúrbios do comportamento.

Uma revisão da literatura mostra apenas alguns relatos pessoais e estudos científicos sobre a estadia na UTI.³⁻¹⁰. A literatura sobre as observações pessoais^{9,10} cobre uma variedade de desordens e cenários; apesar de esclarecedor e informativo, seus relatos podem não refletir as reações da maioria dos pacientes, já que são descritos por profissionais da área médica. Estudos realizados na Inglaterra e África do Sul avaliaram aspectos gerais da recordação da UTI.^{3,5}. Houve diferenças quanto ao perfil do paciente, regime de tratamento e expectativa dos pacientes.

Uma avaliação das recordações dos pacientes críticos revelam vários fatores estressantes relacionados a doença e ao ambiente. As queixas mais freqüentes se relacionaram a dificuldade em descansar e dormir, dor, fisioterapia, imobilidade, sede, punção arterial, sucção traqueal, estruturas atadas à face e ansiedade³⁻⁸.

Apesar do enfoque desses estudos serem os fatores estressantes muitos pacientes se referiram ao impacto geral da estadia na UTI. como positivo ou neutro^{3,5,6,9}. Simpson⁵ procurou realizar um estudo não limitado aos aspectos negativos da experiência na U.T I. Em seu relato, a maioria dos pacientes lembrou as atitudes médicas como positivas ou neutras. No entanto, a maior

parte dos entrevistados considerou o impacto geral como negativo. Dor e privação do sono foram os principais responsáveis por esse resultado.

De fato, a dor foi relatada como o principal fator estressor. Nos estudos de Bion², Jones³, e Simpson⁵, aproximadamente 40% dos entrevistados relataram dor, sendo que no primeiro caso 66% dos pacientes à consideraram muito desconfortável. Além disso, esse sintoma foi uma das causas mais frequentes de privação do sono⁵ e grande fonte de preocupação para os internados³. Apesar de estarem cientes de que alguma dor é inevitável, a frequência de relatos de dor preocupou os autores, já que os pacientes estiveram submetidos à sedação e analgesia.

As diferenças regionais envolvendo paciente, equipe médica e ambiente, torna necessário a obtenção de detalhes das recordações dos pacientes, pertinentes a situação particular de cada hospital. Os aspectos avaliados podem trazer para a equipe médica informações quanto as expectativas e medos dos pacientes, e desse modo colaborar com o aperfeiçoamento do atendimento em terapia intensiva. Do mesmo modo que a identificação de causas tratáveis de dor pode ser útil em seu manejo.

2. OBJETIVO

Avaliar quais são os principais fatores que causam desconforto aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina.

3. MÉTODO

Este é um estudo transversal, observacional, não controlado, individual, contemporâneo, que foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Santa Catarina, após aprovação da comissão de ética do referido hospital. Essa UTI é uma unidade de atendimento multidisciplinar com seis leitos sendo um leito de isolamento.

Tendo por base a literatura revisada foi realizado um estudo piloto, quando entrevistou-se 10 pacientes. Após essa etapa o questionário foi reformulado e deu-se início ao presente trabalho.

Foram então entrevistados 60 pacientes, que haviam recebido alta da UTI. Foram excluídos os pacientes provenientes ou transferidos para outra UTI, que haviam permanecido menos de 24 horas nessa unidade, aqueles sem condições físico ou mentais de responder ao questionário ou que se recusassem a respondê-lo. Não houve nenhuma interferência sobre tratamento efetuado na UTI, incluindo sedação e analgesia.

Os dados foram coletados em duas etapas e registrados em um protocolo (Anexo 1).

A primeira etapa constituiu-se da aquisição de dados objetivos incluindo informações demográficas (idade e sexo), diagnóstico de internação na UTI, avaliação da gravidade inicial, regime de sedativos e analgésicos e a instituição de procedimentos próprios da UTI que, segundo a literatura^{2,3,4,5,8,11}, são considerados desconfortáveis (Anexo 1).

Foi considerado paciente idoso aquele com idade maior ou igual a 60 anos. A gravidade inicial foi determinada pela pontuação (*score*) da Avaliação da Fisiologia Aguda e da Saúde Crônica (APACHE) II¹². Considerou-se fármacos

analgésicos aqueles administrados com o objetivo de aliviar a dor. Foram excluídos aqueles que, apesar de possuir poder analgésicos, foram utilizados com outra finalidade, como por exemplo, dipirona quando indicada para exercer efeito antipirético.

A segunda etapa consistiu na indagação aos pacientes sobre suas lembranças e julgamentos quanto à eventos específicos da UTI. Essa etapa foi realizada em um período de 5 a 10 dias após o paciente ter recebido alta desse setor. O questionário foi aplicado pelo pesquisador, que explicava os termos utilizados de um modo que o/a paciente pudesse entender.

Através de um questionário específico (Anexo) foi avaliado o grau de recordação dos pacientes. Foi também questionado aos mesmos sobre a sua preferência de ter ou não recordação de sua internação na UTI. Outros itens perguntados foram: as suas melhores e piores recordações dessa unidade e a sua preferência quanto às visitas recebidas. Para determinar a acurácia de recordação considerou-se até cinco pontos uma recordação pobre e acima de 5 uma recordação acurada.

Finalmente, questionou-se sobre a recordação da dor que o paciente, por ventura, tenha sentido na UTI. A intensidade foi avaliada por escalas análogo visuais¹³

Os dados foram analisados por estatística descritiva e teste Chi-quadrado(X^2) para tabelas.

4. RESULTADOS

Ocorreram 149 internações no período de coleta de dados. Quarenta e dois pacientes faleceram na UTI , 15 estiveram internados por menos de 24 h, 22 receberam alta hospitalar em um período menor que 5 dias , 09 pacientes eram incapazes de se comunicar com o entrevistador e 01 não consentiu a entrevista.

A idade média foi de 54.5 anos, variando de 16 a 83, com desvio padrão(DP) de 19.2 , sendo que 31 pacientes tinham 60 anos ou mais. A proporção de masculino para feminino foi de 65:35. O tempo médio de internação foi de 4,28 dias, variando de 1 a 30 dias com DP de 6,46. Apenas 5 pacientes permaneceram internados por mais de 7 dias.

Os principais motivos que levaram à internação dos pacientes estão resumidos na tabela I. A pontuação média pelo APACHE II foi de 16,18 (variando de 6 a 32, com DP de 7,58). Os pacientes que participaram da entrevista foram comparados com a população de geral de pacientes críticos internados nesse período. Não houve diferença em relação à idade destes pacientes (55 anos), no entanto o APACHE II de admissão deste grupo era de 19,51

A tabela II mostra os principais sedativos e analgésicos utilizados. Apenas 02 pacientes não receberam qualquer tipo de sedativo ou analgésico. A morfina foi utilizada por um total de 25 pacientes e o fentanil por 15. O midazolam foi empregado em 16 dos entrevistados. O propofol foi utilizado em 4 pacientes, sendo que em todos os casos também foi utilizado midazolam. O haloperidol foi usado em associação com midazolam em outros dois pacientes e isoladamente em outros dois. O diazepam teve administração parenteral em 03 pacientes, mas sempre associado com midazolam parenteral. O tramadol foi usado em 12 pacientes, sendo que em 5 deles essa foi a única forma de analgesia. Utilizou-se

a meperidina em 03 pacientes, sendo que em apenas um ela foi usada sozinha. Em 11 casos utilizou-se apenas algum analgésico fraco (dipirona, paracetamol e/ou AINE).

A recordação de eventos da internação na UTI está demonstrada na tabela III. Apenas 1/3 dos pacientes estavam satisfeitos com a percepção que eles tiveram da passagem do tempo e 35% conseguiram notar a transição entre o dia e a noite. Vinte e um pacientes sabiam quantos dias tinham ficados internados, excluindo os que tinham recebido essa informação de outra pessoa. Dos 26 pacientes que recordaram da admissão na UTI, apenas 5 eram pacientes cirúrgicos. Nos casos em que utilizou-se o tubo orotraqueal, somente 1 paciente recordava da internação. Quarenta e seis entrevistados (80,7%) lembravam de alguma visita que tinha recebido, mas apenas 23 pacientes (40,3%) lembravam de todas as visitas.

Vinte pacientes tiveram uma recordação pobre da internação (5 pontos ou menos), sendo que seis pacientes negam qualquer recordação. A recordação foi pobre em dez pacientes cirúrgicos (41,6%), e em 11 não cirúrgicos (30,5%) [$X^2=0,78$ e $p= 0,37$]. A influência da idade e midazolam estão sumarizadas na tabela IV. A idade parece ter certa influência na memória, apesar de não ter significância estatística. O midazolam, entretanto prejudicou de maneira significativa a acurácia de recordação. A gravidade da doença, medida pela pontuação (score) APACHE II se relaciona direta e inversamente com a acurácia de recordação(Fig. 1).

Vinte e três pacientes (38,3%) relataram que gostariam de não lembrar da internação, Enquanto que 37(61,6%) consideram melhor lembrar. Não houve relação entre o desejo de amnésia ou lembrança com uma recordação pobre ou acurada ($X^2 = 2,69$ e $p= 0,1$).

Trinta e cinco dos pacientes entrevistados (58,3%) fizeram a avaliação geral sobre a internação na UTI em termos positivos, oferecendo comentários como “A UTI foi responsável pela minha rápida recuperação”, “Ótimo, sem palavras para agradecer” e “Experiência positiva, principalmente pelo atendimento individualizado”. Em 12 desses casos o enfoque do comentário foi o atendimento atencioso e/ou intensivo e em 11 a melhora da condição física. Motivos diversos constituíram os demais comentários. Três pacientes consideraram a experiência neutra, 17 pacientes se referiram à internação como algo negativo, utilizando-se de frases como “Ruim, por estar longe de pessoas conhecidas” e “Terrível, lugar para morrer”. Cinco entrevistados preferiram não opinar por não terem recordação da internação.

As melhores e piores recordações (espontâneas) estão expostas na tabela V e VI respectivamente. Quinze pacientes, no entanto, negaram qualquer lembrança boa, enquanto 19 negaram alguma má recordação.

A tabela VI apresenta as lembranças de algumas experiências do período de internação e o desconforto por elas causado. Vinte e cinco pacientes referiram dor. A dor teve uma intensidade média pela EAV de 6,8, sendo a angina a causa mais citada (42,7%), seguido de dor na região do corte cirúrgico (37,5%). As demais causas foram eventos isolados. Vinte pacientes referiram conseguir comunicar à equipe que estavam com dor (80%), enquanto que 18(72%) percebiam alguma atitude dos médicos ou enfermeiras para aliviá-la. Onze pacientes saíram da UTI com dor.

A conversa da equipe de saúde foi a principal causa de barulho para 62,5% dos pacientes com esta queixa. Para 20,8% a principal causa eram alarmes e barulho de funcionamento de aparelhos. Em 12,5 % dos casos a origem do barulho era pelo movimento de pessoas. A dificuldade em dormir ocorreu em 45% dos pacientes. Ausência de sono foi a principal causa da dificuldade em

dormir (8 pacientes), seguida de dor(7 pacientes), Iluminação(5 pacientes) e barulho (4 pacientes). Dezesseis pacientes relataram ter medo de procedimentos, no entanto 25 pacientes referem ter recebido explicações prévias, enquanto que 14 negavam. Os demais pacientes não lembravam.

Cinqüenta e sete pacientes receberam visitas. Quarenta e seis (80,7%) consideraram válido receber, 1 paciente se mostrou indiferente, 2 preferiam não receber , 3 não receberam e 8 pacientes optaram por não responder essa questão por não lembrar de ter recebido.

Tabela I - motivos da internação

Motivo da internação	Pacientes n°
IAM	15
PO eletivo	17
PO Emerg	7
I Rp Ag	4
Sepse	4

IAM, infarto agudo do miocárdio; PO, pós operatório; IRpAg, insuficiência respiratória aguda.

Tabela II - Sedação/Analgesia

Droga	pacientes (n°)
DZP	9
MDZ+FNT	8
MDZ+Morf	6
Morf	6
DZP+Morf	5
Tramadol	5
FNT	2
FNT+Morf	2
Haloperidol	2
MDZ	1
MEPERIDINA	1

DZP, Diazepam; MDZ, Midazolam; Morf., morfina; FNT, Fentanil

Tabela III - Lembrança de eventos da internação na UTI

Eventos	total de pacientes	recordaram	% pacientes
Ventilação mecânica	22	4	18,1
Passagem do tempo	60	20	33,3
Transição dia/noite	60	21	35
Duração da internação	60	21	35
Admissão na UTI	60	27	45,7
Tubo orotraqueal	27	17	62,9
Sonda nasogástrica	29	19	65,5
Eletrodos	60	45	75
Visitas	57	46	80,7

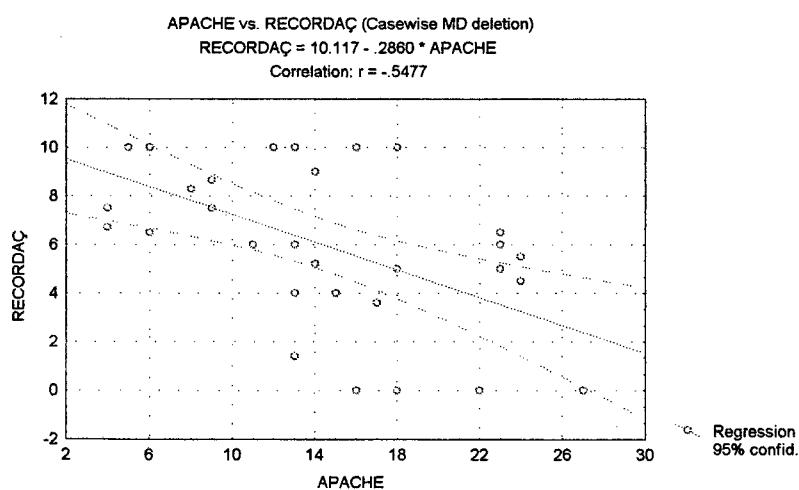
**Figura1 - Relação entre gravidade de internação- escore APACHE II e acurácia de recordação.**

Tabela IV - Influência do MDZ na acurácia de lembrança

Recordação	S/ MDZ	C/MDZ
pobre	6 (28,5%)	15 (71,4%)
acurada	38 (97,4%)	1(2,5%)

MDZ, Midazolam

Tabela V - Melhor recordação (Espontânea)

Recordação	pacientes (n°)
Tratamento atencioso	13
Atendimento intensivo	8
Melhora clínica	5
Visitas	5
Alta da UTI	3
Controle da dor	2

Tabela VI - Pior recordação (Espontânea)

Recordação	pacientes (n°)
Imobilidade	5
Possibilidade de morrer	4
Tubo orotraqueal	4
Condição física	4
Dor	3
Falta de privacidade	3
Não atendimento	3
Internação	3
Alteração da consciência	2

Tabela VII - Lembrança de experiências desconfortáveis

Experiência lembrada	pacientes (n°)/total	% pacientes	moderad/muito desconf	% pacientes
Tot	17/27	41,6	16	94,1
Asp. Traqueal	12/26	62,9	11	91,6
Medo da morte	21/60	35	19	90,4
Barulho	24/60	40	19	79,1
Dor	25/60	41,6	19	76
Ventilação mecânica	4/22	18,1	3	75
Falta de privacidade	12/60	20	9	75
Ansiedade	34/60	56,6	25	73,5
Dificuldade em dormir	27/60	45	18	66,6
Imobilidade	44/60	73,3	28	63,6
Iluminação	16/60	26,6	10	62,5
Traqueostomia	5/5	100	3	60
Preoc. c/ saúde	33/60	55	17	51,5
Medo de procedimentos	16/60	26,6	8	50
Máscara facial	9/11	81,8	4	44,4
Punção arterial	21/39	53,8	8	38
Sonda Vesical	28/37	75,6	10	35,7

5. DISCUSSÃO

Neste trabalho os dados envolvendo idade, proporção dos sexos masculino e feminino e duração de internação são semelhantes à alguns estudos^{7,8} e em relação a outros estudos^{2,3}, a população abordada é mais idosa e permaneceu internada por mais tempo. O escore médio APACHE II mostrou uma população com gravidade inicial maior que as avaliadas por Turner e Elpern^{4,6}. Entretanto, quando avaliado o escore médio de todos os pacientes internados nessa UTI, os computados neste trabalho apresentam uma menor pontuação. Esse fato pode ser explicado porque os pacientes que morreram ou eram incapazes de se comunicar não participaram do estudo.

A predominância de pacientes infartados e provenientes de pós-operatório eletivo mostram o grupo selecionado com que o trabalho foi feito. Pacientes com sepse, com insuficiência respiratória aguda e pós operatório de urgência, por apresentarem uma maior mortalidade constituíram a minoria avaliada.

A maioria dos pacientes internados em uma UTI requer analgesia, sedação ou ambos durante pelo menos parte de sua estadia¹⁴. Várias drogas são administradas no paciente crítico para produzir ansiólise, amnésia, analgesia, antidepressão e relaxamento muscular. Também são utilizados fármacos para regular o ciclo do sono e para promover anestesia em procedimentos desconfortáveis¹⁵. No presente estudo, algum tipo de sedativo ou analgésico foi utilizado por 40 pacientes (66,6%). No entanto, nem todo paciente requer sedação. Alguns pacientes, mesmo submetidos ao estresse do ambiente e do tratamento em UTI permanecem alertas, confortáveis e tranquilos, não requerendo qualquer tipo de medicação sedativa¹⁶.

Neste estudo, as drogas foram administradas por via oral, por infusão contínua e através de injeções intermitentes por via endovenosa e/ou subcutânea em diversas combinações. Também houve grande variabilidade da combinação desses fármacos, sendo utilizado até sete drogas em um mesmo paciente. Os diferentes regimes prescritos podem refletir requerimentos clínicos diferentes ou diferença na preferência do médico responsável pelo enfermo naquele momento¹⁷.

O uso de drogas em combinação constitui o melhor modo de maximizar o conforto do paciente e minimizar os efeitos colaterais¹⁸. A prática de sedação/analgesia em pacientes críticos foi avaliada por Bion em 87¹⁹. Na época, 60% das UTIs participantes do estudo empregavam opióide associado a BZP, e 37% apenas opióide para sedação. Apenas 40% das UTIs possuíam um política definida de sedação. Estudos mais recentes mostram que a associação de BZP com opióide continuava o modo mais corriqueiro de sedação^{20,21}. Neste estudo os principais métodos de sedação/analgesia foram a associação de BZP com opióide ou o uso de cada um isoladamente.

O consenso norte-americano de sedação e analgesia²², publicado em 95, recomenda o uso de morfina como analgésico em pacientes hemodinamicamente estáveis e o fentanil em caso de instabilidade hemodinâmica. Não são recomendados a meperidina, pela possibilidade de acúmulo de metabólito ativo e AINE, por não acrescentar vantagem analgésica e por promover riscos potenciais de sangramento gastrointestinal, sangramento secundário à disfunção plaquetária e desenvolvimento de insuficiência renal. O midazolam ou o propofol são recomendados para a sedação a curto prazo (≤ 24 h). Neste estudo o propofol foi utilizado em apenas 4 pacientes entrevistados. O diazepam não é mais recomendado para uso rotineiro em UTI pelas seguintes razões: a) dor e tromboflebite são comuns quando administrada por veia periférica; b) um regime

de administração intermitente pode levar à sedação excessiva; c) a diluição é necessária para infusão contínua, que demanda grande volume de administração de fluídos. Entretanto, 3 pacientes que participaram do estudo receberam diazepam por via parenteral. O haloperidol é um neuroléptico utilizado no caso de delírio²². Apenas 4 pacientes receberam este fármaco, em contraste com a larga utilização em outras unidades^{20,21}.

A percepção da passagem do tempo foi satisfatória para 20 pacientes (33,3%) e 21 deles (35%) conseguiam perceber a transição entre o dia e a noite. A orientação temporal é variável na UTI, conforme a literatura pesquisada^{2,5,23}. Na UTI envolvida neste estudo, as janelas eram relativamente pequenas e os leitos estavam dispostos de modo que o paciente não conseguia vê-las. Esses fatores podem ter dificultado a percepção da luz solar e conseqüentemente a orientação temporal. É importante a diferença entre o dia e a noite, pois a quebra desse ciclo prejudica o ciclo sono/vigília³. Do mesmo modo, existe influência sobre o ritmo circadiano da secreção de esteróide e da resposta ao estresse²⁴. Estudos mostram que a incidência de delírio é mais que o dobro em UTIs sem janela^{14,23}.

Vinte e um pacientes tinham uma idéia acurada (erro $\leq 12\%$) do tempo de internação. Esse valor é menor que o encontrado em outros estudos, mostrando talvez uma maior fragmentação da memória. Pode-se inferir que esse fato tenha ocorrido pela utilização de midazolam, que conhecidamente é uma droga amnésica²⁵⁻³⁰ e/ou pela desorientação temporal durante a internação na UTI^{22,23}. Bion⁵, no entanto, mostrou resultados diferentes, onde grande parte dos pacientes estavam orientados.

A admissão na UTI foi lembrada por 27 pacientes, sendo que apenas 5 dos pacientes provenientes do centro cirúrgico tinham recordação desse fato. Esse dado é discrepante em diferentes unidades^{4,5}. Turner⁴ relaciona inversamente a gravidade inicial com a recordação da internação. Agentes utilizados em

anestesia podem induzir amnésia³⁰, do mesmo modo que traços de anestésicos voláteis como o óxido nítrico e o halotano, podem também afetar a memória⁷.

A recordação da UTI foi acurada em 20 pacientes (35%). A literatura revisada mostra resultados semelhantes^{2,5}, tendo sofrido influência de drogas, gravidade de internação e idade.

A tabela IV torna clara a influência exercida pelo MDZ sobre a curácia de recordação. Esses resultados concordam com achados de Bion em 1988⁵. Além do efeito sedativo ou hipnótico, muitos BZP produzem amnésia anterógrada²⁶. A via de administração possui caráter importante, como demonstrou McKay²⁷, em um estudo onde os pacientes que fizeram uso de BZP via oral (5 mg) não tinham amnésia. Além disso, o MDZ produz amnésia significativamente maior que o DZP em doses similares²⁸. Sob o mesmo nível de sedação o propofol produz o mesmo efeito amnésico que o MDZ, enquanto que o FNT não produz amnésia²⁵.

Os pacientes idosos tiveram uma maior tendência em ter uma recordação pobre. Bergbom⁷ também relata tal fato. A idade é reconhecida como variável importante no efeito amnésico dos BZP²⁸.

Neste trabalho, a gravidade da doença mostrou relação direta e inversa com a acurácia de recordação. Bion⁵ obteve o mesmo resultado. Como já citado, Turner⁴ mostrou uma relação inversa entre recordação da admissão e gravidade inicial. Bergbom⁷ também relacionou o grau de recordação da ventilação mecânica com a gravidade do quadro clínico. Pacientes críticos, principalmente aqueles com sepse e insuficiência de múltiplos órgãos, comumente apresentam função cerebral prejudicada^{14,31}. Disfunções hepáticas, renais ou de outros sistemas orgânicos podem resultar em alteração da farmacocinética das drogas³². Hemorragia intra-craniana ou infarto, hipoxemia, hipoperfusão ou distúrbios metabólicos sistêmicos também contribuem para a encefalopatia³¹.

Apesar de não existir relação entre recordação acurada ou pobre e desejo ou não de recordação, vários dos entrevistados que optaram pela recordação a preferiam mesmo na presença de dor e de desconforto.

A maioria dos pacientes entrevistados (58,3%) considerou sua experiência na UTI como positiva. Apesar de também referirem fatores ou eventos desconfortáveis, era enfatizado o suporte recebido e a melhora da condição física. Elpern⁶, mostrou resultados semelhantes. Simpson⁸ mostrou que a maioria dos pacientes viam as atitudes da equipe de saúde de um modo positivo, no entanto consideraram a internação como um todo em termos negativos. Turner⁴ demonstrou que a atmosfera do UTI era bem recebida e Kornfield³³ nota que um ambiente suportivo pode reduzir o estresse. A incidência parece alta e pode ser tendenciosa por lidar com uma amostra selecionada, em que não participaram os pacientes que faleceram, incapazes de se comunicar e que não consentiu a entrevista.

As melhores recordações espontâneas estão relacionadas com o atendimento recebido considerado atencioso ou intensivo e a consequência dele levando à melhora do quadro clínico, alta da UTI e promovendo analgesia. A enfermagem foi associada de modo preponderante com as melhores recordações. Questões envolvendo afetividade e eficiência da enfermagem também foram levantadas anteriormente^{2,8}.

A utilização do tubo orotraqueal (TOT) foi recordada por 41,6% dos pacientes, sendo que apenas 01 paciente não o considerou moderadamente ou muito desconfortável. A presença do TOT foi descrita de um modo geral como angustiante ou desconfortável, sendo que apenas 01 paciente utilizou a palavra dor. Para 4 pacientes, essa foi a pior recordação. No estudo de Bion⁵ o TOT foi recordado por 38% dos pacientes, sendo considerado moderadamente ou muito

desagradável por 57% dos mesmos. Outro via artificial lembrada foi a traqueostomia, referida por 100% dos pacientes, e desagradável para 60% deles.

A aspiração traqueal foi recordada por 62,9% dos pacientes, sendo que 91,4% o consideraram moderadamente ou muito desconfortável. Artigos revisados mostram que o procedimento foi desconfortável numa proporção consideravelmente menor de pacientes^{2,4}. Henschel⁹ descrevendo sua experiência da internação na UTI, relata que o desconforto da aspiração é muito variável, com algumas enfermeiras sendo melhores na técnica que outras.

Vinte pacientes (35%) relataram ter medo de morrer durante a internação na UTI. Desses, 19 (90,4%) consideraram essa situação como grande fonte de estresse. Sendo que 4 pacientes tiveram como pior recordação essa possibilidade. Outros estudos mostram que considerações sobre a morte são feitas por alguns pacientes, embora a maioria negue essa preocupação^{21,8}. Deve-se aqui ressaltar as diferenças culturais da aceitação da morte.

A poluição sonora no ambiente de terapia intensiva é freqüentemente relatado como fonte de desconforto, sendo causada mais freqüentemente por conversa entre os funcionários da unidade e pelo funcionamento de máquinas. Krachman compara a intensidade do barulho em uma UTI com o cotidiano³. Durante o dia a intensidade média é de 53dB, atingindo de 62 a 72 dB, valor semelhante ao de uma esquina em uma cidade grande. Durante a noite a unidade apresentava cerca de 42,5 dB, enquanto um quarto silencioso nesse período do dia tem de 20 a 30 dB. A minoria dos pacientes entrevistados (79,1 %) referiram que o barulho foi causa de grande desconforto, sendo as principais causas a conversa e o funcionamento de aparelhos.

A dor é o sintoma mais comum em medicina³⁴. O fenômeno da dor experimentado em medicina possui muitas facetas³⁵. Ela pode ser causada pela doença ou por procedimentos cirúrgicos. Ela também pode ser o resultados de

procedimentos invasivos múltiplos. Vários pesquisadores tem identificado a dor como uma das fontes primárias de estresse e preocupação^{2,4,5,8,23} Neste trabalho 25 pacientes (41,6%) referiram ter sentido dor em algum momento da internação. Esta frequência foi semelhante à encontrada por Bion⁵ e superior à relatada por Turner⁴

A intensidade da dor à um estímulo particular pode ser modificado por vários fatores. Isto inclui as circunstâncias em que a injúria ocorre, a antecipação da dor, a experiências passadas da dor e a fatores psicológicos tais como humor e estado de distração³⁴ O ambiente de terapia intensiva pode acentuar a experiência de dor, tanto fisiologicamente, devido à luz e ao barulho, ou psicologicamente pela separação e medo^{15,35} A intensidade média da dor pelo EAV foi de 6,8, uma intensidade superior à outros que avaliou dor nesse setor^{35,36}.

A avaliação da dor pode ser especialmente difícil em uma UTI, onde os pacientes podem ter dificuldade em comunicar sua dor³⁶. entanto 80% dos pacientes com dor referiram que conseguiam comunicá-la à equipe de saúde, e 72% percebia alguma atitude dessa equipe no sentido de aliviá-la e 44% desses pacientes permaneceram com dor até o momento da alta. Tittle³⁶ chama a atenção para a deficiência em avaliar e controlar a dor. Meehan³⁵ demonstrou que quando instituída uma política de analgesia a grande maioria dos pacientes se mostram satisfeitos com o controle da dor.

A dor no corte cirurgico é amplamente reconhecida como uma das principais causas de dor no paciente em uma UTI^{14,18,36}. Esta dado concorda com o achado do presente estudo.

A ventilação mecânica foi recordada por 4 entrevistados (18,1%), e 3 deles a considerou moderadamente ou muito desconfortável. Esse tratamento foi lembrado por 50% dos pacientes estudados por Bergbom⁷, sendo que havia

influência da idade e da gravidade da doença no índice de recordação. Para Jones² apenas 30% dos pacientes considerou o tratamento desconfortável. Outro problema freqüentemente vinculado à respiração artificial é a insegurança no funcionamento do aparelho¹ e a insegurança durante o desmame⁴ entretanto estas foram questões negadas pelos entrevistados.

Vinte pacientes (33,3%) referiram falta de privacidade, sendo isso considerado muito desconfortável para 9 deles (45%). Aliás, 15% considerou esse fato como a pior recordação da UTI.

Os pacientes críticos freqüentemente sofrem de ansiedade. Preocupações envolvendo a família, preocupação quanto a condição física em que esses se encontram, o medo de morrer e principalmente o ambiente da UTI são as principais causas dessa ansiedade. Trinta e quatro dos pacientes entrevistados (56,6%) referiram ansiedade, sendo essa considerada intensa para 25(73,5%). Esses valores são muito semelhantes aos encontrados por Bion⁵, que considerou a ansiedade como um dos principais fatores de desconforto, e consideravelmente inferior ao achado de Jones². Assim como descrito na literatura as causas mais freqüentes foram a preocupação com a condição física, o medo de morrer e a separação de entes queridos. Outra fonte de ansiedade relatada foi o medo de procedimentos. Esses dados mostram que a ansiedade decorre da associação de diversos fatores.

A imobilidade foi considerada desconfortável pela maioria dos pacientes (73,3%), em 5 casos essa foi a pior recordação da UTI, constituindo a causa mais freqüente de recordação espontânea. Nesse caso a pergunta foi elaborada de maneira que abrangia tanto imobilização por estar amarrado ao leito, como ter os movimentos restringidos por algum tipo de tubo ou fio. Imobilização é um reconhecido fator de ansiedade. Para os pacientes estudados por Ballard²³ a

imobilização foi o elemento mais estressante da UTI, sendo a causa mais freqüente a restrição por tubos.

O paciente internado em um UTI freqüentemente é privado do sono³. A Dor, o desconforto, os procedimentos efetuados, o tipo de leito, o sistema de ventilação, a ansiedade e o barulho são consideradas as causas mais freqüentes de perturbação do sono⁵. Deprivação do sono no paciente em uma UTI pode levar ao desenvolvimento de cognição prejudicada, variando desde apatia e confusão até o delírio, todos os quais podem levar a um aumento da morbidade³. Vinte e sete pacientes (45%) referiram dificuldade em dormir, sendo a dor, a iluminação e o barulho respectivamente as causas mais citadas. Esses achados discordam dos estudos de Jones², Turner⁴ e Simpson⁸ em que apenas 25% dos pacientes se queixaram de sono insuficiente.

A iluminação na ambiente de UTI foi considerada como causa de desconforto em 16 pacientes (26,6%), sendo que 10 (60%), a consideraram moderadamente ou muito desconfortável. A luz constante foi a principal reclamação e a principal consequência a perturbação do sono. Ballard²³ inclui a luz, associado à dor e barulho como um dos fatores de superestimulação do paciente crítico.

A máscara facial foi recordada por 9 pacientes (81,8%) sendo desconfortável para 44,4% deles. As queixas consistiam basicamente da má adaptação da máscara à face. Esse procedimento é freqüentemente lembrado, como mostram outros estudos^{2,4,e23}. Entretanto, esses trabalhos mostram que ela produz um desconforto maior que o encontrado no presente estudo.

A Punção arterial foi relatada como moderadamente ou muito desconfortável para 38% dos pacientes que passaram pelo procedimento. Para Turner⁴ esse foi o fator que mais freqüentemente perturbou os pacientes (48%).

A sonda vesical foi lembrada por 75,6% dos pacientes que a tiveram, sendo que 35,7% a considerou moderadamente ou muito desconfortável. Apesar de ser

reconhecidamente um fator de desconforto^{1,5}, a frequência da queixa foi maior em relação a um estudo prévio⁵.

Dentre os pacientes que receberam visitas, 80,7% consideraram válido ter recebido. Trinta pacientes consideraram a frequência de visitas boa e quatorze insuficiente. Quanto ao número de visitantes por vez, 25 pacientes consideraram bom e 18 baixo. Jones² também enfatiza a significância para os pacientes de receber visitas. Simpson⁸ e Ballard²³ abordam a separação da família como fonte de estresse, funcionando a visita como fator de amenização.

6. CONCLUSÕES

As experiências que causaram desconforto durante a internação na uti mais frequentemente lembradas foram: A traqueostomia, a máscara facial, a sonda vesical, a imobilidade e a ansiedade. Os fatores mais desconfortáveis foram o tubo oro-traqueal, a aspiração traqueal, o medo de morrer, o barulho e a dor.

7. REFERÊNCIAS

1. TOMLIN PJ: Psychological problems in intensive care. 1977. *British Medical Journal*; 2:441-443
2. JONES J, HAGGART B, WITHEY J. 1979. What the patient say: A study of reactions to an intensive care unit. *Intensive Care Medicine*; 5:89-92
3. KRACHMAN SL, D'ALONZO GE, CRINER GJ. 1993. Sleep in the Intensive Care Unit. *Chest*; 107:1713-20
4. TURNER JS, BRIGGS SJ, SPRINGHORN HE, et al. 1990. Patients recollection of intensive care unit experience. *Critical Care Medicine*; 966-968
5. BION JF. 1988. Sedation and analgesia in the Intensive Care Unit. *Hospital Update*; 14: 1272-1286
6. ELPERN EH, PATERSON PA, GLOSKEY D. 1992. Patients' preferences for intensive care. *Critical Care Medicine*; 20: 43-47
7. BERGBOM-ENGBERG I, HALJAMÄE H. 1989. Patient experiences during respirator treatment and patient awarness in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*; 17: 22-25
8. SIMPSON TF, ARMSTRONG S, MITCHELL P. 1989. AACN Demonstration project: Patient' recolections of critical care. *Heart and Lung*; 18: 325-332
9. HENSCHER EO. 1977. The Guillain-Barré syndrome, a personal experience. *Anesthesiology*; 47: 228-231
10. HAYDEN WR. 1994. Vida e quase morte na unidade de terapia intensiva, uma experiência pessoal. In: Melhorando a tolerância do paciente sob ventilação mecânica. Hansen-Flashen J (Ed). Rio de Janeiro, Interlivros,; 4:

659-666.

11. SIMPSON T, RAYSHAN E, CAMERON C. 1996. Patients' perceptions of environmental factors that disturb sleep after cardiac surgery. *American journal of critical care*; 5: 173-181.
12. KNAUS WA, DRAPER EA, DOUGLAS MS, et al. 1985. APACHE II: a severity of disease classification. *Critical care medicine*; 13: 818-829.
13. REVILL SI, ROBINSON JO, ROSEN M, HOGG IJ. 1976. The reliability of linear a analogue for evaluating pain. *Anaesthesia*; 31: 1191-1198
14. AITKENHEAD AR. 1989. Analgesia and sedation in intensive care. *British journal of anaesthesiology*; 63: 196-206.
15. SHELLY MP. 1993. Assessment of sedation. *Intensive care rounds*; 1: 3-17.
16. STONE DJ. 1990. Sedation in intensive care unit. *Seminars in anesthesia*; 8: 162-168.
17. MILLER-JONES CMH, WILLIAMS JH. 1980. Sedation for ventilation. *Anaesthesia*; 35: 1104-1107.
18. WHEELER AP. 1993. Sedation, analgesia and paralysis in the intensive care *Chest*; 104: 566-577.
19. BION JF, LEDINGHAN MCA. 1987. Sedation in ICU- a postal survey *Intensive care unit*; 13: 215-216.
20. HANSEN-FLASHEN JH, BRASINSKY S, BASILE, et al. 1991. Use of sedative drugs and neuromuscular blocking agents in patients requiring mechanical ventilation for respiratory failure. *Journal of american medical association*; 27: 2870-2875.
21. DASTA JF, FUHMAN TM, MCCANDLES C. 1995. Use of sedatives and analgesics in a surgical intensive care unit: A follow-up and commentary. *Heart and Lung*; 24: 76-78.

22. SHAPIRO BA, WARREN J, EGOL AB, GRRENBAUN DM, et al. 1995. Practice parameter for intravenous analgesia and sedation in the adult patients in the intensive care unit: an executive summary. *Critical care medicine*; 23: 1596-1560.
23. BALLARD KS. 1981. Identification of enviromental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues in mental health nursing*; 3: 89-108.
24. AKIL HA, MORANO MI. 1995. Stress In: *Psycofarmacology: the fourth generation of progress*. BLOOM FE. New York; 67: 773-785.
25. VESSELIS RA, REINSEL RA, FESHCHENKO VA, et al. 1997. The comparative amnestic effects of midazola, propofol, thiopental, and fentanyl at equisedative concentrations. *Anesthesiology*; 87: 749-764.
26. FOSSEN OB, GODLIBSEN Y, LOYNING JF, et al. 1983. Effects of Hypnotics on memory. *Pharmacopsychology*; 17: suppl. 2, 116-126.
27. MCKAY AC, DUNDEE JW. 1980. Effect of benzodiazepines on memory. *British journal of anaesthesia*; 52: 1247-1256.
28. HENNESSY MJ, KIRKBY KC, MONTGOMERY IM. 1991. comparison of the amnestic effects of midazolam and diazepam. *Pharmacopsychology*; 103: 545-550.
29. OBOYLE CA, BARRY H, FOX E, et al. 1987. Benzodiazepine- induced amnesia following a stressful surgical procedure. *Pharmacopsychology*; 91: 244-247.
30. BAILEY AR, JONES JG. 1997. Patients memories of events during general anaesthesia. *Anaesthesia*; 52: 460-476.
31. BION JG, BOWDEN MI. 1991. Aims and methods of assessment of sedation in intensive care; 4: 19-25.
32. BURNS AM, SHELLY MP, PARK GR. 1992. The use of sedative agents in

critically ill patients. *Drugs*; 43(4): 507-515.

33. KORNFIELD DS. 1969. Psychiatric view of the ICU. *British journal of medicine*; 1: 108.

34. SCADDING JW. 1996. Pain: pathophysiology and treatment *In: Oxford textbook of medicine*. WHEATER DJ. Oxford ; 24: 3936-3946.

35. MEEHAN DA, MCRAE ME, ROURKE E, et al. 1995. Analgesic administration, pain intensity and patient satisfaction in cardiac surgical patients. *American journal of critical care*; 4: 435-442.

36. TITTLE M, MCMILLAN. Pain and pain related side effects in na ICU and on a surgical unit: nurses' management. *American journal of critical care*; 3: 25-30.

RESUMO

RECORDAÇÃO DOS PRINCIPAIS FATORES QUE CAUSAM DESCONFORTO PARA O PACIENTE, DURANTE A INTERNAÇÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. **SEIDLER HBK, MORITZ RD.**

Objetivo: Avaliar quais foram os principais fatores que causam desconforto aos pacientes que estiveram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Método: Este é um estudo transversal, observacional, não controlado, individual, contemporâneo. Foram entrevistados 60 pacientes após receber alta da UTI. Foram abordadas questões envolvendo as recordações de eventos específicos da internação na unidade e o desconforto que esses eventos causaram.

Resultados: Os motivos mais comuns de internação foram infarto agudo do miocárdio e pós operatório eletivo. O escore médio do APACHE II foi 16,18. Vinte pacientes tiveram uma recordação pobre da internação, sendo que 6 negavam qualquer recordação. Os eventos que ocorriam no início da internação geralmente não eram lembrados. A acurácia de recordação foi influenciada pela idade, pelas drogas utilizadas e pela gravidade das doenças. A maioria dos pacientes considerou a internação na unidade como algo positivo. Apesar disso eram capazes de referirem fatores desconfortáveis, sendo os mais lembrados a traqueostomia, a máscara de oxigênio, a sonda vesical e a imobilidade. Os eventos considerados mais desconfortáveis foram: o uso do tubo orotraqueal, a aspiração traqueal, o medo de morrer, o barulho e a dor. Tais achados concordam com os expostos pela literatura consultada.

Conclusão: Os principais fatores que causam desconforto aos pacientes internados em uma UTI são o tubo orotraqueal, a aspiração traqueal, o medo de morrer, o barulho e a dor.

Heinrich Bender Kohnert Seidler
R. Procópio Manoel Pires, 83, ap. 13
Trindade- Florianópolis-S.C.- Brasil
Tel.: (048) 234-5107
e-mail: ESEIDLER@GNS.COM.BR

ABSTRACT

MAINLY FACTORS THAT DISTURB PATIENTS IN A INTENSIVE CARE UNIT .SEIDLER HBK, MORITZ RD.

Objective: Evaluate the mainly factors that disturb patients in an intensive care unit(ICU).

Methods: This study evaluates the recall of 60 patients after ICU admission. Questions about their memories of specific events of the ICU ward were made.

Results: The more common diagnosis include acute cardiac infarct and patients after elective surgery. The average Acute Fisiology and Cronic Health Evaluation(APACHE II) were 16,18. Temporal relationships were disturbed, and it was evident that events occurring early in the patients' stay were usually forgotten, while those occurring later during recovery were often remembered. Accuracy of recall were impaired by drugs, age and disease. The most frequently reported unpleasant experiences were: Traqueostomy, face mask, urinary catheter and immobilization. The most distressing factors were: endotraqueal tube, traqueal suction, fear of dying, noise and pain.

Conclusion: The most distressing factors in an ICU ward are: endotraqueal tube, traqueal suction, fear of dying, noise and pain.

Heinrich Bender Kohnert Seidler
R. Procópio Manoel Pires, 83, ap. 13
Trindade- Florianópolis-S.C.- Brasil
Tel.: (048) 234-5107
e-mail: ESEIDLER@GNS.COM.BR

ANEXO

PROTOCOLO

PRONTUÁRIO:

NOME:

4. DIAGNÓSTICO:

1. SEXO:

5. APACHE:

2. IDADE:

6. INTERNAÇÃO:

3. ESCOLARIDADE:

7. ALTA:

8	SEDAÇÃO	VO	IC	BL	ÉPOCA	EF	ÉPOCA
a	NENHUMA	1	2	3		4	
b	MDZ	1	2	3		4	
c	DZP	1	2	3		4	
d	FENTANIL	1	2	3		4	
e	MORFINA	1	2	3		4	
f	PROPOFOL	1	2	3		4	
g	HALDOL	1	2	3		4	
h		1	2	3		4	

9	BNM	BL < 12h	BL > 12h	IC
a	NENHUM	1	2	3
b	PANCURÔNIO	1	2	3
c	ATRACÚRIO	1	2	3
d	SUC. COLINA	1	2	3

10	LEMBRANÇA	NENHUMA	PARCIAL	TOTAL	D. ?	ÉPOCA
a	ADMISSÃO NO HU	1	2	3		
b	ADMISSÃO NA UTI	1	2	3		
c	VISTAS	1	2	3		
d	PASSAGEN TEMPO/dia	1	2	3		
e	transição dia/noite	1	2	3		
F	TOT	1	2	3		
G	VE.MECÂNICA	1	2	3		
H	SNG	1	2	3		
I	CABOS ECG	1	2	3		
J	DURAÇÃO DA INTERN.	1	2	3		

11. PREFERÊNCIA: a- AMNÉSIA TOTAL

b- RECORDAÇÃO E ANALGESIA TOTAL

c- LEMBRAR E SENTIR TUDO

12. RECORDAÇÃO: a- MELHOR:

b- PIOR:

13.FATORES PRESENTES / DESCONFORTO

		NENHUM	POUCO	MODERADO	MUITO
a	DOR	1	2	3	4
b	ENTUBAÇÃO	1	2	3	4
c	TOT	1	2	3	4
d	RETIRADA TOT	1	2	3	4
e	ASP. TRQUEAL	1	2	3	4
F	VE. MECÂNICA	1	2	3	4
g	MÁSCARA	1	2	3	4
h	TRAQUEO.	1	2	3	4
I	SNG	1	2	3	4
j	S. VESICAL	1	2	3	4
k	PUN. VEIA PROF	1	2	3	4
l	PUN. VEIA SUP.	1	2	3	4
m	PUN. ARTERIAL	1	2	3	4
n	BARULHO	1	2	3	4
o	ILUMINAÇÃO	1	2	3	4
p	DIFIC. EM DORMIR	1	2	3	4
q	IMOBILIDADE	1	2	3	4
r	FISIOTERAPIA	1	2	3	4
s	VISITAS MÉDICAS	1	2	3	4
t	AULAS PRÁTICAS	1	2	3	4
u	FALTA PRIVACID.	1	2	3	4
v	SENS. DEPEND.	1	2	3	4
w	MEDO DE PROCED.	1	2	3	4
x	PREO. COND. FISIC	1	2	3	4
y	VISÃO OUTRO PCTE	1	2	3	4
z	ANSIEDADE	1	2	3	4
α	MEDO MORTE	1	2	3	4

14.RELACIONAMENTO: EQUIPE-PACIENTE:

AMBIENTE:

VISITAS: VÁLIDO:

FREQUÊNCIA:

NÚMERO:

15.AVALIAÇÃO GERAL DA ESTADIA NA UTI:

16. CAUSAS MAIS FREQUENTES DE DOR (IDENTIFICAÇÃO/DESCRIÇÃO):

17.CAUSA DE DOR MAIS INTENSA:

a- INTENSIDADE (EAV):

b- QUANDO SURTIU:

c- QUÃO FREQUENTE FOI:

d- A INTENSIDADE SE MODIFICOU DURANTE A INTERNAÇÃO:

e- QUANDO TINHA DOR, CONSEGUIA COMUNICAR À EQUIPE :

f- PERCEBIA ALGUMA ATITUDE NO SENTIDO DE ALIVIÁ-LA:

g- QUANTO SE MODIFICOU:

18.DOR QUE MAIS INCOMODOU:

a- INTENSIDADE (EAV):

b- QUANDO SURTIU:

c- QUÃO FREQUENTE FOI:

d- A INTENSIDADE SE MODIFICOU DURANTE A INTERNAÇÃO;

e- QUANDO TINHA DOR, CONSEGUIA COMUNICAR À EQUIPE;

f- PERCEBIA ALGUMA ATITUDE NO SENTIDO DE ALIVIÁ-LA;

g- QUANTO SE MODIFICOU:

19.SAIU DA UTI COM DOR ?:

ESCALAS ANÁLOGO VISUAIS(EAV)

17-a:

nenhuma	piores
dor	possível

17-b

nenhuma	piores
dor	possível

18-a

nenhuma	piores
dor	possível

18-b

nenhuma	piores
dor	possível

TCC
UFSC
CM
0361

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CM 0361

Autor: Seidler, Heinrich

Título: Recordações dos principais fator.



972804450

Ac. 253513

Ex.1 UFSC BSCCSM