

UNIVERSIDADE DO VALE DO SAPUCAÍ

CAMILA DE SOUZA OLIVEIRA

**ESTRESSORES ENFRENTADOS PELOS PACIENTES NO PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA - REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

POUSO ALEGRE – MG
2023

CAMILA DE SOUZA OLIVEIRA

**ESTRESSORES ENFRENTADOS PELOS PACIENTES NO PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA - REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Monografia apresentada para aprovação no
Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências
da Saúde “Dr. José Antônio Garcia Coutinho”,
da Universidade do Vale do Sapucaí
(UNIVÁS);

Orientador(a): Prof.^a Ms. Viviane Aparecida de
Souza Silva.

POUSO ALEGRE – MG
2023

OLIVEIRA, Camila de Souza

Estressores enfrentados pelos pacientes no pós-operatório de
cirurgia cardíaca em uma Unidade de Terapia Intensiva –
Revisão Narrativa da Literatura: Univás, 2023. 43f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de
Enfermagem, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre,
2023.

Orientadora: Prof^a Ms. Viviane Aparecida de Souza Silva

1. Cirurgia Cardíaca; 2. Pós-operatório; 3. Unidade
terapia intensiva; 4. Dificuldades; 5. Estressores

CAMILA DE SOUZA OLIVEIRA

**ESTRESSORES ENFRENTADOS PELOS PACIENTES NO PÓS-
OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA - REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA**

Monografia apresentada para aprovação no Curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde “Dr. José Antônio Garcia Coutinho”, da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVÁS).

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Orientador (a): Prof^ª Ms. Viviane Aparecida de Souza Silva
Universidade do Vale do Sapucaí

Examinador (a): Prof^ª Ms. Rita de Cássia Pereira
Universidade do Vale do Sapucaí

Examinador (a): Prof^º Dr. Geraldo Magela Salomé
Universidade do Vale do Sapucaí

DEDICATÓRIA

À minha mãe Rita Maria de Souza dedico não apenas este trabalho, mas toda a minha jornada. Obrigada por sempre ser o meu refúgio e meu exemplo de força. Você é a raiz da minha determinação e a razão pela qual tenho buscado alcançar meus sonhos. Eu te amo imensamente!

Agradeço também ao meu namorado Guilherme Sanches Pereira, sua presença é um constante lembrete de que as alegrias compartilhadas são multiplicadas, e as dificuldades suavizadas. Obrigada por tornar esse período mais leve com apoio e amor.

AGRADECIMENTOS

Neste momento de conclusão da minha formação, é impossível não refletir sobre a trajetória que me trouxe até aqui. Agradeço a Deus, pois sem Sua orientação e força, nada disso seria possível. Ele me reergueu em minha jornada, iluminando o caminho e me ajudando a superar desafios que pareciam insuperáveis.

Agradeço a Ele por essa vocação que moldou minha trajetória e me deu um propósito significativo de vida. Cada paciente que cruzou o meu caminho ao longo dos anos, com suas histórias, lutas e triunfos; me ensinaram lições inestimáveis me ajudando a crescer nessa profissão e também como ser humano.

À minha orientadora do TCC, Prof^a Ms. Viviane Aparecida de Souza Silva, por ter tido paciência e por ter me incentivado ao longo desta jornada acadêmica. Seu apoio e orientação foram fundamentais para a conclusão deste trabalho.

“O bem que você faz hoje, pode ser esquecido amanhã. Faça-o assim mesmo. Veja que, ao final das contas, é tudo entre você e Deus! Nunca foi entre você e os outros.”

(Madre Teresa de Caicutá)

RESUMO

Introdução: A cirurgia cardíaca é um procedimento complexo e delicado, que pode apresentar desafios significativos no período pós-operatório. Parte desse período é realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva, onde os pacientes enfrentam desafios significativos, como restrição de mobilidade, dependência de equipamentos médicos e isolamento social, afetando o seu bem-estar físico e emocional. **Objetivo:** Analisar os estressores enfrentados e relatados pelos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca em uma unidade de terapia intensiva. **Método:** Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura, que utilizou as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Bases de Dados de Enfermagem (BDENF). **Critérios de inclusão:** Produções científicas publicadas no período de 2012 a 2022 e disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol. **Critérios de exclusão:** Foram excluídos artigos que focavam em pacientes pediátricos, que abordavam outras temáticas ou estavam com idiomas diferentes dos especificados. **Resultado:** Após uma busca minuciosa pelas palavras chaves abaixo, foram encontrados 42.200 artigos nas bases de dados, destes, após a leitura do título, resultou em uma amostra de 36 artigos que foram lidos na íntegra, dos quais 27 foram excluídos pois não condiziam com a temática. O resultado final foi uma amostra de 8 artigos que levou à construção desse estudo. **Conclusão:** Nesta revisão, foram identificadas diversas dificuldades e estressores enfrentados por pacientes após cirurgias cardíacas na UTI. Os principais estressores incluem dor intensa, sede, privação do sono, medo, ansiedade, desconforto emocional e físico. Esses fatores impactam negativamente a experiência do paciente, ressaltando a necessidade de uma abordagem eficaz para otimizar o atendimento pós-operatório, melhorando os resultados clínicos e qualidade de vida. A gestão adequada desses estressores também pode prevenir complicações emocionais e na recuperação pós-cirúrgica, destacando a importância do cuidado abrangente e sensível nas UTIs para pacientes submetidos a cirurgia cardíaca.

Palavras-chave: Cirurgia cardíaca; pós-operatório, unidade de terapia intensiva; dificuldade; estressores.

ABSTRACT

Introduction: Cardiac surgery is a complex and delicate procedure that can pose significant challenges in the postoperative period. Part of this period is spent in an Intensive Care Unit (ICU), where patients face significant challenges such as restricted mobility, dependence on medical equipment, and social isolation, impacting their physical and emotional well-being. **Objective:** To analyze the stressors faced and reported by patients in the postoperative period of cardiac surgery in an intensive care unit. **Method:** This study consists of a narrative literature review that utilized the following databases: Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), and Nursing Databases (BDENF). **Inclusion criteria:** Scientific productions published from 2012 to 2022 and available in full in Portuguese, English, or Spanish. **Exclusion criteria:** Articles focusing on pediatric patients, addressing other topics, or in languages other than those specified were excluded. **Result:** After a thorough search using the keywords below, 42,200 articles were found in the databases. After reading the titles, a sample of 36 articles was obtained, of which 27 were excluded as they did not align with the theme. The final result was a sample of 8 articles that formed the basis of this study. **Conclusion:** In this review, various difficulties and stressors faced by patients after cardiac surgeries in the ICU were identified. Key stressors include intense pain, thirst, sleep deprivation, fear, anxiety, and emotional and physical discomfort. These factors negatively impact the patient's experience, emphasizing the need for an effective approach to optimize postoperative care, improving clinical outcomes and quality of life. Proper management of these stressors can also prevent emotional complications and aid in post-surgical recovery, underscoring the importance of comprehensive and sensitive care in ICUs for patients undergoing cardiac surgery.

Keywords: Cardiac surgery; postoperative; intensive care unit; difficulties; stressor.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 -	Processo de Revisão de Literatura	19
Figura 2 -	Fluxograma da seleção dos estudos adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)	21
Quadro 1 -	Amostra Final dos Artigos	22
Quadro 2 -	Fatores mais e menos estressores em cada artigo	24
Tabela 1 -	Quadro Comparativo de Gêneros e Idade entre os Estudos	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDENF	Base de dados de Enfermagem
CEC	Circulação Extracorpórea
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
ECG	Eletrocardiograma
EETI	Escala de Estressores de Terapia Intensiva
ESQ	Environmental Stressor Questionnaire
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LILACS	Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciência da Saúde
PAI	Pressão Arterial Invasiva
POI	Pós - Operatório Imediato
RVM	Revascularização do Miocárdio
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
SVD	Sonda Vesical de Demora
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS	10
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	11
1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVO	17
3 JUSTIFICATIVA	18
4 MÉTODO.....	19
4.1 DESENHO DA PESQUISA.....	19
4.2 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	19
4.3 SELEÇÃO E LEVANTAMENTO DO ESTUDO	20
5 RESULTADOS	21
5.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6 DISCUSSÃO	26
7 LIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	36
8 CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM	37
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
11 REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por mortes prematuras, prejuízos na qualidade de vida e impactos socioeconômicos significativos. De acordo com Oliveira et al. (2020), cerca de 70% das mortes no Brasil e no mundo, ultrapassando 38 milhões por ano, são atribuídas às DCNT, superando significativamente as mortes por causas externas e infecciosas.

Entre as DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV), que estão associadas a um elevado número de internações e gastos hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) (RIBEIRO et al., 2015). As DCV estão relacionadas a fatores de riscos e a hábitos de vida prejudiciais à saúde, como alimentação inadequada, tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool, diabetes e hipertensão.

Cerca de um terço do total de óbitos no mundo é causado por doenças cardiovasculares, sendo responsáveis por 65% do índice de mortalidade em pessoas com idade entre 30 à 69 anos, tornando-se um problema crítico de saúde pública (GOMES et al., 2019; MELO; SILVA; JEREMIAS, 2021).

As DCV são caracterizadas por sintomas como dispneia, cansaço, angina e parestesia de membros superiores. Em alguns casos, elas podem manifestar-se de forma assintomática, evoluindo para um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Mesmo com todo o avanço no tratamento dessas patologias, a prevenção dos fatores que aumentam a sua incidência ainda é a melhor forma de evitar fatalidades (SILVA et al., 2022).

Entre os tratamentos das DCV estão os terapêuticos (clínicos/medicamentosos) e o cirúrgico, sendo a segunda opção indicada quando o tratamento convencional não é eficaz ou quando não há reversão ou melhora do problema por meio de procedimentos pouco invasivos, como a angioplastia, por exemplo (KNIHS et al., 2017).

Classificada em três tipos, as cirurgias cardíacas têm finalidades corretivas, reconstrutoras e substitutivas, todas visando restaurar a funcionalidade do coração e suas funções vitais. As cirurgias corretivas têm o objetivo de reverter alterações patológicas do canal arterial e dos septos atrial e ventricular. As reconstrutoras, por outro lado, são destinadas à Revascularização do Miocárdio (RVM) e usadas para reparar ou reconstruir as válvulas cardíacas, como a aórtica, mitral e/ou tricúspide. Já as cirurgias substitutivas envolvem a substituição de válvulas e transplantes cardíacos. Entre elas, as cirurgias reconstrutoras, especialmente a RVM e a troca valvar são as mais frequentemente realizadas (ASSIS et al., 2020; REISDORFER; LEAL; MANCIA, 2021).

Considerada um dos maiores avanços da medicina do século XX, a Circulação Extracorpórea (CEC) é uma técnica amplamente utilizada em cirurgias cardíacas. Esse procedimento permite que o sangue do paciente seja desviado de seu corpo, sendo oxigenado e devolvido por meio de uma máquina que temporariamente assume as funções do coração e dos pulmões durante a cirurgia. Dessa forma, o cirurgião tem acesso direto ao coração sem a interferência da circulação sanguínea normal, o que permite a realização segura de procedimentos mais complexos, preservando a função cardíaca e mantendo o campo operatório limpo (TORRATI; DANTAS, 2012; GARZESI et al., 2018).

Embora a CEC tenha benefícios significativos na realização de cirurgias cardíacas, ela pode desencadear a síndrome pós-perfusão. Essa síndrome corresponde a uma resposta inflamatória sistêmica que ocorre como resultado da interação entre a superfície da CEC, o sistema imunológico do paciente e a exposição do sangue a diferentes componentes da máquina de perfusão. Alguns dos sintomas associados a essa síndrome incluem edema, hipotensão, distúrbios neurológicos, lesão renal aguda, dificuldade no controle glicêmico, arritmias, sangramento pós-operatório, coagulação intravascular disseminada e disfunção de múltiplos órgãos (LIMA; CUERVO, 2019; GARZESI et al., 2018).

Reisdorfer et al (2021) ressaltam a complexidade da cirurgia cardíaca, sendo um procedimento de grande porte que requer cuidados específicos, necessitando que o pós-operatório imediato (até 24 horas após a cirurgia) e parte do mediato (após 24 horas e até 7 dias a decorrer da cirurgia) sejam prestados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os cuidados intensivos são primordiais para o sucesso cirúrgico, a recuperação e a reabilitação do paciente, uma vez que esse procedimento desencadeia alterações nos mecanismos fisiológicos que podem acarretar desordens cognitivas, pulmonares e hemodinâmicas.

Barretta et al (2017) destacam a importância da equipe de enfermagem no cuidado integral do paciente, sendo considerada responsável pelo gerenciamento dos cuidados. É enfatizada a importância de ações rápidas e simultâneas no período pós-operatório imediato (POI) essencialmente na admissão na UTI, onde o recebimento e manejo do paciente são complexos e requerem uma equipe integrada para realizar cuidados específicos, como a instalação da ventilação mecânica, o monitoramento dos sinais vitais, o posicionamento e abertura de drenos e sondas, a promoção do aquecimento corporal, o controle de infusão e eliminação de líquidos, o gerenciamento da dor, a avaliação do nível de consciência e padrão respiratório, a manutenção da integridade tecidual, a prevenção de infecções, entre outros.

Apesar da infraestrutura tecnologicamente avançada e da finalidade de proporcionar o melhor atendimento para a recuperação do paciente, as UTIs podem se tornar um ambiente gerador de estresse. Na maioria das vezes, quando um paciente é admitido em uma UTI, é a primeira vez que ele enfrenta tal experiência. Isso pode intensificar os sentimentos de medo e ansiedade, uma vez que as UTIs estão frequentemente associadas a casos graves devido à complexidade das condições dos pacientes e à necessidade de constante monitoramento. Infelizmente, há sempre a possibilidade de um desfecho negativo, tornando essa situação ainda mais aterrorizante tanto para o paciente quanto para seus familiares (MOURA et al., 2017; PROENÇA; AGNOLO, 2011).

O estresse na UTI pode ser originado por diversos fatores, incluindo a presença de múltiplos equipamentos como monitores, drenos e cateteres, bem como a presença constante de profissionais e a realização frequente de diversos procedimentos. Essa exposição contínua a estímulos pode interferir no ciclo circadiano dos pacientes, afetando negativamente sua recuperação e resultando em problemas como insônia, fadiga, delirium, alterações metabólicas e instabilidade emocional. A brusca mudança em seus hábitos e estilo de vida, bem como a temporária ruptura dos laços familiares, também são fatores desencadeadores de sentimentos de angústia e estresse (DESSOTTE et al., 2016).

A relação entre o ambiente físico e social também é um fator importante a ser considerado na UTI. A disposição dos equipamentos e das camas próximas umas das outras, a permanência de homens e mulheres internados no mesmo ambiente, e a falta de privacidade e de autonomia dos pacientes são alguns elementos que podem afetar sua experiência e seu nível de estresse. Adicionalmente, a presença de luzes artificiais e alarmes sonoros, junto com a expectativa constante da ocorrência de emergências, ampliam ainda mais a sensação de desconforto e insegurança (MEMBRIVE et al., 2017).

Considerando as questões levantadas e a escassez de estudos relacionados aos estressores identificados pelos pacientes especificamente no pós-operatório de cirurgia cardíaca, faz-se necessário ampliar nossa compreensão sobre esse cenário. Isso permitirá uma gestão adequada e a minimização dos impactos durante o período de internação, recuperação e reabilitação desses indivíduos.

Além disso, a identificação dos fatores mais críticos fornecerá uma visão mais centrada ao paciente, permitindo estabelecer critérios para oferecer cuidados personalizados, incluindo suporte emocional, terapias complementares e até mesmo a adaptação do ambiente de internação para torná-lo mais confortável e tranquilo, visando a

redução dos níveis de estresse e complicações.

2 OBJETIVO

Analisar através de uma revisão narrativa da literatura os estressores enfrentados pelos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca em uma Unidade de Terapia Intensiva.

3 JUSTIFICATIVA

A cirurgia cardíaca é um procedimento complexo e invasivo que pode gerar diversas complicações significativas, exigindo um longo período de recuperação no pós-operatório (TORRATTI et al., 2012).

Durante essa fase, os pacientes frequentemente enfrentam uma série de desafios físicos, psicológicos e sociais que podem prejudicar sua qualidade de vida e capacidade de se recuperar plenamente (COIRO; RUSCHEL, 2019).

Como profissional de saúde atuando em uma Unidade de Terapia Intensiva, observamos de perto as dificuldades que esses pacientes enfrentam. Muitas vezes, eles lutam para seguir as orientações médicas, adaptar-se às restrições físicas, lidar com a ansiedade e o medo, e preservar sua qualidade de vida e bem-estar.

Portanto, é essencial compreender os principais fatores estressores enfrentados pelos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Isso nos permite identificar oportunidades para melhorar a assistência e promover uma recuperação mais rápida e eficaz.

Além disso, uma compreensão mais profunda desses desafios pode capacitar toda a equipe envolvida no processo a personalizar o tratamento e os cuidados de acordo com as necessidades individuais de cada paciente, elevando a qualidade da assistência prestada.

Por fim, é importante destacar que este estudo tem o potencial de promover uma abordagem mais humanizada, buscando uma compreensão holística de cada paciente e, assim, tornando esse período delicado menos traumático.

4 MÉTODO

4.1 Desenho da Pesquisa

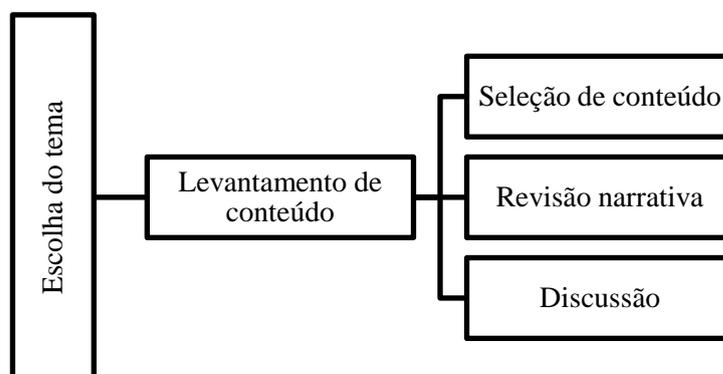
Trata-se de um estudo realizado por meio de uma revisão narrativa da literatura, na qual, de acordo com Mattos (2015), revisões de literatura representam um processo de pesquisa, análise e descrição de um tópico específico ou campo de conhecimento com o objetivo de ampliar a compreensão em uma área de estudo. O termo “literatura” abrange uma variedade de fontes, como artigos científicos, livros, trabalhos completos publicados em eventos acadêmicos, artigos de jornais, registro histórico, monografias, teses, dissertações, relatórios governamentais, entres outros.

De acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011), as revisões são consideradas o ponto de partida para a construção do conhecimento científico, visto que esse processo permite identificar evidências existentes e lacunas de pesquisa, muitas vezes levando ao surgimento de novas teorias.

4.2 Levantamento Bibliográfico

Após a escolha do tema, foi realizado um levantamento de conteúdo no período de janeiro a agosto de 2023, através das bases de dados SCIELO, LILACS e BDEFN, utilizando as seguintes palavras-chave: cirurgia cardíaca; pós-operatório; unidade de terapia intensiva; estressores e dificuldades.

Figura 1: Processo de revisão de literatura



Fonte: autora.

4.3 Seleção e levantamento do estudo

Inicialmente, uma busca minuciosa foi conduzida através das bases de dados SCIELO, LILACS e BDENF, resultando na identificação de 42.200 artigos. O processo incluiu a análise dos títulos e resumos dos artigos e posteriormente a exclusão das publicações científicas que não abordavam a temática. Assim, obteve-se uma amostra final de publicações que forneceram as evidências necessárias para a elaboração desta revisão de literatura.

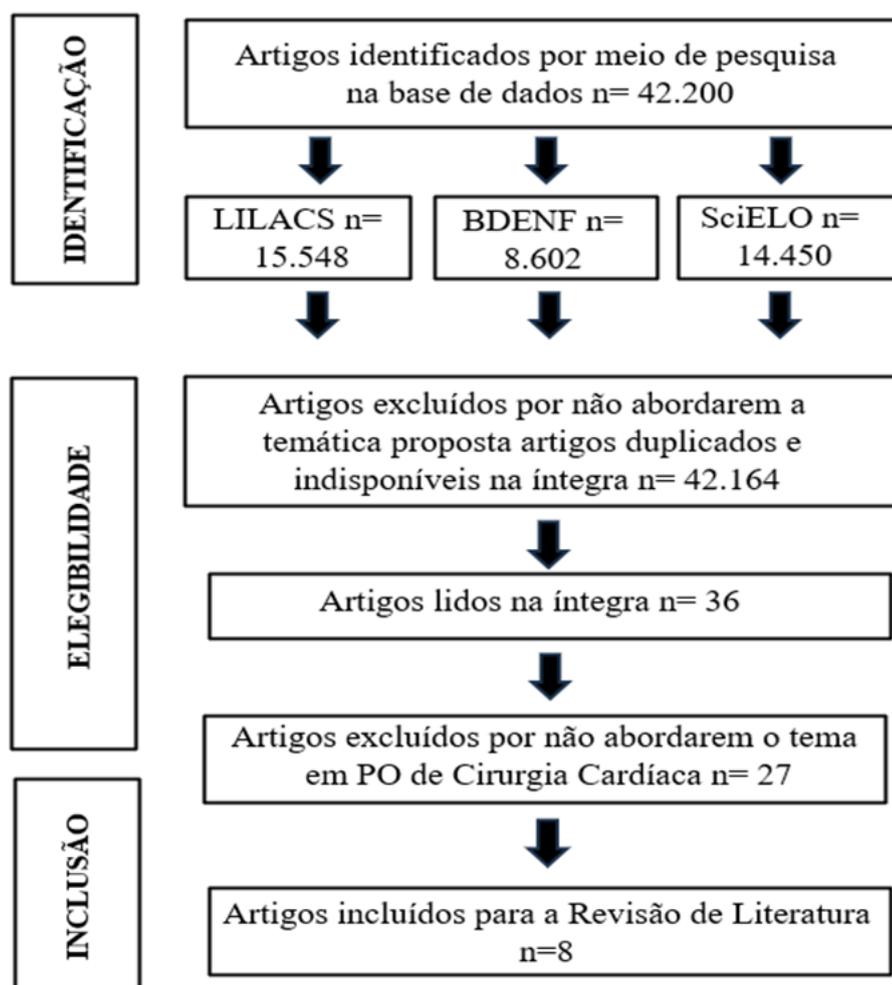
Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos estudos compreenderam pesquisas realizadas no período de 2012 a 2022 e disponíveis na íntegra nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram excluídos estudos que não estavam alinhados com a temática abordada ou que se referiam a pacientes pediátricos.

5 RESULTADOS

5.1 Revisão Bibliográfica

A Figura 2 ilustra a metodologia de identificação, seleção e inclusão dos artigos e trabalhos que serviram de base para esta revisão de literatura. Após a etapa inicial de análise dos títulos dos artigos localizados e a subsequente exclusão dos que não se enquadravam na temática da pesquisa, obtivemos uma amostra inicial de 36 estudos. Em seguida, uma revisão detalhada e criteriosa desses 36 estudos resultou na identificação de uma amostra final composta por 08 artigos que estritamente atendiam aos critérios de seleção estabelecidos para a revisão, conforme demonstra o quadro 1.

Figura 2 – Fluxograma da seleção dos estudos adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)



Fonte: Autora (2023)

QUADRO 1 – Amostra final dos artigos

ARTIGO	OBJETIVO	RESULTADOS
<p>1. DESSOTTE et al., 2016.</p> <p>Revista: Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2016 jul-ago;69(4):741-50</p> <p>Tema: Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca</p>	<p>Investigar os estressores percebidos pelos pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca e sua relação com características sociodemográficas e clínicas.</p>	<p>O item avaliado como mais estressante foi “ter sede”, e o menos estressante foi “membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome”. Das variáveis sociodemográficas e clínicas investigadas apenas dor apresentou relação significativa com os estressores.</p>
<p>2. DIAS; RESENDE; DINIZ, 2015.</p> <p>Revista: R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 maio/ago.; 3(2):654-661</p> <p>Tema: Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral</p>	<p>Avaliar e comparar os fatores estressantes identificados pelos pacientes de uma unidade de terapia intensiva coronariana com aqueles percebidos pelos pacientes de uma unidade de terapia intensiva pós-operatória geral.</p>	<p>Os principais estressores para a unidade de terapia intensiva coronariana foram “sentir dor”, “estar incapacitado para exercer o papel na família” e “estar aborrecido”. Para a unidade de terapia intensiva pós-operatória geral foram “sentir dor”, “estar incapacitado para exercer o papel na família” e “não conseguir se comunicar”.</p>
<p>3. FONSECA; PARCIANELLO; ZAMBERLAN, 2013.</p> <p>Revista: R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 maio/ago.; 3(2):654-661</p> <p>Tema: Agentes estressores em unidade de tratamento intensivo coronariana e o cuidado humanizado de enfermagem</p>	<p>Identificar a existência de um cuidado humanizado por parte da equipe de enfermagem de uma unidade intensiva coronariana (UCOR) mediante estressores inerentes ao ambiente.</p>	<p>A maioria dos clientes relataram que as principais dificuldades encontradas eram inerentes ao ambiente, como o barulho, ruídos e luzes.</p>
<p>4. LANZONI et al., 2015.</p> <p>Revista: Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2015 Jan-Mar; 24(1): 270-8.</p> <p>Tema: Fatores que influenciam o processo de viver a revascularização cardíaca</p>	<p>Compreender os fatores que influenciam o processo de viver a cirurgia de revascularização cardíaca para pacientes, familiares e profissionais de saúde, em um hospital de referência, localizado na região Sul do Brasil.</p>	<p>Os fatores intervenientes identificados, de ordem pessoal e institucional, foram: espera pela cirurgia, medo da morte, uso de drenos e tubo orotraqueal no pós-operatório, manejo da dor, acesso à medicação, religiosidade, presença de cicatrizes, apoio da família e dos profissionais da saúde.</p>
<p>5. MAGALHÃES, F.N.M.M et al., 2014.</p> <p>Revista: Enferm. Foco 2014; 5(1/2): 8-12 8</p> <p>Tema: Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica</p>	<p>Identificar os fatores mais e menos estressores para os pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).</p>	<p>Os fatores mais estressores são: não ter controle de si mesmo e cama e/ou travesseiros desconfortáveis, e os menos: ser examinado constantemente por médicos e enfermeiros e assistir aos cuidados médicos e de enfermagem realizados em outros pacientes.</p>

Continua...

Continuação...

ARTIGO	OBJETIVO	RESULTADOS
<p>6. MEMBRIVE et al., 2017.</p> <p>Revista: Rev. baiana enferm (2017); 31(1):e16552</p> <p>Tema: Caracterização dos estressores envolvidos na internação de pacientes em uma unidade de terapia coronariana</p>	<p>Caracterizar os estressores envolvidos na internação de pacientes em Unidade Coronariana por meio de um estudo transversal realizado em um hospital universitário entre setembro e outubro de 2014, com 21 pacientes, utilizando instrumento validado Environmental Stressor Questionnaire (ESQ).</p>	<p>Sentir dor, ter medo de morrer, estar incapacitado para exercer o seu papel na família, não ter controle sobre si mesmo e ser furado por agulhas ocuparam o topo do ranking dos estressores.</p>
<p>7. MOURA et al., 2017.</p> <p>Revista: Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro 2017;7/1110</p> <p>Tema: Autobiografia após cirurgia de Revascularização Miocárdica: História de vida na UTI</p>	<p>Descrever as histórias de vida (HV) de pacientes submetidos às CRM, desvelando os possíveis dogmas através das suas narrativas do pré ao pós-operatório imediato em uma UTI cardiológica.</p>	<p>A experiência de vivenciar uma CRM pode trazer mudanças significativas nos aspectos físico e psicológico durante o período do pré-operatório, o caminho do sítio cirúrgico e do pós-operatório imediato, onde destacamos medo, ansiedade, apreensão, raiva, revolta e às vezes intolerância com as situações vivenciadas.</p>
<p>8. VEIGA et al., 2013.</p> <p>Revista: Revista Kairós Gerontologia, 16(3), pp.65-77.</p> <p>Tema: Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca</p>	<p>Identificar estressores na UTI, comparando a percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Foram estudados 40 pacientes, 20 idosos e 20 adultos.</p>	<p>Os idosos relataram sete fatores como significativamente mais estressantes do que os adultos, enquanto os adultos perceberam como mais estressantes dois itens.</p>

Fonte: Autora (2023)

Tabela 1: Comparativo de gênero e idade entre os estudos analisados.

ESTUDO	PARTICIPANTES	HOMENS	MULHERES	IDADE (média)
Estudo 1	105	67	38	58,8
Estudo 2	30	20	10	55,6
Estudo 3	20	15	5	41 e 60 anos
Estudo 5	45	32	13	49,2
Estudo 6	21	76,2%	23,8%	57,6
Estudo 7	5	2	3	47,4
Estudo 8	20	13	7	46,2

Fonte: Autora (2023)

- No estudo 4, as informações sobre sexo e idade dos pacientes não foram fornecidas.
- No estudo 3, as idades dos pacientes foram fornecidas como uma faixa etária de 41 a 60 anos, em vez da média de idade como nos outros estudos. Portanto, para fins de análise e comparação, foi calculado a média de idade com base nessa faixa etária, resultando em 50,5.

▪ No estudo 6, as informações sobre a distribuição de gênero dos pacientes foram fornecidas apenas na forma de porcentagens em relação ao total de pacientes. Para obter informações mais detalhadas, foi necessário converter as porcentagens em números absolutos de homens e mulheres com base no total de paciente fornecidos, resultando em 16 homens e 05 mulheres.

Quadro 2 – Fatores mais e menos estressores em cada estudo selecionado

ARTIGO	FATORES MAIS E MENOS ESTRESSORES
DESSOTE, C.A.M. et al.	<p>Mais estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ter sede 2. Ficar com tubos/sondas no nariz e/ ou boca; 3. Não conseguir dormir; 4. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto. <p>Menos estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome; 2. Enfermagem e médicos falando muito alto; 3. Sentir que a enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que em você; 4. Sentir-se pressionado em concordar com o tratamento.
DIAS, D. S. et al.	<p>Mais estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentir dor; 2. Estar incapacitado de exercer o seu papel na família; 3. Estar aborrecido; 4. Não conseguir dormir. <p>Menos estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escutar o telefone tocar; 2. Ter sede; 3. Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem; 4. Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito.
MAGALHÃES, F.N.M.M et al.	<p>Mais estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não ter controle de si mesmo; 2. Cama e/ou travesseiro desconfortáveis; 3. Não conseguir dormir; 4. Ter dor. <p>Menos estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente; 2. Assistir aos cuidados médicos e de enfermagem realizados em outros pacientes; 3. Escutar o telefone tocar; 4. Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito.

Continua...

Continuação...

ARTIGO	FATORES MAIS E MENOS ESTRESSORES
MEMBRIVE, S.S et al.	<p>Mais estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sentir dor; 2. Sentir medo de morrer; 3. Estar incapacitado para exercer o seu papel na família; 4. Não ter controle de si mesmo. <p>Menos estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não conseguir se comunicar; 2. Não ter a noção de onde você está; 3. Não saber que horas são; 4. Ficar com tubos/ sondas no nariz e/ou boca.
VEIGA, E.P et al.	<p>Mais estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ter tubos no nariz e/ou na boca; 2. Ter sede; 3. Ser furado por agulhas; 4. Estar amarrado por tubos. <p>Menos estressores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito; 2. Ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente; 3. Escutar o telefone tocar; 4. Ter a equipe falando termos incompreensíveis.

Fonte: autora (2023)

Os estudos 3, 4 e 7, não foram incluídos no quadro, pois abordaram uma temática qualitativa, não aplicando diretamente uma escala de estressores como os outros estudos. No entanto, eles apresentam informações significativas sobre as experiências dos pacientes e os desafios enfrentados em uma unidade de terapia intensiva. Eles englobam uma variedade de perspectivas, enriquecendo assim a compreensão desse ambiente complexo. Apesar de seu caráter ser qualitativo, os depoimentos dos pacientes nesses estudos estão alinhados com as conclusões dos estudos quantitativos, contribuindo com uma perspectiva valiosa para a análise dos fatores que influenciam a experiência e a recuperação dos pacientes na UTIs.

6 DISCUSSÃO

A UTI é um ambiente hospitalar complexo projetado para monitorar e cuidar de pacientes graves. Apesar de contar com uma tecnologia avançada, a UTI é propensa a causar elevados níveis de estresse aos pacientes, sendo frequentemente considerada uma experiência traumática. Esse fenômeno não é apenas decorrente da situação clínica do paciente, mas também da interferência em suas necessidades básicas (VEIGA; VIANNA; MELO, 2013).

Chiavenato (1989), define o estresse como uma combinação de respostas mentais, químicas e físicas que uma pessoa manifesta em reação a estímulos ambientais, podendo refletir em perturbações tanto no plano psicológico quanto no físico.

Durante o período de hospitalização, o paciente é subitamente inserido em um ambiente completamente novo, onde suas rotinas e horários nem sempre são considerados. Adicionalmente, ele se depara com profissionais e indivíduos distintos daqueles com os quais convive normalmente, podendo culminar em relações interpessoais frias e distantes (VEIGA; VIANNA; MELO, 2013).

Além disso, o paciente enfrenta condições físicas desafiadoras, como a presença de ruídos, intensa luminosidade, alarmes frequentes, constante movimentação da equipe multidisciplinar e à angústia resultante da separação do ambiente familiar. Os pacientes também compartilham além do próprio sofrimento o de seus colegas, ao mesmo tempo em que encaram o temor da morte. (MAGALHÃES et al., 2014).

O ambiente tenso, juntamente com os agentes estressores, sejam eles físicos, mentais, sociais, espirituais ou ambientais, provocam reações físicas em várias partes do corpo, variando de acordo com a intensidade e o tipo de estímulos estressantes (VEIGA; VIANNA; MELO, 2013).

No sistema cardiovascular, o estresse desencadeia mudanças que podem agravar as condições do paciente, resultando em batimentos cardíacos irregulares, aumento na frequência cardíaca e na força de contração do coração. Isso pode ocasionar efeitos adversos na recuperação da cirurgia cardíaca, levando a instabilidade hemodinâmica e aumentando o risco de mortalidade. O estresse também prejudica a capacidade de recuperação dos tecidos e enfraquece a resposta do sistema imunológico, tornando o corpo mais suscetível a infecções (VEIGA; VIANNA; MELO, 2013; DESSOTTE et al., 2018).

O estudo conduzido por Piccini et al. (2016) demonstrou que após a alta da UTI, uma parcela significativa dos pacientes enfrenta desafios emocionais, como transtorno do

estresse pós-traumático (41%), depressão (28%) e ansiedade (47%). Portanto, é crucial avaliar os fatores estressantes a fim de prevenir essas e outras complicações, uma vez que a maioria deles pode ser alvo de intervenção.

A cirurgia cardíaca é uma experiência emocionalmente desafiadora que impacta não apenas o paciente, mas também aqueles que estão próximos a ele. Frequentemente, o procedimento cirúrgico gera uma preocupação significativa para o paciente, afetando sua percepção da capacidade física e da imagem corporal. Além disso, o coração possui uma associação cultural com as emoções e o controle da vida, o que intensifica a carga emocional associada à cirurgia (MOURA et al., 2017).

Considerada um procedimento altamente complexo e de grande porte, a cirurgia cardíaca é realizada para tratar uma variedade de condições, como doença coronariana, defeitos congênitos e problemas nas válvulas cardíacas. Durante a cirurgia, o paciente é submetido à anestesia geral, e em muitos casos, o uso de uma máquina de circulação extracorpórea é necessário para manter o fluxo sanguíneo enquanto o cirurgião trabalha no coração. Após a cirurgia, o paciente é transferido para a UTI onde receberá toda a assistência durante o período do pós-operatório imediato e parte do mediato (GARZESI et., 2018).

Na UTI, os pacientes são constantemente monitorados por meio de vários dispositivos médicos. Isso inclui uma monitorização multiparamétrica, que compreende o uso do Eletrocardiograma (ECG) para rastrear a atividade elétrica do coração, um monitor de pressão arterial para manter o controle da pressão sanguínea, um termômetro para verificar a temperatura corporal e um oxímetro de pulso para medir os níveis de oxigênio no sangue. Esses dispositivos desempenham um papel crucial na detecção de qualquer alteração na condição do paciente. No entanto, a presença constante de cabos e sensores pode ser desconfortável devido à limitação da mobilidade, e os alarmes frequentes podem causar ansiedade (CAVALCANTI; COELHO, 2011).

Outro desafio para os pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca é a presença de drenos. Eles consistem em tubos inseridos nas cavidades pleural e/ou mediastinal com o propósito de drenar o excesso de fluídos que podem se acumular ao redor do coração e dos pulmões. Os drenos podem causar dor e desconforto, além de gerar uma sensação de pressão interna e limitar a mobilidade e a liberdade de movimentos no leito (RIBEIRO et al., 2015; REISDORFER; LEAL; MANCIA, 2021).

No período do pós-operatório imediato, os pacientes demandam suporte ventilatório e, para isso, permanecem entubados, o que envolve a inserção de um tubo endotraqueal

conectado a um ventilador mecânico, garantindo uma ventilação adequada dos pulmões. A entubação proporciona uma recuperação segura, principalmente quando se faz necessária uma sedação profunda e um controle rigoroso dos parâmetros respiratórios. No entanto, a presença do tubo pode ocasionar desconfortos e dores, irritação na garganta, sensação de obstrução e sede, além de dificultar a comunicação e provocar náuseas (VEIGA; VIANNA; MELO, 2013; MOURA et al., 2017).

Além dos dispositivos mencionados anteriormente, é comum a utilização da PAI (Pressão arterial invasiva) e da SVD (Sonda vesical de demora). A PAI é um dispositivo crucial para monitorar a pressão arterial com precisão, envolvendo a inserção de um cateter arterial, o que pode gerar desconforto e dor na região instalada. Já a SVD desempenha um papel fundamental no controle e monitorização do débito urinário; no entanto, sua presença pode ocasionar desconforto e irritação no trato urinário, além de ser uma fonte de preocupação para os pacientes (ROSSETO et al., 2016; REISDORFER; LEAL; MANCIA, 2021).

Nesse contexto, identifica-se que a cirurgia cardíaca é um procedimento altamente complexo que abrange vários sistemas do organismo, representando um desafio significativo tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes. Dada a sua complexidade e as implicações clínicas envolvidas, este tópico se revela como um campo abrangente e fundamental para a pesquisa e estudo.

Diante disso, a revisão de literatura foi empregada como uma abordagem essencial neste trabalho, permitindo a análise e identificação das principais dificuldades e estressores vivenciados por pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, contribuindo para uma compreensão mais abrangente deste desafio clínico.

Os estudos analisados utilizaram a Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI) para avaliar e classificar os fatores estressores. A EETI foi inicialmente desenvolvida em 1973 com o nome de Hospital Stress Rating Scale – HSRS. Posteriormente, foi adaptada por Ballard, resultando no instrumento Ballard Q-short, o qual tinha o objetivo de investigar como os pacientes identificavam os estressores na UTI (ROSA et al., 2010).

Em 1985, esse instrumento passou por uma revisão que incluiu estressores relacionados à intubação e psicose na UTI. Com o propósito de comparar a percepção de enfermeiros e médicos em relação aos fatores estressores em UTI. Em 1989, o Ballard Q-short foi novamente adaptado dando origem ao Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale – ICUESS, composta por 42 itens.

Em 1988 foram adicionados mais oito itens a esse instrumento, originando o Environmental Stressor Questionnaire (ESQ), com 50 itens. No Brasil, em 2010, a versão com 50 itens foi traduzida para a língua portuguesa por Rosa et al., onde foi adaptada e verificado a sua confiabilidade.

A EETI é submetida a uma avaliação utilizando uma Escala tipo Likert de cinco pontos. Nessa escala, conforme citado por Rosa et al. (2010), os indivíduos atribuem uma classificação à intensidade do estresse que experimentam em relação a cada item, variando de “1” (não estressante) a “4” (muito estressante), com a opção adicional de “0” quando a situação não se aplica. Após essa etapa, a partir dos resultados é calculado a média dos estressores e ranqueada desde a mais estressante para a menos estressante.

Foi observada uma prevalência notável de pacientes do sexo masculino, especialmente na faixa etária de 47 a 60 anos, como observado no Quadro 2. Conforme Silva et al (2022), os homens apresentam uma maior incidência de doenças cardiovasculares, o que, em parte, justifica a predominância masculina nos estudos analisados.

Há evidências de que os homens frequentemente adotam hábitos de vida menos saudáveis, como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool, e têm uma maior propensão para à obesidade. Esses fatores contribuem significativamente para o aumento do risco de doenças cardíacas e, conseqüentemente, para a necessidade de cirurgias cardíacas (SANTOS et al., 2014).

A análise dos estudos realizados em diferentes Unidades de Terapia Intensiva revela uma série de estressores comuns amplamente percebidos pelos pacientes nessas configurações de cuidados intensivos. Embora os estudos possam variar em termos de população de pacientes e detalhes específicos, algumas tendências recorrentes emergem.

Foram identificados como fatores mais mencionados nos estudos “ter dor” e “não conseguir dormir”, conforme apresentado no Quadro 2. É importante ressaltar que a dor é um estressor extensivamente documentado em diversos estudos, como evidenciado nas pesquisas 2, 5 e 6. Essa conclusão é facilmente compreensível, uma vez que a cirurgia cardíaca envolve a inserção de vários dispositivos invasivos, como tubos, sondas e cateteres, além da incisão cirúrgica, que podem resultar em dor aguda e debilitante.

A dor pós-operatória, especialmente a decorrente da incisão no esterno (esternotomia mediana), assume grande relevância clínica devido à complexidade do procedimento cirúrgico. Durante a esternotomia, o esterno é seccionado, causando lesões diretas nos nervos intercostais e vasos sanguíneos adjacentes. O trauma tecidual associado à

manipulação do coração e das estruturas circundantes contribui para a intensidade da dor. Adicionalmente, o processo de cicatrização da incisão desencadeia uma resposta inflamatória, aumentando a sensação dolorosa (HUANG; SAKATA, 2016).

Huang e Sakata (2016) conduziram um estudo abrangente sobre a dor pós esternotomia, destacando vários eventos adversos no período pós-operatório decorrentes à dor mal controlada. Entre esses eventos adversos, incluem-se a isquemia miocárdica, arritmias cardíacas, aumento das taxas de delirium e infecção da ferida pós-operatória. Além disso, pode levar a trombose venosa profunda devido a imobilização do paciente causada pela dor. O estudo destaca que pacientes submetidos à revascularização do miocárdio foram avaliados durante quatro dias após o procedimento cirúrgico, revelando mais dor que o esperado, com 49% dos pacientes relatando dor intensa em repouso, 78% com dor intensa ao tossir e 62% durante a movimentação.

A gestão da dor pós-operatória, especialmente em casos que envolvem esternotomia, requer protocolos analgésicos abrangentes. O tratamento pode incluir analgésicos, tanto opióides quanto não opióides, bem como abordagens multimodais para reduzir a dependência dessas substâncias. Intervenções fisioterapêuticas são empregadas para aprimorar a função respiratória e minimizar o desconforto associado a movimentação (SANTOS et al., 2014).

O manejo insuficiente da dor após cirurgias cardíacas, segundo Pimenta et al. (2001), pode ser explicado por diversos fatores, como a falta de conhecimento sobre as opções analgésicas disponíveis, informações incorretas sobre como essas drogas funcionam em termos de absorção e ação, além de preocupações relacionadas ao potencial de depressão respiratória ou ao desenvolvimento de dependência psicológica associado ao uso de opióides.

A dor não apenas causa desconforto físico, mas também exerce impacto significativo sobre o bem-estar psicológico dos pacientes, limitando a realização de atividades simples, como tossir, respirar profundamente ou mover-se na cama. Além disso, a dor constante leva a ansiedade, depressão e insônia, agravando ainda mais o sofrimento do paciente (COIRO; RUSCHEL, 2019).

A comunicação eficaz com o paciente desempenha um papel crucial na avaliação e manejo da dor. Ouvir atentamente os relatos do paciente e adaptar o tratamento de acordo com as necessidades individuais são aspectos essenciais. A falta de comunicação apropriada pode exacerbar a ansiedade do paciente em relação ao desconforto (SANTOS et al., 2014).

Além disso, a abordagem do tratamento da dor nas unidades de terapia intensiva de cirurgia cardíaca frequentemente demanda uma estratégia multidisciplinar, na qual cardiologistas, anestesistas, enfermeiros e fisioterapeutas colaboram de maneira coordenada para assegurar o conforto do paciente e promover sua recuperação (SANTOS et al., 2014).

No estudo 7 conduzido por Moura et al (2017), foram registrados depoimentos dos pacientes em relação a dor:

“... Sentia dores abdominais, no peito e nas costas terríveis...”;

“... Sentia dores terríveis no peito e nas costas...”;

“... Dores fortes no peito e nas costas... Aqueles drenos doíam muito...”
(Moura et al., 2017, p.6).

Lanzoni et al. (2015) no estudo 4, também compartilharam relatos significativos sobre a experiência dos pacientes com a dor pós-operatória, enfatizando :

“... O mais difícil é agora, como eu estou dizendo para você, é a recuperação. A gente sente dor no peito quando tosse...”;

“... É terrível! A dor é demais, os drenos nem se fala também... não tem onde não dói...” (Lanzoni et al., 2015, p.274).

Esses depoimentos refletem a intensidade da dor experimentada pelos pacientes após a cirurgia cardíaca e destacam a importância de abordar a dor de maneira eficaz no processo de recuperação.

Veiga et al., (2013) destaca a relevância do item “sentir dor”, e a sua associação com o estressor “ser furado por agulhas”. Essa associação é fundamental, uma vez que os pacientes frequentemente relatam sentir dor significativa ao passarem por procedimentos médicos que envolvem punção com agulhas, como observado por Membrive et al (2017).

Quanto ao fator “não conseguir dormir”, ele se revela como um estressor significativo devido ao ambiente de alta vigilância e intervenções médicas frequentes. Pacientes internados nessas unidades enfrentam uma série de desafios que afetam a qualidade do sono. Um dos principais motivos é a iluminação ininterrupta e o ruído gerado pelas máquinas e alarmes de equipamentos médicos, bem como a movimentação constante da equipe de saúde (DIAS et al., 2016; DESSOTE et al., 2016).

Os pacientes nas UTIs frequentemente são despertados para verificações de sinais vitais, administração de medicamentos ou realização de exames. Essas interrupções

frequentes prejudicam a qualidade do sono e tornam difícil para os pacientes alcançar estágios de sono profundo e restaurador, como observado no estudo de Dessote et al. (2016).

O estudo de Fonseca et al. (2013), corrobora essas observações ao analisar os relatos dos pacientes:

“...Os alarmes toda a hora, e de noite além dos alarmes tem as luzes acesas, fica difícil dormir assim...”;

“... As luzes acesas todas as noites, daí não se consegue dormir direito...” .
(Fonseca et al., 2013, p.657).

A privação de sono adequado na UTI pode ter impactos negativos na recuperação dos pacientes. O sono desempenha um papel essencial na regeneração do corpo e no fortalecimento do sistema imunológico. Quando os pacientes são privados de sono por longos períodos, enfrentam riscos significativos de complicações graves (BELTRAMI et al., 2015).

Dessote et al (2016) destacaram que essa privação pode estar associada a desfechos negativos, incluindo o delirium, que é particularmente preocupante para pacientes nesse quadro. O delirium pode resultar em prolongamento do tempo de internação na UTI, aumento da mortalidade e maior necessidade de ventilação mecânica.

Outro aspecto que contribui para o fator “não conseguir dormir” estar entre os estressores mais relevantes é o fator “cama e/ou travesseiros desconfortáveis”, identificado no estudo 5 de Magalhães et al., 2014. Nas UTIs, as camas e travesseiros frequentemente não são projetados para proporcionar o conforto ideal.

Os colchões muitas vezes, são revestidos com tecido rígido e pouco flexível às curvaturas do corpo, e os travesseiros podem ter altura e textura diferentes do habitual. Isso resulta em maior dificuldade para encontrar uma posição confortável para dormir, contribuindo para a privação do sono (Magalhães et al., 2014).

Os fatores “ter sede”, “estar incapacitado para exercer o seu papel na família” e “não ter controle de si mesmo” são elementos que emergiram em três estudos distintos, destacando-se como componentes significativos.

Dessote et al (2016) explicam que a sensação de sede no POI de cirurgias cardíacas pode ser atribuída a diversos fatores relacionados ao próprio procedimento cirúrgico. Isso ocorre, em grande parte, devido à desidratação intrínseca ao procedimento, resultante de perda de líquidos decorrente da toracotomia e da CEC.

A perda sanguínea ocorre tanto durante o procedimento cirúrgico quanto no período pós-operatório, o que também agrava a sensação de sede. A sede é uma sensação desconfortável e pode ser intensificada pelo fato de que muitos pacientes não podem beber água imediatamente após a cirurgia. Isso ocorre devido à necessidade de garantir que o paciente esteja suficientemente em alerta e capaz de engolir de forma segura (DESSOTE et al., 2016).

Moura et al (2017) enfatiza que os pacientes não tinham conhecimento de que permaneceriam em jejum por um período após a extubação. Além disso, o estudo traz relatos dos pacientes sobre esse estressor:

“...Pedia água e uma moça me respondia assim: pode não, queria matá-la (risos)... A sede era grande... Foi liberado água, que alívio, mas bebi tanto que acabei vomitando e com os vômitos aumentaram as dores...”;

“...Sentia sede excessiva...”. (Moura et al., 2017, p.6).

O estressor “estar incapacitado de exercer seu papel na família” é uma preocupação significativa para os pacientes, uma vez que muitos deles desempenham funções essenciais em suas famílias, como cuidadores, provedores ou responsáveis por atividades diárias. O período de recuperação após a cirurgia cardíaca pode ter um impacto negativo na capacidade do paciente de cumprir essas funções, resultando em uma série de preocupações.

Quando um paciente enfrenta uma DCV que requer internação e procedimento cirúrgico, ocorre uma mudança abrupta em suas atividades diárias. Membrive et al (2017) destacam a ruptura súbita de laços com a família e amigos, o que gera um importante impacto emocional. Essa ruptura súbita pode explicar o estresse sentido pelo paciente, já que ele se vê incapaz de desempenhar seu papel na família e sociedade. Além disso, a sensação de “não ter controle de si mesmo” também é um estressor relevante nesse contexto, refletindo a perda de autonomia e a dependência resultante da doença e do processo cirúrgico.

Grisa e Monteiro (2015) exploram a sensação de perda de controle experimentada por pacientes durante o período pós-operatório. Os pacientes descrevem uma sensação de como se “estivessem sendo conduzidos pela equipe médica” uma vez em que confiam suas vidas nas mãos dos profissionais de saúde. Isso resulta em uma forte percepção de dependência, aflorando sentimentos de vulnerabilidade, e podendo

desencadear níveis significativos de estresse e ansiedade.

O item “ter tubos no nariz e/ou na boca e “estar amarrado por tubos” é abordado nos estudos de Dessotte et al (2016) e Veiga et al (2013) e se referem a presença de dispositivos médicos, como a sonda gástrica e/ou tubo orotraqueal.

A pesquisa de Veiga et al. (2013) também destaca que o uso desses dispositivos frequentemente estão associados a procedimentos incômodos e dolorosos, como a aspiração das secreções orotraqueal, e enfatiza que a própria remoção do tubo quando o paciente passa a respirar com sua autonomia também é desconfortável. Como resultado, o uso desses dispositivos causa irritação, dificuldade na fala e deglutição, fazendo com que os pacientes se sintam ainda mais limitados em suas capacidades.

O estudo de Moura et al (2017) corroboram esses estressores através dos depoimentos:

“... Acordei na UTI, com um tubo na minha boca... De mãos amarradas logo arranquei esse tubo... Colocaram-me no balão de oxigênio, brigaram comigo e me falaram que o tubo era para ser retirado com ordens médicas... Mas eu não queria nem saber... Senti-me um animal preso... Saudades dos meus parentes, dores no peito e uma vontade de chorar...”

“...Sentia-me aliviada quando tiraram aquele tubo da minha garganta...”
(Moura et al., 2017, p.7).

Entre os estressores menos abordados quando comparamos os estudos, encontramos aspectos como “sentir medo de morrer”, “estar aborrecido” e “ter que ficar olhando para os detalhes do teto”. Quando os pacientes foram questionados sobre os sentimentos vivenciados, o estudo de Moura et al (2017) relata que os pacientes mencionaram predominantemente sentimentos de sofrimento, ansiedade, raiva, impotência, solidão e medo. Moura et al (2017) ainda trás em seus estudos relatos de paciente sobre o medo da morte. É importante destacar que muitos pacientes entrevistados não tinham conhecimento de alguns elementos típicos do pós-operatório imediato. Essa falta de conhecimento pode contribuir para o surgimento de sentimentos de medo e incerteza em relação ao processo de recuperação.

Em relação ao fator “ter que ficar olhando para os detalhes do teto” ele se justifica devido o ambiente da UTI ser frequentemente caracterizado pela ausência de televisores, opções de recreação e janelas fechadas, como mencionado no estudo de Veiga et al. (2013) e Membrive et al (2017). A monotonia desse ambiente, com a falta de estímulos visuais e atividades de entretenimento pode contribuir para um sentimento de tédio e aborrecimento.

No estudo conduzido por Moura et al (2017), é ressaltada a importância crucial do suporte familiar no processo de enfrentamento da CRM. Embora este fator não tenha sido evidenciado como estressor de destaque nos estudos, é notável que o papel desempenhado pela família é constantemente enfatizado, sendo essa rede de apoio essencial.

Moura et al (2017) nos traz relatos dos pacientes em relação ao afastamento familiar durante este processo.

“Agradei a Jesus e logo depois queria ver meus familiares...”

“Queria ver meus filhos, pais e meus irmãos...”

“O melhor momento foi quando eu vi meus filhos...”

“Mas o que mais me alegrou foram as visitas familiares e ainda bem que eram duas vezes ao dia.”

(Moura et al., 2017, p. 6,7).

Lanzoni et al (2015) também reforça a importância familiar, especialmente no período pós-operatório. De acordo com um estudo conduzido por Silva et al (2014), a participação ativa da família no acompanhamento do paciente é essencial para humanizar o cuidado. A proximidade familiar neste ambiente não apenas contribui para o êxito do tratamento, mas também previne possíveis desequilíbrios psicológicos que poderiam afetar adversamente o desenvolvimento físico, mental e social do paciente, impactando diretamente em sua recuperação.

Gadens e Susin (2018) revelam que as visitas familiares devem ser adaptadas de forma individualizada para cada paciente, atendendo conforme às suas necessidades específicas.

Nesta revisão bibliográfica, exploramos diversas dificuldades e estressores enfrentados por pacientes em uma Unidade de Terapia Intensiva após cirurgia cardíaca. Os estressores identificados abrangem uma ampla gama de aspectos, desde a dor intensa e a privação de sono até as complexidades emocionais associadas ao medo e ao tédio. A análise destes estressores revela a complexidade da experiência do paciente nesse contexto.

Observamos que a compreensão desses estressores é crucial para a otimização do atendimento pós-operatório. Portanto, esta revisão destaca a importância de considerar o paciente em sua totalidade, não apenas como um corpo físico que requer cuidados clínicos, mas como um indivíduo que enfrenta uma jornada desafiadora em sua recuperação pós-cirurgia cardíaca.

7 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Considera-se como limitação deste estudo a escassez de literatura existente relacionada aos estressores vivenciados por pacientes durante o pós-operatório em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), com um foco específico em cirurgia cardíaca. A pesquisa acadêmica nesta área parece ser limitada, o que restringiu a disponibilidade de fontes e dados relevantes. Isso pode ter impactado a amplitude da análise e a profundidade das conclusões neste estudo.

Portanto, as conclusões extraídas são baseadas principalmente em um conjunto restrito de fontes, o que pode não abranger todas as nuances das experiências vivenciadas nesse contexto.

Mais pesquisas são necessárias para compreender de maneira mais completa as dificuldades enfrentadas pelos pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca em UTIs.

8 CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Este estudo desempenha um papel fundamental na aprimoração dos cuidados de enfermagem e na promoção de melhores resultados para os pacientes, tendo relevância tanto no âmbito prático quanto teórico. O estudo identifica e descreve os desafios específicos enfrentados pelos pacientes após cirurgias cardíacas durante sua internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esse conhecimento é essencial, pois permite aos enfermeiros antecipar as necessidades dos pacientes, adotando uma abordagem de cuidado mais personalizada e direcionada. Isso é crucial, uma vez que os enfermeiros devem centrar seus cuidados não apenas nos aspectos físicos, mas também nos emocionais e psicológicos dos pacientes.

A comunicação é um elemento crítico no cuidado, e o estudo enfatiza a necessidade de uma comunicação eficaz e empática. Os enfermeiros podem aplicar estratégias de comunicação específicas, oferecendo informações claras e apoio emocional adequado aos pacientes. Essa melhoria na comunicação pode contribuir para uma experiência mais satisfatória para o paciente e uma melhor compreensão do processo de recuperação.

A gestão da dor pós-operatória é uma parte essencial dos cuidados após cirurgias cardíacas, sendo destacada a importância de avaliar e abordar a dor de maneira eficaz. Isso inclui a capacidade de avaliar a intensidade da dor, de administrar analgésicos conforme necessário e monitorar a eficácia do tratamento, garantindo um alívio adequado para os pacientes.

O estudo também aborda a necessidade da equipe multidisciplinar no cuidado. Os enfermeiros devem trabalhar em colaboração com outros profissionais de saúde, como cirurgiões, cardiologistas, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros, afim de garantir que todas as necessidades dos pacientes sejam atendidas de maneira integrada.

A atenção ao bem-estar emocional dos pacientes também é destacada, ressaltando a importância dos enfermeiros, uma vez que são capacitados para identificar e abordar esses aspectos.

Com base nas conclusões desse estudo, os enfermeiros podem implementar estratégias para aliviar a sede dos pacientes, como a umidificação da mucosa oral de forma frequente. Também podem utilizar os resultados obtidos para identificar e minimizar o incômodo causado pela presença de drenos, sondas e dispositivos médicos, elaborando cuidados específicos como a escolha adequada de dispositivos, posicionamento cuidadoso de sondas e drenos e o uso de técnicas que reduzam o desconforto, como a administração de analgésicos e

cuidados com os curativos.

Além disso, os resultados da pesquisa contribuem significativamente para o aprimoramento da avaliação dos sinais clínicos dos pacientes. Isso permite que os enfermeiros desenvolvam uma compreensão mais profunda em relação à monitorização, tornando-se mais hábeis na identificação precoce de possíveis complicações. Esse conhecimento, por sua vez, viabiliza intervenções mais rápidas e eficazes.

A luminosidade e os alarmes recorrentes também são citados de forma negativa, interferindo no sono, além da questão do conforto que também é abordada. Isso contribui para a importância de criar um ambiente propício para o descanso, minimizando as interrupções desnecessárias e adaptando o ambiente da melhor maneira possível.

A pesquisa também pode servir como base para o desenvolvimento de protocolos de cuidados específicos destinados a esse perfil de pacientes. Esses protocolos têm o propósito de padronizar as práticas de enfermagem, garantindo uma abordagem baseada em evidências científicas e alinhada com as necessidades particulares de cada paciente.

Os resultados do estudo contribuem também para o aprimoramento dos cuidados ofertados por meio de treinamentos contínuos destinados aos enfermeiros que atuam na UTI. Essa capacitação visa melhorar as habilidades e competências dos profissionais, possibilitando uma assistência mais qualificada e compassiva.

Este estudo também pode servir como ponto de partida para investigações futuras, aprofundando-se em questões específicas identificadas no estudo original. Isso, por sua vez, contribui para o avanço contínuo na prática da enfermagem e uma melhor compreensão das necessidades dos pacientes após cirurgias cardíacas.

Por fim, a pesquisa contribui para a melhoria da qualidade geral dos cuidados de enfermagem oferecidos a pacientes neste perfil e para uma recuperação mais eficaz.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta revisão, foi possível identificar e analisar uma variedade de estressores vivenciados por pacientes submetidos a cirurgias cardíacas durante o pós-operatório em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Os principais estressores identificados que corroboram entre os estudos são: dor intensa, sede, privação do sono, medo e ansiedade, tédio e aborrecimento, desconforto em relação aos travesseiros e colchão, desconforto em relação aos dispositivos médicos, exposição frequente à luminosidade artificial intensa, incômodo gerado pelos alarmes dos monitores e equipamentos, preocupações associadas à incapacidade de exercer o papel na família e a perda de controle do próprio corpo.

Esses estressores exercem um impacto negativo significativo na experiência do paciente durante sua permanência na UTI após uma cirurgia cardíaca. Conclui-se através desse estudo que compreender e abordar esses estressores de maneira eficaz é essencial para otimizar o atendimento pós-operatório e melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes. Além disso, a gestão adequada desses estressores pode contribuir para a prevenção de complicações emocionais, como transtorno de estresse pós-traumático, depressão e ansiedade após a alta da UTI, bem como complicações na recuperação pós cirúrgica e a instabilidade hemodinâmica.

Portanto, essa revisão ressalta a importância de um cuidado abrangente e sensível aos aspectos físicos e emocionais dos pacientes submetidos a cirurgias cardíacas em UTIs.

11 REFERÊNCIAS

ASSIS, C. R. DE et al. **Perfil clínico e sucesso na extubação de pacientes pós cirurgia cardíaca.** Rev. Pesqui. Fisioter, p. 25–32, 2020.

BARRETTA, J. C.; DE AUDA, J. M.; ANTONIOLLI, D.; BARANCELLI, M. D. C. **Postoperative in cardiac surgery: reflecting about nursing care.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, Rio de Janeiro, Brasil, v. 9, n. 1, p. 259–264, 2017. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i1.259-264. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4042>. Acesso em: 1 nov. 2023.

BELTRAMI, F. G. et al. **Sleep in the intensive care unit.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 41, n. 6, p. 539–546, dez. 2015.

BORINE, R. DE C. C.; WANDERLEY, K. DA S.; BASSITT, D. P. **Relação entre a qualidade de vida e o estresse em acadêmicos da área da saúde.** Estudos Interdisciplinares em Psicologia, v. 6, n. 1, p. 100–118, 1 jun. 2015.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. DE A.; MACEDO, M. **O MÉTODO DA REVISÃO INTEGRATIVA NOS ESTUDOS ORGANIZACIONAIS.** Gestão e Sociedade, v. 5, n. 11, p. 121, 2 dez. 2011.

CAVALCANTI, A. C. D.; COELHO, M. J. **Maneiras De Cuidar Em Cirurgia Cardíaca.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, v. 3, n. 4, p. 2546–2556, 2011.

Chiavenato, I. (1989). **Recursos Humanos na empresa** (1º. Ed.). São Paulo: Atlas. Disponível em: < <https://acervo.enap.gov.br/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=1627>>. Acessado: 12/10/2023.

COIRO, C. DA L.; RUSCHEL, P. P. **Ansiedade e dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca: existe diferença entre os gêneros?** Psicologia Hospitalar, v. 17, n. 1, p. 02-16, 1 jan. 2019.

DE LUCENA GADENS, J.; SUSIN, A. **A IMPORTÂNCIA DO ENVOLVIMENTO FAMILIAR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA THE IMPORTANCE OF FAMILY INVOLVEMENT IN THE INTENSIVE THERAPY UNIT: AN INTEGRATING REVIEW LA IMPORTANCIA DEL ENVOLVIMIENTO FAMILIAR EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA.** [s.l: s.n.]. Disponível em: < <https://repositorio.udf.edu.br/jspui/bitstream/123456789/3486/1/Tcc%20-%20Jessica%20de%20Lucena%20Gadens.pdf>> . Acesso em: 14 nov. 2023.

DESSOTTE, C. A. M. et al. **Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 69, n. 4, p. 741–750, ago. 2016.

DESSOTTE, C. A. M. et al. **RELAÇÃO ENTRE ESTRESSORES E INSTABILIDADE HEMODINÂMICA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 27, n. 3, 9 ago. 2018.

DIAS, D. DE S.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G. DO C. L. M. **Patient stress in intensive care: comparison between a coronary care unit and a general postoperative unit.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 27, n. 1, 2015.

FONSECA, G. G. P.; PARCIANELLO, M. K.; ZAMBERLAN, C. **Agentes estressores em unidade de tratamento intensivo coronariana e o cuidado humanizado de enfermagem.** Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 24 out. 2013.

GARZESI, André Monti; GARCIA, Leonardo Rufino; FELICIO, Marcello Laneza. **CIRURGIA CARDÍACA DO ADULTO.** [s.l: s.n.]. Disponível em:< DOI:[10.29395/978-85-65318-55-6](https://doi.org/10.29395/978-85-65318-55-6)> Acessado em 10/09/2023.

GOMES, C. S. et al. **Factors associated with cardiovascular disease in the Brazilian adult population: National Health Survey, 2019.** Rev. bras. epidemiol, p. e210013–e210013, 2021.

GRISA, G. H.; MONTEIRO, J. K. **Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório.** Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 8, n. 1, p. 111–130, 1 jun. 2015.

HUANG, A. P. S.; SAKATA, R. K. **Dor após esternotomia – revisão.** Brazilian Journal of Anesthesiology, v. 66, n. 4, p. 395–401, jul. 2016.

KNIHS, N. DA S. et al. **Caminho percorrido até a cirurgia cardíaca: necessidades e expectativas no pré-operatório.** Av. enferm, p. 30–41, 2017

LANZONI, G. M. DE M. et al. **Factors which influence the process of experiencing cardiac revascularization.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 24, n. 1, p. 270–278, mar. 2015.

LIMA, G. M.; CUERVO, M. **Mecanismo da Circulação Extracorpórea e Eventos Neurológicos em Cirurgia Cardíaca.** Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, v. 28, n. 1, p. 35–42, 2 abr. 2019.

MAGALHÃES, F. M. N. M. et al. **Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica.** Enfermagem em Foco, v. 5, n. 1/2, p. 8–12, 13 ago. 2014.

MATTOS, P. C. **Tipos de Revisão de Literatura. 2015,** Disponível em: <https://www.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-evisao-de-literatura.pdf> Acesso em: 24 ago. 2022.

MELO, L. D. DE; SILVA, D. A.; JEREMIAS, J. S. **Cuidados intensivos sistematizados ao paciente em pós-operatório cardíaco.** Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online), p. 467–476, 2021.

MEMBRIVE, S. A. et al. **CARACTERIZAÇÃO DOS ESTRESSORES ENVOLVIDOS NA INTERNAÇÃO DE PACIENTES EM UNIDADE CORONARIANA.** Revista Baiana de Enfermagem, v. 31, n. 1, 31 mar. 2017.

MINAYO, M. C. DE S. **Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças.** Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33, n. suppl 1, p. 83–91, 2009.

MOURA, R. DOS S. et al. **Autobiografia após as cirurgias de revascularização miocárdica: história de vida na UTI cardíaca.** Rev. enferm. Cent.-Oeste Min, p. 1–9, 2017.

OLIVEIRA, G. M. M. DE et al. **Estatística Cardiovascular – Brasil 2020.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 115, n. 3, p. 308–439, 1 set. 2020.

PICCINI, J. D. et al. **Distanciamento dos familiares como principal fator estressor em uma unidade de terapia intensiva.** Rev. AMRIGS, p. 4–8, 2016.

PIMENTA, C. A. DE M. et al. **Controle da dor no pós-operatório.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 35, n. 2, p. 180–183, jun. 2001.

PROENÇA, M. DE O.; AGNOLO, C. M. D. **Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 32, p. 279–286, 1 jun. 2011.

REBELO, S. DA S.; VIVIAN, A. G. **Aspectos psicológicos da qualidade de vida de pacientes com Insuficiência Cardíaca: uma intervenção em grupo.** EXTRAMUROS - Revista de Extensão da UNIVASF, v. 9, n. 3, 31 dez. 2021.

REISDORFER, A. P.; LEAL, S. M. C.; MANCIA, J. R. **Nursing care for patient in post operatory heart surgery in the Intensive Care Unit.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 74, n. 2, 2021.

RIBEIRO, Carla Portolan; SILVEIRA, Caroline de Oliveira; BENETTI, Eliane Raquel Rieth; GOMES, Joseila Sonego; STUMM, Eniva Miladi Fernandes. **Nursing diagnoses for patients in the postoperative period of cardiac surgery.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 159-167, 4 abr. 2015.

ROSA, B. Â. et al. **Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, n. 3, p. 627–635, set. 2010.

ROSSETO, K. et al. **O processo educativo do enfermeiro sob a ótica de clientes submetidos à cirurgia cardíaca.** Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research. Vitória, 18(4): 22-29, out-dez, 2016

SANTOS, F. D. R. P. et al. **Dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais.** Rev. Ciênc. Ext. v.10, n.3, p.99-107, 2014.

SILVA, M. V. B. DA et al. **Caracterização do perfil epidemiológico da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil: um estudo descritivo.** Enfermagem Brasil, v. 21, n. 2, p. 154–165, 30 abr. 2022.

SILVA, N. B. Et al. **Contribuições da família na Unidade de Terapia Intensiva.** Revista Científica UMC, v.3, n. 1, 1 fev. 2018.

SOARES, G. M. T. et al. **Prevalência das principais complicações pós-operatórias em cirurgias cardíacas.** Rev. bras. cardiol. (Impr.), p. 139–146, 2011.

TORRATI, F. G.; DANTAS, R. AP. S. **Circulação extracorpórea e complicações no período pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 3, p. 340–345, 2012.

VEIGA, E.P.; VIANNA, L.G.; MELO, G.F. DE. Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 16, n. 2, p. 65-77, 30 jun. 2013.