

EVENTOS ESTRESSANTES DA HOSPITALIZAÇÃO

por

JURACY NUNES DE FARIAS



0.309.981-9

UFSC-BU

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FLORIANÓPOLIS - SC

1981

JURACY NUNES DE FARIAS

EVENTOS ESTRESSANTES DA HOSPITALIZAÇÃO

Dissertação apresentada à Uni -  
versidade Federal de Santa Cata  
rina para obtenção do Grau de  
Mestre em Ciências da Enferma -  
gem.

FLORIANÓPOLIS - SC

1981

Esta dissertação foi julgada *a*.dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, *a*.provada em sua forma final pelo programa de Pós-Graduação.

*Eloita P. Neves*

Dra. Eloita Pereira Neves

(Orientadora)

*Irmgard B. Roza*

Mestra Irmgard Brueckheimer Roza

(Coorientadora)

*Dra. H. Takase Gonçalves*

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves

(Coordenadora do Curso)

Apresentação perante a banca examinadora composta dos professores:

*Eloita P. Neves*

Dra. Eloita Pereira Neves - Presidente

*M. Manzolli*

Dra. Maria Cecília Manzolli - Examinadora

*Dra. H. Takase Gonçalves*

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves - Examinadora

Aos meus PAIS e IRMÃOS,

com muito carinho.

À

Dra. ELOITA PEREIRA NEVES ,  
pela firmeza com que me orien-  
tou, pelos desafios que me  
propôs, e interesse com que  
me acompanhou no desenvolvi-  
mento deste trabalho,  
**meu agradecimento especial.**

## AGRADECIMENTOS

- Às Professoras REGINA RODRIGUEZ B. TARGINO, ALIETE SOARES DA NÓ BREGA e ZORAIDE MARGARET BEZERRA LINS, da Universidade Federal da Paraíba, pelo incentivo e apoio para o meu afastamento a fim de cursar o mestrado.
- À Professora Dra. LUCIA HISAKO TAKASE GONÇALVES, pelo estímulo, disponibilidade em oferecer informações sobre bibliografia, pelo interesse demonstrado durante todo o trabalho.
- À Mestra IRMGARD BRUECKHEIMER ROZA pela disponibilidade para revisões sucessivas e sugestões para o formato do trabalho.
- Ao Mestre CRISTIANO JOSÉ CASTRO DE ALMEIDA CUNHA, pelo empenho no tratamento estatístico dos dados.
- À Mestra INEZ MARIA ORO, pela valiosa participação na coleta de dados.
- À Mestra ALACOQUE LORENZINI pelas revisões, interesse demonstrado e amizade.
- Ao Diretor do hospital utilizado para este estudo, por permitir o acesso para coleta de dados.

- À Chefe do Serviço de Enfermagem, e aos Enfermeiros chefes de unidades de Clínica Médica e Cirúrgica, do referido Hospital, pela aceitação e apoio durante a coleta de dados.
- À Professora ABIGAIL EMÍLIA DE JESUS BRACARENSE, pela revisão de português.
- Ao Desenhista ELIAS CORREIA, pelo trabalho do gráfico.
- À Datilógrafa SIMONE TERNES por sua disponibilidade e prestatividade incansáveis e pela dedicação que demonstrou na execução do trabalho datilográfico.
- Às Mestrandas EDILZA SCHMITZ, MARIA DAS NEVES CARTAXO e ANA PEREIRA NUNES, pelas revisões, apoio incansável e amizade.
- Às Secretárias, MARIA SALETE RUAS e ROSA M.<sup>a</sup> PEREIRA MARTINS do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, pela disponibilidade e interesse, durante todo o curso.
- Aos AMIGOS e COLEGAS, que demonstraram interesse, vibração e que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho, o meu MUITO OBRIGADA.

Tese subvencionada, parcialmente,

pela CAPES.

## RESUMO

O presente estudo exploratório-descritivo trata da replicação do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), no qual foi desenvolvida uma Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização (EAEH). Foram entrevistados 265 sujeitos que ordenaram os 49 eventos componentes da escala, na sequência do mais para o menos estressante. Tomando por base a ordem que os sujeitos atribuíram aos eventos, foi calculado um escore médio para cada um deles. Os eventos foram, depois, colocados na ordem do de menor para o de maior escore, ou seja do menos para o mais estressante. Foi feita uma comparação entre os resultados do presente estudo e os resultados do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975).

Independentemente das características sexo, idade, escolaridade, estado civil, ocupação, clínica, tempo de hospitalização e gravidade da doença, os sujeitos tiveram a tendência de escolher ordenações semelhantes para os eventos estressantes da hospitalização. Os resultados encontrados demonstram a validade da EAEH para ser utilizada em unidades de internação médico-cirúrgicas, com indivíduos adultos, no local onde foi realizado o estudo levando-se em consideração a ordenação e escores médios encontrados no presente estudo.

## ABSTRACT

The present exploratory-descriptive study is a replication of an investigation by VOLICER & BOHANNON (1975) , in which a Hospital Stress Rating Scale (HSRS) was devised. We interviewed 265 patients, who rated the 49 events which make up the scale, according to the sequence of high to low stress provoking. Based on the ranks the subjects gave to each event , a corresponding mean score was calculated. The events were then ranked in order from those of lowest to highest score, or from minimum to maximum stress. A comparison was then made between the results of the present study and those obtained by VOLICER & BOHANNON (1975). Regardless of the characteristics of sex , age, schooling, marital status, occupation, clinic, time of hospitalization, and severity of illness, the patients tended to give similar ranking to the stressful events of hospitalization. The results showed the validity of the Hospital Stress Rating Scale (HSRS), when utilized in medical - surgical units, with adult individuals, at the place where the study was carried out, taking into consideration the mean scores obtained in this study.

## SUMÁRIO

	Página
CAPÍTULO 1 - <u>INTRODUÇÃO</u>	
1.1. PROBLEMA	05
1.2. OBJETIVOS	05
1.3. DEFINIÇÃO DE TERMOS	06
1.3.1. <u>Eventos Estressantes da Hospitalização</u>	06
1.3.2. <u>Ordenação</u>	06
1.3.3. <u>Consenso</u>	06
1.4. DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA E RESULTADOS REFERENTES AO DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ES- TRESSE DA HOSPITALIZAÇÃO (EAEH)	07
CAPÍTULO 2 - <u>REVISÃO DE LITERATURA</u>	
2.1. TEORIA DE ESTRESSE	11

2.2. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DO ESTRESSE	16
2.3. ESTUDOS SOBRE ESTRESSE E VARIÁVEIS INDIRETAMENTE RELACIONADAS COM HOSPITALIZAÇÃO	18
2.4. ESTUDOS RELACIONADOS A ESTRESSE-HOSPITALIZAÇÃO	26
2.5. RESUMO DA REVISÃO DE LITERATURA	39
CAPÍTULO 3 - <u>METODOLOGIA</u>	
3.1. TIPO DE ESTUDO	41
3.2. LOCAL DO ESTUDO	41
3.3. PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS	42
3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	42
3.5. INSTRUMENTO	43
3.6. ESTUDO PILOTO	44
3.7. PROCEDIMENTO	44
3.7.1. <u>Do Treinamento das Entrevistadoras</u>	44
3.7.2. <u>Da Coleta de dados</u>	45
3.7.3. <u>Da Análise dos Dados</u>	47
3.7.3.1. Categorização das características da amostra	47

3.7.3.2. Teste de semelhança das amostras	50
3.7.3.3. Cálculo do escore médio e ordenação	50
3.7.3.4. Cálculo do consenso de ordenação	51

#### CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES ÀS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	52
4.1.1. <u>Sexo</u>	52
4.1.2. <u>Idade</u>	53
4.1.3. <u>Educação</u>	53
4.1.4. <u>Estado Civil</u>	53
4.1.5. <u>Ocupação</u>	53
4.1.6. <u>Tempo de Hospitalização</u>	54
4.1.7. <u>Clínica</u>	54
4.1.8. <u>Gravidade da Doença</u>	54
4.2. COMPARAÇÃO DA AMOSTRA DO PRESENTE ESTUDO COM A DE VOLICER & BOHANNON (1975)	54
4.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO ESCORE MÉDIO E ORDENAÇÃO DOS EVENTOS	58
4.3.1. <u>Eventos Colocados em Ordem Inferior</u>	58

4.3.2. <u>Eventos Colocados em Ordem Superior</u>	62
4.4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFEREN- TES AO CONSENSO DE ORDENAÇÃO DOS EVENTOS	64
CAPÍTULO 5 - <u>CONCLUSÕES; IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES</u> E <u>RECOMENDAÇÕES</u>	
5.1. CONCLUSÕES	69
5.2. IMPLICAÇÕES	69
5.3. LIMITAÇÕES	71
5.4. RECOMENDAÇÕES	72
6. <u>BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA</u>	74
7. <u>ANEXOS</u>	81

## CAPÍTULO 1

### INTRODUÇÃO

A enfermagem brasileira tem desenvolvido vários estudos na área das necessidades psicossociais dos indivíduos hospitalizados, refletindo aí a preocupação do enfermeiro em explorar este aspecto da assistência. KAMIYAMA (1972) identificou que os problemas considerados prioritários por pacientes hospitalizados, relacionavam-se, em sua maioria (81,4%), à área expressiva ou seja à área das necessidades emocionais. SILVEIRA (1976) realizou estudo comparativo das informações consideradas mais importantes pelos indivíduos recém-hospitalizados e pelas enfermeiras, em relação ao ambiente hospitalar, às rotinas do hospital, à doença, ao tratamento e à equipe de saúde; os resultados do estudo evidenciaram que nem todas as informações, consideradas importantes pelas enfermeiras, o são pelos indivíduos hospitalizados. Disso, pode se supor que os pacientes não estavam recebendo as informações que queriam receber, e isto pode ser um problema que afeta o seu bem-estar. SOUZA (1976) testou um método de interação enfermeira-paciente, tendo demonstrado a existência de relação significativa entre a utilização do método e a redução das expressões de medo e ansiedade do paciente cirúrgico. GONÇALVES (1977) comparou a intensidade de respostas emocionais, apresentadas durante o processo de internação, em -

tre dois grupos: um recebido por enfermeiras que seguiram um programa de recepção previamente elaborado, outro recebido pelo pessoal hospitalar, tendo o primeiro grupo apresentado graus de respostas emocionais menos intensos que o segundo. PANZA (1977) utilizando, em seu estudo, o método de coleta da impressão do suor, demonstrou ser este uma medida eficiente do estresse de pacientes cirúrgicos, sendo que a visita da enfermeira do centro cirúrgico aos pacientes, reduziu, significativamente, o estresse no pré, trans e pós-operatório.

Os problemas psicossociais da hospitalização podem ser encarados como fatores de estresse ou estressores, e podem ser analisados à luz da teoria de estresse de SELYE (1956, 1965, 1974), que tem fundamentado vários estudos na área da medicina psicossomática.

SMITH & SELYE (1979), com base em estudos anteriores, afirmam que saúde e homeostase são grandemente dependentes da adaptação, ou seja da habilidade do indivíduo para enfrentar o estresse da vida. Estes autores colocam que é papel básico do enfermeiro, assistir o indivíduo no processo de adaptação, em situações estressantes; para isto, ele precisa ser capaz de compreender o conceito de estresse, reconhecer suas manifestações, identificar quais fatores alteram a resistência ao estresse e formular planos realísticos para fortalecer os condicionadores positivos, implementar ações para reduzir o estresse individual, educar o indivíduo sobre como controlar seus próprios estressores.

Apesar de ser a hospitalização uma experiência vivenciada individualmente, supõe-se que a maioria das pessoas que se hospitalizam, independentemente da idade ou quadro clínico, sejam afetadas pelo estresse (ROBERTS, 1978). Além do estresse fisiológico produzido pela própria doença, a hospitalização in-

clui mudanças no ambiente físico e social e nas atividades diárias do indivíduo, de modo a afetar todo seu sistema de vida.

A hospitalização pode implicar em ameaça ao bem-estar, à integridade física, talvez à própria vida; priva de comportamentos usuais, força mudança de papel e perda do sistema de apoio (ZIND, 1974). A necessidade de, em curto período, interagir com várias pessoas estranhas, a expectativa de submeter-se a procedimentos técnicos que lhe são desconhecidos, a sensação de que o seu corpo está sendo manipulado por outros, são eventos ameaçadores para o indivíduo (MURRAY, 1975). A dependência de outros, a falta de privacidade e identidade, forçam o indivíduo a mudar seu papel e assumir padrões comportamentais para os quais não está preparado (MURRAY, 1975). O sentimento de perda do sistema de apoio surge em consequência da dramática mudança do ambiente físico e da separação de pessoas significativas, junto às quais o indivíduo se sente seguro (MURRAY, 1975).

Vários autores entre os quais MURRAY (1975) e VOLICER (1974), referem-se à hospitalização como uma situação de alto nível de estresse. VOLICER (1975) diz que a experiência de estresse psicossocial, vivenciado na hospitalização, afeta o processo de recuperação da doença.

A noção de que a hospitalização é uma experiência geradora de estresse, pode ser abstraída da própria conceptualização do estresse como sendo produzido por eventos internos ou externos que evocam algum tipo de adaptação, e pode ser apoiada por diversos estudos que identificaram mudanças fisiológicas mensuráveis, associadas com a hospitalização. MASON (1965) em seu estudo encontrou uma elevação dos níveis de corticosteróides urinários logo após a admissão ao hospital e subsequente diminuição desses níveis durante a primeira semana de hospitalização; PRIDE (1968) verificou um aumento dos níveis de potássio urinário

rio, no dia da admissão, comparados com o segundo dia de internação, e a diminuição verificada foi mais acentuada, nos indivíduos que receberam uma intervenção planejada de enfermagem para reduzir o estresse da hospitalização. Fleischman referido por VOLICER (1978) verificou um aumento do tempo de agregação das plaquetas e das pressões sistólicas e diastólica, no momento da admissão, comparados à mensuração desses eventos antes da cirurgia e antes da alta hospitalar.

X As pessoas hospitalizadas enfrentam diversos fatores de estresse e sabe-se que é difícil investigar o estresse, unicamente por meio do relato assistemático do indivíduo, porque, nem sempre, ele consegue verbalizar o que está vivenciando. Por isso, pensou-se em replicar o estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) que trata do desenvolvimento da Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização (EAEH).

A escala desenvolvida por VOLICER & BOHANNON (1975) parece ser válida para utilização no Brasil. No entanto, supõe-se que, numa realidade sócio-cultural diferente, as pessoas hospitalizadas interpretem as ocorrências de maneira diversa e lhes atribuam um valor diferente na ordenação da escala. Por isso, sentiu-se a necessidade de comparar os resultados daquela investigação com os dados obtidos no presente estudo. Pretende-se examinar se os itens da escala, depois de traduzidos foram interpretados de maneira semelhante, e se os escores aqui encontrados apresentam consenso com os resultados daquela investigação; e, assim, fortalecer a validade do instrumento, ou sugerir a sua revisão para uso em nosso meio.

TORNYAY (1977) salienta a importância dos estudos de duplicação, pelos seguintes motivos: contribuem, num determinado campo da ciência, para a construção de um corpo coerente de conhecimentos; ampliam a capacidade de generalização dos estu -

dos , principalmente, se houverem limitações devido a problemas de amostragem; contribuem para fortalecer a validade e confiabilidade dos instrumentos e métodos empregados; e proporcionam a obtenção de validade trans-cultural.

Acrescente-se que, a revisão da literatura brasileira demonstrou a inexistência de pesquisas a respeito do estresse da hospitalização, bem como a falta de instrumento para identificação dos eventos estressantes a ela relacionados. Daí , as razões pelas quais se optou nesta pesquisa, por um estudo de replicação, cujo problema delimita-se, no tópico seguinte.

### 1.1. PROBLEMA

O presente estudo propõe-se a responder às seguintes questões:

- Que ordenação, indivíduos adultos hospitalizados, atribuem a uma série de eventos estressantes relacionados à experiência de hospitalização?

- Existe consenso quanto à ordenação dos eventos estressantes, relacionados à hospitalização, relatada por VOLICER & BOHANNON (1975) e a ordenação encontrada no presente estudo?

### 1.2. OBJETIVOS

Visando responder às questões propostas, o presente estudo tem por objetivos:

- Identificar a ordenação dada a uma série de eventos estressantes, relacionados à hospitalização, por indivíduos adultos, no período compreendido entre o segundo e o décimo dia de hospitalização.

- Verificar se existe consenso quanto à ordenação dos eventos estressantes, relacionados à hospitalização, relatada por VOLICER & BOHANNON (1975) e a ordenação encontrada no presente estudo.

### 1.3. DEFINIÇÃO DE TERMOS

#### 1.3.1. Eventos Estressantes da Hospitalização

Definição Teórica - Eventos estressantes da hospitalização são ocorrências comumente vivenciadas pelas pessoas durante a hospitalização, mesmo que não sejam diretamente a ela relacionados, e que, de acordo com o senso comum são desagradáveis, causam desconforto ou demandam adaptação.

Definição Operacional - Eventos estressantes da hospitalização são os 49 eventos componentes da Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização (EAEH), relatada por VOLICER & BOHANNON (1975).

#### 1.3.2. Ordenação

Definição Teórica - Ordenação refere-se à "organização dos elementos de um conjunto, de acordo com uma relação de ordem com a qual se atribui, em geral, a todo elemento, um antecedente e um sucessor" (FERREIRA, A.B.H., Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Ed. N. Fronteira, 1975).

Definição Operacional - Ordenação relaciona-se à organização dos 49 eventos na ordem do menos ao mais estressante, de acordo com o escore obtido pela média aritmética dos números de ordem, dados a cada evento, por todos os sujeitos entrevistados.

### 1.3.3. Consenso

Definição Teórica - Consenso é "conformidade, acordo ou concordância de idéias, de opiniões" (FERREIRA, A.B.H., Novo Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro, Ed. N. Fronteira, 1975).

Definição Operacional - Consenso refere-se à concordância quanto à ordenação dos eventos, comparando, através do índice de correlação linear, a ordenação relatada por VOLICER & BOHANNON (1975) e a encontrada no presente estudo.

### 1.4. DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA E RESULTADOS REFERENTES AO DESENVOLVIMENTO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ESTRESSE DA HOSPITALIZAÇÃO (EAEH)

VOLICER & BOHANNON (1975) relataram uma escala a qual foi denominada Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização; este instrumento se propõe a fornecer uma medida indireta do estresse psicossocial experimentado pela pessoa adulta hospitalizada. O mesmo reúne uma composição de 49 itens, cada item corresponde a uma ocorrência ou evento que operacionalizam diferentes fatores de estresse da hospitalização.

Na fase de testagem da escala esses itens foram escritos em 49 cartões, e ordenados por uma amostra de 261 indivíduos hospitalizados em unidades de clínica médico-cirúrgica. A ordenação obedeceu ao seguinte procedimento: as pessoas foram, inicialmente, solicitadas a separar o conjunto de cartões em pilhas; na primeira, os itens considerados muito estressantes, na segunda, os de médio estresse e, na terceira, os de baixo estresse; depois, eles ordenaram os cartões na sequência do item de maior para o de menor estresse, em cada uma das pilhas. Pela média aritmética da ordem dada a cada item, por todos os responden

tes, foi obtido um escore médio para todos os itens da escala . Estes foram, a seguir, escritos na ordem do de menor para o de maior escore, conforme é apresentado na TABELA 1.

Ao verificar o consenso de ordenação dos itens por grupos de indivíduos, quando separados por clínica (médica e cirúrgica), estado civil (casados e não casados), sexo ( masculino e feminino), idade (menos de 52 e mais de 53 anos), educação (até 12 e mais de 13 anos de escolaridade), tempo de hospitalização (1 a 3 dias e mais de 4 dias) ocupação (de baixo prestígio e alto prestígio), e gravidade da doença (menor gravidade e maior gravidade); o índice de correlação encontrado entre estes grupos variou de 0,90 a 0,96.

A confiabilidade de escala foi avaliada em 0,90 pelo método de teste-reteste, com intervalo de dois dias, em uma amostra de 50 indivíduos de clínica médico-cirúrgica (VOLICER , 1978).

VOLICER et alii (1977) relatam que os itens da EAEH foram classificados como componentes de nove fatores de estresse da hospitalização, os quais são: ambiente não familiar , perda da independência, separação do cônjuge, problemas financeiros, separação de pessoas significativas, ameaça da gravidade da doença, separação da família, problemas com medicamentos. Essa classificação foi validada por um painel de juizes, constituído por 30 enfermeiras e foi testada com uma amostra de 880 sujeitos. Feita uma análise fatorial, foram encontrados os seguintes resultados: os coeficientes de correlação entre fator x fator foram em média 0,19, isto demonstra unicidade dos fatores, pois , supondo que eles medem componentes diferentes, a correlação entre eles deveria ser baixa; por outro lado, as correlações entre fator x total (escore em cada fator x escore total na EAEH) foram, em média, 0,49; isto demonstra a validade da escala, pois ,

TABELA I - Apresentação da ordenação e escore médio dos eventos da Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização desenvolvida por VOLICER & BOHANNON (1975).\*

ORDEM	EVENTO	ESCORE MÉDIO
01	Ter estranhos dormindo no mesmo quarto que você	13,9
02	Ter que comer em horários diferentes dos que você está acostumado	15,4
03	Ter que dormir numa cama estranha	15,9
04	Ter que vestir roupa do hospital	16,0
05	Ter ao seu redor aparelhos que você não conhece	16,8
06	Ser acordado no meio da noite pela enfermeira	16,9
07	Ter que ser ajudado a tomar banho	17,0
08	Não poder conseguir rádio, jornal ou TV, quando você deseja	17,7
09	Ter um companheiro de quarto que recebe muitas visitas	18,1
10	Ter que ficar na cama ou no mesmo quarto o dia todo	19,1
11	Sentir odores diferentes ao seu redor	19,4
12	Ter um companheiro de quarto que está gravemente doente e que não pode conversar com você	21,2
13	Ter que pedir ajuda para usar a comadre	21,5
14	Ter um companheiro de quarto que não é seu amigo	21,6
15	Não receber visita de amigos	21,7
16	Estar em um quarto que é muito frio ou muito quente	21,7
17	Pensar que sua aparência pode mudar depois desta hospitalização	22,1
18	Estar no hospital durante feriados especiais ou ocasiões em que sua família costuma estar reunida	22,3
19	Pensar que você poderá sentir dor, devido a cirurgia ou realização de exames	22,4
20**	Preocupar-se com seu(sua) esposo(a) ou filhos por estarem longe de você	22,7
21	Ter que comer comida fria ou sem gosto	23,2
22	Não poder conversar com sua família ou com seus amigos pelo telefone	23,3
23	Ser cuidado por um médico que você não conhecia	23,4
24	Ter sido hospitalizado por causa de um acidente	23,6
25	Não saber o momento em que as coisas serão feitas para você	24,2
26	Ver o pessoal do hospital sempre apressado	24,5
27	Pensar que sua renda familiar será reduzida por causa de sua doença	25,9
28	Sentir desconforto devido aos medicamentos	26,0
29	Ouvir as enfermeiras e médicos falarem muito depressa ou usarem palavras que você não compreende	26,4
30	Sentir que você está se tornando dependente dos medicamentos	26,4
31	Não receber visita dos familiares	26,5
32	Saber que você precisa ser operado	26,9
33	Estar em um hospital muito longe de sua casa	27,1
34	Ter que se hospitalizar de repente, sem ter planejado	27,2
35	Não ser atendido logo quando você chama na campainha	27,3
36	Não ter previsão para pagar as despesas de hospitalização	27,4
37	Não receber respostas do pessoal do hospital, às suas perguntas	27,6
38**	Sentir saudades de seu(sua) esposo(a), filhos ou companheiro (a)	28,4
39	Receber alimentação por sondas	29,2
40	Não sentir alívio após receber medicamento para dor	31,2
41	Não saber os resultados dos exames ou as razões do seu tratamento	31,9
42	Não receber medicação para dor quando necessita	32,4
43	Não saber com certeza que doença você tem	34,0
44	Não lhe ser dito seu diagnóstico	34,1
45	Pensar que você pode perder a audição	34,5
46	Saber que você tem uma doença grave	34,6
47	Pensar que você pode perder um rim ou algum outro órgão	35,6
48	Pensar que você pode ter câncer	39,2
49	Pensar que você pode perder a visão	40,6

\* Tradução livre feita por Eloita Pereira Neves

\*\* Na versão brasileira da escala, o pesquisador resolveu incluir os filhos nos itens 20 e 38

a análise fator x total pretende examinar a relação das partes com o todo.

Os resultados do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) são de especial interesse como base para discussão dos dados obtidos na presente pesquisa, uma vez que através da duplicação do mesmo, testa-se a EAEH na realidade sócio-cultural brasileira.

## CAPÍTULO 2

### REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo serão apresentados a teoria do estresse e alguns estudos a ela relacionados. A discussão da teoria de estresse está baseada em dois autores SELYE (1956, 1965, 1974) e LAZARUS & OPTON (1966). Os estudos selecionados para esta revisão incluem alguns que dizem respeito ao conceito de estresse e variáveis, indiretamente, relacionados com a área da atual pesquisa, mais aqueles que tratam essencialmente, do estresse-hospitalização, como área problema da presente investigação.

#### 2.1. TEORIA DO ESTRESSE

O termo estresse, do inglês "stress" foi primeiramente utilizado por Selye, o pioneiro das pesquisas de estresse, para designar o aspecto comum que ele observou em todas as reações adaptativas do organismo (SELYE, 1956). Ao administrar extratos de tecidos do ovário em ratas, tentando descobrir um novo hormônio ovariano, Selye verificou que os extratos produziam uma síndrome, caracterizada por alargamento do córtex da supra-renal, involução dos linfonodos, timo e baço, e aparecimento de úlceras gastrointestinais. Inicialmente, ele atribuiu essas alterações ao suposto hormônio que pensou haver encontrado, porém, logo notou que extratos de outros tecidos, como os de rim e baço, e até substân-

cias tóxicas diversas produziam as mesmas alterações. Prossequindo suas investigações, utilizando estímulos variados tais como choque nervoso, raios X, queimaduras, infecções, trauma mecânico, exercício muscular violento, hemorragia, dor, frio, calor, substâncias tóxicas, drogas e hormônios, encontrou as mesmas reações para os diferentes estímulos. A esta reação semelhante para diferentes estímulos, este autor denominou estresse ou síndrome de estresse; ao estímulo que a provoca denominou estressor ou agente estressante (SELYE, 1956, pp. 29-30, 54, 64, 87-89).

SELYE (1956, p.12) relacionou o conceito de estresse com o conceito de homeostase de Cannon. O conceito de homeostase, de Cannon, descrito por HOUSSAY (1973, p. 1), refere-se à habilidade que têm os seres vivos de, por meio de processos fisiológicos coordenados, manter estável o seu meio interno quanto à composição, trocas energéticas e funções, e recuperá-lo quando alterado. Relacionando estresse à homeostase, SELYE (1956) concebeu estresse como uma condição ou estado que se manifesta por uma síndrome específica, a qual, consiste no conjunto de todas as reações induzidas por estímulos inespecíficos dentro de um sistema biológico.

A resposta ao estressor se faz sob coordenação neuro hormonal. O estressor, originado ou recebido no córtex cerebral ou no sistema nervoso autônomo, ativa o hipotálamo, que, por um lado, através de vias efetoras simpáticas e parassimpáticas, emite respostas a órgãos determinados e estimula, por mediação simpática, a medula adrenal a liberar catecolaminas. Por outro lado, estimula a hipófise anterior a produzir corticotrofina, que induz o córtex da supra-renal a liberar essencialmente glicocorticóides e, em menor escala mineralocorticóides; também estimula a hipófise posterior a liberar hormônio antidiurético (SELYE, 1956; FRAIN & VALIGA, 1979)

Continuando a estudar a síndrome de estresse SELYE (1956, 1965), identificou que a mesma ocorre numa sequência trifásica, a qual foi denominada de Síndrome Geral de Adaptação (S.G.A.). A SGA consiste na soma de todas as reações sistêmicas que evoluem numa sequência temporal, resultante da exposição continuada a um estressor. As três fases da SGA são: reação de alarme, estágio de resistência ou adaptação e estágio de exaustão. De acordo com SELYE (1956, p. 86), estas fases têm características próprias quanto ao mecanismo e manifestações, que são :

(a) Reação de Alarme - inicia-se logo que o organismo é atingido por um agente estressante. Nesta fase, mediante uma queda da resistência são rapidamente mobilizados meios adaptativos; registra-se alargamento do córtex da supra-renal e elevação dos níveis hormonais no sangue. São manifestações específicas desta fase a elevação da frequência cardíaca, da frequência de pulso, da pressão sistêmica e do débito cardíaco; diminuição da circulação periférica e maior suprimento sanguíneo ao coração, cérebro e músculos esqueléticos; o indivíduo torna-se alerta, apresentando audição aguçada, pupilas dilatadas e aumento da atenção no campo visual. (b) Estágio de Resistência ou Adaptação - nesta fase os níveis hormonais se mantêm elevados, a resistência ao agente que produziu a síndrome atinge o seu pico e se mantêm elevada, ocorrendo, simultaneamente, uma diminuição da resistência ou adaptabilidade a outros agentes. O organismo tenta restabelecer seu funcionamento e se adapta às solicitações a que está sendo forçado, melhorando os sintomas da reação de alarme. (c) Estágio de Exaustão - este representa a fase final e inevitável da síndrome, caso o estressor seja muito intenso e se prolongue o tempo suficiente para esgotar a adaptabilidade. A resistência cai para abaixo do normal, indicando perda da adaptabilidade adquirida na etapa anterior; os níveis hormonais se elevam, voltam os

sintomas da primeira fase e, caso continue a exposição ao estressor, surgirá a morte. SELYE (1974, p. 19) afirmou que, em seus estudos, estes três estágios foram análogos para a infância, idade adulta e senilidade.

No seu livro "Stress without distress" SELYE (1974) considera que cada agente que atua sobre um sistema orgânico provoca uma resposta específica. Além desta, todo agente eleva a demanda para o reajustamento; esta demanda é inespecífica e adicional ao efeito específico do agente. "Não importa se o estressor é agradável ou desagradável, o que se leva em conta é a intensidade da demanda para reajustamento ou adaptação" (p. 28). O estresse é considerado como um fenômeno inerente ao próprio "uso e desgaste" do ser biológico e está associado tanto a experiências agradáveis como desagradáveis; isto é necessário para manter a vida, resistir à agressão e adaptar-se às constantes mudanças. Um nível moderado de estresse é desejável e benéfico para o indivíduo, porém estresse prolongado ou excessivo, denominado distresse, é perturbador e prejudicial ao desempenho das funções normais do corpo (p. 31).

Enquanto SELYE (1956, 1974) investigou essencialmente sobre os aspectos biológicos do estresse, LAZARUS & OPTON (1966) se ativeram à análise do estresse psicológico, ou seja, da dimensão cognitiva do estresse. Estes autores descreveram um esquema teórico no qual os variados estímulos são denominados de ameaça. Os estímulos podem significar para o indivíduo "uma ameaça" ou "não ameaça", dependendo se representam para ele a antecipação de um dano ou benefício (p. 229). Todos os estímulos são submetidos a uma apreciação interna por meio de um processo de avaliação que depende de duas classes de fatores: a primeira engloba os fatores da configuração do estímulo, tais como, a comparação entre o dano e os recursos do indivíduo para enfrentá-lo e a iminência de confrontar-se com o dano; a segunda classe de fa

tores que determinam a avaliação, está dentro da estrutura psicológica do indivíduo, incluindo força de motivos, crenças sobre as relações com o ambiente, recursos intelectuais, educação e conhecimentos. "A avaliação da ameaça segue um contínuo, que vai de completa ausência a níveis muito intensos" (p. 229). Estes mesmos autores descrevem dois tipos de avaliação: a primária, que equivale à avaliação da ameaça, e a secundária, que corresponde à avaliação dos recursos relevantes para a ação de enfrentar a ameaça. Essas avaliações não são, necessariamente, consideradas como um processo sequencial, pois, podem se sobrepor no tempo, e, conteúdos significativos para a avaliação secundária podem ser assimilados antes, durante ou após a avaliação primária. A avaliação não é um processo do qual o indivíduo está plenamente consciente ou que possa ser por ele relatado (p. 230). A avaliação secundária determina "a estratégia de enfrentamento a ser adotada pelo indivíduo, na tentativa de dominar o dano" (p. 230-231).

✓  
 00 A "ameaça" descrita por LAZARUS & OPTON (1966) corresponde ao que SELYE (1956) denomina de estressor, agente estressante ou estímulo estressante. STEPHENSON (1977), citando McLeod, considera estressores como "fontes de estresse", dividindo-as em cinco categorias: (a) fonte física, incluindo calor, frio, perda do ciclo dia-noite, estímulo sensorial estranho e sobrecarga sensorial; (b) fonte química, incluindo drogas, agentes anestésicos, reações sanguíneas e qualquer agente tóxico presente no organismo; (c) fonte biológica, incluindo organismos patogênicos; (d) fonte fisiológica, incluindo queimadura, cirurgia, trauma, imobilização, perturbação do sono; (e) sócio-emocional, incluindo ansiedade, medo, dor, mudança de papel, separação de pessoas significativas. A propósito, diga-se que, segundo SELYE (1974, p. 32) tanto a privação de estímulo como estimulação excess

siva podem ser agentes estressantes.

Uma categorização simplificada e que parece mais abrangente é apresentada por SUTTERLEY (1979). Esta autora define estressores como "fatores internos ou externos que provocam reação de estresse no indivíduo". Salientando que esses fatores são múltiplos, muitas vezes simultâneos, a autora os agrupa em duas categorias: (a) estressores bioquimicofísicos, englobando os tipos a, b, c e d da classificação de McLeod citada por STEPHENSON (1977); (b) estressores psicossocioculturais, incluindo a categoria "e" de McLeod citada por STEPHENSON (1977).

No presente estudo, segundo a concepção de SELYE (1956), entende-se que estressor é qualquer tipo de estímulo, fator, variável independente, causa ou agente que provoca ou contribui para que ocorra uma síndrome, reação ou estado de estresse do indivíduo, ou ainda, estressor é qualquer fator interno que impõe ao indivíduo uma demanda para mudança, adaptação ou reajustamento. Estresse, por sua vez, é entendido como uma resposta causada ou relacionada à presença de um estressor. Esta resposta é global e indica que está ocorrendo um mecanismo adaptativo que se reflete por manifestações ou alterações psicofisiológicas, encadeadas e interrelacionadas. Quando há algum erro ou falha no mecanismo adaptativo, surgem as doenças da adaptação (SELYE, 1965).

## 2.2. MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DO ESTRESSE

De acordo com GARBIN (1979), existem dificuldades relacionadas à mensuração de estresse, principalmente, pelo fato de ser estresse uma resposta global, ou seja, o indivíduo diante de um estressor responde e comporta-se como um todo, mas os instrumentos disponíveis para mensuração não são holísticos, apenas medem variáveis relacionadas a estresse. A autora refere alguns índices de mensuração do estresse, entre os quais incluem-se :

(a) índices relacionados a propriedades fisiológicas - respostas galvânica da pele, EEG, pressão sanguínea, frequência cardíaca ;  
 (b) índices relacionados a propriedades psicológicas - testes de personalidade, desempenho na solução de problemas, registros psicológicos; (c) índices referentes a propriedades de comportamentos em vários locais - questionário para medir desempenho de tarefas, aspectos das relações interpessoais, observação da rapidez e qualidade do desempenho de uma tarefa, folha de produção.

GARBIN(1979) coloca que o maior problema de medidas fisiológicas, são as diferenças intra e inter-individuais que não se relacionam a condições específicas de estresse. Os escores de uma pessoa podem mudar de um dia para outro ou no mesmo dia, daí questionar-se sobre a confiabilidade de certos instrumentos. Há problemas também quanto à vulnerabilidade dos relatos psicológicos subjetivos, pois, se o sujeito sabe que está sendo testado, pode alterar seu comportamento pela demanda psicológica da situação do teste.

Esta autora ainda coloca que existem dificuldades conceituais nas pesquisas relacionadas a estresse, porque às vezes o termo "estresse" é usado para fazer referência a estímulo estressante ou fonte de estresse; outras vezes, referindo-se ao efeito ou resposta ao estímulo estressante. Além disso, "estresse" tem sido utilizado por pesquisadores como substituto para vários conceitos psicológicos, tais como: ansiedade, frustração, tensão, distresse emocional. Um exemplo de dificuldade conceitual, relacionada a estresse, é facilmente observada no texto de GRINKER (1966), onde os termos estresse, estressor e ansiedade são utilizados de modo equívoco.

LAZARUS & OPTON (1966) compreendem a resposta de estresse como um conceito multidimensional que constitui-se de:  
 (a) componentes fisiológicos nos vários sistemas orgânicos ;

(b) fenomenologia subjetiva; e (c) reações comportamentais. Estes autores fazem referência a dois tipos de indicadores para análise da reação de estresse: (a) medidas autonômicas ou fisiológicas, especialmente a condutibilidade da pele e frequência cardíaca. Ambos se elevam sob condições estressantes; contudo, a correlação encontrada entre eles tem sido baixa em avaliações entre indivíduos, mesmo quando se supõe medir o mesmo estado. Por outro lado, tem se encontrado forte correlação entre condutibilidade da pele e frequência cardíaca em avaliações intra-individuais, mesmo medindo situações diferentes; (b) medidas comportamentais ou de auto-relato que constituem as escalas nas quais o indivíduo tem oportunidade de expressar algum estado afetivo ou emocional (LAZARUS & OPTON, 1966).

LAZARUS & OPTON (1966) relatam que as diferenças entre as medidas de estresse tornam-se mais marcantes quando são comparados diferentes critérios de análise, por exemplo, resposta fisiológica e comportamental; mas, é necessário compreender que cada indicador de estresse permite diferentes inferências quanto ao processo psicológico subjacente.

### 2.3. ESTUDOS SOBRE ESTRESSE E VARIÁVEIS INDIRETAMENTE RELACIONADAS COM HOSPITALIZAÇÃO

RAHE et alii (1964) realizaram um estudo exploratório, utilizando um questionário composto de itens relativos a ocorrências e mudanças ambientais que demandam adaptação, as quais dizem respeito a fatores sócio-econômicos. Estes autores compararam a frequência dos eventos, num período retrospectivo de 2 a 10 anos, entre grupos saudáveis e doentes, encontrando os seguintes resultados: numa amostra de 40 sujeitos, empregados de um sanatório, 20 dos quais desenvolveram tuberculose (TB) e 20 que não desenvolveram a doença, e sendo estes grupos bem se-

melhantes quanto às características biossociais, a diferença quanto à frequência de mudança de status social foi positiva e significativa ao nível de confiança de 0,02 para o grupo que desenvolveu a doença; dois grupos, um de 40 indivíduos com diagnóstico de TB, outro de 40 indivíduos com doença cardíaca foram , juntos, comparados com um grupo de 40 pessoas saudáveis; a soma de ocorrências e mudanças foi significativamente maior para a amostra de sujeitos doentes que para a amostra de sadios ao nível de confiança de 0,05; 39 sujeitos com doença de pele, 29 com hérnia inguinal, 35 grávidas casadas e 33 grávidas solteiras, ao serem comparados mostraram aumentos semelhantes em ocorrências e mudanças que demandam adaptação, nos dois anos anteriores ao aparecimento dos sintomas.

HOLMES & RAHE (1967) transformaram os itens do questionário utilizado por RAHE et alii (1964) em uma lista de eventos e procuraram avaliar a magnitude desses eventos. Participaram da investigação 394 sujeitos com os quais foi desenvolvido o seguinte procedimento de classificação: numa lista de 43 eventos, incluindo, por exemplo, casamento, doença de alguém na família, perda do trabalho, divórcio, mudança nas condições financeiras, mudança de resistência, etc., foi arbitrariamente atribuído o valor 500 para "casamento", que foi colocado na lista como evento número um; os sujeitos foram solicitados a atribuir a cada item um valor proporcionalmente maior ou menor que 500, conforme eles considerassem proporcionalmente maior ou menor a demanda de reajustamento ao evento dado, em comparação com o evento colocado como padrão. Foi obtido um escore médio para cada item, a partir da média dos valores atribuídos a cada um por todos os sujeitos da amostra, a lista foi ordenada na sequência do evento de maior para o de menor escore, e recebeu a denominação de Escala de Avaliação de Reajustamento Social (EARS).

Num estudo relatado por LAUER (1973) foi investigada a existência de correlação entre a Escala de Avaliação do Reajustamento Social (EARS) de HOLMES & RAHE (1967) e a Escala de Ansiedade Manifesta de Taylor (EAMT). Lauer baseou seu estudo em Basowitz, o qual encontrou que estresse gera ansiedade. Foram selecionadas duas amostras de universitários, uma de 648 sujeitos americanos e um de 130 sujeitos ingleses. Os valores encontrados demonstraram haver uma relação positiva, estatisticamente significativa, entre escores da EARS e escore de ansiedade da EMAT para a amostra americana, e uma relação positiva, embora não significativa estatisticamente, para a amostra inglesa. O autor interpretou estes resultados afirmando que EARS se correlaciona com o estado de ansiedade.

GRAHM & CONLEY (1971) também relatam pesquisa abordando o problema da ansiedade de indivíduos hospitalizados, mas estas pesquisadoras dirigiram seu estudo especificamente à exploração da ansiedade e temor do paciente cirúrgico. As autoras selecionaram na literatura de psicologia e psiquiatria 26 sinais e comportamentos que refletem manifestações psicológicas e fisiológicas de ansiedade, e estabeleceram essas manifestações como critério de operacionalização de ansiedade, no seu estudo. Durante uma visita de 20 a 30 minutos foram checadas a presença e frequência dos critérios estabelecidos; as visitas foram feitas 2 a 3 horas após a admissão, na noite que antecedia a cirurgia, e no 5º ou 6º dia de pós-operatório. Por ocasião da visita, tanto no pré como no pós-operatório, os sujeitos foram abordados, buscando-se quais sentimentos de temor e ansiedade eles gostariam e seriam capazes de descrever de um modo específico. Foi examinado se existia associação de altos níveis de ansiedade com as variáveis sexo, idade, hospitalização anterior para grande cirurgia e tipo de ameaça cirúrgica. Numa amostra de 70 sujeitos foram encontra-

dos os seguintes resultados: "pressão sanguínea sistólica" e "expressões verbais relacionadas a ansiedade e temor" foram as características significativamente mais encontradas no pré que no pós-operatório, e, frequência de pulso aumentada, foi a característica mais encontrada no pós que no pré-operatório. A proporção de sujeitos que verbalizou sentimentos representativos de nível moderado e alto de ansiedade, foi significativamente mais elevada para mulheres e indivíduos enfrentando cirurgias de mutilação, castração simbólica ou com forte possibilidade de revelar malignidade. Pode ser que a elevação da frequência de pulso no pós-operatório esteja relacionada com elevação da temperatura ou algum outro fator, que não seja ansiedade.

Uma investigação experimental que incluiu em sua fundamentação, o conceito de estresse segundo Selye, foi relatado por PUTT (1970). Sua pesquisa teve como objetivo determinar o efeito de dois tipos de intervenção de enfermagem, no tratamento de indivíduos com úlcera péptica. Foram preestabelecidos os seguintes grupos: (a) grupo controle; (b) grupo que recebeu abordagem enfatizando suporte psicológico, interação enfermeira-paciente; (c) grupo que recebeu instrução focalizando aspectos da doença, tratamento e cura. A amostra consistiu de 36 sujeitos hospitalizados que foram designados por randomização para um dos três grupos; usando uma sequência pré-determinada. A eficiência das intervenções foi avaliada por cinco critérios, a saber: horas de persistência das queixas de desconforto, após a admissão; horas de hospitalização; Escala de Ansiedade do IPAT (Institute for Personality and Ability Testing); Escala de Diferencial Semântico, e entrevista estruturada, após a alta. Utilizando uma classificação múltipla de análise de variância, os dados demonstraram que a abordagem de instrução e ensino foi mais eficiente que a abordagem enfatizando suporte psicológico, a qual por sua vez

foi mais eficiente que o cuidado usualmente prestado pela enfermagem, para reduzir o desconforto após a admissão, diminuir o tempo de hospitalização e alterar a percepção do paciente em relação à sua doença.

LINDEMAN & STETZER (1973) relataram um estudo experimental cujo objetivo foi avaliar o efeito da visita pré-operatória feita pela enfermeira da sala de cirurgia. Foram selecionados para esta pesquisa 176 sujeitos os quais por randomização foram designados para grupo experimental, que recebeu visita pré-operatória, e grupo controle que não recebeu visita. As variáveis do estudo foram assim classificadas; variável independente - visita pré-operatória; variáveis intervenientes - idade e grau do trauma cirúrgico; variáveis dependentes - qualidades que refletem o objetivo de visita, quais sejam: número de incidentes de inefetividade, ineficiência e insegurança do cuidado de enfermagem na sala de cirurgia, Índice de Suor Palmar (ISP) pré e pós-operatório, modo de recuperação da anestesia, número de analgésicos administrados na sala de recuperação, e nas primeiras 48 horas de pós-operatório, número de problemas fisiológicos no pós-operatório, e duração da hospitalização. Dos resultados encontrados, as autoras concluíram que: (a) a visita foi um meio eficaz para elevar a efetividade do cuidado de enfermagem nas salas de cirurgia e de recuperação; (b) a abordagem tentando influenciar a resposta emocional do paciente foi ineficaz para modificar sua resposta adaptativa no pós-operatório; (c) os pacientes submetidos a menor trauma cirúrgico experimentaram menor ansiedade pós-operatória, quando tinham recebido visita pré-operatória; (d) os benefícios da visita não foram alterados pela idade do paciente.

ANDERSEN & PLETICHA (1974) descreveram um estudo exploratório, desenvolvido em unidade de emergência, o qual teve os seguintes propósitos: examinar a percepção dos pacientes da

unidade de emergência quanto aos seus eventos estressantes da vida, e se há relação entre eventos específicos e, diagnóstico final e sintomatologia; verificar se existe relação entre a percepção do paciente quanto às suas recentes ocorrências estressantes e o grau de gravidade com que era percebida sua doença, por ele próprio e pelo médico assistente. Para coleta de dados foi utilizada a Escala de Avaliação do Reajustamento Social de Holmes & Rahe, e quanto à gravidade da doença, pacientes e médicos foram solicitados a atribuir graus 1, 2, ou 3, conforme eles considerassem ou percebessem a doença pouco, moderada ou muito grave. A amostra constituiu-se de 52 pacientes e respectivos médicos assistentes, e foram encontrados os seguintes resultados: todos os 52 pacientes entrevistados relataram, pelo menos, um evento de mudança de vida nos seis meses precedentes, sendo quatro a média de eventos relatados; a relação entre eventos estressantes específicos e, sintomatologia e diagnóstico, não foi significativa; a relação entre a média dos escores da escala de reajustamento e grau de gravidade da doença, foi significativa para as respostas dos pacientes, e não significativa para o grau de gravidade atribuído pelos médicos assistentes.

GUZZETA & FORSYTH (1979) relataram o estudo piloto de um projeto relacionado com a organização lógica e sistemática de eventos observáveis pela enfermeira. No referido estudo piloto foi desenvolvida uma tipologia diagnóstica de estresse psicofisiológico conforme observado em pessoas com doença aguda. Os parâmetros fisiológicos de estresse foram agrupados por sistemas cardiovascular, respiratório, gastrointestinal, renal e neuroendócrino; para os parâmetros psicológicos de estresse foi utilizada a Escala de Ansiedade - Depressão. A amostra constituiu-se de cinco indivíduos internados em Unidade de Cuidado Coronário (UCC) com diagnóstico de Infarte Agudo do Miocárdio (IAM).

Os sujeitos foram avaliados logo após a admissão na UCC, após a alta da UCC e antes da alta hospitalar. Em cada um desses momentos de avaliação eram identificados os estressores operantes e avaliada a ausência ou presença e grau dos parâmetros que refletiam estresse. De cada paciente foram levantados dados biopsicossociais, tentando identificar a etiologia do estresse manifestado; os estressores foram agrupados em fisiológicos, psicológicos, ambientais e socioculturais. A partir dos dados, os sujeitos foram classificados em baixo, moderado, alto e extremo escore de estresse psicofisiológico. Os resultados encontrados foram os seguintes: de 50 estressores existentes, 31 estavam operantes, os estressores identificados na UCC foram mais frequentemente relacionados a causas fisiológicas e ambientais, os identificados após a transferência da UCC estavam associados a fatores psicológicos e socioculturais; pareceu haver uma relação inversa entre o número de estressores operantes e a duração da hospitalização; os escores de estresse psicofisiológico foram mais baixos após a transferência da UCC; ao comparar os sujeitos, não foram encontrados grupos de sinais e sintomas como previam; contudo, a folha utilizada para levantamento mostrou-se um instrumento útil para identificação dos estressores e parâmetros de estresse em dado período de observação, e pareceu ser adaptável para análise estatística. Os investigadores interpretaram que a classificação dos indivíduos por níveis de estresse psicofisiológico provê uma categoria diagnóstica específica e prática que "representa um nível operacional de abstração a qual reflete uma entidade clínica identificável, válida para direcionar ações apropriadas de enfermagem" (p.42). Recomendam a replicação deste estudo piloto com uma amostra maior de sujeitos.

JALÓWIEC & POWERS (1981) relatam um estudo correlacional, de qual participaram 50 indivíduos adultos, sendo que 25

eram hipertensos, sob tratamento ambulatorial (grupo I), e 25 eram portadores de doenças agudas não graves, internados em unidade de emergência (grupo II). Os objetivos do estudo foram os seguintes: comparar o número e tipos de eventos estressantes da vida relatados pelos grupos I e II; identificar métodos utilizados pelos dois grupos para enfrentar o estresse; explorar a relação entre estilos selecionados de enfrentamento e, níveis de estresse e estado de saúde. Para coleta de dados as autoras utilizaram o Questionário de Mudanças Recentes da Vida, de Rahe (1977), como instrumento de avaliação do estresse da vida; para avaliar os métodos ou comportamentos de enfrentamento as investigadoras desenvolveram uma escala tipo Likert, na qual os sujeitos podiam classificar cada método de acordo com o grau de uso. Os itens da escala foram classificados em métodos afetivo-orientado e problema-orientado. Os sujeitos foram também solicitados a classificar seu nível geral de estresse em baixo, médio ou alto, e seu estado de saúde em bom, regular e fraco. Os resultados encontrados foram os seguintes: os sujeitos com doenças agudas (grupo II), relataram significativamente mais eventos estressantes da vida que os hipertensos (grupo I); houve relação significativa inversa entre idade e número de eventos estressantes da vida no grupo I; o grupo I também relatou mais comportamento de enfrentamento que o grupo II; no grupo I houve correlação positiva entre escores de enfrentamento e ocupação; os métodos problema-orientados foram significativamente mais relatados, em ambos os grupos; no grupo I, escores mais altos na escala de enfrentamento foram associados com altas classificações no nível de estresse.

Um estudo brasileiro relacionado a estresse foi relatado por PANZA (1977). Esta autora embora tenha apresentado boa fundamentação da medida utilizada para mensuração de estresse, não colocou nenhum suporte teórico do conceito de estresse

no seu relatório. Entre outros, foi objetivo do estudo de PANZA (1977) avaliar a visita pré-operatória da enfermeira do Centro Cirúrgico, quanto à sua eficiência em reduzir o estresse na tarde da véspera, dia da cirurgia e pós-operatório, através do Índice de Suor Palmar. Foi selecionada uma amostra de 36 sujeitos, adultos do sexo feminino que foram incluídos em dois grupos, um experimental e um controle; nada foi relatado sobre a randomização dos sujeitos da amostra. A verificação do Índice de Suor Palmar (ISP) efetuou-se pela técnica de impressão do suor, foi identificado no grupo controle um ISP menor no dia da cirurgia que no dia anterior; no grupo experimental, que recebeu visita da enfermeira do centro cirúrgico na véspera, dia da cirurgia e pós-operatório, o ISP foi mais elevado no dia da cirurgia que na tarde do dia anterior; também, para essa mesma tarde o ISP foi mais elevado na verificação posterior à visita, em comparação com o índice verificado no início da visita. No pós-operatório, o ISP apresentou uma elevação do primeiro para o segundo dia em ambos os grupos. A autora interpretou que o Índice de Suor Palmar é inversamente proporcional ao nível de estresse experimentado pelo indivíduo. Em síntese o estudo demonstrou que a visita contribuiu para reduzir o nível de estresse no dia da cirurgia e pós-operatório.

#### 2.4. ESTUDOS RELACIONADOS A ESTRESSE - HOSPITALIZAÇÃO

MEYERS (1964) desenvolveu uma pesquisa exploratória sobre reações ao estresse em indivíduos hospitalizados. O objetivo do seu estudo foi explorar os efeitos de três diferentes tipos de comunicação, sobre o impacto e estruturação cognitiva resultante de uma circunstância não familiar moderadamente estressante. A autora estabeleceu três grupos com 24 sujeitos cada um. O grupo I recebeu comunicação estruturada, tendo sido ex-

plicado o procedimento à medida que ia sendo executado; o grupo II recebeu comunicação indiferente, nada foi dito sobre o que estava sendo executado; o grupo III recebeu comunicação irrelevante, isto é, com o desígnio de distrair a atenção do indivíduo. O procedimento utilizado para estimulação dos sujeitos foi o seguinte: a investigadora entrava no quarto trazendo uma bandeja equipada com recipientes, instrumentos e materiais, desenvolvia uma ação junto ao paciente e, simultaneamente, um dos três tipos de comunicação era aplicado na abordagem do paciente. Foi levada a efeito uma entrevista pós-estimulação através da qual foram obtidos escores quanto à exatidão do relato, pensamentos sobre sangue-agulha, superestimação, subestimação e loquacidade. A autora encontrou que o tipo de comunicação em que mais se relacionou "inexatidão" e "pensamentos de sangue-agulha" foi a comunicação irrelevante; não houve relação significativa entre o tipo de comunicação e superestimação ou subestimação, e loquacidade; no entanto, os que superestimaram tenderam a ser mais loquazes, e os que subestimaram tenderam a ser menos loquazes.

MASON et alii (1965) relatam estudo sobre a resposta dos corticosteróides à admissão hospitalar. Para esta investigação, 60 sujeitos foram admitidos sob condições relativamente padronizadas; eles chegaram ao hospital em momentos diferentes, constituindo-se em seis grupos consecutivos. Os sujeitos eram adultos jovens, com idade entre 17 e 24 anos, de ambos os sexos, todos aparentemente saudáveis que, voluntariamente, aceitaram ser admitidos para coleta de amostras de urina. Todos os grupos foram admitidos na tarde anterior ao primeiro dia de coleta de urina; nessa oportunidade foi dada breve explicação do regulamento do hospital e do procedimento da coleta das amostras, pelas quais foi medido o 17-hidroxycorticosterói-

de ou cortisol. Os resultados encontrados foram os seguintes: a média de cortisol urinário mostrou valores mais elevados, no dia da admissão que na segunda semana, em todos os grupos; porém, foi marcante a diferença entre os grupos, pois, neste mesmo período, a diferença foi de 31% no grupo 1, e 2% no grupo 4; analisando o total de sujeitos ou os três primeiros grupos, as mudanças no nível hormonal foram estatisticamente significativas ao nível de 0,05 pelo padrão teste-t, mas, tomando os três últimos grupos, as mudanças não foram significativas; para os 60 sujeitos a média de variação entre o primeiro dia e a segunda semana foi de 7,2 para 6 mg/dia, uma queda de 17%, em média; medidas do cortisol plasmático realizadas em sete sujeitos do grupo 2 e comparadas com os níveis urinários correspondentes, sugerem que aqueles sujeitos os quais tinham cortisol urinário relativamente baixo, mesmo tendo um nível plasmático elevado desse hormônio às 8 h, tinham uma tendência a baixar rapidamente esse nível às 20 h; enquanto isso, sujeitos com elevado cortisol urinário, tiveram tendência a apresentar elevado nível desse hormônio no plasma às 8 h, e nível relativamente elevado às 20 h.

SPIEGEL & DEMONE (1968) relataram um estudo exploratório que buscou resposta à seguinte pergunta: "Quais os questionamentos dos pacientes hospitalizados?". Foram entrevistados 449 sujeitos, que responderam um formulário de 44 questões abertas referentes a aspectos éticos, conhecimento do paciente de sua doença, conhecimento relacionado à admissão e alta hospitalar. Os respondentes apresentaram mais que 3.000 perguntas e comentários relacionados a diagnóstico, sintomatologia, atividade-reposo, razões pelas quais eles deixavam de fazer perguntas, tratamento, prognóstico, medicamento, operações, cuidado pessoal, dieta, dúvidas, exames, finanças, relação entre cônjuges. Houve indicação dos pacientes, de que gostariam de falar sozinhos com o seu médico. Os

autores concluem que a maioria dos pacientes queria conselhos e instruções práticas e simples sobre o cotidiano, após serem liberados do cuidado médico. Nota-se, neste relatório, que a classificação para as respostas apresentadas, foi muito ampla, o que torna difícil a utilização prática destes resultados, na forma como estão categorizados.

GRAFFAM (1970) descreve um estudo exploratório que focalizou o desenvolvimento de um instrumento designado para avaliar as respostas das enfermeiras às queixas de distresse dos indivíduos por elas assistidos. A amostra desse estudo constituiu-se de 75 enfermeiras, respondendo a 157 pacientes, os quais apresentaram 196 queixas de distresse, em cinco hospitais. O instrumento foi desenvolvido em três fases. Na primeira fase, o observador, acompanhando as enfermeiras, registrou em forma de narração os eventos que foram, depois, codificados como se segue: (a) queixa: tipo, situação em que se iniciou, pessoas envolvidas na comunicação; (b) ação de alívio ou resposta à queixa: avaliação da queixa, encaminhamento para ação definitiva, implementação de medidas físicas ou abordagens psicológicas, avaliação da resposta. Ainda nesta fase, foi elaborado um esquema de orientação para uso do instrumento. O instrumento foi submetido a um painel de cinco educadoras para testar a validade, compreensibilidade e aparência, e seguiu-se uma revisão do instrumento. Na segunda fase, o investigador testou o instrumento e fez nova revisão. Na terceira fase, foi testada a confiabilidade por meio de dois testes de confiabilidade inter-observadores e foi elaborada a forma final do instrumento. Paralelamente ao desenvolvimento do instrumento, a investigadora apresenta alguns resultados. Em relação às queixas — foram 196 queixas observadas em 157 pacientes — o tipo mais frequente de distresse foi dor, que apresentou-se 85 vezes, ou seja, 43% de todas as queixas, e o total de

queixas relacionadas a dor foi 62%; 15% das queixas eram relacionadas a raiva, pesar, ansiedade, e, em 6% dos eventos, as enfermeiras detectaram distresse sem queixa precedente. Em relação às respostas, em 77 eventos a resposta foi dada em 4 minutos, em 17 eventos a resposta prolongou-se de 1 a 4 h, em 122 eventos, da queixa para o completo alívio foram mais que 15 minutos. Em 58% dos eventos, alguma medida foi utilizada para avaliar a natureza e extensão do distresse, em 42% nenhuma medida de avaliação foi utilizada. Em 91% dos eventos a enfermeira respondeu sem encaminhamento. Foram registradas implementação de 141 medidas ou cuidados físicos, 66% destes foi administração de medicamento. Quanto a medidas psicológicas, em 20 eventos discutiu-se com o paciente o que ele sentia ser a causa do distresse; bloqueio de comunicação foi evidente em 13% dos eventos. Em mais que 50% dos eventos nenhuma forma de chamar foi utilizada para abordar o paciente; os comentários feitos para avaliar ou aliviar a queixa foram incluídos em quatro propósitos: informar, confortar e animar, sugerir alívio, orientar. As observadoras registraram três tipos de comportamentos das enfermeiras: evitação, tentativa de justificar comportamento e respostas exageradas. No seu relatório, GRAFFAM (1970) não colocou a teoria de estresse como suporte teórico do seu estudo, desse modo não se pode saber se o termo "distresse" utilizado no seu estudo tem a mesma conotação do conceito estabelecido por Selye. Concluindo seu estudo, GRAFFAM (1970) afirma que o registro de queixa de distresse é uma ação complexa e considera imperativa a validação dos seus resultados por outras pesquisas que poderão ser facilitadas pelo instrumento construído no seu estudo.

Foi relatado por PRIDE (1968) um estudo experimental abordando o estresse da hospitalização. A amostra do seu estudo foi constituída de 108 indivíduos adultos, de ambos os se -

xos, hospitalizados em clínica médica; os sujeitos foram, por randomização, incluídos em um dos três grupos previamente estabelecidos. O grupo I recebeu abordagem experimental de enfermagem; o grupo II recebeu uma abordagem "placebo" e o grupo III nenhuma abordagem; o nível de significância estabelecido foi  $\alpha = 0,10$ . Os índices utilizados como critério de avaliação da eficiência da abordagem experimental, designada para o alívio do estresse hospitalar, foram a excreção de potássio urinário e a escala de ansiedade do IPAT (Institute for Personality and Ability Testing). A medida da excreção de potássio revelou que 66,67% dos elementos do grupo I diminuiu a excreção, do primeiro para o segundo dia; 33,33% do grupo II diminuiu a excreção do primeiro para o segundo dia; e somente 5,56% dos elementos do grupo III baixou a excreção, neste mesmo período. Não houve relação positiva entre os valores de potássio excretado e escores da escala de ansiedade. Esses resultados não fortaleceram a hipótese proposta que a soma de potássio excretado no segundo dia, seria a mesma para os grupos II e III, e que haveria uma correlação positiva entre a medida da atividade adrenocortical, e os escores da escala de ansiedade.

O estado de ansiedade é considerado uma manifestação de estresse e, nas pesquisas psicológicas, os índices de ansiedade são utilizados para inferir sobre a reação de estresse (GARBIN, 1979). Uma investigação focalizando o problema de ansiedade da hospitalização foi relatado por LUCENTE & FLECK (1972). A amostra estudada constituiu-se de 408 sujeitos internados em clínica médico-cirúrgica de quatro hospitais, a saber: um grande centro de ensino de uma universidade, um grande hospital de comunidade e dois pequenos hospitais de comunidade; foi abordado igual número de sujeitos em cada uma destas instituições. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Manifestação de Ansiedade de Taylor (EMAT) e a Escala de Ansiedade da Hospitalização (EAH)

desenvolvida pelas autoras. Na administração desta escala, os indivíduos foram solicitados a se classificarem dentro de três opções: muito ansioso, moderadamente ansioso e muito tranquilo. Foram também solicitados a indicar como pensavam que as outras pessoas os classificariam. Finalmente, as enfermeiras, médicos e entrevistadores que atenderam cada sujeito, classificaram-no dentro das três opções já referidas. Os resultados mostraram que o nível de ansiedade foi mais elevado no hospital universitário, mais baixo nos dois pequenos hospitais e o grande hospital de comunidade ficou entre os dois grupos. Houve correlação positiva entre os escores da Escala de Ansiedade da Hospitalização e da Escala de Ansiedade Manifesta de Taylor e a avaliação dos sujeitos pelos entrevistadores. A correlação entre a avaliação dos médicos e enfermeiras e, escores da EAH e auto-avaliação dos sujeitos, foi positiva não significativa. Exceto os casos de malignidade, foi não significativa a correlação entre diagnóstico e nível de ansiedade. Diante destes resultados, as autoras supõem que o nível de ansiedade da hospitalização se relaciona com o tamanho do hospital.

VOLICER (1973) relata um estudo exploratório, cujo objetivo foi identificar que aspectos da hospitalização eram percebidos como estressantes, pelas pessoas em geral. A autora entrevistou pessoas leigas, enfermeiras, médicos e indivíduos hospitalizados, e compilou uma lista de 45 itens que representavam eventos que podem ocorrer a indivíduos hospitalizados e que podem provocar estresse. Utilizando o procedimento de HOLMES & RAHE (1967), VOLICER (1973) atribuiu valor 50 ao evento um, "admissão de emergência" e solicitou que os sujeitos atribuíssem um valor proporcionalmente maior ou menor, segundo sua opinião, quanto ao grau médio de ajustamento necessário para cada evento. VOLICER (1973) coloca que nem todos os eventos são desagradáveis, mas to

dos requerem algum grau de ajustamento, isto indica que o seu suporte teórico baseia-se em SELYE (1956, 1965). A amostra constituiu-se de 216 sujeitos não hospitalizados, de ocupação médica e não médica. De acordo com o escore médio obtido os itens foram ordenados do de maior para o de menor escore; eventos relacionados a problemas financeiros tiveram escores tão elevados quanto aqueles relacionados à possibilidade de perder um órgão. O coeficiente de correlação entre os vários sub grupos variou de 0,71 a 0,96, o coeficiente de correlação calculado para os itens de 1 a 23 e de 24 a 45, demonstrou que o consenso foi maior entre os itens de maior escore. Este resultado foi coerente com as quei-xas dos respondentes, que mostraram dificuldade em classificar os itens considerados mais baixos, em nível de estresse.

VOLICER (1974) aplicou a lista de itens a uma população de indivíduos hospitalizados. Uma amostra de 47 sujeitos, foi solicitada a classificar os eventos através da mesma lista de itens e do mesmo procedimento do estudo anterior. A correla-ção encontrada entre a amostra de indivíduos hospitalizados e não hospitalizados foi 0,88; como no estudo anterior, a correla-ção foi mais elevada nos itens de "alto estresse" que nos itens de "baixo estresse".

Prosseguindo no propósito de desenvolver um instrumento para avaliação do estresse hospitalar, com base na expe-riência dos estudos anteriores, VOLICER & BOHANNON (1975) con-cluíram a construção da Escala de Avaliação de Estresse da Hospi-talização. As pesquisadoras reescreveram e aumentaram o número de itens e estabeleceram os critérios que cada item devia satis-fazer para permanecer na lista; crivados por esses critérios, restaram 77 itens. Foi realizado um estudo piloto, no qual a lis-ta de itens foi substituída pelo procedimento de sorteio de car-tões. Os itens ou eventos foram escritos cada um em um cartão e

uma amostra de 56 sujeitos foi solicitada a separar os cartões em 4 pilhas de alto, médio e baixo estresse, e cartões rejeitados; as três primeiras pilhas eles ordenaram, cada uma, do evento mais estressante, para o menos estressantes. Os resultados do estudo piloto mostraram que o número de rejeições de cada evento variou de zero a 14, e nenhum evento foi rejeitado por mais que 25% dos sujeitos. Foi estabelecido que qualquer evento rejeitado por mais de quatro pacientes (9% da amostra) seria descartado, assim, restaram 49 eventos. Estes itens foram escritos em 49 cartões e administrados a uma amostra de 261 indivíduos hospitalizados em unidades médico-cirúrgicas, utilizando o mesmo procedimento do estudo piloto, exceto a possibilidade de rejeição. De acordo com a ordenação dada individualmente pelos sujeitos ao conjunto de itens, foi calculado um escore médio para cada evento, e os itens ordenados na sequência de menor para o de maior escore. A correlação encontrada entre os escores dos pacientes da clínica médica e cirúrgica foi de 0,93; a correlação entre os vários subgrupos da amostra variou de 0,72 a 0,94 para os itens de 25 a 49, e de 0,67 a 0,88 para os itens de 1 a 24, estes que receberam escores mais baixos, foram considerados menos estressantes, aqueles que receberam escores mais altos, foram considerados os mais estressantes.

VOLICER & BURNS (1977) relataram um estudo correlacional desenvolvido com 468 indivíduos de clínica médico-cirúrgica. O propósito do estudo foi identificar preditores do nível de estresse da hospitalização pela Escala de Avaliação do Estresse Hospitalar de VOLICER & BOHANNON (1975). As variáveis selecionadas para a busca de preditores do nível de estresse hospitalar foram as seguintes: sexo, raça, educação, estado civil, ocupação, número de hospitalizações anteriores, número de anos desde a última hospitalização, escore na escala de estresse da vida ,

gravidade da doença, escore de dor. Utilizando procedimentos de análise de regressão múltipla, foi encontrado que em ambos os grupos, médico e cirúrgico, houve correlação positiva entre estresse da vida e estresse da hospitalização, e houve correlação negativa entre idade e estresse da hospitalização, isto é, à medida que aumentava a idade dos sujeitos, diminuía o nível de estresse da hospitalização. No grupo dos pacientes médicos, o número de hospitalizações anteriores, hospitalização recente e escore de dor, se correlacionaram com o estresse da hospitalização. No grupo dos pacientes cirúrgicos, os indivíduos com escores mais elevados em relação a dor e gravidade da doença, como também as mulheres, relataram mais estresse da hospitalização que os outros. No cômputo geral, os pacientes cirúrgicos tiveram escores mais elevados na avaliação do estresse da hospitalização.

Foi relatada por VOLICER et alii (1977) uma investigação sobre diferenças entre pacientes de clínicas médica e cirúrgica, quanto ao estresse da hospitalização. Numa fase preliminar foram identificados nove fatores de estresse da hospitalização, dentro dos quais foram classificados os 49 eventos da Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização (EAEH). A fim de validar a classificação dos eventos como componentes dos nove fatores foi constituído um painel de juizes com 30 enfermeiras graduadas, que foram solicitadas a identificar o fator que melhor representasse cada um dos 49 eventos. Os fatores propostos aos juizes foram os seguintes: ambiente não familiar, perda da independência, separação do cônjuge, problemas financeiros, separação de pessoas significativas, lacuna de informação, ameaça da gravidade da doença, separação da família, problemas com medicamentos. Para testar se a estrutura dos fatores, determinada pelos juizes, mede diferentes componentes de estresse da hospitalização, foram entrevistados 880 pacientes médico-cirúrgicos e foram obtidos escores to

tais e escores parciais para cada um dos nove fatores acima designados. Os coeficientes de correlação na análise fator x fator foram em média 0,19, e entre fator x total (escore em cada fator x escore total na EAEH), foram em média 0,49. Esta diferença demonstra unicidade dos fatores, pois se eles medem componentes diversos, a correlação entre eles deveria ser baixa; enquanto isso a validade da escala é fortalecida porque os coeficientes de correlação entre fator x total estão dando idéia da relação das partes com o todo.

Para examinar a diferença entre pacientes médicos e cirúrgicos, quanto aos fatores de estresse da hospitalização, foram analisados dados referentes a 535 sujeitos dos 880 anteriormente entrevistados. Além dos nove escores parciais, um para cada fator, e escore total pela EAEH, foram obtidos dos sujeitos as seguintes características: idade, escolaridade, número de hospitalizações prévias, número de anos desde a última hospitalização e escore de gravidade da doença. Quanto aos resultados do estudo, as autoras relatam que usando teste - t para examinar a diferença quanto aos fatores de estresse, foi encontrado que os indivíduos da clínica cirúrgica relataram níveis de estresse mais elevados do que os da clínica médica; os da cirúrgica relataram mais estresse que os da médica, em relação a ambiente não familiar, perda da independência e ameaça da gravidade da doença; os da médica relataram mais estresse que os da cirúrgica com respeito a problemas financeiros e lacuna de informação; não houve diferença quanto aos fatores: separação de cônjuge, isolamento de pessoas significativas, separação da família e problemas com medicação. Uma análise de covariância controlando idade, educação, número de hospitalizações prévias, número de anos desde a última hospitalização e escores de gravidade da doença apresentou resultados idênticos aos encontrados pelo teste - t. Isto evidencia que as diferenças

entre pacientes médicos e cirúrgicos, quanto aos escores em determinados fatores de estresse, não podem ser atribuídas a qualquer destas variáveis.

VOLICER (1978) relatou um estudo do qual participaram 535 indivíduos internados em clínica médico-cirúrgica. O propósito da investigação foi verificar a existência de possíveis efeitos do estresse hospitalar sobre a auto-avaliação do paciente quanto à sua dor e estado físico. Os sujeitos receberam escores em várias escalas, a saber: Escala de Avaliação do Reajustamento Social; Escala de Avaliação da Gravidade da Doença; Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização; Inventário de Recuperação, no qual o indivíduo classifica-se quanto às suas condições em relação a diversos aspectos físicos, numa graduação que vai de zero a cinco; o indicador de dor foi o "termômetro de dor", no qual o indivíduo classifica a percepção de sua experiência de dor, sobre uma escala que vai de zero a 100; os sujeitos foram ainda solicitados a classificarem-se quanto ao retorno às atividades usuais, numa escala de graduação de zero a cinco. Os 535 indivíduos foram analisados por grupos: I - clínica médica com baixo escore de gravidade da doença, II - clínica médica com alto escore de gravidade da doença, III - clínica cirúrgica com baixo escore de gravidade da doença, IV - clínica cirúrgica com alto escore de gravidade da doença. Foram encontrados os seguintes resultados; nos quatro grupos, pelo menos uma variável se correlacionou, positivamente, com o estresse hospitalar; as correlações foram mais pronunciadas no grupo II, onde todas as correlações parciais foram mais significativas; os indivíduos mais jovens tiveram escore de dor mais elevados que os idosos; os indivíduos com maior nível de escolaridade apresentaram escores de dor mais baixos e melhor auto-avaliação do estado físico; maior número de hospitalizações anteriores tendeu a associar-se com es

cores elevados de dor e baixos escores de estado físico; os escores mais elevados de estresse da vida associaram-se a escores elevados de dor nos indivíduos da clínica médica, e escores baixos de estado físico nos pacientes cirúrgicos; a gravidade da doença tendeu a relacionar-se com elevados escores de dor e baixos escores de estado físico no grupo IV, e com baixos escores quanto ao retorno às atividades no grupo I e III. A autora sugere que o estudo seja duplicado com grupos mais homogêneos.

VOLICER & VOLICER (1978) examinaram se os escores dos fatores de estresse hospitalar podiam ser associados a mudanças cardiovasculares observadas durante a hospitalização. Participaram do estudo 463 sujeitos que foram analisados em quatro grupos, separados pelo tipo de clínica e escore da escala de gravidade da doença: grupo I - clínica médica com baixos escores de gravidade da doença; grupo II - clínica médica com altos escores de gravidade da doença; grupo III - clínica cirúrgica com baixos escores de gravidade da doença; grupo IV - clínica cirúrgica com elevados escores de gravidade da doença. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação do Reajustamento Social (EARS), Escala de Avaliação do Estresse Hospitalar (EAEH) e Escala de Avaliação da Gravidade da Doença (EAGD); foram coletados do prontuário os dados relativos a pressão sanguínea sistólica e diastólica, frequência cardíaca, e foram calculados volume sistólico e débito cardíaco. Todos estes dados foram colhidos no primeiro e quinto dias da hospitalização, e no dia anterior à alta. Os resultados demonstraram que houve uma correlação positiva entre estresse da hospitalização e mudança da frequência cardíaca nos grupos I e III; também houve correlação positiva entre estresse da hospitalização e variações na pressão sanguínea sistólica e diastólica nos indivíduos do grupo II, e foi encontrada correlação significativamente negativa entre estresse hospitalar e volu

me sistólico no grupo IV. A autora sugere que outros estudos sejam empreendidos com grupos homogêneos de pacientes.

HOFFMAN et alii (1978) descreveram um estudo sobre estressores em Unidade de Cuidado Coronariano (UCC). Na primeira fase do estudo as autoras entrevistaram 50 sujeitos que foram solicitados a expressar, através de um formulário com questões fechadas e abertas, o que eles percebiam como estressante, durante sua permanência na unidade. Com base nos resultados desse questionamento, fez-se um treinamento com as enfermeiras do "staff", enfatizando a fisiologia do estresse e mostrando os resultados do questionamento feito com os pacientes. Após o treinamento foi realizado nova entrevista, seguindo o mesmo formulário com uma amostra de 50 sujeitos. Os resultados demonstraram que o escore total de estresse foi baixo em ambos os grupos, decrescendo do primeiro para o segundo de 46,54 para 33,44. Para determinar se a intervenção de enfermagem foi fator primário a influenciar os resultados; as investigadoras selecionaram 16 itens que acreditavam serem, particularmente, sensíveis à ação direta de enfermagem e compararam os escores desses itens nos grupos pré e pós treinamento; encontraram que a média dos escores baixou de 30,58 para 20,52, nos respectivos itens, e que esta diferença foi significativa ao nível de  $p < 0,05$ . As autoras concluíram que o treinamento, em serviço, pareceu efetivo para ajudar as enfermeiras a identificar estressores e reduzir o estresse dos pacientes na unidade coronariana.

## 2.5. RESUMO DA REVISÃO DE LITERATURA

Como se pode verificar nas pesquisas apresentadas, o conceito de estresse é amplo, e o termo estresse não tem o mesmo significado para todos os investigadores. Sendo um conceito amplo, o estresse é focado sob pontos de vista diferentes, mas

entende-se que todos enfocam o mesmo fenômeno, que é a reação do ser humano a situações que demandam adaptação ou reajustamento, sejam elas agradáveis ou desagradáveis. A reação de estresse tem aspectos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, separá-los é impossível, visto que o homem é um ser total.

Compreende-se quem em estudos desta natureza, é de suma importância, além da definição conceitual, a definição operacional de estresse e a escolha de metodologia adequada ao tipo de avaliação que o investigador se propõe a fazer.

Na literatura estrangeira, em língua inglesa, há estudos em diferentes níveis de profundidade com relação a determinados aspectos da hospitalização, ou à hospitalização como um todo. Os estudos de Rahe e Volicer são exemplo de pesquisas continuadas, nas quais são utilizados resultados anteriores, para aprofundar o conhecimento em relação a problemas específicos. Em âmbito nacional, as investigações estão em fase inicial, e o estudo de Panza é único, pelo que se tem conhecimento, que se relaciona com estresse-hospitalização, enfocando, especificamente, o paciente cirúrgico.

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGIA

#### 3.1. TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo exploratório - descritivo de replicação. Trata-se da reprodução de uma etapa da série de investigações de VOLICER et alii (1973, 1974, 1975, 1977, 1978) sobre o estresse da hospitalização. A etapa que foi duplicada diz respeito ao desenvolvimento da Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização (EAEH), realizada por Volicer & Bohannon, em 1975.

#### 3.2. LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em um hospital geral para adultos da cidade de Florianópolis - SC. É uma instituição de caráter governamental e mantém convênios com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina, Banco do Brasil, Patronal e outros órgãos, através dos quais efetua a maioria dos seus atendimentos; presta-se para campo de estágio, recebendo alunos do Curso de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina.

O hospital possui uma capacidade total de 234 leitos, dos quais 180 estão distribuídos por quartos de dois e quatro leitos, em duas unidades de clínica médica e duas unidades

de clínica cirúrgica, as quais foram utilizadas para a coleta de dados da presente pesquisa.

Nestas unidades há um enfermeiro responsável pelo setor, nos turnos de manhã e tarde; à noite e fins de semana, um enfermeiro supervisiona todo o hospital.

O número de internações, nos meses em que se executou a coleta de dados, foi em média 115, por unidade.

### 3.3. PROTEÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS

A fim de proteger os direitos dos sujeitos deste estudo, explicou-se tratar-se de um levantamento sobre as "coisas que mais incomodam ou preocupam as pessoas quando elas estão doentes e hospitalizadas", e que sua participação dependeria da leitura e separação de um conjunto de cartões (apresentando-o), nos quais estão escritas "coisas" que podem incomodar ou preocupar a pessoa hospitalizada. Foi assegurado o anonimato dos participantes, e para isto, cada entrevistado recebeu um Código de Identificação.

### 3.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo compõe-se dos indivíduos internados em unidades médicas e cirúrgicas nos meses de fevereiro, março, abril e maio de 1981.

O processo de amostragem utilizado foi não probabilístico propositado.

A amostra da pesquisa relatada por VOLICER & BOHANNON (1975) foi de 261 sujeitos; para este estudo de duplicação considerou-se que o número mínimo de sujeitos deveria ser, também, de 261. Os entrevistadores completaram 274 entrevistas, nove foram eliminadas por omissão de dados ou erro no registro da ordenação dos cartões, sendo consideradas, finalmente para es

te estudo, 265 entrevistas.

Foram registrados, para caracterizar a amostra, os seguintes atributos: sexo, idade, educação, estado civil, ocupação, clínica, diagnóstico e tempo de hospitalização.

Os sujeitos do presente estudo foram selecionados de acordo com os seguintes critérios:

- tinham entre 18 e 65 anos;
- eram alfabetizados;
- estavam no período do 2º ao 10º dia de hospitalização;
- afirmaram que estavam confortáveis e sem dor;
- não haviam recebido, nas últimas oito horas, medicação parenteral com atuação no SNC;
- eram considerados pelo enfermeiro do serviço ou pelo entrevistador, capazes de completar a entrevista;
- deram consentimento verbal para participar do estudo.

Encontra-se no ANEXO I, o Guia para Seleção de Sujeitos, utilizado neste estudo.

### 3.5. INSTRUMENTO

Foi utilizada a Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização (EAEH), construída por VOLICER & BOHANNON (1975), a qual reúne 49 eventos que são comumente vivenciadas pelo indivíduo durante a hospitalização, e que foram identificadas como estressantes naquela investigação. A permissão de uma das autoras para utilização da EAEH traduzida do inglês foi concedida por carta (ANEXO II).

Os itens componentes da escala foram escritos sepa

radamente em um conjunto de 49 cartões, um ítem em cada cartão. Cada ítem foi denominado por VOLICER & BOHANNON (1975) de "evento estressante" ou "evento estressor". Os ítems que constituem o instrumento foram apresentados anteriormente na TABELA 1, no capítulo Introdução.

### 3.6. ESTUDO PILOTO

Precedendo a coleta de dados, foi realizado um estudo piloto, com a finalidade de treinar as entrevistadoras quanto ao procedimento e sugerir modificações na metodologia. Cada entrevistador efetuou cinco entrevistas.

Partindo da experiência do estudo piloto, tentou-se padronizar a forma de abordagem e as informações a serem comunicadas aos sujeitos. Definiu-se que a separação dos cartões seria feita sem a presença do entrevistador no quarto; também, estabeleceu-se um código de identificação para cada entrevistado.

### 3.7. PROCEDIMENTO

#### 3.7.1. Do Treinamento das Entrevistadoras

Foram treinadas quatro enfermeiras para execução das entrevistas; três eram funcionárias do hospital onde foram coletados os dados e uma foi a própria autora do estudo, esta coordenou o treinamento efetuado através do estudo piloto, que consistiu dos seguintes passos:

1º) Reunião inicial que teve a duração de 60 minutos; foram apresentados e discutidos alguns ítems do projeto a saber: parte inicial da introdução, problema, objetivos, definição de termos e metodologia, no que se refere à amostra, instrumento e procedimento. Foram distribuídos os jogos de cartões, cópias de guia para seleção de sujeitos e folhas para registro das entrevistas (ANEXO III). Fez-se uma simulação do pro

cedimento entre as quatro enfermeiras, uma fazendo a vez do entrevistado e a outra do entrevistador.

2º) Execução das entrevistas. Foi dado um período de três dias e cada enfermeira realizou cinco entrevistas.

3º) Reunião final teve a duração de 40 minutos, envolveu discussão do procedimento pelo relato da experiência de cada entrevistadora, padronização da forma de abordagem e das informações a serem dadas aos sujeitos.

### 3.7.2. Da Coleta de Dados

A coleta de dados realizou-se no período de 02/02 a 09/05 de 1981 (14 semanas). Esta etapa foi iniciada com quatro entrevistadoras, mas durante a coleta de dados, duas dessas, por razões particulares, tiveram que ausentar-se do hospital; uma efetuou nove, a outra 18 entrevistas. Assim sendo, a autora do estudo e uma das enfermeiras treinadas efetuaram todas as demais entrevistas.

A coleta de dados obedeceu os seguintes passos:

1º) Pela relação de pessoas internadas, a entrevistadora localizou o nome e data de internação. Pelos dados do prontuário, conversando com a enfermeira e/ou indo junto ao paciente, verificou se a pessoa preenchia os critérios estabelecidos para a seleção de sujeitos.

2º) Após apresentar-se como enfermeira, a entrevistadora explicou que estava fazendo um levantamento sobre as "coisas que mais preocupam ou incomodam as pessoas quando elas se encontram doentes e hospitalizadas", visando tomar medidas para amenizá-las. Esclareceu à pessoa que sua participação era voluntária e envolvia a leitura e seleção de um conjunto de cartões nos quais estavam escritos "coisas" referentes à doença e hospitalização. Solicitou seu consentimento verbal para participar do

estudo;

39) Obtido o consentimento, a entrevistadora fez o embaralhamento dos cartões, à vista do entrevistado, e solicitou que o mesmo fosse lendo os cartões e separando-os em três "montinhos"; colocando no primeiro, os cartões contendo aquelas "coisas" que, segundo sua opinião, preocupam ou incomodam muito; no segundo, os cartões contendo aquelas "coisas" que preocupam ou incomodam mais ou menos; e no terceiro, aquelas que preocupam ou incomodam pouco. A entrevistadora fez demonstração à medida que ia explicando e repetiu a explicação tantas vezes quantas se fez necessário;

40) A entrevistadora acrescentou que a pessoa poderia usar o tempo que considerasse necessário para separar os cartões, e colocou-se à disposição para qualquer pergunta ou esclarecimento adicional. Ao perceber que a pessoa já havia compreendido e iniciado a separação dos cartões, a entrevistadora deixou o quarto, voltando 10 ou 15' após, para ver se a pessoa estava indo bem, se precisava de alguma explicação, ou havia terminado a primeira etapa;

50) Terminada a primeira etapa, isto é, a separação dos cartões em três pilhas, a entrevistadora, tomando a primeira pilha solicitou que a pessoa colocasse os cartões em ordem decrescente, das "coisas" que mais incomodam ou preocupam para as que menos incomodam ou preocupam; solicitou que fizesse o mesmo com a segunda e terceira pilhas. Assim sendo, todos os cartões receberam uma ordem de classificação, de 1 a 49. Quando a pessoa demonstrava compreensão rápida da primeira etapa, esta segunda etapa era explicada logo no início da seleção dos cartões.

60) A entrevistadora recebeu os cartões e reuniu as três pilhas, colocando-as, de baixo para cima, na seguinte sequência 3ª, 2ª e 1ª; de modo que o último cartão se relacionava ao me

nos estressante (nº 1), e o primeiro, ao mais estressante ( nº 49).

7º) A entrevistadora agradeceu a participação da pessoa, e procedeu ao registro da ordem dos cartões, em uma lista correspondente a cada entrevistado, contendo os mesmos eventos dos cartões (ANEXO II). O registro era feito logo após a entrevistadora deixar o quarto da pessoa. O código de identificação das entrevistas foi idealizado da seguinte forma: colocou-se o número do quarto, seguido do número "5", acrescentado o número de ordem de entrevista na unidade onde foi efetuada.

### 3.7.3. Da Análise dos Dados

Para o procedimento de análise, os dados foram manualmente transcritos da folha de registro de entrevista, correspondente a cada entrevistado (ANEXO III) para o formulário de codificação, e foram trabalhados por um professor do Departamento de Ciências Estatísticas e da Computação da Universidade Federal de Santa Catarina. O programa utilizado foi o "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) para o Sistema Operacional 360, Versão H. Foram empregados os seguintes procedimentos estatísticos; qui-quadrado, teste-t, média aritmética e coeficiente de correlação linear de Pearson.

#### 3.7.3.1. Categorização das Características da Amostra

Para efeito da análise dos dados, de acordo com o estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), os atributos, selecionados para caracterização da amostra, foram subdivididos em classes 1 e 2, conforme descrição que se faz a seguir:

- Sexo

Classe 1 sexo feminino, classe 2 sexo masculino.

- Idade

Classe 1, incluindo as idades de 18 a 42 anos, e classe 2 as idades de 43 a 65 anos, estas faixas correspondem aproximadamente a adulto jovem, e meia idade ou idade madura (LIDZ, 1973; SEARS & FELDMAN, 1975). Esta categorização diferiu da de VOLICER & BOHANNON (1975) que reuniram na classe 1 os indivíduos com idade de 18 a 52 anos, e na classe 2 com mais de 53 anos.

- Educação

Expressa pela escolaridade, este atributo foi categorizado da seguinte forma: classe 1, até 12 anos de escolaridade, classe 2, mais de 12 anos de escolaridade.

- Estado Civil

Quanto ao estado civil, classe 1 corresponde a casados, e a classe 2 a não casados, incluindo solteiros, desquitado, divorciado e viúvo.

- Ocupação

A escala de GOUVEIA (ANEXO IV), utilizada neste estudo para classificar ocupação, preconiza sete categorias ocupacionais. As categorias de 1 a 3 daquela escala foram englobadas na classe 1, considerada de "baixo prestígio"; as categorias de 4 a 7, de "alto prestígio", foram englobadas na classe 2. As ocupações indicadas como estudante, do lar, desempregado e aposentado, foram codificadas por um "0" (zero), denomina -

das "não classificadas" e excluídas da análise correlacional, por não constarem na escala utilizada.

- Gravidade da Doença

O diagnóstico principal de cada sujeito foi classificado, utilizando-se a Escala de Classificação da Gravidade da Doença de WYLLER et alii (1968), também utilizada por VOLICER & BOHANNON (1975). A escala reúne uma lista de 126 doenças ou manifestações patológicas, ordenadas da menos grave, 1, para a mais grave, 126 (ANEXO V). Uma limitação desta escala é não incluir itens relativos a fraturas e outras condições decorrentes de acidentes. A propósito da análise dos dados, os diagnósticos que, pela escala de WYLLER et alii (1968), foram classificados de 1 a 76, foram incluídos na classe 1, considerada de menor gravidade, e aqueles classificados de 77 a 126, na classe 2, conseqüentemente, considerada de maior gravidade. Os diagnósticos ou condições que não constavam na escala foram codificados, por "000", denominados "não classificados", em termos de gravidade da doença, e excluídos da análise correlacional.

- Tempo de Hospitalização

Períodos correspondentes de 2 a 4 dias foram arrolados na classe 1, e períodos de 5 a 10 dias arrolados na classe 2. A propósito, explica-se que no estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), não foi estabelecido um limite quanto ao tempo de hospitalização, como critério para inclusão dos

indivíduos na amostra da investigação; todavia, as autoras relataram que 90% da amostra tinha estado hospitalizada 10 dias ou menos, no momento em que foi entrevistada. Tentando assegurar uma amostra semelhante, determinou-se que, nesta pesquisa, os indivíduos seriam entrevistados entre o 2º e o 10º dia de internação.

#### -- Clínica

A classe 1 corresponde à clínica médica, a classe 2 à clínica cirúrgica.

#### 3.7.3.2. Teste de semelhança das amostras

Foi testada, estatisticamente, a semelhança entre as amostras do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) e do presente estudo. O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificação da semelhança em relação ao sexo, estado civil, ocupação, clínica e gravidade da doença, que foram comparadas pelo número de sujeitos (N) existentes em cada uma dessas características; o teste - t foi utilizado para idade, educação e tempo de hospitalização, que foram comparados pelas respectivas médias.

#### 3.7.3.3. Cálculo do escore médio e ordenação

Cada indivíduo atribuiu uma ordem a cada um dos 49 eventos. O escore médio de cada evento foi obtido pela média aritmética dos números de ordem atribuídos, pelo total de indivíduos entrevistados, ao evento considerado.

A ordenação dos 49 eventos da escala, foi obtida a partir da sua colocação na sequência do evento de menor escore médio, para o de maior escore médio, ou seja, do menos estressante para o mais estressantes, de modo que o mais estressante tem

maior valor numérico na ordenação da escala.

#### 3.7.3.4. Cálculo do consenso de ordenação

Para avaliar o grau de consenso de ordenação entre diferentes grupos de sujeitos, dentro da amostra, as oito características foram subdivididas em classes 1 e 2. E, seguindo a mesma metodologia utilizada para obtenção do escore médio, foi calculado um subescore para os eventos, em cada classe, a partir das ordens atribuídas pelos sujeitos da classe considerada. A seguir, os eventos foram ordenados separadamente em cada classe, de acordo com os escores obtidos.

O consenso de ordenação dos eventos foi verificado por meio do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os escores das classes 1 e 2, de cada característica, para os itens de 1 a 49.

Para analisar com mais detalhe o consenso de ordenação, dividiu-se a lista em 49 eventos em duas partes, ou seja, itens de 1 a 24 e de 25 a 49. Foi calculado o coeficiente de correlação linear de Pearson, considerando, separadamente, os itens de 1 a 24 e de 25 a 49, para todas as características da amostra, a saber: sexo, idade, educação, estado civil, ocupação, gravidade da doença, tempo de hospitalização e clínica.

Também foi verificado o consenso de ordenação entre os resultados do presente estudo e do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), pelo coeficiente de correlação Linear de Pearson, entre os escores médios encontrados no presente estudo e escores médios relatados por VOLICER & BOHANNON (1975).

## CAPÍTULO 4

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O propósito do presente estudo foi investigar a ordenação de uma série de eventos estressantes, relacionados à hospitalização, dada por indivíduos hospitalizados, e o consenso entre esta ordenação e aquela relatada por VOLICER & BOHANNON (1975). Para obtenção dos dados foi utilizada a Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização (EAEH), e a técnica de seleção de cartões, relatada pela mesma autora.

Duzentos e sessenta e cinco sujeitos, selecionados de acordo com os critérios estabelecidos, foram entrevistados, e procederam à seleção e ordenação dos cartões. A ordem dos cartões foi manualmente registrada em lista correspondente a cada sujeito, transcrita para cartões perfurados, cujos dados foram tratados em computador.

#### 4.1. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS REFERENTES ÀS CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

##### 4.1.1. Sexo

A amostra constituiu-se de 127 sujeitos (47,9%) do sexo masculino e 138 (52,1%) do sexo feminino.

#### 4.1.2. Idade

A faixa etária dos sujeitos foi estabelecida entre 18 e 65 anos; 202 sujeitos (76,2%) tinham de 18 a 42 anos e 63 (23,8%) tinham de 43 a 65 anos. A média das idades foi 34 anos, e a moda 22 anos.

#### 4.1.3. Educação

A média de escolaridade dos 265 sujeitos foi sete anos, e a moda quatro anos; 244 indivíduos (92,1%) tinham até 12 anos e somente 21 indivíduos (7,9%) tinham mais que 12 anos de escolaridade.

#### 4.1.4. Estado Civil

Cento e setenta e nove sujeitos (67,5%) eram casados, e 86 (32,5%) eram "não casados".\*

#### 4.1.5. Ocupação

De acordo com a Escala de Prestígio Ocupacional de GOUVEIA (ANEXO IV), que foi utilizada para classificar as ocupações, 121 sujeitos (45,6%) pertenciam às categorias de 1 a 3, ou seja, de baixo prestígio; 64 (24,2%) pertenciam às categorias de 4 a 7, de alto prestígio; e 80 sujeitos (30,2%) foram designados como "não classificados", em relação à ocupação, por não constarem essas características ocupacionais na referida escala, a saber: estudante, do lar, desempregado e aposentado.

---

\* Não casados inclui os solteiros, os desquitados, os divorciados e os viúvos.

#### 4.1.6. Tempo de Hospitalização

No momento em que foram entrevistados 152 sujeitos (57,4%) contavam com 2 a 4 dias de hospitalização, e 113 sujeitos (42,6%) estavam com 5 a 10 dias de hospitalização.

#### 4.1.7. Clínica

Dos 265 sujeitos, 116 (43,8%) estavam internados em clínica médica, e 149 (56,2%) em unidade de clínica cirúrgica.

#### 4.1.8. Gravidade da Doença

O diagnóstico primário dos sujeitos foi codificado pela Escala de Classificação da Gravidade da Doença de WYLER et alii (ANEXO V). Noventa e quatro sujeitos (35,5%) foram arrolados nos códigos de 1 a 76 (doenças menos graves), e 109 sujeitos (41,1%) foram arrolados nos códigos de 77 a 126 (doenças mais graves). Sessenta e dois sujeitos (23,4%) não foram classificados quanto à gravidade da doença, por limitações da escala, conforme foi explicado, anteriormente, no capítulo referente à metodologia, ítem 3.7.3.1.

#### 4.2. COMPARAÇÃO DA AMOSTRA DO PRESENTE ESTUDO COM A DE VOLICER & BOHANNON (1975)

A amostra do presente estudo foi comparada e testada, estatisticamente, com a amostra do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), considerando cada um dos atributos selecionados para caracterização da amostra em ambos os estudos. Fez-se esta verificação da semelhança entre as amostras, supondo-se que possíveis diferenças entre as características das duas amostras po-

deriam afetar os resultados da ordenação dos eventos.

A verificação da semelhança entre as amostras se fez por meio de testes de hipóteses, utilizando-se o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para os valores referentes a sexo, estado civil, ocupação, clínica e gravidade da doença; e o teste - t para idade, educação e tempo de hospitalização. O nível de significância estabelecido para ambos os testes estatísticos foi  $\alpha = 0,01$ .

A TABELA 2 apresenta a comparação e resultados dos testes estatísticos das amostras do presente estudo e do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), em relação a idade, educação, tempo de hospitalização, sexo, estado civil, ocupação, clínica, gravidade da doença.

As amostras foram semelhantes em relação às características sexo, estado civil, clínica e gravidade da doença e foram, estatisticamente, diferentes quanto à idade, educação, ocupação e ao tempo de hospitalização.

A diferença, quanto à média das idades demonstrada na TABELA 2 e a existência de 202 sujeitos na faixa de 18 a 42 anos, revela a predominância de pessoas jovens na amostra do presente estudo. É possível que o critério de seleção de sujeitos, relacionado à alfabetização tenha contribuído para isto, pois parece que "ser alfabetizado", foi o critério mais difícil de ser satisfeito, e a dificuldade aumentava com a idade cronológica da população. Com isto, pretende-se dizer que a predominância de jovens na população amostral, pode estar relacionada com o fato de que, entre os mais jovens encontram-se mais pessoas alfabetizadas e, por isso, mais pessoas jovens foram incluídas no estudo. Aqui podem ser levantadas algumas outras questões, tais como será que essa predominância de jovens hospitalizados é devida ao fato da população brasileira ser essencialmente jovem? Será apenas coincidência que, no período de coleta de dados, o hospi

TABELA 2 - Comparação e resultado dos testes estatísticos das amostras do presente estudo e do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) em relação às características idade, educação, tempo de hospitalização, sexo, estado civil, ocupação, clínica e gravidade da doença. Florianópolis - 1981.

CARACTERÍSTICAS	MÉDIAS ( $\bar{X}$ )			SEXO		ESTADO CIVIL		OCUPAÇÃO*		CLÍNICA		GRAVIDADE DA DOENÇA *	
	IDADE (anos)	EDUCAÇÃO (anos de escola)	TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO (dias)	FEM (N)	MAS (N)	CASADO (N)	NÃO CASADO (N)	COD. 1-3 (N)	COD. 4-7 (N)	MÉDICA (N)	CIRÚRGICA (N)	COD. 1-76 (N)	COD. 77-126 (N)
DO PRESENTE ESTUDO	34	7,0	4	138	127	179	86	121	64	116	149	94	109
DO ESTUDO DE VOLICER & BOHANNON (1975)	52	12,0	5	157	104	186	75	68	77	114	147	90	104
RESULTADOS DOS TESTES ESTADÍSTICOS ** ( $\alpha=0,01$ )	diferente	diferente	diferente	semelhante		semelhante		diferente		semelhante		semelhante	

\* Foram excluídos os "não classificados" quanto à ocupação e gravidade da doença

\*\* Foi utilizado o teste  $\chi^2$  para sexo, estado civil, ocupação, clínica, gravidade da doença; e o teste - t para idade, educação e tempo de hospitalização.

tal tenha recebido mais pessoas jovens? Ou será que as pessoas adoecem e se hospitalizam em idades mais precoce, no Brasil, que nos Estados Unidos?

É interessante notar que as amostras, sendo diferentes em relação à idade, são semelhantes quanto à gravidade da doença. Isto sugere que, na população do presente estudo, pessoas mais jovens apresentam doenças ou manifestações patológicas tão graves quanto as pessoas mais idosas do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975). Isto parece indicar que os jovens adoecem mais precocemente no Brasil que nos Estados Unidos.

Era esperado haver diferença significativa entre as duas amostras, com relação à média de anos de escolaridade, pois, na revisão de alguns estudos brasileiros, como, por exemplo, KAMIYAMA (1972), LONREZINI (1978), BARBOSA (1979) e SANTOS (1980), foi encontrado que a maioria dos sujeitos estão classificados entre analfabetos e 1º grau incompleto. Observa-se que no estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) 94 sujeitos tinham escolaridade superior a 12 anos, sendo que, no presente estudo, somente 21 sujeitos tinham mais que 12 anos de escola; e mais, a moda das idades foi 22 anos e a moda de escolaridade 4 anos.

Em relação à ocupação, observa-se que, enquanto na amostra de VOLICER & BOHANNON (1975) 68 sujeitos tinham ocupação de baixo prestígio (códigos de 1 a 3), no presente estudo, 121 sujeitos estavam nessa faixa de ocupações. Isto parece relacionar-se com educação, pois sendo mais baixo o nível de escolaridade, supõe-se que as ocupações das pessoas sejam de menor prestígio social.

Além disso, na comparação das duas amostras, observa-se que o tempo médio de hospitalização foi, estatisticamente, diferente entre elas; provavelmente, esta diferença ocorreu porque no presente estudo os sujeitos foram entrevistados entre o

2º e o 10º dia de hospitalização, conforme explicação dada no capítulo referente à metodologia.

#### 4.3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO ESCORE MÉDIO E ORDENAÇÃO DOS EVENTOS

Cada evento recebeu um escore médio que foi obtido pela média aritmética das ordens atribuídas ao referido evento, por todos os indivíduos entrevistados, conforme foi descrito no capítulo da metodologia, ítem 3.7.3. relativo à análise dos dados.

Os eventos foram ordenados na sequência do escore médio mais baixo para o escore médio mais elevado, de modo que o mais estressante tem maior valor numérico na ordenação dos eventos.

Na TABELA 3 registram-se os eventos ordenados pelos escores médios encontrados no presente estudo, bem como os respectivos escores e ordens relatados por VOLICER & BOHANNON (1975). Confrontando a ordenação encontrada no presente estudo, e aquela relatada por VOLICER & BOHANNON (1975), nota-se que alguns eventos receberam ordens bem diferentes nas duas ordenações. Contudo, é interessante observar que, em relação aos eventos de escores mais elevados, não ocorreram diferenças acentuadas quanto à sua ordenação, e os dois últimos eventos receberam a mesma ordenação em ambos os estudos.

Arbitrariamente, decidiu-se que seriam evidenciados na discussão os eventos que estivessem colocados com sete ou mais pontos de diferença entre as duas ordenações.

##### 4.3.1. Eventos Colocados em Ordem Inferior

Os eventos que se destacaram, sendo colocados numa

TABELA 3 - Comparação entre a ordenação e escore médio dos eventos estressantes da hospitalização encontrados no presente estudo e a ordenação e escore médio encontrados no estudo de VOLICER & BOHANNON (1975).

RESULTADOS DO PRESENTE ESTUDO		EVENTOS ESTRESSANTES DA HOSPITALIZAÇÃO	RESULTADOS DE VOLICER & BOHANNON (1975)	
NÚMERO DE ORDEM	ESCORE MÉDIO		NÚMERO DE ORDEM	ESCORE MÉDIO
01	12,2*	Ter um companheiro de quarto que recebe muitas visitas	09	10,1
02	12,2*	Ter estranhos dormindo no mesmo quarto	01	13,9
03	13,9	Ter que vestir roupa do hospital	04	16,0
04	14,2	Ter que dormir numa cama estranha	03	15,9
05	14,4	Ter que comer em horários diferentes dos que está acostumado	02	15,4
06	15,2	Ser acordado no meio da noite pela enfermeira	06	16,4
07	15,3	Ser cuidado por um médico que você não conhecia	23	23,4
08	15,9	Não poder conseguir rádio, jornal ou TV, quando você deseja	08	17,7
09	18,1	Estar em um quarto que é muito frio ou muito quente	16	21,7
10	18,2	Ver o pessoal do hospital sempre apressado	26	24,5
11	18,5	Ter um companheiro de quarto que não é seu amigo	14	21,6
12	18,7	Ter ao seu redor aparelhos que você não conhece	05	16,8
13	20,9	Ter que ficar na cama ou no mesmo quarto o dia todo	10	19,1
14	21,1	Pensar que sua aparência pode mudar depois desta hospitalização	17	22,1
15	21,4	Ter que pedir ajuda para usar a comadre	13	21,5
16	22,0	Ter que ser ajudado a tomar banho	07	17,0
17	22,2	Ter um companheiro de quarto que está gravemente doente e que não pode conversar com você	12	21,2
18	22,3	Ter que comer comida fria ou sem gosto	21	23,2
19	23,1	Estar no hospital durante feriados especiais ou ocasiões em que sua família costuma estar reunida	18	22,3
20	23,2	Não saber o momento em que as coisas serão feitas para você	25	24,2
21	23,3	Sentir desconforto devido aos medicamentos	28	26,0
22	23,4	Ouvir as enfermeiras e médicos falarem muito depressa ou usarem palavras que você não compreende	29	26,4
23	23,7	Não ser atendido logo, quando você chama na campainha	35	27,3
24	24,3	Estar em um hospital muito longe de sua casa	33	27,1
25	24,5*	Não receber visita de amigos	15	21,7
26	24,5*	Não poder conversar com sua família ou com seus amigos pelo telefone	22	23,3
27	26,1	Sentir odores diferentes ao seu redor	11	19,4
28	26,2	Pensar que sua renda familiar será reduzida por causa de sua doença	27	25,9
29	26,3	Sentir que você está se tornando dependente dos medicamentos	30	26,4
30	27,3	Não ter providência para pagar as despesas de hospitalização	36	27,4
31	27,6	Ter que se hospitalizar de repente, sem ter planejado	34	27,2
32	27,8	Não receber resposta do pessoal do hospital às suas perguntas	37	27,6
33	28,6	Ter sido hospitalizado por causa de um acidente	24	23,6
34	28,9*	Pensar que você poderá sentir dor devido a cirurgia ou realização de exames	19	22,4
35	28,9*	Saber que você precisa ser operado	32	26,9
36	29,1	Preocupar-se com seu(sua) esposo(a) ou filhos por estarem longe de você	20	22,7
37	29,3	Não receber visita dos familiares	31	26,5
38	29,4	Sentir saudade de seu(sua) esposo(a), filhos ou companheiro(a)	38	28,4
39	30,5	Não lhe ser dito seu diagnóstico	44	34,1
40	31,5	Não receber medicação para dor quando necessita	42	32,4
41	32,1*	Não sentir alívio após receber medicamento para dor	40	31,2
42	32,1*	Não saber os resultados dos exames ou as razões do seu tratamento	41	31,9
43	33,9	Não saber com certeza que doença você tem	43	34,0
44	34,0	Pensar que você pode perder a audição	45	34,5
45	34,3	Receber alimentação por sondas	39	29,2
46	37,2	Pensar que você pode perder um rim ou algum outro órgão	47	35,6
47	38,6	Saber que você tem uma doença grave	46	34,6
48	39,2	Pensar que você pode ter câncer	48	39,2
49	39,6	Pensar que você pode perder a visão	49	40,6

\* valor aproximado

ordem inferior em comparação com o estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), foram os seguintes:

(a) Evento número um: "Ter um companheiro de quarto que recebe muitas visitas". No estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) obteve ordem nove, e no presente estudo recebeu o menor escore, ficando assim como evento número um, ou seja, o menos estressante. Parece haver aqui influência de um aspecto cultural de sociabilidade e de privacidade, ou seja, o brasileiro, em geral, gosta de conversar e compartilhar problemas ou satisfações com outros; talvez, por isso; os sujeitos do presente estudo demonstraram o mínimo de "incomodação e preocupação" em relação a este evento.

(b) Evento número sete: "Ser cuidado por um médico que você não conhecia". Ordenado com dezesseis pontos de diferença. Isto sugere que, para os sujeitos da amostra do presente estudo, tem pouca importância conhecer previamente o médico por quem vai ser cuidado. Pode ser que, o nível de escolaridade da amostra, tenha influenciado na ordenação deste evento; ou será isto um reflexo da imagem mitológica ou da onipotência do médico, na cultura brasileira?

(c) Evento número nove: "Estar em um quarto que é muito frio ou muito quente". Sete pontos de diferença. Não importa muito para os sujeitos da amostra do presente estudo, as condições de temperatura do quarto, enquanto aos sujeitos da amostra do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), lhes é muito importante. Os invernos rigorosos nos Estados Unidos, com temperaturas de muitos graus negativos, tornam impossível a sobrevivência sem calefação. Da mesma forma, no verão, a temperatura atinge níveis superiores aos 40°C em muitas regiões; são variações que não ocorrem no Brasil, principalmente no litoral, local do presente estudo.

(d) Evento número 10: "Ver o pessoal do hospital sempre apressado". Dezesesseis pontos de diferença. Esta ordenação confirma comentários que foram registrados durante a coleta de dados, como por exemplo: "eles são apressados porque têm muitas pessoas para atender, não vou me incomodar por isso"; "se executam rapidamente o cuidado é porque têm muita habilidade e treino em suas tarefas". Questiona-se se esta população é mais compreensiva ou mais acomodada.

(e) Evento número 21: "Sentir desconforto devido aos medicamentos". Houve sete pontos de diferença na ordenação deste evento. Esta diferença leva ao seguinte questionamento: será que a amostra do presente estudo, comparada neste aspecto com a do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), está mais preocupada com o efeito curativo dos medicamentos, que com as reações de desconforto que possam advir do uso dos mesmos?

(f) Evento número 22: "Ouvir as enfermeiras e médicos falarem muito depressa ou usarem palavras que você não compreende". Sete pontos de diferença. Parece que os sujeitos da população do presente estudo, aceitam participar passivamente do seu tratamento, e pouco questionam as informações e comentários dos profissionais de saúde. A diferença de ordenação deste evento, pode estar relacionada com a diferença do nível de escolaridade entre as duas amostras.

(g) Evento número 23: "Não ser atendido logo quando você chama na campanha". Doze pontos de diferença. Parece que a colocação deste evento retrata "conformismo", e lembra comentários feitos ao pesquisador, tais como: "eu sei que são muitos a chamar ao mesmo tempo, e eu não sou o único que está aqui para ser atendido"; "quando demoram a vir eu compreendo que estão atendendo outro, que deve estar mais necessitado do que eu".

(h) Evento número 24: "Estar em um hospital muito longe de sua casa". Nove pontos de diferença. Comparando a ordenação deste evento com o de número 36, "preocupar-se com seu (sua) esposo (a) ou filhos por estarem longe de você", que do número 20, no estudo de VOLICER & BOHANNON, passou a 36 no presente estudo, supõe-se que "casa", não teve, para os sujeitos do presente estudo, o sentido de "lar". Isto pode ter sido decorrência da tradução, pois na escala original, em inglês, o termo "home" foi indevidamente traduzido como "casa".

#### 4.3.2. Eventos Colocados em Ordem Superior

Os eventos que se destacaram, sendo colocados em ordem superior, em comparação com o estudo de VOLICER & BOHANNON ((1975), foram os seguintes:

(a) Evento número 12: "Ter ao seu redor aparelhos que você não conhece". Ordenado com sete pontos de diferença. Parece que a utilização de máquinas e aparelhos, próprios da moderna tecnologia biomédica é menos familiar e, conseqüentemente, mais estressante entre a população do presente estudo.

(b) Evento número 16: "Ter que ser ajudado a tomar banho". Nove pontos de diferença. A colocação deste evento em ordem mais elevada leva a alguns questionamentos, tais como: o banho de leito, entre a população do presente estudo, é dado como rotina, ou a partir da necessidade sentida pelo indivíduo? Será que é respeitado o desejo do paciente, no que se refere ao horário do banho? será que o atendimento ao indivíduo, no que se relaciona ao banho, é dado de maneira imprópria, expondo-o desnecessariamente? Ou será que o sentimento de pudor, é mais pronunciado, entre a população do presente estudo?

(c) Evento número 25: "Não receber visita de amigos". Dez pontos de diferença. A ordem deste evento fortalece a colocação do evento número um, e parece retratar um traço cultural da população do presente estudo, que é a abertura para a sociabilidade e valorização das amizades. Além disso, parece que visitas fazem parte do sistema de apoio psicológico da população do presente estudo.

(d) Evento número 27: "Sentir odores diferentes ao seu redor". Dezesesseis pontos de diferença. A ordem elevada que este evento recebeu, pode ser decorrente da intensidade de problemas relacionados a "odores diferentes ou estranhos", entre as duas populações estudadas. Será que este problema é realmente mais acentuado no local do presente estudo? Ou, esta população é mais sensível aos odores diferentes que podem existir no hospital?

(e) Evento número 33: "Ter sido hospitalizado por causa de um acidente". Ordenado como nove pontos de diferença. A situação do imprevisto e possíveis transtornos dele decorrentes, à vida do indivíduo e/ou de sua família, parecem ser mais assustadores e, conseqüentemente, mais estressantes, para a população do presente estudo. Isto pode indicar um traço cultural desta população.

(f) Evento número 34: "Pensar que você poderá sentir dor devido a cirurgia ou realização de exame". Quinze pontos de diferença. No estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) este evento foi ordenado entre os itens de baixo estresse (19), enquanto outros eventos relacionados com dor, receberam escores elevados, sendo ordenados entre os itens de alto estresse (40, 41). No presente estudo, os três itens referentes a dor receberam escores elevados e foram ordenados entre os itens de alto es

três (34, 40, 41). Isto torna aparente que a população do presente estudo teme e preocupa-se mais pela dor física, relacionada com alguns fatos da hospitalização, tais como cirurgia e exames; por outro lado a população do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) parece certa de que não faltará a assistência de medicamento analgésico nessas situações, talvez, por isso não colocou esse item entre os de alto estresse. Pode ser também, que os brasileiros sejam mais vulneráveis a dor.

(g) Evento número 36: "Preocupar-se com seu (sua) esposo(a) ou filhos por estarem longe de você". Dezesseis pontos de diferença na ordenação deste evento; é interessante notar que "sentir saudade de seu(sua) esposo(a), filhos ou companheiro(a) obteve igual colocação em ambas as ordenações (38 e 38). Isto sugere que, em relação à afetividade, as duas populações de - mostram idêntica sensibilidade, porém, quanto à dependência familiar, na população do presente estudo, ela é mais acentuada. A colocação deste evento parece sugerir que o indivíduo se considera necessário, e por isso relata que se preocupa.

#### 4.4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS REFERENTES AO CONSENSO DE ORDENAÇÃO DOS EVENTOS

A fim de verificar o consenso de ordenação dos eventos, os atributos selecionados para caracterização da amostra foram subdivididos em classes 1 e 2 e foram feitas subordenações dos eventos para cada classe. O grau de consenso de ordenação dos eventos foi examinado através do coeficiente de correlação linear de Pearson entre os escores das classes 1 e 2, considerando todas as características da amostra, para os itens de 1 a 49. Os coeficientes de correlação encontrados assumiram valores que vão de 0,91 a 0,98, os quais são apresentados na TABELA 4.

Para um exame mais detalhado do consenso de ordenação, a lista dos 49 eventos foi dividida em duas partes; na primeira estão os itens de 1 a 24, e na segunda, os itens de 25 a 49. Verificando o coeficiente de correlação entre os eventos de 1 a 24 entre as classes 1 e 2 de todas as características, os valores encontrados vão de 0,80 a 0,94. Repetindo essa verificação para os eventos de 25 a 49, os coeficientes de correlação encontrados assumiram valores de 0,75 a 0,94, conforme demonstra a TABELA 4.

Na TABELA 5 encontram-se os coeficientes de correlação entre as classes 1 e 2 de cada característica, conforme relatados por VOLICER & BOHANNON (1975).

O coeficiente de correlação entre os escores médios encontrados no presente estudos escores médios relatados por VOLICER & BOHANNON (1975) foi 0,89.

Comparando os valores dos coeficientes de correlação, encontrados no presente estudo, com aqueles relatados por VOLICER & BOHANNON (1975), observa-se que os coeficientes aqui encontrados foram mais elevados (TABELAS 4 e 5).

Pelos coeficientes de correlação encontrados, nota-se que as características da amostra, tais como sexo, idade, educação, estado civil, ocupação, tempo de hospitalização, clínica e gravidade da doença não interferiram nos escores médios e ordenação dos 49 itens da EAEH, ou seja, independentemente das classes a que pertenciam os sujeitos, eles tiveram a tendência de escolher ordenações semelhantes para os eventos estressantes da hospitalização. Assim, tanto homens como mulheres, os mais jovens como os mais idosos, os de menos que 12 anos de escolaridade como os de mais de 12 anos, os casados como os não casados, os de ocupação de baixo como de alto prestígio, os de 2 a 4 dias

TABELA 4 - Coeficiente de correlação linear entre as classes 1 e 2 de cada característica, considerando o total de itens, os itens de 1 a 24 e de 25 a 49, conforme os resultados do presente estudo.

CARACTERÍSTICAS	CLASSES		ITENS		
	CLASSE 1	CLASSE 2	de 1 a 49 *1 x 2	de 1 a 24 *1 x 2	de 25 a 49 *1 x 2
SEXO	FEM	MAS	0,96	0,89	0,91
IDADE	18 a 42 anos	43 a 65 anos	0,94	0,82	0,87
EDUCAÇÃO	até 12 anos de escola	mais que 12 anos de escola	0,94	0,80	0,87
ESTADO CIVIL	casados	não casados	0,91	0,89	0,75
OCUPAÇÃO	baixo prestígio Cod. 1 a 3	alto prestígio Cod. 4 a 7	0,96	0,90	0,88
TEMPO DE HOSPITALI ZAÇÃO	2 a 4 dias	5 a 10 dias	0,98	0,94	0,94
CLÍNICA	médica	cirúrgica	0,94	0,87	0,86
GRAVIDADE DA DOENÇA	menos graves Cod. 1 a 76	mais graves Cod. 77 a 126	0,97	0,92	0,91

TABELA 5 - Coeficiente de correlação entre as classes 1 e 2 de cada característica, considerando o total de itens, os itens de 1 a 24 e de 25 a 49, conforme relatado por VOLICER & BOHANNON (1975).

CARACTERÍSTICAS	CLASSES		ITENS		
	CLASSE 1	CLASSE 2	de 1 a 49 *1 x 2	de 1 a 24 *1 x 2	de 25 a 49 *1 x 2
SEXO	FEM	MAS	0,92	0,67	0,72
IDADE	menos que 52 anos	mais que 53 anos	0,94	0,75	0,82
EDUCAÇÃO	até 12 anos de escola	mais que 12 anos de escola	0,94	0,72	0,84
ESTADO CIVIL	casados	não casados	0,90	0,72	0,75
OCUPAÇÃO	baixo prestígio Cod. 1 a 3	alto prestígio Cod. 4 a 7	0,96	0,77	0,94
TEMPO DE HOSPITALI ZAÇÃO	1 a 3 dias	mais que 3 dias	0,93	0,88	0,84
CLÍNICA	médica	cirúrgica	0,93	0,68	0,83
GRAVIDADE DA DOENÇA	menos graves Cod. 1 a 76	mais graves Cod. 77 a 126	0,95	0,87	0,79

\* correlação da classe 1 com a classe 2

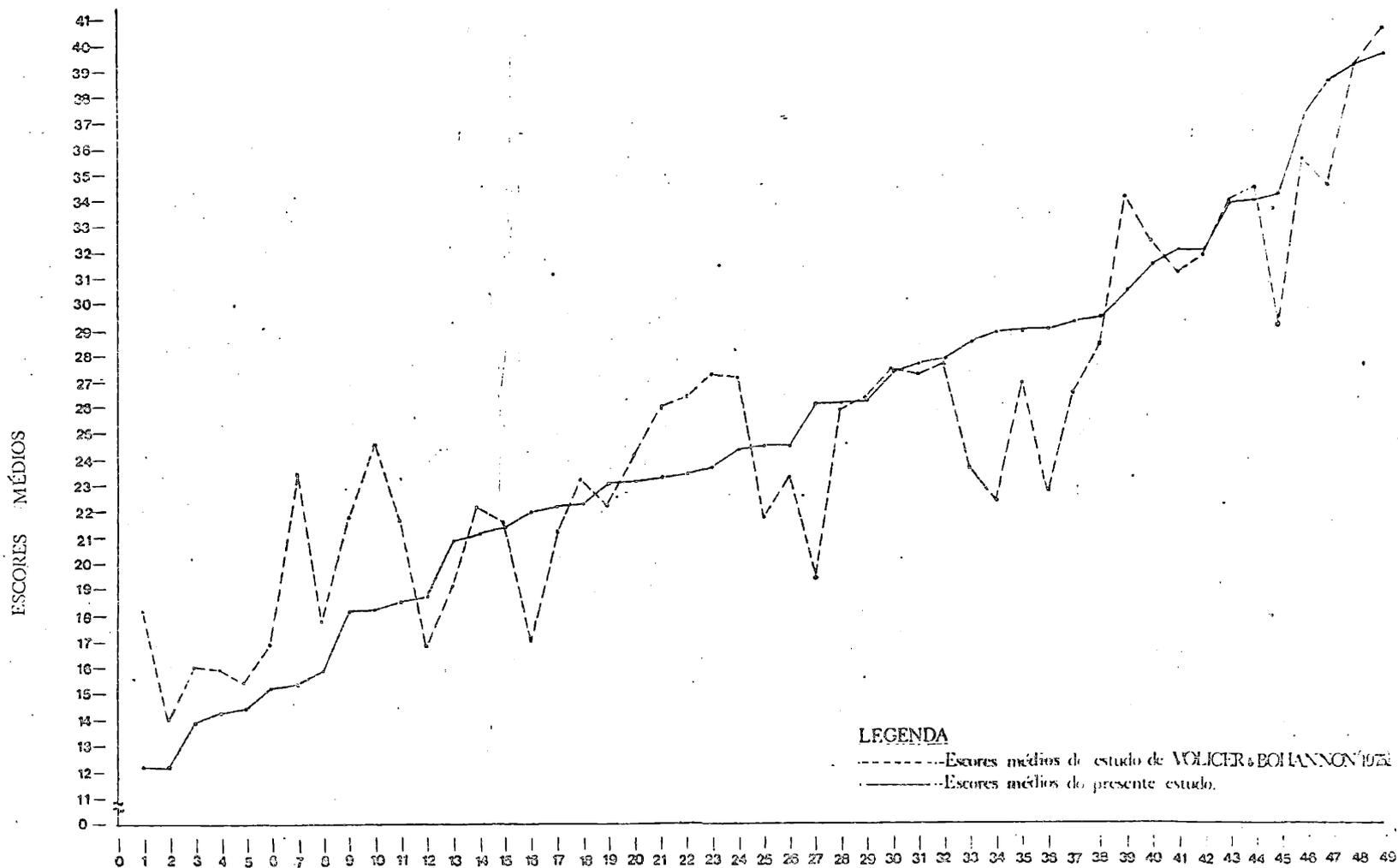
como os de 5 a 10 dias de hospitalização, os de clínica médica como os de clínica cirúrgica, os portadores de doenças menos graves como doenças mais graves, ordenaram os eventos estressantes da hospitalização de maneira semelhante.

Ainda que a população do presente estudo tenha sido, estatisticamente, diferente da população do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) em relação, à média das idades, escolaridade, tempo de hospitalização e ocupação, a correlação entre os escores médios de ambos os estudos demonstra que essas diferenças não interferiram significativamente na ordenação dos eventos, o que reforça a validade da escala.

O gráfico, apresentado a seguir representa a comparação dos escores médios obtidos no presente estudo com os escores médios obtidos no estudo de VOLICER & BOHANNON (1975). O coeficiente de correlação linear de Pearson entre os escores médios foi 0,89. Pelo comportamento dos escores médios mostrado neste gráfico, nota-se que houve tendência de se elevarem, simultaneamente, os escores médios obtidos pelas duas amostras, isto é, à medida que se elevam os escores do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975), elevam-se também os escores médios do presente estudo.

Através do gráfico é, facilmente, observável que houve uma correlação linear positiva, contudo os escores médios de alguns eventos se distanciam consideravelmente, como se observa em relação aos eventos de número 1, 7, 9, 10, 16, 23, 27, 33, 34, 36 e 45.

GRÁFICO: COMPARAÇÃO DOS ESCORES MÉDIOS OBTIDOS NO PRESENTE ESTUDO COM OS  
 ESCORES MÉDIOS OBTIDOS NO ESTUDO DE VOLICER & BOHANNON (1975).  
 SEGUNDO A ORDENAÇÃO ENCONTRADA NO PRESENTE ESTUDO.



EVENTOS COMPONENTES DA EAEH, SEGUNDO A ORDENAÇÃO ENCONTRADA  
 NO PRESENTE ESTUDO

## CAPÍTULO 5

### CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

#### 5.1. CONCLUSÕES

Dos resultados encontrados pode-se concluir que :

A ordenação que os eventos receberam no presente estudo, e os coeficientes de correlação encontrados na verificação do consenso de ordenação, fortalecem os resultados do estudo de VOLICER & BOHANNON (1975) e demonstram a validade da EAEH para ser utilizada em unidades de internação médica e cirúrgica, com indivíduos adultos, no hospital onde foi realizado o estudo, desde que sejam considerados a ordenação e os escores médios encontrados no presente estudo.

#### 5.2. IMPLICAÇÕES

A Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização (EAEH) é um instrumento que os enfermeiros poderão utilizar na primeira fase do processo de enfermagem, a qual é denominada fase de levantamento de dados de base (YURA & WALSH, 1973) ou identificação de problemas (PAIM, 1978) ou histórico de enfermagem (HORTA, 1979).

A EAEH identifica-se com determinados itens do histórico de enfermagem de HORTA (1979), a saber: queixas do pacien-

te; sono e repouso; alimentação; participação na vida familiar ; medos e preocupações; recreação; conhecimento, significado e reações do paciente à doença, exames e tratamento; impressão do paciente sobre o atendimento que está recebendo; ajustamento do paciente ao hospital e à equipe que o assiste.

A EAEH pode ser aplicada por duas diferentes técnicas, a saber, lista de eventos e sorteio de cartões. No primeiro caso, o enfermeiro entrega para o paciente uma lista contendo os eventos sem ordenação e escreve; solicita que o indivíduo assinalasse os itens que se referirem às ocorrências que ele tenha experimentado, desde que chegou ao hospital, ou que está experimentando no momento, conforme o objetivo da avaliação. Esta técnica permite que permaneça no prontuário, uma folha contendo a lista de eventos, na qual estarão evidenciados aqueles que foram assinalados pelo paciente. Pela técnica de sorteio de cartões, o enfermeiro apresenta ao paciente o conjunto de cartões, contendo os eventos, solicita que ele selecione e apresente ao enfermeiro, aqueles que se referirem às ocorrências que ele tenha experimentado desde que chegou ao hospital, ou que está experimentando no momento, conforme seja o objetivo da avaliação.

Logo que o enfermeiro receber, do paciente, os eventos assinalados ou os cartões selecionados, segundo tenha sido a técnica utilizada, ele soma os escores médios dos eventos assinalados ou dos cartões selecionados, considerando para essa soma os dados encontrados no presente estudo; assim obtém, o nível quantitativo de estresse que o indivíduo está experimentando, devido à situação de hospitalização.

Outra alternativa para obtenção do nível de estresse pode ser a soma das ordens dos eventos; uma vez que a ordenação obedece à sequência do menor para o maior escore, ambos, as ordens dos eventos ou seus escores médios poderão ser utilizados

na quantificação do nível de estresse da hospitalização.

O nível de estresse quantificado pela EAEH, pode variar de 12,2 a 1.225,0 se forem somados os escores médios dos eventos, e de 1 a 1225, se forem somadas as ordens dos eventos.

O nível de estresse, identificado através dessa avaliação, pode ser utilizado como critério para estabelecer prioridades no atendimento dos pacientes.

Além da avaliação quantitativa do estresse, a EAEH permite uma avaliação qualitativa, que corresponde à identificação dos eventos específicos que o paciente assinala ou separa como pertencentes à sua experiência individual, e para os quais o enfermeiro poderá planejar intervenções de enfermagem, com o propósito de reduzir os efeitos estressantes desses eventos, conforme o caso particular de cada indivíduo.

De vez que a reação de estresse é multidimensional, a utilização prática da EAEH deverá fazer-se em conjunto com a observação de manifestações fisiológicas e comportamentais de estresse, no indivíduo.

Sumarizando as implicações do presente estudo para a prática de enfermagem, pode-se dizer que, a administração da EAEH possibilita a identificação de determinados eventos estressantes, bem como a avaliação quantitativa do estresse individual, permitindo, inclusive, avaliações comparativas durante o período da hospitalização. Partindo da avaliação qualitativa e quantitativa do estresse do indivíduo hospitalizado, o enfermeiro poderá planejar ações específicas de enfermagem e desenvolver comportamentos de apoio que ajudem o indivíduo a enfrentar, manejar, e/ou resolver situações ou eventos estressantes.

### 5.3. LIMITAÇÕES

O fato de não haver sido dada oportunidade aos su ..

jeitos para rejeitar e/ou incluir eventos, considera-se que foi uma das limitações do presente estudo, pois, a possibilidade dos sujeitos descartarem ou sugerirem a inclusão de eventos poderia resultar numa nova escala, que seria uma adaptação da escala de VOLICER & BOHANNON (1975).

Considerando que o procedimento de seleção e ordenação de cartões, utilizado no presente estudo, exige atividade intelectual e senso de julgamento, e que, o nível educacional da amostra foi baixo, em comparação ao da amostra de VOLICER & BOHANNON (1975), admite-se que isto pode ter sido uma limitação relacionada com os próprios respondentes, no presente estudo. Além disso, as circunstâncias individuais, e o estresse decorrente da situação no momento da testagem, podem interferir nos resultados e diminuir a confiabilidade das respostas.

Sendo que este estudo foi realizado num local específico, considera-se que os resultados não poderão ser generalizados, enquanto não forem realizados estudos em outros locais para comparação com os seus resultados.

#### 5.4. RECOMENDAÇÕES

Partindo dos resultados, conclusões, implicações e limitações, são feitas as seguintes recomendações:

- Que seja replicado o presente estudo em unidades de internação médico-cirúrgicas, em outros locais do país visando aumentar a possibilidade de generalização dos resultados e consequente validação da escala a nível nacional.

- Que para posterior utilização da escala, seja substituída a palavra "casa", por "lar", no evento número 24.

- Que em estudos posteriores haja modificação na metodologia com o propósito de oferecer aos sujeitos oportuna

de para descartar e/ou sugerir a inclusão de outros eventos.

- Que seja adaptada e testada a validade da EAEH para utilização em outros tipos de unidades de internação, como também com pessoas incapacitadas para leitura

- Que sejam continuados os estudos no mesmo local, e com o mesmo tipo de população, visando:

a) verificar se existe uma correlação positiva entre os escores quantitativos dos sujeitos, obtidos na Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização, validada no presente estudo, e no Questionário de Mudanças Recentes de Vida, de Rahe;

b) verificar se existe correlação entre gravidade da doença e os escores quantitativos dos sujeitos, obtidos na Escala de Avaliação do estresse da Hospitalização, validada no presente estudo;

c) verificar se existe diferença nos escores quantitativos de estresse dos indivíduos internados em clínica médica e em clínica cirúrgica;

d) verificar se existe correlação entre os escores quantitativos de estresse obtidos na Escala de Avaliação do Estresse da Hospitalização, validada no presente estudo, e medidas fisiológicas de estresse.

## 6. BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

1. ANDERSEN, M. D. & PLETICA, J. M. Emergency unit patients' perceptions of stressful life events. Nursing Research , 23(3):235-8, May-June 1974.
2. BARBOSA, M. I. Importância do conhecimento relativo à medicação, segundo os pacientes. Florianópolis, 1979. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
3. CAMARGO, A. P. S. Análise do fluxo de informações entre enfermeiras e familiares de doentes contagiosos recém-hospitalizados. Florianópolis, 1980. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
4. FRAIN, M. & VALIGA, T. M. The multiple dimensions of stress . Topics in Clinical Nursing. 1(1):43-52, Apr, 1979.
5. GARBIN, M. Stress research in clinical setting. Topics in Clinical Nursing. 1(1):87-95, Apr, 1979.
6. GONÇALVES, M. M. C. Estudo de respostas emocionais apresentadas pelo paciente por ocasião da internação hospitalar. São Paulo, 1977. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

7. GOUVEIA, A. J. Professoras de amanhã: um estudo de escolha ocupacional. 2.<sup>a</sup> ed. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1970. 157 p., p. 33.
8. GRAFFAN, S. R. Nurse response to the patient in distress -- development of an instrument. Nursing Research. 19(4):331-6, July-Aug, 1970.
9. GRAHAM, L. E. & CONLEY, E. M. Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. Nursing Research. 20(2):113-22, Mar-Apr, 1971.
10. GRINKER, R. R. The psychosomatic aspects of anxiety. In : SPIELBERGER, C. D. Anxiety and Behavior. New York, Academic Press, 1966, pp. 129-41.
11. GUZZETA, C. E. & FORSYTH, G. L. Nursing diagnostic pilot study: psychophysiological stress. Advances in Nursing Science. 2(1):27-44, Oct, 1979.
12. HOFFMAN, M. et alii. The effects of nursing intervention on stress factors perceived by patients in coronary care unit. Heart & Lung. 7(5):804-9, Set-Oct, 1978.
13. HOLMES, T. H. & RAHE, R. H. The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research. 11:213-18, 1967.
14. HORTA, W. A. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU e Ed. da Universidade de São Paulo, 1979, 99 p.
15. HOUSSAY, B. A. et alii. Fisiologia humana. 4.<sup>a</sup> ed. Buenos Aires, El Ateneu, 1973, p. 1.
16. JALOWIEC, A. POWERS, M. J. Stress and Coping in Hypertensive and emergency room patients. Nursing Research. 30(1):10-4, Jan-Feb, 1981.

17. KAMIYAMA, Y. O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas. São Paulo, 1972. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
18. Assistência centrada na identidade social - aspectos psicossociais do cuidado de enfermagem ao paciente de hepatite infecciosa. São Paulo, 1979. Tese de Livre Docência. Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo.
19. LAUER, R. H. The social readjustment scale and anxiety a cross-cultural study. Journal of Psychosomatic Research . 17:171-4, 1973.
20. LAZARUS, R. S. & OPTON; E. M. The study of psychological stress: a summary of theoretical formulations and experimental findings. In: SPIELBERGER, C. D. Anxiety and behavior. New York, Academic Press, 1966. pp. 225-62.
21. LIDZ, T. La persona - su desarrollo através del ciclo vital . Barcelona, Ed. Herder, 1973. pp. 364-433.
22. LINDEMAM, C. A. & STETZER, S. L. Effect of preoperative visits by operating room nurses. Nursing Research. 22(1):4-16, Jan-Feb, 1973.
23. LORENZINI, A. Características da alimentação das gestantes inscritas no programa de assistência materno-infantil do centro de saúde de Florianópolis - SC. Florianópolis, 1978. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
24. LUCENTE, F. E. & FLECK, S. A study of hospitalization anxiety in 408 medical and surgical patients. Psychosomatic Medicine. 34(4):304-12, July-Aug, 1972.

25. MASON, J. W. Corticosteroid responses to hospital admission. Arch. Gen. Psychiat. 13:1-7, July, 1965.
26. MEYERS, M. E. The effect of types of communication on patients' reactions to stress. Nursing Research. 13(2) : 126-31, 1964.
27. MURRAY, R. & ZETNER, Crisis intervention: a therapy technique. In: \_\_\_\_\_. Nursing concepts for health promotion. New Jersey, Prentice-Hall, Inc., 1975. pp. 206-45.
28. NEVES, E. P. The relationship of hospitalized individual's cognitive structure regarding health to their health self-care behaviors. Washington, D. C. 1980. Tese de Doutorado. Catholic University of America, School of Nursing.
29. PAIM, L. Problemas, prescrições e planos. Cadernos Científicos ABEn, nº 1, 1978.
30. PANZA, A. M. M. Efeito da visita pré-operatória da enfermeira do centro cirúrgico sobre o estresse do paciente no pré-operatório, dia da cirurgia e no pós-operatório. São Paulo 1977. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
31. PRIDE, L. F. An adrenal stress index as a criterion measure for nursing. Nursing Research. 17(4):292-303, July-Aug 1968.
32. PUTT, A. M. One experiment in nursing adults with peptic ulcers. Nursing Research. 19(6):484-94, Nov-Dec, 1970.
33. RAHE, et alii. Social stress and illness onset. Journal of Psychosomatic Research. 8:35-44, 1964.

34. ROBERTS, L. S. Stress. In: \_\_\_\_\_ . Behavioral concepts and nursing throughout the life span. New Jersey, Prentice Hall, Inc. 1978. pp. 98-122.
35. SANTOS, L. L. C. Ações de enfermagem e sua importância segundo o enfermeiro e paciente geriátrico. Florianópolis, 1980. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina.
36. SEARS, R. R. & FELDMAN, S. S. As sete idades do homem. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1965. 161 p.
37. SELYE, H. The stress of life. New York, Mc Graw-Hill Book Company, Inc 1956. 324 p.
38. \_\_\_\_\_ . The stress syndrome. American Journal of Nursing. 65(3):97-9, Mar, 1965.
39. \_\_\_\_\_ . The stress of life. In: \_\_\_\_\_ . Stress without distress. Philadelphia, Lippincott, 1974. p 25-59.
40. SILVEIRA, G. C. X. Importância das informações ao paciente recém-hospitalizado. Salvador, 1976. Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.
41. SMITH, M. J. T. & SELYE, H. Reducing the negative effects of stress. American Journal of Nursing. 79(11):1953-5, Nov, 1979.
42. SOUZA, M. F. Efeito da interação enfermeira-paciente como método de atendimento à necessidade de segurança do paciente cirúrgico. Porto Alegre, 1976. Tese de Livre Docência, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

43. SPIEGEL, A. D. & DEMONE, H. W. Questions of hospital patients-unasked and unanswered. Postgraduate Medicine . 43(1):215-18, Jan, 1968.
44. STEPHENSON, C. A. Stress in critically ill patients . American Journal of Nursing. 77(11):1806-9, Nov, 1979.
45. SUTTERLEY, C. C. Stress and health: a survey of self -- regulation modalities. Topics in Clinical Nursing. 1(1) : 1-29, Apr, 1979.
46. TORNYAY, R. Nursing research - the road ahead. Nursing Research. 26(6):404-7, Nov-Dec, 1977.
47. VOLICER, B. J. Perceived stress levels of events associated with the experience of hospitalization: development and testing of a measurement tool. Nursing Research. 22(6) : 491-7, Nov-Dec, 1973.
48. \_\_\_\_\_, Patients' perceptions of stressful events associated with hospitalization, Nursing Research, 23(3): 235-8, May-June, 1974,
49. \_\_\_\_\_, & BOHANNON, M. V. A hospital stress rating scale. Nursing Research. 24(5):352-9, Set-Oct, 1975. :
50. \_\_\_\_\_ et alii. Medical-surgical differences in hospital stress factors. Journal of Human Stress. 3:3-13, June, 1977.
51. \_\_\_\_\_ & BURNS, M. W. Preexisting correlates of hospital stress. Nursing Research. 26(6):408-15, Nov-Dec, 1977.
- 52: \_\_\_\_\_ Hospital stress and patient reports of pain and physical status. Journal of Human Stress. 4(2):

28-37, June, 1978.

53. \_\_\_\_\_ & VOLICER, L. Cardiovascular changes associated with stress during hospitalization. Journal of Psychosomatic Research. 22:159-68, 1978.
54. WILER, A. R. et alii. Seriouness of illness rating scale . Journal of Psychosomatic Research, 11:363-74, Mar, 1968.
55. YURA, H. & WALSH, M. B. The nursing process: Assessing , planning, implementing, evaluating. 2<sup>nd</sup> edition, New York , Appleton-Century-Crofts, 1973.
56. ZIND, R. K. Deterrents to crisis intervention in the hospital unit. Nursing Clinics of North America. 9(1):27-36, Mar , 1974.

7. ANEXOS

## ANEXO I

## GUIA PARA SELEÇÃO DE SUJEITOS\*

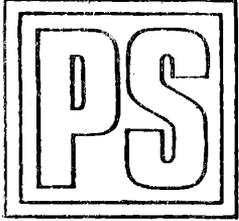
Examinando o prontuário do indivíduo, conversando com ele ou buscando informação da enfermeira responsável pelo seu cuidado, o entrevistador deverá responder a cada uma das seguintes questões:

01.  Ele/ela tem entre 18 a 65 anos de idade?
02.  Ele/ela é alfabetizado?
03.  Seu tempo de hospitalização está compreendido entre o 2º e o 10º dia?
04.  Seus sinais vitais estão dentro dos limites considerados normais para a sua condição?
05.  Ele/ela afirma que se sente confortável?
06.  Ele/ela está aparentemente confortável?
07.  Ele/ela não recebeu nas últimas 8 horas medicação parenteral que atue sobre S.N.C.?
08.  Ele/ela é capaz de dizer onde está e porque está no hospital?
09.  Ele/ela é capaz de dizer o dia da semana e quando chegou ao hospital?
10.  Ela/ela diz seu nome corretamente, quando solicitado?
11.  Ele/ela não tem diagnóstico simultâneo de desordem psiquiátrica?

Se estas questões forem respondidas afirmativamente, será dada ao indivíduo a explicação sobre o estudo e ele será convidado a participar do mesmo.

---

\* Adaptação do Guia para Seleção de Sujeitos, de NEVES (1980, p. 138)



THE PLANNERS STUDIO  
375 ELLIOT STREET  
NEWTON UPPER FALLS, MA 02164  
(617) 964-6360

November 18, 1980

Juracy Nunes de Farias  
Pos-Graduacao em Enfermagem  
Campus Universitario - UFSC  
Trindade - Florianopolis - SC  
88.000 - Brasil

Dear Ms. Farias,

Thank you for your letter. Enclosed are two articles published in 1978 that might be useful to you. You are welcome to use The Hospital Stress Rating Scale in your research.

Sincerely yours,

*Beverly J. Volicer*

Beverly J. Volicer, Ph.D.  
Research Coordinator  
"Women's Occupational  
Alcoholism Demonstration  
Project".

BJV/bs  
encl:

ANEXO III

FOLHA DE REGISTRO DA ENTREVISTA. ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ESTRESSE HOSPITALAR - VOLICER & BOHANNON, 1975.\*

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| 1.1. Código de Identificação:           | 1.2. Sexo: ( ) M ( ) F          |
| 1.3. Idade: .....anos                   | 1.4. Escolaridade: .....anos    |
| 1.5. Estado Civil:                      | 1.6. Diagnóstico:               |
| 1.7. Tempo de Hospitalização: .....dias | 1.8. Clínica: ( ) Med. ( ) Cir. |
| 1.9. Ocupação:                          |                                 |

2. ITENS DA ESCALA

- | ORDEM | EVENTOS  |
|-------|--|
| _____ | Ter estranhos dormindo no mesmo quarto que você  |
| _____ | Ter que comer em horários diferentes dos que está acostumado                                     |
| _____ | Ter que dormir numa cama estranha  |
| _____ | Ter que vestir roupa do hospital   |
| _____ | Ter ao seu redor, aparelhos que você não conhece   |
| _____ | Ser acordado no meio da noite pela enfermeira  |
| _____ | Ter que ser ajudado a tomar banho  |
| _____ | Não poder conseguir rádio, jornal ou TV, quando você deseja                                      |
| _____ | Ter um companheiro de quarto que recebe muitas visitas   |
| _____ | Ter que ficar na cama ou no mesmo quarto o dia todo  |
| _____ | Sentir odores diferentes ao seu redor  |
| _____ | Ter um companheiro de quarto que está gravemente doente e que não pode conversar com você        |
| _____ | Ter que pedir ajuda para usar a comadre  |
| _____ | Ter um companheiro de quarto que não é seu amigo   |
| _____ | Não receber visita de amigos   |
| _____ | Estar em um quarto que é muito frio ou muito quente  |
| _____ | Pensar que sua aparência pode mudar depois desta hospitalização                                  |
| _____ | Estar no hospital durante feriados especiais ou ocasiões em que a família costuma estar reunida. |
| _____ | Pensar que você poderá sentir dor devido a cirurgia ou realização de exames                      |
| _____ | Preocupar-se com seu(sua) esposo(a) ou filhos por estarem longe de você                          |
| _____ | Ter que comer comida fria ou sem gosto   |
| _____ | Não poder conversar com sua família ou com seus amigos pelo telefone                             |
| _____ | Ser cuidado por um médico que você não conhecia  |
| _____ | Ter sido hospitalizado por causa de um acidente  |
| _____ | Não saber o momento em que as coisas serão feitas para você                                      |
| _____ | Ver o pessoal do hospital sempre apressado   |
| _____ | Pensar que sua renda familiar será reduzida por causa de sua doença                              |
| _____ | Sentir desconforto devido aos medicamentos   |
| _____ | Ouvir as enfermeiras e médicos falarem muito depressa ou usarem palavras que você não compreende |
| _____ | Sentir que você está se tornando dependente dos medicamentos                                     |
| _____ | Não receber visita dos seus familiares   |
| _____ | Saber que você precisa ser operado   |
| _____ | Estar em um hospital muito longe de sua casa   |
| _____ | Ter que se hospitalizar de repente, sem ter planejado  |
| _____ | Não ser atendido logo, quando você chama na campainha  |
| _____ | Não ter previdência para pagar as despesas de hospitalização                                     |
| _____ | Não receber respostas do pessoal do hospital, às suas perguntas                                  |
| _____ | Sentir saudade de seu(sua) esposo(a), filhos ou companheiro(a)                                   |
| _____ | Receber alimentação por sondas   |
| _____ | Não sentir alívio após receber medicamento para dor  |
| _____ | Não saber os resultados dos exames ou as razões do seu tratamento                                |
| _____ | Não receber medicação para dor, quando necessita   |
| _____ | Não saber com certeza que doença você tem  |
| _____ | Não lhe ser dito qual é o seu diagnóstico  |
| _____ | Pensar que você pode perder a audição  |
| _____ | Saber que você tem uma doença grave  |
| _____ | Pensar que você pode perder um rim ou algum outro órgão  |
| _____ | Pensar que você pode ter câncer  |
| _____ | Pensar que você pode perder a visão  |

\* Tradução livre feita por Eloísa Pereira Neves

## ANEXO IV

## ESCALA DO PRESTÍGIO OCUPACIONAL (APARECIDA JOLY GOUVEIA)

1. Ocupações Manuais Não Especializadas

- agricultor ou lavrador sem empregado; meeiro ou parceiro
- barqueiro
- coletor de lixo
- conservador de estrada
- lustrador de ônibus
- operário não especializado
- motorneiro
- auxiliar pedreiro
- empregada doméstica
- cortador de cana
- carregador
- cozinheira
- atendente
- vigia
- ajudante
- empregado de posto
- dono de charrete
- pescador
- marinheiro
- vendedor ambulante (camelô)
- soldado (militar, cabo)
- porteiro
- guarda noturno
- carrãoeiro
- entregador
- foguista
- poceiro

- garçon de botequim
- faxineiro (a)
- jardineiro (a)
- lavador de carros
- servente

## 2. Ocupações Manuais Especializadas e Assemelhadas

- alfaiate (empregado)
- barbeiro (empregado)
- chapeleiro (empregado)
- fotógrafo (ambulante ou empregado)
- motorista (empregado)
- músico de banda
- vidraceiro (empregado)
- técnico de TV (empregado)
- tecelão
- avicultor (empregado)
- auxiliar de enfermagem
- vendedor de firma
- jardineiro
- leitor de luz
- armador
- jogador
- dono de olaria
- dono de pensão
- carteiro (conta própria)
- tipógrafo (sem subordinados)
- vidraceiro (sem subordinados)
- chacareiro (conta própria)
- eletricista (conta própria ou empregado)
- encanador (conta própria ou empregado)

- ferreiro (conta própria ou empregado)
- marceneiro (conta própria ou empregado)
- pedreiro (conta própria ou empregado)
- relojoeiro (conta própria e empregado)
- seleiro (conta própria e empregado)
- doceiro (conta própria e empregado)
- pedreiro (distribuidor conta própria e empregado)
- borracheiro (tratorista)
- cabelereiro (empregado)
- carpinteiro (empregado)
- cortador de luvas (empregado)
- fiscal de feira
- ourives (empregado)
- operador de cinema
- técnico de tecidos (empregado)
- zelador de edifício
- tapeceiro (empregado)
- balconista
- auxiliar laboratório e farmácia
- viajante comercial (empregado)
- sargento e 2º sargento
- operador de máquinas
- broqueiro
- dono de bancas de jornais e revistas
- dono de lenhadora
- dono de quitanda
- distribuidor de leite (conta própria)
- gráfico (sem subordinados)
- relojoeiro (sem subordinados)
- cinegrafista (conta própria)
- feirante (conta própria ou empregado)

- bombeiro (conta própria ou empregado)
- funileiro (conta própria ou empregado)
- mecânico (conta própria ou empregado)
- pintor (conta própria e empregado)
- sapateiro (conta própria e empregado)
- tintureiro (conta própria e empregado)
- confeitoiro (sem subordinados)
- açougueiro (conta própria e empregado)

### 3. Supervisão de Trabalho Manual e Ocupações Assemelhadas

- agricultor (sitiante, lavrador, avicultor, apicultor... com um empregado)
- artífice de trabalhadores especializados (... com 2 a 4 empregados)
- tipógrafo (... com 1 ou mais empregados)
- motorista proprietário de carro ou caminhão (com ou sem empregado)
- chefe de estiva
- chefe de turma
- chefe de secção (fábrica)
- chefe de depósito
- chefe de trem
- fiscal de transporte coletivo
- inspetor policial
- guarda aduaneiro
- mestre (industrial)
- mestre de obras
- contra mestre
- inspetor de obra (não o engenheiro)
- inspetor de serviço (oficina mecânica - automóveis)
- apontador de obras

- feitor ou capataz
- cozinheiro (restaurante de 1.<sup>a</sup> classe)
- empreiteiro

#### 4. Ocupações Não Manuais de Rotina e Assemelhadas

- administrador de fazenda (... até 10 empregados)
- dono de estabelecimento comercial (... sem ou com um empregado)
- despachante (... em ou com 1 empregado)
- corretor de imóveis (... sem ou com 1 empregado)
- gerente de casa comercial (... com 2 a 5 subordinados)
- conferente (exceto conferente de alfândega que fica na categoria 5)
- despachante de cia. de aviação
- almoxarife
- auxiliar de escritório
- caixa de firma comercial
- datilógrafo
- escriturário
- ferroviário (sem especificar)
- escrivão da polícia
- bancário (sem especificar)
- chefe estação estrada de ferro
- fiscal da prefeitura
- funcionário público (sem especificar)
- perfurador
- diretor de escola primária
- artista (sem especificar)
- bailarino
- músico
- professor de música

- locutor
- radialista
- radiotelegrafista
- repórter
- propagandista (empregado)
- publicitário (sem especificar)
- recepcionista
- protético (sem empregado)
- professor primário
- agente administrativo

5. Posições mais Baixas de Supervisão ou Inspeção de Ocupações Não Manuais e Proprietários de Pequenas Empresas Comerciais, Industriais, Agro-Pecuária, etc.

- administrador de fazenda (com 11 empregados e +)
- comerciante ou dono de estabelecimento comercial (com 2 a 10 empregados ou "alguns" empregados ou "vários empregados" (inclusive dono do hotel)
- industrial ou dono de fábrica (de 2 a 10 empregados)
- proprietário imobiliário (conta própria)
- dono de máquina de café (... até 5 empregados)
- comerciante (sem especificar)
- corretor de imóveis (com 2 a 10 empregados)
- construtor (sem referência ao nº de empregados)
- despachante (com mais de 1 empregado)
- dono de farmácia (sem diploma)
- dono de escritório (sem especificar)
- chefe de escritório de secção em repartição pública
- desenhista (empregado e conta própria)
- chefe de secção em banco
- chefe de secretaria

- chefe de pessoal
- agente de correio (chefe de agência)
- agente de estatística
- aviador (sem especificar)
- caixa (bancário)
- bibliotecário
- coletor estadual e federal
- conferente de alfândega
- contador, contabilista ou guarda livros
- delegado regional de ensino (Estado de São Paulo)
- escrevente de cartório
- forças armadas (tenente e sub-tenente do exército e equivalente na aeronáutica e marinha)
- inspetor de ensino (Estado de São paulo)
- jornalista
- pastor protestante
- professor secundário
- diretor de escola secundária
- lançador da prefeitura
- topógrafo
- oficial da marinha mercante
- avaliador

6. Profissões Liberais. Cargos de Gerência ou Direção. Proprietários de Empresa de Tamanho Médio

- fazendeiro ou pecuarista (de 11 a 49 empregados ou "muitos" empregados)
- fazendeiro ou pecuarista (sem informação sobre o nº de empregados)
- comerciante (11 a 49 empregados ou "muitos" empregados)
- corretor de imóveis (com 11 empregados e + ou "muitos" em -

- pregados)
- Industrial ou dono de fábrica (11 a 99 empregados ou "muitos" empregados)
  - industrial (sem informação sobre o nº de empregados)
  - diretor de banco
  - gerente de pessoal
  - fiscal de consumo
  - delegação de polícia (Estado de São Paulo)
  - Juiz - promotor
  - prefeito
  - vereador
  - oficiais das forças armadas (exceto general, brigadeiro, almirante e tenente)
  - professor universitário
  - tabelião - dono de cartório - escrivão de cartório - oficial maior

#### Profissões liberais e Assemelhadas

(Obs.: poderão passar a categoria 7 se forem proprietários ou dirigentes de grandes empresas)

- médico
- advogado
- veterinário
- engenheiro químico
- agrônomo
- dentista
- farmacêutico (diplomado)
- engenheiro
- arquiteto
- economista

7. Altos Cargos Políticos e Administrativos. Proprietários de  
Grandes Empresas e Assemelhados

- fazendeiro (com 50 empregados ou +)
- dono de empresa comercial ou equivalente (com 50 empregados ou +)
- industrial (com 100 empregados ou mais)
- diretor surerintendente de grande companhia (inclusive banco) (com 50 subordinados ou +)
- banqueiro
- desembargador
- deputado
- diplomata
- general, brigadeiro, almirante.

## ANEXO V

## ESCALA DE CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE DA DOENÇA - WYLER E ALII, 1966 \*

ORDEM	ORDEM	ORDEM
01 Caspa	43 Fínite alérgica	85 Envenenamento acidental
02 Verruga	44 Hipotensão arterial	86 Hérnia de disco
03 Herpes labial	45 Eczema	87 Hepatite
04 Calo dos pés ou das mãos	46 Alergia medicamentosa	88 Cálculo renal
05 Soluço	47 Bronquite	89 Úlcera péptica
06 Mau hálito	48 Hiperventilação	90 Pancreatite
07 Terço	49 Herpes zoster	91 Hipertensão arterial
08 Resfriado	50 Mononucleose	92 Varíola
09 Hipermetropia	51 Infecção ocular	93 Surdez
10 Sangramento nasal	52 Bursite	94 Atelectasia pulmonar
11 Dor de garganta	53 Coqueluche	95 Mordida de tubarão
12 Miopia	54 Lumbago	96 Epilepsia
13 Queimaduras do sol	55 Útero fibromatoso	97 Dor precordial
14 Constipação intestinal	56 Enxaqueca	98 Esgotamento nervoso
15 Astigmatismo	57 Hérnia	99 Diabete
16 Laringite	58 Queimadura pelo frio	100 Trombose
17 Verminose	59 Bócio	101 Arteriosclerose
18 Cefaléia	60 Aborto	102 Enfisema
19 Escabiose	61 Cisto de ovário	103 Tuberculose
20 Furunculose	62 Íntermação	104 Alcoolismo
21 Pirose	63 Gonorréia	105 Vício de drogas
22 Acne	64 Frequência cardíaca irregular	106 Coma
23 Abscesso dentário	65 Excesso de peso	107 Cirrose hepática
24 Daltonismo	66 Anemia	108 Doença de Parkinson
25 Amigdalite	67 Ansiedade	109 Cegueira
26 Diarréia	68 Gota	110 Retardamento mental
27 Carbunculose	69 Mordedura de cobra	111 Embolia pulmonar
28 Varicela	70 Apendicite	112 Psicose maniaco depressiva
29 Menopausa	71 Pneumonia	113 Derrame
30 Parotidite	72 Depressão	114 Esquizofrenia
31 Tontura	73 Frigidez sexual	115 Distrofia muscular
32 Sinusite	74 Queimadura	116 Cardiopatia congênita
33 Úlceras de decúbito	75 Infecção renal	117 Tu de coluna vertebral
34 Hipermenorréia	76 Impotência sexual	118 Paralisia cerebral
35 Desmaio	77 Hipertireoidismo	119 Cardiopatia
36 Sarampo	78 Asma	120 Infarto do miocárdio
37 Dismenorréia	79 Glaucoma	121 Infecção cerebral
38 Otite média	80 Perversão sexual	122 Esclerose múltipla
39 Veias varicosas	81 Colecistíase	123 Hemorragia cerebral
40 Psoríase	82 Artrite	124 Uremia
41 Amenorréia	83 Inanição	125 Câncer
42 Hemorróidas	84 Sífilis	126 Leucemia

\* Tradução livre por Eloita Pereira Neves

JURACY NUNES DE FARIAS

Departamento de Enfermagem

Centro de Ciências da Saúde - UFPb

Campus Universitário

58.000 - João Pessoa - Pb.