

# Orientação de enfermagem sobre o banho no leito para redução da ansiedade

*Nursing guidance on bed baths to reduce anxiety*

*Orientación de enfermería acerca del baño en el lecho para reducción de la ansiedad*

Juliana de Lima Lopes<sup>1</sup>, Dulce Aparecida Barbosa<sup>1</sup>,  
Luiz Antônio Nogueira-Martins<sup>II</sup>, Alba Lucia Bottura Leite de Barros<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem,  
Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica. São Paulo-SP, Brasil.

<sup>II</sup> Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. São Paulo-SP, Brasil.

## Como citar este artigo:

Lopes JL, Barbosa DA, Nogueira-Martins LA, Barros ALBL. Nursing guidance on bed baths to reduce anxiety. Rev Bras Enferm. 2015;68(3):437-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680317i>

Submissão: 07-01-2015    Aprovação: 11-03-2015

## RESUMO

**Objetivo:** avaliar a efetividade de um protocolo de orientação de enfermagem para redução da ansiedade de pacientes com síndrome coronária aguda, submetidos ao banho no leito e a relação dos sinais vitais com a Ansiedade-Estado. **Método:** ensaio clínico randomizado. A amostra foi constituída por 120 pacientes. O grupo intervenção recebeu um protocolo de orientação de enfermagem sobre o banho no leito e o grupo controle as informações rotineiras da unidade. A ansiedade foi avaliada por meio do Inventário de Ansiedade-Estado em três momentos: imediatamente após informar ao paciente sobre a necessidade do banho no leito, imediatamente após as intervenções e imediatamente após o banho. **Resultados:** o grupo intervenção teve uma redução significativamente maior da ansiedade quando comparado ao grupo controle ( $p < 0,001$ ) após a intervenção. **Conclusão:** a orientação de enfermagem foi efetiva para reduzir a ansiedade dos pacientes com síndrome coronária aguda que se submetem ao banho no leito.

**Descritores:** Ansiedade; Síndrome Coronariana Aguda; Banhos; Cuidados de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Objective:** to evaluate the effectiveness of a nursing guidance protocol to reduce the anxiety of patients with acute coronary syndrome undergoing bed bath, and the correlation of vital signs with state-anxiety. **Method:** randomized clinical trial study. The sample consisted of 120 patients. The intervention group received a nursing guidance protocol about bed bath and the control group received the unit's routine information. The STAI-State scale was used to assess anxiety, and data were collected at three times: immediately after informing the patients about the bed bath; immediately after interventions; and immediately after the bath. **Results:** the intervention group presented significantly lower state-anxiety compared to the control group ( $p < 0.001$ ) after the intervention. **Conclusion:** the nursing orientation was effective to reduce anxiety in patients with acute coronary syndrome undergoing bed bath. **Key words:** Anxiety; Acute Coronary Syndrome; Baths; Nursing Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** evaluar la efectividad de un protocolo de orientación de enfermería para reducción de la ansiedad de pacientes con síndrome coronario aguda, sometidos al baño en el lecho y la relación de las señales vitales con la Ansiedad-Estado. **Metodo:** ensayo clínico randomizado. La muestra estaba constituída por 120 pacientes. El grupo intervención recibió un protocolo de orientación de enfermería sobre el baño en el lecho y el grupo control, la información rutinaria de la unidad. La ansiedad se evaluó por medio del Inventario de Ansiedad-Estado en tres momentos: inmediatamente tras informar al paciente sobre la necesidad del baño en el lecho, inmediatamente tras las intervenciones e inmediatamente tras el baño. **Resultados:** el grupo intervención tuvo una reducción significativamente mayor de la ansiedad cuando comparado al grupo control ( $p < 0,001$ ) tras la intervención. **Conclusión:** la orientación de enfermería fue efectiva para reducir la ansiedad de los pacientes con síndrome coronario agudo que se someten al baño en el lecho.

**Palabras clave:** Ansiedad; Síndrome Coronario Agudo; Baños; Atención de Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE    Juliana de Lima Lopes    E-mail: [juliana.lima@unifesp.br](mailto:juliana.lima@unifesp.br)

## INTRODUÇÃO

A prática do cuidar de pacientes com coronariopatias é um desafio para a Enfermagem. Esta doença é caracterizada, na maioria das vezes, por uma internação inesperada, desencadeando diversas dúvidas e medos. Neste sentido, o enfermeiro tem um importante papel na orientação destes indivíduos.

A orientação de enfermagem permite minimizar diversos sentimentos negativos apresentados pelos pacientes frente a novas experiências, tornando-os mais seguros, propiciando melhor qualidade de vida<sup>(1-3)</sup>. A comunicação gerada pela orientação de enfermagem permite a identificação de significados que o paciente atribui para a doença e a hospitalização<sup>(4)</sup>. A falta de informação e o desconhecido podem gerar diversos sentimentos negativos, como a ansiedade e depressão<sup>(5-6)</sup>. Alguns estudos mostram forte correlação entre a ansiedade e a depressão<sup>(7-8)</sup>.

A ansiedade é definida como um vago e incômodo sentimento de desconforto ou de temor acompanhado por uma resposta autonômica; é um sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo<sup>(9)</sup>. Os transtornos de ansiedade incluem distúrbios que compartilham características de medo excessivo, ansiedade e distúrbios comportamentais relacionados<sup>(10)</sup>.

Atualmente existem diversos instrumentos que mensuram os sintomas de depressão e os níveis de ansiedade dos pacientes, sendo o Inventário Beck de Depressão<sup>(11-12)</sup> e o Inventário de Ansiedade-Estado-Traço<sup>(13)</sup> os mais utilizados, respectivamente. O Inventário de Ansiedade-Estado-Traço é constituído por duas escalas distintas, o Inventário de Ansiedade-Estado e o Traço.

A Ansiedade-Estado representa a ansiedade que o paciente apresenta no momento da avaliação. É conceituada como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano, caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos e acompanhados de aumento da atividade do sistema nervoso autônomo<sup>(13)</sup>. A Ansiedade-Traço, por sua vez, é utilizada para medir a ansiedade que a pessoa vivencia normalmente. Os escores desta escala são menos sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais e permanecem relativamente constantes no tempo<sup>(13)</sup>.

A associação da ansiedade e infarto agudo do miocárdio tem mostrado impacto negativo no prognóstico destes pacientes, uma vez que, além das manifestações psíquicas, causa diversas alterações fisiológicas<sup>(14-15)</sup>. A ansiedade pode ativar o sistema nervoso simpático, aumentando a contratilidade e a frequência cardíaca, a pressão sanguínea e o consumo de oxigênio e, eventualmente, pode piorar a evolução da doença<sup>(14-15)</sup>.

Esta ansiedade, muitas vezes, é mais intensa, dependendo do procedimento a que o paciente está sendo submetido, bem como da avaliação que ele faz desse procedimento. O banho no leito é um dos procedimentos que pode intensificar esse sentimento<sup>(16)</sup>.

Assim, torna-se essencial a realização de estudos que verifiquem o impacto de protocolos específicos de orientação de enfermagem sobre os diversos procedimentos de enfermagem, na ansiedade dos pacientes com síndrome coronária aguda, uma vez que podem contribuir para as boas práticas de enfermagem.

O objetivo do presente estudo foi avaliar a efetividade de um protocolo de orientação de enfermagem para redução da Ansiedade-Estado de pacientes com síndrome coronária

aguda, submetidos ao banho no leito e avaliar a relação dos sinais vitais com a Ansiedade-Estado.

## MÉTODO

### Aspectos Éticos

O estudo foi precedido da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e registrado no *clinical.trials.org* (NCT01724762).

**Desenho, período e local do estudo:** Trata-se de ensaio clínico randomizado realizado no período de março de 2011 a outubro de 2012 nas Unidades Coronárias do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCor-HCFMUSP), serviço de referência para o ensino, assistência e pesquisa em Cardiologia no Brasil. Esta instituição atende pacientes clínicos e cirúrgicos com diversas doenças cardíacas e pulmonares.

**População e critérios de inclusão:** A amostra foi composta por pacientes com síndrome coronária aguda, internados nas unidades coronárias.

**Crítérios de inclusão:** idade > 18anos, ambos os sexos, com pelo menos quatro anos de escolaridade (instrumentos auto-aplicáveis), sem congestão pulmonar (Killip I)<sup>(17)</sup> e com indicação de banho no leito pela primeira vez na internação atual.

**Crítérios de exclusão:** presença de afecções vasculares ou fístulas arteriovenosas no membro superior esquerdo, uma vez que este membro foi padronizado para aferição da pressão arterial; expostos a situações que poderiam influenciar a ansiedade ou os sinais vitais como presença de arritmias, dor isquêmica, realização de procedimentos invasivos no dia da inclusão no estudo; uso de benzodiazepínicos ou ansiolíticos; alterações do nível de consciência ou déficit visual.

**Cálculo do tamanho da amostra:** baseado em estudo prévio<sup>(16)</sup>, no qual se obteve a média do escore da Ansiedade-Estado (41,4 pontos), imediatamente após relatar ao paciente sobre a necessidade do banho no leito. Esta pontuação refere-se a uma ansiedade moderada e considerou-se que para se obter uma redução significativa da Ansiedade-Estado após a intervenção, o paciente deveria alcançar um escore inferior a 34 pontos, o que caracteriza ansiedade leve, ou seja, uma diferença de 7 pontos a menos do escore de Ansiedade-Estado entre os grupos. Para o nível de significância de 5% e poder de 95%, a amostra mínima para detectar uma diferença de 7 pontos no escore da Ansiedade-Estado entre os grupos, pelo teste de soma de postos de Wilcoxon foi de 112 pacientes. Prevendo a possibilidade de perdas durante a coleta de dados, aumentou-se em 10% o tamanho da amostra e, desta forma, a amostra final foi constituída de 124 pacientes.

**Protocolo do Estudo:** Os pacientes foram divididos em dois grupos (grupo 1 ou grupo intervenção e grupo 2 ou grupo controle) e sorteados por meio do sistema informatizado *Random*<sup>(18)</sup>. O programa gerou uma sequência de dois números 1 e 2 e os pacientes foram alocados de acordo com a sequência de aleatoriedade pré-determinada por este sistema. Foi considerado grupo 1 ou grupo intervenção os pacientes que receberam o protocolo de orientação. O protocolo foi construído a partir da experiência clínica da pesquisadora principal em unidade

coronariana e por pesquisa realizada previamente<sup>(16)</sup> e incluiu orientações verbais e escritas contidas em um manual informativo sobre o banho no leito. O manual foi previamente elaborado e validado, seguindo os passos descritos por Echer<sup>(19)</sup> e continha informações sobre o que é o banho no leito, o motivo pelo qual o paciente necessita deste tipo de banho, o profissional que realiza este procedimento, como o banho é realizado, o tempo que demora este procedimento e o número de vezes que o paciente necessita realizá-lo por dia<sup>(20)</sup>. Primeiro os pacientes leram o manual informativo e, posteriormente, caso houvesse dúvidas, a pesquisadora principal do estudo realizava os esclarecimentos necessários, conforme as informações contidas no manual. Ressalta-se que durante a leitura do manual informativo, a pesquisadora permanecia ao lado do paciente. O protocolo de orientação teve uma média de duração de dez minutos.

Foi considerado grupo 2 ou grupo controle, o dos pacientes que receberam somente as informações rotineiras da unidade, ou seja, que o banho seria realizado na cama, mantendo a sua privacidade.

Para a realização do banho no leito de ambos os grupos, os pacientes permaneceram deitados e o procedimento foi realizado pelo mesmo profissional. O desfecho do estudo foi a Ansiedade-Estado dos pacientes, avaliada em três momentos distintos:

- I) imediatamente após relatar sobre a necessidade do banho no leito, com o intuito de avaliar o impacto desta informação ao paciente;
- II) imediatamente após as intervenções (orientações de enfermagem ou após as informações rotineiras), com o intuito de avaliar o impacto destas orientações ou informações e;
- III) imediatamente após o banho no leito, com o intuito de avaliar a ansiedade gerada pela realização do procedimento.

O protocolo de orientação (grupo intervenção) ou as informações rotineiras da unidade (grupo controle) foram realizados apenas uma vez entre a primeira e a segunda avaliação da Ansiedade-Estado.

A ansiedade foi avaliada por meio do Inventário de Ansiedade-Estado - A-Estado<sup>(13)</sup>. Este inventário avalia a ansiedade no momento da coleta de dados e os escores variam de 20 a 80 pontos, sendo que quanto maior o valor do escore, maior é a ansiedade do paciente<sup>(13)</sup>. Foi utilizado para avaliação dos resultados, os valores dos escores e a seguinte categorização<sup>(16)</sup>: ansiedade baixa (20-34 pontos), ansiedade moderada (35-49 pontos), ansiedade elevada (50-64 pontos) e ansiedade muito elevada (65-80 pontos).

Os sinais vitais foram avaliados anteriormente a Ansiedade-Estado e obtidos por meio do monitor cardíaco em que o paciente estava monitorizado.

As variáveis sociodemográficas e clínicas (idade, sexo, hipertensão arterial sistêmica, estresse, obesidade, sedentarismo, antecedentes familiares de doenças cardiovasculares, tabagismo, etilismo, uso de betabloqueador, diagnóstico médico prévio

e/ou sintomas de depressão, Ansiedade-Traço e internação prévia) foram obtidas mediante entrevista com o paciente, dados dos prontuários e por meio de instrumentos validados. Estas variáveis foram avaliadas uma vez que poderiam influenciar a Ansiedade-Estado dos pacientes.

As variáveis sociodemográficas e clínicas foram coletadas por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores e utilizado em estudo anterior<sup>(16)</sup>. A Ansiedade-Traço foi avaliada por meio do Inventário de Ansiedade-Traço que avalia o perfil ansioso dos pacientes, o escore varia de 20 a 80 pontos<sup>(13)</sup>. Foi utilizado para avaliação dos resultados, os valores dos escores e a mesma categorização utilizada na Ansiedade-Estado.

Os sintomas de depressão, por sua vez, foram avaliados por meio do Inventário Beck de Depressão<sup>(11-12)</sup>. Este inventário é autoaplicável e avalia a frequência e a intensidade dos sintomas depressivos em relação à última semana. Compreende 21 categorias, com quatro alternativas que variam de zero a três, sendo zero a ausência de sintomas e três a presença dos sintomas mais intensos. Para o presente estudo, foi utilizada a seguinte categorização para os pacientes com diagnóstico médico prévio de depressão<sup>(11-12)</sup>: escores de 0 a 9 (sem sintomas de depressão), escores de 10 a 18 (sintomas de depressão leve), escores de 19 a 29 (sintomas de depressão moderada), escores de 30 a 63 (sintomas de depressão grave). E os pacientes sem diagnóstico médico prévio de depressão, segundo relato do paciente e/ou informação obtida no prontuário foram categorizados como: escores de 0 a 14 (sem sintomas de depressão), escores de 15 a 19 (sintomas de disforia), escores 20 ou mais (sintomas de depressão).

Na Figura 1 apresentamos o fluxograma dos pacientes estudados.

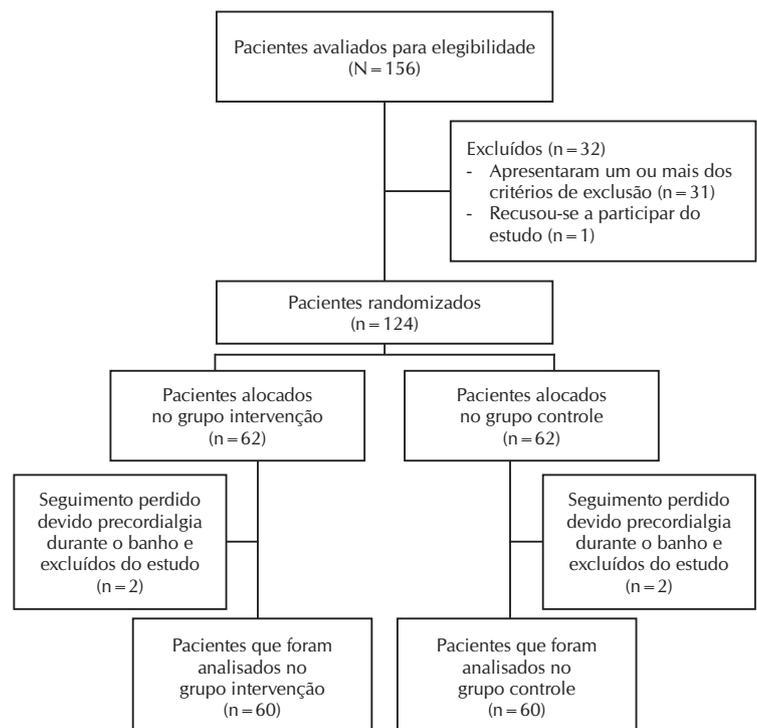


Figura 1 - Fluxograma dos pacientes estudados, São Paulo, 2011-2012

**Análise estatística:** Foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 19. A normalidade dos dados foi testada utilizando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os testes estatísticos Qui-quadrado, Razão de Verossemelhança e t-Student foram utilizados para verificar se as variáveis sociodemográficas e clínicas entre o grupo controle e intervenção eram semelhantes, uma vez que poderiam influenciar nos resultados. Para comparar os níveis de Ansiedade-Estado do grupo intervenção e do grupo controle, em cada um dos momentos, foi utilizado o Teste de Mann-Whitney. A correlação entre a Ansiedade-Estado e os sinais vitais, nos três momentos de avaliação, foi verificada pelo Coeficiente de Correlação de Pearson. Os valores de  $p < 0,05$  foram considerados estatisticamente significantes.

## RESULTADOS

Dos 120 pacientes avaliados, a maioria era do sexo masculino ( $n = 82$ ; 68,3%), hipertensos ( $n = 88$ ; 73,3%) e com idade média, (DP) de 61(9,5) anos. Verificou-se que em relação à

Ansiedade-Traço, 70% dos pacientes avaliados dos dois grupos, apresentavam uma ansiedade moderada, elevada ou muito elevada. Quanto à depressão, observou-se que 22 (18,3%) pacientes já apresentavam este diagnóstico médico previamente a inclusão no estudo, sendo 12 do grupo intervenção e 10 do grupo controle. Vinte (90,1%) destes pacientes apresentavam sintoma de depressão, confirmado pelo Inventário Beck de Depressão. Dos pacientes que não apresentavam o diagnóstico médico prévio de depressão ( $n = 98$ ), mais da metade não apresentava os sintomas desta doença quando aplicado o Inventário Beck de Depressão.

Observa-se na Tabela 1 que os grupos intervenção e controle eram semelhantes, com exceção do tabagismo ( $p = 0,007$ ). A prevalência de pacientes tabagistas foi maior no grupo intervenção ( $n = 15$ ; 25%) quando comparado ao grupo controle ( $n = 10$ ; 16,7%), entretanto este resultado foi aleatório uma vez que os pacientes foram randomizados.

A Ansiedade-Estado foi avaliada em 120 pacientes (60 do grupo intervenção e 60 do grupo controle). Observa-se na tabela

**Tabela 1 -** Comparação das variáveis sociodemográficas e clínicas entre o grupo controle e grupo intervenção. São Paulo, SP, Brasil, 2011-2012

Variável	Grupo Intervenção		Grupo Controle		Total		Valor p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo (masculino)	40	66,7	42	70,0	82	68,3	0,695*
Hipertensão arterial	42	70,0	46	76,7	88	73,3	0,409*
Estresse	31	51,7	38	63,3	69	57,5	0,196*
Depressão	12	20,0	10	16,7	22	18,3	0,637*
Obesidade	15	25,0	9	15,0	24	20,0	0,171*
Sedentarismo	33	55,0	37	61,7	70	58,3	0,459*
Antecedentes familiares de doença cardiovascular	37	61,7	41	68,3	78	65,0	0,444*
Tabagismo							
Não	25	41,7	13	21,7	38	31,7	0,007*
Sim	15	25,0	10	16,7	25	20,8	
Ex-tabagista	20	33,3	37	61,7	57	47,5	
Consumo de álcool							
Não	39	65,0	39	65,0	78	65,0	0,084 <sup>†</sup>
Socialmente	17	28,3	13	21,7	30	25,0	
Diário	3	5,0	1	1,7	4	3,3	
Ex-alcoólatra	1	1,7	7	11,7	8	6,7	
Hospitalização prévia	47	78,3	48	80,0	95	79,2	0,822*
Ansiedade-Traço							
Baixa	19	31,7	17	28,3	36	30,0	0,284 <sup>‡</sup>
Moderada	30	50,0	33	55,0	63	52,5	
Elevada	9	15,0	10	16,7	19	15,8	
Muito elevada	2	3,3	0	-	2	1,7	
Uso de betabloqueador	53	88,3	53	88,3	106	88,3	1,000*
Idade (anos)	61(10)		62(10)		61(10)		0,455 <sup>‡</sup>

\* Teste Qui-quadrado; <sup>†</sup>Razão de Verossemelhança; <sup>‡</sup>Teste t-Student

**Tabela 2-** Comparação entre a Ansiedade-Estado do grupo controle e a Ansiedade-Estado do grupo intervenção, nos três momentos de avaliação. São Paulo, SP, Brasil, 2011-2012

Ansiedade Estado	Grupo Intervenção		Grupo Controle		Valor p (Mann - Whitney)
	Mediana	Intervalo Interquartilico (1º e 3º quartis)	Mediana	Intervalo Interquartilico (1º e 3º quartis)	
Primeira avaliação	41	(33 - 50)	41	(34 - 47)	0,773
Segunda avaliação	32	(26 - 40)	40	(32 - 49)	<0,001
Terceira avaliação	28	(24 - 33)	35	(27 - 41)	0,006

**Tabela 3 -** Correlação entre a Ansiedade-Estado e os sinais vitais, nas três avaliações. Coeficiente de Correlação de Pearson. São Paulo, SP, Brasil, 2011-2012

Variável	Ansiedade-Estado					
	Primeiro momento		Segundo momento		Terceiro momento	
	Coeficiente de Correlação de Pearson	Valor p	Coeficiente de Correlação de Pearson	Valor p	Coeficiente de Correlação de Pearson	Valor p
Pressão arterial sistólica	-0,043	0,644	0,096	0,296	0,037	0,686
Pressão arterial diastólica	-0,068	0,459	0,010	0,912	-0,068	0,462
Frequência respiratória	0,085	0,354	-0,081	0,381	-0,113	0,218
Frequência cardíaca	-0,124	0,176	-0,042	0,647	-0,040	0,664

2 que na primeira avaliação os dois grupos eram homogêneos ( $p=0,773$ ). Na segunda e na terceira avaliação, verifica-se que o grupo intervenção teve uma Ansiedade-Estado significativamente menor quando comparado com o grupo controle.

Observou-se que não houve correlação de nenhum dos sinais vitais com a Ansiedade-Estado em ambos os grupos (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

O paciente hospitalizado, que recebe o banho no leito, passa de um indivíduo independente para um indivíduo dependente, necessitando de cuidados da equipe de enfermagem para execução deste procedimento<sup>(21)</sup> e o medo do desconhecido pode provocar diversas expectativas, sentimentos e emoções, como ansiedade<sup>(5,22)</sup>.

O ser humano precisa sentir-se seguro quanto ao procedimento que será executado, pois se existirem dúvidas, estas poderão ser causadoras de sentimentos desagradáveis, como ansiedade e angústia<sup>(5)</sup>. Frente a este contexto, a hipótese de que o protocolo de orientação de enfermagem é efetivo para redução da ansiedade dos pacientes com síndrome coronária aguda, submetidos ao banho no leito, foi comprovada no presente estudo.

Outras pesquisas também comprovaram a importância da orientação para pessoas com coronariopatias, ao enfatizarem que a orientação provoca diminuição significativa nos níveis de depressão, ansiedade, raiva, hostilidade e uma melhora na

qualidade de vida destes pacientes<sup>(23-24)</sup>. Assim, é de fundamental importância que os enfermeiros orientem os pacientes que são submetidos ao banho no leito, no sentido de atenuar ou erradicar a ansiedade, visto que este sentimento pode repercutir não apenas no aspecto psíquico, mas também no fisiológico do indivíduo.

A orientação de enfermagem pode ser realizada de forma individualizada ou por meio de manuais informativos. Os manuais informativos têm como finalidade auxiliar os pacientes e familiares, durante o tratamento e o autocuidado e uniformizar as orientações a serem realizadas pela equipe de saúde, para que os pacientes possam entender o processo de saúde-doença e auxiliar na tomada de decisão<sup>(24-26)</sup>.

Em relação à correlação da Ansiedade-Estado e as variáveis fisiológicas, observou-se que nenhum dos sinais vitais se correlacionou com a Ansiedade-Estado dos pacientes. Este resultado também foi encontrado em outros estudos<sup>(16,27)</sup>. Embora os profissionais da área da saúde tenham considerado que os aumentos da ansiedade podem ser detectados por meio de mudanças na frequência cardíaca e na pressão arterial<sup>(14-15,28)</sup>, ainda não existe um consenso na literatura sobre a correlação dos sinais vitais e este sentimento. Esta falta de consenso pode estar relacionada à heterogeneidade dos métodos empregados nos diversos estudos, quanto à avaliação da Ansiedade-Estado, bem como das variáveis fisiológicas. No entanto, mesmo podendo existir tal relação, a ansiedade gerada no banho no leito, neste estudo, não foi suficiente para alterar tais parâmetros. Entretanto, vale ressaltar que mais de 80% dos pacientes, em

ambos os grupos utilizavam betabloqueadores, o que pode ter influenciado nos resultados da presente pesquisa.

Diante dos achados, ao realizar o banho no leito, o enfermeiro não deve apenas considerar a execução da técnica do procedimento, mas também demonstrar envolvimento e disponibilidade para o atendimento do paciente sob seus cuidados. Assim, acredita-se que as alterações psíquicas decorrentes dos procedimentos de enfermagem, como o banho no leito, devem ser foco de atenção deste profissional, uma vez que visa ao bem-estar do indivíduo como um ser integral. O enfermeiro deve garantir que as informações sejam claras, objetivas e precisas para que estas alterações possam ser minimizadas.

#### Limitações do estudo

Podemos apontar como limitação do estudo o não cegamento das intervenções, entretanto destaca-se que os instrumentos de avaliação eram autoaplicáveis, não tendo a influência da pesquisadora. Outro aspecto é que a maioria dos

pacientes de ambos os grupos, faziam uso de betabloqueadores, o que pode ter contribuído para não ter sido encontrado correlação da Ansiedade-Estado com os sinais vitais.

#### Implicações para prática

Este protocolo de orientação pode ser replicado em diversas unidades de terapia intensiva e pode ser utilizado como uma ferramenta para melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes que se submetem ao banho no leito.

#### CONCLUSÃO

O protocolo de orientação de enfermagem foi efetivo para reduzir a ansiedade dos pacientes com síndrome coronária aguda, submetidos ao banho no leito.

Adoção de estratégias, com a finalidade de reduzir a ansiedade nos diversos procedimentos de enfermagem contribui para prática baseada em evidência e para a segurança do paciente.

#### REFERÊNCIAS

- Guo P, East L, Arthur A. Thinking outside the black box: the importance of context in understanding the impact of a preoperative education nursing intervention among Chinese cardiac patients. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 07];95(3):365-70. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399114000871>
- Hanssen TA, Nordrehaug JEM, Eide GE, Hanestad BR. Does a telephone follow-up intervention for patients discharged with acute myocardial infarction have long-term effects on health-related quality of life? A randomized controlled trial. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009 May [cited 2015 Jan 07];18(9):1334-45. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2008.02654.x/epdf>
- Wong EM, Chan SW, Chair SY. Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *J Adv Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 07];66(5):1120-31. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2010.05273.x/epdf>
- Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. [Therapeutic communication in Nursing: essential instrument of care]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 07];61(3):312-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf> Portuguese.
- Maruiti MR, Galdeano LE, Farah OGD. Anxiety and depression in relatives of patients admitted in intensive care units. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 07];21(4):636-42. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en\\_a16v21n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/en_a16v21n4.pdf)
- Costa VAS, Silva SCF, Lima VCP. [The pre-surgery anxiety of the patient: the alliance between the nurse and psychologist]. *Rev SBPGH* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 07];13(2):282-98. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n2/v13n2a10.pdf> Portuguese.
- Apóstolo JLA, Figueiredo MH, Mendes AC, Rodrigues MA. Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 07];19(2):348-53. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/17.pdf>
- Lemos C, Gottschall CAM, Pellanda LC, Müller M. [Association among depression, anxiety, and quality of life in post acute myocardial infarction patients]. *Psicol Teor Pesqui* [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 07];24(4):471-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n4/10.pdf> Portuguese.
- NANDA Internacional. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014*. Porto Alegre: Artmed; 2013.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
- Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77-100.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation, 1996.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Inventário de ansiedade traço-estado (IDATE)*. Rio de Janeiro: CEPA; 1979.
- Huffman JC, Celano CM, Januzzi JL. The relationship between depression, anxiety, and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Neuropsychiatr Dis Treat* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 07];6:123-36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2874336/pdf/ndt-6-123.pdf>
- Player MS, Peterson LE. Anxiety disorders, hypertension,

- and cardiovascular risk: a review. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2011 [cited 2015 Jan 07];41(4):365-77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22238841>
16. Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Gonçalves MAB, Barros ALBL. Comparing levels of anxiety during bed and shower baths in patients with acute myocardial infarction. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 07];18(2):80-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n2/12.pdf>
  17. Killip T, Kimball JT. Treatment of myocardial infarction in a coronary care unit. A two year experience with 250 patients. *Am J Cardiol* [Internet]. 1967 [cited 2015 Jan 07];20(4):457-64. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6059183>
  18. Random.org [Internet]. [place unknown]: Random; [updated 2015 Apr 08; cited 2014 Mai 15]. Available from: <http://www.random.org>
  19. Echer IC. [The development of handbooks of health care guidelines]. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2005 [updated 2015 Apr 08; cited 2015 Jan 07];13(5):754-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n5/v13n5a22.pdf> Portuguese.
  20. Lopes JL, Nogueira-Martins LA, Barbosa DA, Barros ALBL. Development and validation of an informative booklet on bed bath. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 07];26(6):554-60. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/en\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n6/en_08.pdf)
  21. Nakatani AYK, Souza ACS, Gomes IV, Sousa MM. [Bathing on bed at the intensive care unit: perceptions of whom receives it]. *Ciênc Cuid Saude*. 2004;3(1):13-21. Portuguese.
  22. Maruiti MR, Galdeano LE. [Needs of family members of patients admitted to an intensive care unit]. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2007 [updated 2015 Apr 08; cited 2015 Jan 07];20(1):37-43. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a07v20n1.pdf> Portuguese.
  23. Tel H, Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart Lung* [Internet]. 2006 Mar-Apr [cited 2015 Jan 07];35(2):101-7. Available from: <http://www.science-direct.com/science/article/pii/S0147956305001640>
  24. Gozzo TO, Lopes RR, Prado MAS, Cruz LAP, Almeida AM. [Information to the development of an educational manual for women with breast cancer]. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2015 Jan 07];16(2):306-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/14.pdf> Portuguese.
  25. Oliveira MS, Fernandes AFC, Sawada NO. [Educational handbook for self care in women with mastectomies: a validation study]. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 07];17(1):115-23. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/13.pdf> Portuguese.
  26. Panobianco MS, Souza PS, Prado MAS, Gozzo TO, Magalhães PAP, Almeida AM. [Knowledge construction necessary for the development of a didactic-instructive manual for post mastectomy lymphedema prevention]. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2009 Jul-Sep [cited 2015 Jan 07];18(3):418-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n3/a03v18n3.pdf> Portuguese.
  27. De Jong MJ, Moser DK, An K, Chung ML. Anxiety is not manifested by elevated heart rate and blood pressure in acutely ill cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Nur* [Internet]. 2004 [cited 2015 Jan 07];3(3):247-53. Available from: <http://cnu.sagepub.com/content/3/3/247.full.pdf+html>
  28. Martens EJ, Nyklíček I, Szabó BM, Kupper N. Depression and anxiety as predictors of heart rate variability after myocardial infarction. *Psychol Med* [Internet]. 2008 [cited 2015 Jan 07];38(3):375-83. Available from: [http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM38\\_03%2FS0033291707002097a.pdf&code=0697f739b9642d1f28e851f47f408cb](http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FPSM%2FPSM38_03%2FS0033291707002097a.pdf&code=0697f739b9642d1f28e851f47f408cb)