

## ESTRESSORES PARA O PACIENTE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DE GURUPI – TOCANTINS

Silva, Vanilson Pereira da<sup>1</sup>  
Castro, José Gerley Díaz<sup>1</sup>  
Maia, Maria Zoreide Britto<sup>1</sup>

### RESUMO

As características da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e as intercorrências no decorrer do dia favorecem a manifestação de estresse em pacientes conscientes nesse ambiente. Por meio da análise dos estressores para os pacientes internados em UTI é possível implementar medidas que facilitem a humanização nesse setor hospitalar. O objetivo deste trabalho foi identificar os estressores para pacientes internados na UTI do Hospital Regional Público de Gurupi – TO, na perspectiva do próprio paciente, familiares e profissionais de saúde. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, onde foi utilizado como instrumento de coleta de dados, uma escala de estressores (Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale – ICUESS) e um questionário de informações clínicas e demográficas- QICD. Os principais

---

<sup>1</sup> Universidade Federal do Tocantins

fatores estressantes na visão dos pacientes foram não ter controle de si mesmo, ter dor e ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia. Os familiares dos pacientes internados na UTI acreditam que os principais fatores estressores foram: ter tubos no nariz e/ou na boca, não ter controle de si mesmo e ter dor. Para os profissionais da saúde que estavam em contato com estes pacientes, os principais estressores relatados foram: ser furado por agulhas, estar preso por tubos e não conseguir dormir. Apesar da amostra e das variáveis estudadas apresentarem limitações nesta investigação, os resultados denotam que o investimento em estratégias de humanização na UTI, visando minimizar o estresse do paciente durante o seu período de internação, tendem a contribuir para sua recuperação e, concomitantemente, favorecer a relação paciente/familiar/equipe.

**Palavras-chave:** Estresse, Unidades de Terapia Intensiva, Humanização da Assistência.

## **STRESSORS TO THE PATIENT IN THE INTENSIVE CARE UNIT OF THE REGIONAL PUBLIC HOSPITAL OF GURUPI-TOCANTINS**

### **ABSTRACT**

The characteristics of the intensive care Unit and the complications that occur in the course of the day the manifestation of stress in this environment; conscious patients are directly exposed to this situation. Through the analysis of the stressors for patients admitted to ICU it is possible to implement measures that can facilitate the humanization in this environment. The aim of this study was to identify the stressors for hospitalized patients in the ICU of

Hospital Regional audience of Gurupi-TO, from the perspective of the patient, family and healthcare professionals. This is a descriptive exploratory study, where it was used as an instrument of data collect, the estressor scale (Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale-ICUESS) and a questionnaire of clinical and demographic information-QICD. The three major stress factors on vision of patients were having no control of himself, have pain and see family and friends for just a few minutes a day. The relatives of the patients admitted to the ICU believe the major stress factors are: to have tubes in the nose and/or mouth, having no control of himself and Have pain. For health workers who were in contact with these patients, the main stressors are: being stuck by needles, be arrested by tubes and unable to sleep. In spite of the sample and the studied variables can represent limitations in this research, the findings denote that the investment in strategies of humanization in intensive care to minimize the stress of the patient during their period of stay tend to contribute to its recovery and simultaneously foster a relationship between the Family / Patients / health workers.

**Key Words:** Stress, Intensive Care Units, Humanization of Assistance.

## 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a gravidade do estado de saúde, o paciente é encaminhado para uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Esse ambiente é um setor do hospital, que oferece tratamento específico e intensivo para pessoas em estado crítico. A UTI possui equipamentos e materiais tecnológicos para atender melhor aos pacientes oriundos de tratamentos clínicos, pós-cirúrgicos, terminais ou em estado grave, com possibilidades de recuperação, sendo que ainda recebe pacientes encaminhados de outros hospitais que não possuem recursos específicos para o tratamento (PREGNOLATTO & AGOSTINHO, 2003).

Devido à gravidade do estado clínico dos internados em UTI, é possível verificar que grande parte encontra-se sob o efeito de sedação, porém ainda existem aqueles conscientes, em estado de alerta e até mesmo bem-informados. Pacientes que estão expostos a situações difíceis, do ponto de vista emocional, podem apresentar transtornos mentais tais como: transtornos de ajustamento, ansiedade, depressão, reações agudas ao estresse, *delirium* (quadros

confusionais), agitação psicomotora e episódios psicóticos (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

Pode-se perceber que os familiares apresentam sofrimento em virtude do abalo de ter um membro da família aos cuidados de uma UTI.

A família pode ser compreendida como um sistema, onde cada membro exerce uma função e possibilita a existência de uma dinâmica que tem seu próprio funcionamento. No entanto, quando um dos membros da família adoece, e principalmente, quando é internado na UTI desencadeia um desequilíbrio neste sistema. Instaura-se um período de crise e os conflitos pré-existentes acompanham o grupo familiar no período de internação e podem se refletir diretamente na relação com a equipe e com o próprio paciente (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008, p.24).

De acordo com Margis et al. (2003), quando o indivíduo acometido pelo estresse duradouro, pode favorecer o esgotamento dos seus recursos, ocasionando assim o aparecimento de transtornos

psicofisiológicos diversos. O desenvolvimento de um transtorno está intimamente relacionado à frequência e duração de respostas de ativação, provocadas por situações que o sujeito avalia como estressoras para si.

A equipe profissional que atua na UTI passa constantemente por situações de estresse, tais como solicitação constante do paciente e de sua família, contato direto com a dor e situações de morte, intensa jornada de trabalho e estado constante de alerta. Essas situações podem desencadear o desenvolvimento de estresse no profissional (LUCCHESI; MACEDO; MARCO, 2008).

As características da UTI e as intercorrências no decorrer do dia favorecem a manifestação de estresse nesse ambiente. Os pacientes conscientes estão expostos a essa situação, principalmente pelo processo de despersonalização, comum durante a hospitalização é fator que remete a um estado de sofrimento psíquico. A presença de equipamentos, estranhos, alarmes e luminosidade intensa contribuem para o estresse físico e psicológico dos pacientes admitidos em UTI (BITENCOURT et al., 2007).

Rosa et al. (2010) pontuam que a avaliação de estressores no ambiente da UTI é de suma importância, visto que:

Uma vez que os estressores são, em sua maioria, passíveis de intervenções para promover uma melhor adaptação do paciente ao ambiente da UTI, sua acurada avaliação passou a representar um desafio para os profissionais de saúde em todo o mundo. (p.628).

De acordo com Magalhães et al. (2014), os estudos acerca de fatores estressores presentes em UTI, tendem a assumir destaque, em virtude das particularidades desta unidade, visto que compreender a manifestação do estresse nesse contexto repercute na assistência prestada pela equipe de saúde aos pacientes, fortalecendo cada vez mais a perspectiva do cuidado humanizado, que por sua vez tende a contribuir para uma recuperação mais rápida e menos traumática para o paciente. Apesar das peculiaridades que envolvem o atendimento nas UTI's, a humanização desse ambiente é de suma importância visando acompanhar os avanços a nível tecnológico do setor,

visto que além da qualificação do profissional para operar os aparelhos contidos na unidade, o mesmo deve focar sua atenção ao cuidado humanizado do paciente (SILVA & MAIA, 2015).

Diante do exposto, o presente estudo se propôs identificar os estressores para pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional Público de Gurupi – TO, na perspectiva do próprio paciente, dos familiares e dos profissionais de saúde.

## 2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e quantitativa realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do Hospital Regional Público de Gurupi (HRPG), localizado no município de Gurupi, estado do Tocantins.

A população estudada foi composta por pacientes internados na UTI do HRPG, durante o período de dezembro 2014 a junho de 2015, seus familiares e membros da equipe da UTI, estes, subdivididos respectivamente em Grupo I, Grupo II e Grupo III com 6 (seis) voluntários cada. Os critérios de inclusão para

cada grupo consistem em ter idade superior a dezoito anos e aceitar participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Foram admitidos no estudo somente pacientes internados, há pelo menos vinte e quatro horas na UTI, conscientes, alerta e bem-informados, sem nenhum distúrbio neurológico ou psicológico prévio à internação. Já os familiares inclusos foram os que realizaram pelo menos uma visita no curso da internação, sendo parente de primeiro grau (pais, irmãos, tios, avós, filhos, primos ou cônjuges) do paciente entrevistado. Os membros da equipe da UTI (médicos (as), enfermeiros (as), técnicos (as) em enfermagem, fisioterapeutas) foram os responsáveis pelo cuidado do paciente no dia da aplicação dos questionários. Foram incluídos somente pacientes em que o familiar responsável (GII) e o membro da equipe básica de saúde da UTI (GIII) aceitaram participar do estudo. Foram excluídos todos os participantes que não satisfizeram os critérios de inclusão.

Para identificação e estratificação dos fatores estressantes, foi aplicada a Escala de Estressores

em Unidades de Terapia Intensiva – ICUESS, validada por Ballard (1981) e por Narstasy (1985), traduzida e adaptada culturalmente por Novaes et al (1997); A escala é composta por 40 itens, escalonados de 1 (não estressante) a 4 (muito estressante).

Para obtenção de dados sociodemográficos do paciente, foi elaborado um Questionário de Informações Clínicas e Demográficas –QICD, sendo que para dados específicos o prontuário do paciente foi consultado, a fim de se colherem informações precisas e condizentes com o motivo da internação; esses dados foram: Hipótese diagnóstica; tipo de tratamento e tempo de internação.

Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foram entrevistados nas próprias dependências da Unidade de Terapia Intensiva, sendo os dados coletados por entrevistas individuais com cada participante. A escala foi aplicada pelo pesquisador, ao paciente, um familiar e um membro da equipe da UTI. Ao familiar e ao membro da equipe solicitou-se preencher a escala de acordo com sua

percepção dos fatores estressantes para o paciente.

Esta pesquisa se ancora nos moldes da resolução 466/12 que regula as pesquisas com seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, por meio do parecer com protocolo nº 090/2014 e autorizada pela Coordenação de Gestão da Educação na Saúde – CGES, departamento da Secretaria Estadual de Saúde que autoriza a realização de pesquisas em unidades de saúde do estado do Tocantins.

Para análise dos dados, primeiramente foi realizada uma análise descritiva para caracterizar a amostra de acordo com as variáveis clínicas e demográficas. Um escore médio foi feito para cada um dos itens da escala a fim de obter um “ranking” dos fatores mais estressantes. Para cada paciente foi calculado um escore total de estresse (ETE) pela soma de todas as respostas da escala. Para a comparação quanto aos estressores foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal Wallis. O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

### 3. RESULTADOS

Foram incluídos 06 indivíduos em cada grupo; para as variáveis numéricas o ETE médio do GI é de 97,5, a idade média de 61 anos e tempo de internação de 63 horas. Para o GII a média de ETE foi de 106 e a idade de 39 anos. Já para GIII temos um ETE de 108, idade de 35 e tempo de trabalho de 62 meses. Quanto a amostra de pacientes, podemos observar que predominam indivíduos

do sexo masculino, tem ou está no ensino fundamental, tem hipótese diagnóstica de Infarto Agudo do Miocárdio, nunca estiveram na UTI anteriormente, e estão submetidos à um tratamento clínico. Quanto a família temos que a maioria tem ou está cursando ensino médio, e o grau de parentesco com o internado é de filho. Para a equipe, a maioria é do sexo feminino atuando na área de enfermagem ou fisioterapia (Tabela 1).

**Tabela 1.** Características Clínicas e Demográficas dos Pacientes (GI), Familiares (GII) e Profissionais (GIII), com o Respeetivo Escore Total de Estresse (ETE) Médio para Cada Subgrupo.

Grupo	Variável	Categoria	N	%	ETE	
					Média	Desvio padrão
<b>GI</b>						
Gênero		<i>Feminino</i>	2	33	90	19
		<i>Masculino</i>	4	67	102	16
Escolaridade		<i>EF</i>	4	67	91	14
		<i>EM</i>	1	17	122	.
		<i>ES</i>	1	17	98	.
Estado civil		<i>Casado</i>	2	33	103	28
		<i>Solteiro</i>	2	33	101	4
		<i>Viúvo</i>	2	33	90	19
Hipótese diagnóstica		<i>Angina</i>	1	17	122	.
		<i>Angina Pectoria - SCA - IAM</i>	1	17	76	.
		<i>Contusão</i>	1	17	98	.
		<i>IAM</i>	2	33	93	14
		<i>ICC</i>	1	17	103	.
UTI prévia		<i>Não</i>	5	83	102	14
		<i>Sim</i>	1	17	76	.
Tipo de tratamento		<i>Cirúrgico</i>	1	17	98	.
		<i>Clínico</i>	5	83	97	18
<b>GII</b>						
Gênero		<i>Feminino</i>	3	50	122	6
		<i>Masculino</i>	3	50	90	25
Escolaridade		<i>EM</i>	5	83	105	27
		<i>ES</i>	1	17	108	.
Grau de Parentesco		<i>Cônjuge</i>	1	17	127	.
		<i>Filho</i>	4	67	98	26
		<i>Mãe</i>	1	17	116	.
<b>GIII</b>						
Gênero		<i>Feminino</i>	5	83	109	14
		<i>Masculino</i>	1	17	102	.
Atividade		<i>Fisioterapia</i>	3	50	98	4
		<i>Enfermagem</i>	3	50	117	10

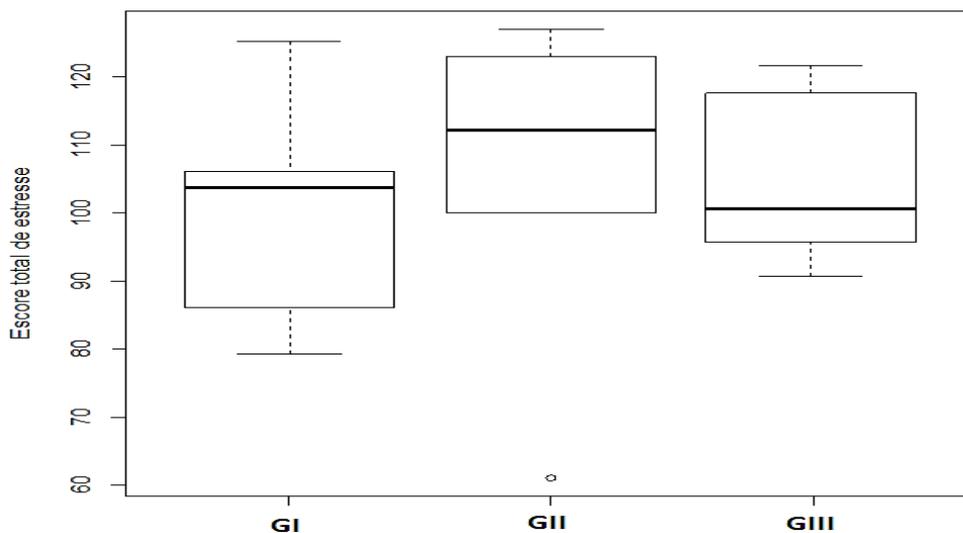
EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino médio; ES: Ensino superior; IAM: Infarto agudo do miocárdio; ICC: Insuficiência cardíaca congestiva

Não houve diferença estatística significativa no ETE do GI em relação ao tipo de tratamento, porém constatou-se que o sexo masculino apresentou a média do ETE superior ao sexo oposto (Tabela 1). Houve

diferença estatística com relação ao fato de já ter vivenciado uma internação prévia em UTI, onde a experiência reflete um ETE inferior, comparado aos demais; em relação ao nível educacional, o grau de

escolaridade até o 1º grau do Ensino Fundamental apresenta maior ETE. Entre os GII e GIII não houve diferença estatística significativas no ETE em relação ao sexo e ao nível educacional.

As médias do ETE dos três grupos foram comparadas e, apesar de existir uma diferença numérica entre os grupos, não houve diferença estatística significativa entre estes grupos,  $p = 0.5935$  (Figura 1).

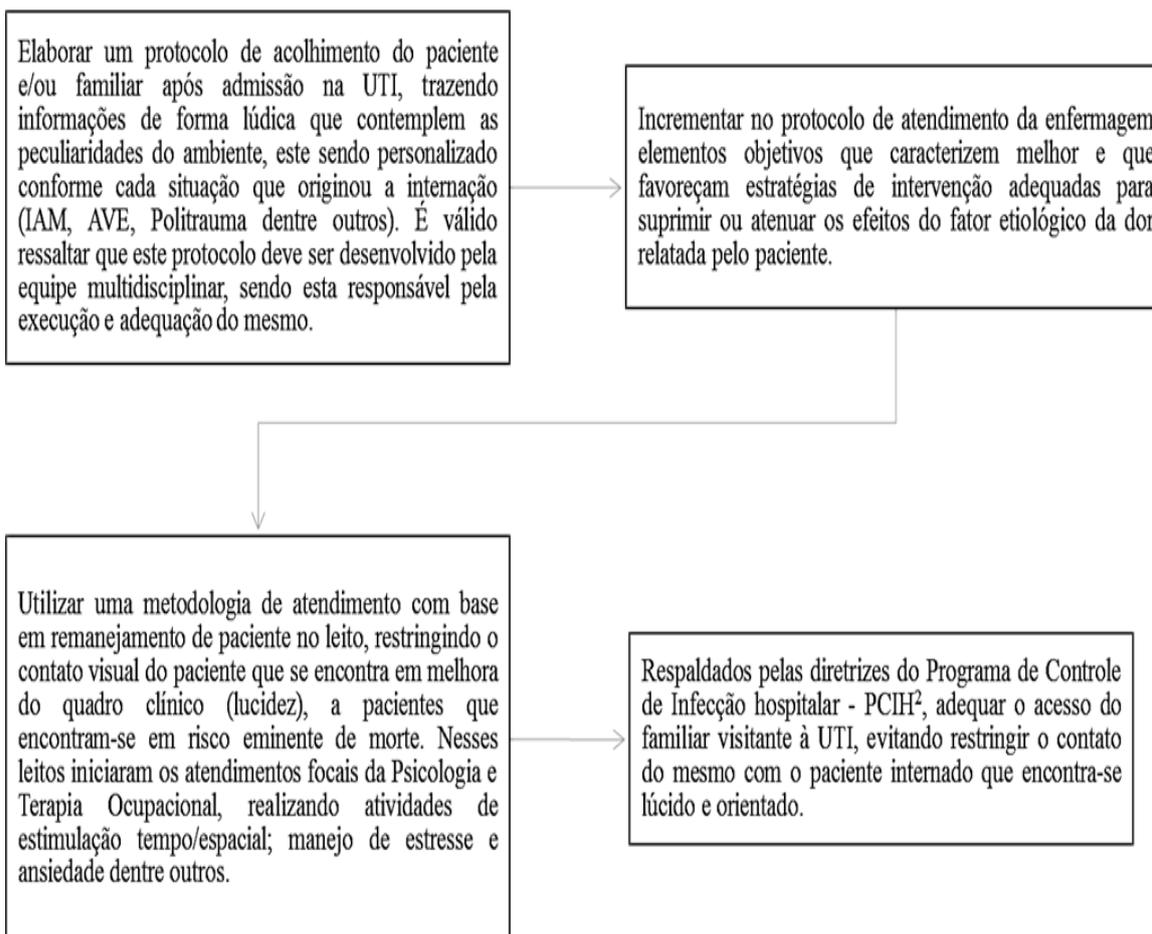


**Figura 1.** Media do Escore Total de Estresse (ETE) para Pacientes (GI), Familiares (GII) e Profissionais (GIII).

A tabela 2 apresenta os fatores estressantes com seu respectivo escore médio para cada grupo. Entre os 10 estressores considerados mais importantes para os três grupos, houve uma concordância na maioria deles, no entanto, a ordem destes e o escore médio atribuído a cada um diferiu significativamente. Os três principais fatores estressantes na visão dos pacientes foram não ter controle de si mesmo, ter dor e ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia. Os familiares dos pacientes internados na UTI acreditam que os principais fatores estressantes são: Ter tubos no nariz e/ou na boca, não ter controle de si mesmo e ter dor. Para os profissionais da saúde que estavam em contato com estes pacientes, os principais estressores

são: Ser furado por agulhas, estar preso por tubos e não conseguir dormir.

Com base nos pressupostos teóricos acerca do tema humanização e nos resultados obtidos, algumas ações podem otimizar a assistência prestada aos pacientes e familiares da UTI foco desse estudo. O ciclo que compreende desde a admissão até alta da UTI deve ser articulado, visando eliminar situações apontadas como estressantes por pacientes e familiares, onde analisando o ranking dos 10 estressores considerados mais importantes para os três grupos, percebe-se que a falta de informação adequada se configura como fator determinante para desencadear o estresse no paciente (Figura 2).



**Figura 2.** Ciclo de estratégias para otimizar a assistência prestada aos pacientes e familiares da UTI.

<sup>2</sup> Portaria MS 2.616/98 que regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no Brasil.

**Tabela 2.** Estressores Avaliados com seu Respetivo Escore Médio para os Pacientes (GI), Familiares (GII) e Profissionais (GIII).

Estressores	GI		GII		GIII	
	Ranking	Média +- DP	Ranking	Média +- DP	Ranking	Média +- DP
Não ter controle de si mesmo	1	4,0 +- 0,0	2	3,5 +- 0,8	4	3,5 +- 0,6
Ter dor	2	4,0 +- 0,0	3	3,5 +- 1,2	10	3,2 +- 0,4
Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia	3	4,0 +- 0,0	5	3,3 +- 1,0	7	3,3 +- 1,2
Sentir falta do marido ou da esposa	4	4,0 +- 0,0	12	2,8 +- 1,0	9	3,2 +- 0,4
Não saber onde está	5	3,5 +- 1,2	7	3,2 +- 1,3	15	2,8 +- 0,8
Não saber quando as coisas vão ser feitas	6	3,3 +- 1,2	6	3,2 +- 0,8	8	3,2 +- 1,0
Ter sede	7	3,3 +- 1,0	32	2,2 +- 1,2	11	3,2 +- 0,8
Não saber que horas são	8	3,2 +- 1,3	25	2,7 +- 1,5	36	2,2 +- 1,5
Não ter explicações sobre o tratamento	9	3,0 +- 1,3	8	3,2 +- 1,3	16	2,8 +- 1,3
Não saber que dia é hoje	10	2,8 +- 1,3	20	2,7 +- 1,2	24	2,5 +- 1,1
Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	11	2,8 +- 1,2	23	2,7 +- 1,2	33	2,3 +- 0,8
Estar num ambiente muito quente ou muito frio	12	2,8 +- 1,5	33	2,2 +- 1,2	14	2,8 +- 0,8
Estar preso por tubos	13	2,7 +- 1,0	4	3,3 +- 0,8	2	3,5 +- 1,2
Não conseguir dormir	14	2,7 +- 1,4	9	3,0 +- 0,6	3	3,5 +- 0,3
Sons e ruídos desconhecidos	15	2,7 +- 1,2	15	2,8 +- 1,2	30	2,3 +- 0,8
Não ter privacidade	16	2,7 +- 1,5	17	2,7 +- 0,8	5	3,3 +- 0,8
Ser cuidado por médicos desconhecidos	17	2,7 +- 1,2	40	1,7 +- 0,8	38	2,0 +- 1,3
Ter tubos no nariz e/ou na boca	18	2,5 +- 1,4	1	3,7 +- 0,5	6	3,3 +- 1,2
Ser furado por agulhas	19	2,5 +- 1,6	28	2,3 +- 1,0	1	3,7 +- 0,5
Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido as vias intravenosas	20	2,3 +- 1,2	11	3,0 +- 0,9	21	2,7 +- 0,8
Escutar o barulho e os alarmes dos equipamentos	21	2,3 +- 1,4	13	2,8 +- 1,2	12	2,8 +- 0,8
A enfermeira não se apresentar pelo nome	22	2,3 +- 1,4	31	2,3 +- 1,4	39	1,8 +- 0,4
Ser examinado por médicos e por enfermeiros constantemente	23	2,3 +- 1,4	38	1,7 +- 0,8	29	2,3 +- 0,5
Sentir cheiros estranhos	24	2,2 +- 1,5	18	2,7 +- 1,0	17	2,8 +- 1,2
Ter que usar oxigênio	25	2,2 +- 1,5	22	2,7 +- 0,8	26	2,5 +- 1,1
Sentir que a enfermagem está muito apressada	26	2,2 +- 1,5	26	2,5 +- 1,6	18	2,8 +- 1,0
Cama e/ou travesseiros desconfortáveis	27	2,2 +- 1,2	27	2,5 +- 1,1	27	2,3 +- 1,2
Ter luzes acesas constantemente	28	2,2 +- 1,3	35	2,2 +- 1,2	37	2,2 +- 1,2
Escutar o gemido de outros pacientes	29	2,0 +- 1,3	10	3,0 +- 0,0	20	2,7 +- 1,4
Enfermagem e médicos falando muito alto	30	1,8 +- 1,0	24	2,7 +- 1,2	34	2,2 +- 1,5
Escutar os alarmes do monitor cardíaco dispararem	31	1,8 +- 1,2	29	2,3 +- 1,0	13	2,8 +- 1,0
Ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça	32	1,8 +- 1,3	36	2,2 +- 1,2	40	1,5 +- 0,8
Sentir que a enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	33	1,7 +- 1,2	19	2,7 +- 1,4	22	2,7 +- 0,5
Ter a equipe falando termos incompreensíveis	34	1,7 +- 1,2	21	2,7 +- 0,8	25	2,5 +- 1,4
Ser incomodado	35	1,5 +- 1,2	14	2,8 +- 1,2	30	2,3 +- 0,8
Ter máquinas estranhas ao redor	36	1,5 +- 0,8	16	2,8 +- 1,0	32	2,3 +- 1,0
Ser acordado pela enfermagem	37	1,3 +- 0,8	34	2,2 +- 1,0	28	2,3 +- 0,8
Escutar o telefone tocar	38	1,3 +- 0,5	37	1,7 +- 0,8	23	2,5 +- 1,1
Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito	39	1,2 +- 0,4	30	2,3 +- 1,2	31	2,3 +- 1,2
Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	40	1,2 +- 0,4	39	1,7 +- 1,2	35	2,2 +- 1,2

#### 4. DISCUSSÃO

Embora o objetivo principal da UTI está relacionado diretamente com o salvar vidas ou, quando não há essa possibilidade, diminuir a dor e propiciar

uma morte digna ao ser humano, paradoxalmente também apresenta características com probabilidades de provocar estímulos nocivos aos pacientes bem como: luminosidade e ruídos intensos, interrupções frequentes no repouso e sono,

considerando que as rotinas são contínuas (BOLELA & CORREA, 2015).

Diante das peculiaridades preexistentes no ambiente das UTI's é indispensável abordar acerca da manifestação do estresse nos pacientes que se encontram internados, tendo em vista que a resposta de enfrentamento do indivíduo ao evento estressor, sendo essa ativada a partir dos componentes cognitivo, comportamental e fisiológico, tende a eliminar ou até mesmo solucionar a situação estressora que desencadeará a redução da cascata fisiológica ativa quando o evento estressor se instaurou (MARGIS, R. et al; 2003).

No que se refere às características sociodemográficas dos grupos estudados, não foi constatado correlação estatística significativa entre o ETE de cada paciente no que se refere às variáveis: Idade, sexo, estado civil e gravidade da doença, buscando na literatura, pode-se aferir que em estudos similares como os de Marosti, Dantas (2006) e Bitencourt (2007) foram obtidos resultados semelhantes ao nosso. Houve uma diferença estatística com relação ao fato de já ter vivenciado

uma internação prévia em UTI, onde o experiência reflete ao ETE inferior comparado aos demais, esse dado vem de encontro aos resultados obtidos no estudo de Faquinello e Dióz (2007), onde as autoras relatam que nos depoimentos do pacientes que passaram pela experiência de internação em UTI, possuem uma compressão do fato vinculado a ideia de sofrimento e também com alguns aspectos positivos, onde o período de internação gerou momentos de satisfação e insatisfação, bem como alertou para importância de manter a pessoa internada informada sobre sua evolução clínica.

Conforme os resultados obtidos, o fator "não ter controle de si mesmo" foi identificado como o principal estressor para os pacientes internados na UTI, circunstância apontada em outras pesquisas do gênero, que identificaram esse fator como um dos cinco mais estressores na opinião do paciente (MAROSTIL e DANTAS, 2006; BITENCOURT et. al., 2007; MAGALHÃES, FMNMM et al; 2014). Com base nesses apontamentos é possível elucidar que provavelmente, ao encarar o processo de adoecimento e este por sua vez levar a uma internação em UTI, o paciente passe a

considerar a situação como perda de autonomia, visto que o cuidado a sua saúde passa a estar sob responsabilidade de outra pessoa.

Percebe-se que os profissionais da UTI entrevistados apontaram como estressores situações ligadas aos procedimentos envolvidos no cuidado do paciente, tal situação tende a ocorrer devido ao ritmo intenso de trabalho e os profissionais estarem em atividade constante, com o tempo muito limitado para conversar com os pacientes conscientes, muitas vezes passando por eles sem estabelecer ao menos um contato visual. Corroborando com essa afirmativa o que os autores Bolela e Correa (2015) constataram em seu estudo, ressaltando também o índice de rotatividade dos profissionais que ficam responsáveis por determinados pacientes, tendo em vista que a troca de profissionais após o término do seu turno de trabalho contribui para dificuldade de estabelecer vínculo com o paciente resultando, desse modo, fomentando relações superficiais, tendo como único referencial o suporte a realização de procedimentos.

Ao comparar o ETE dos pacientes com o dos familiares, percebe-se que o familiar tende a

superestimar o estresse do paciente, agregando valor a situações que para o paciente não denota estresse significativo ou até mesmo tolerado visto aos demais a que ele está exposto. Esse fenômeno ocorre devido ao processo de adoecimento e hospitalização do sujeito de maneira imprevista, instaurando nos seus familiares uma situação de crise, visto que a enfermidade geralmente ameaça a vida e vem acompanhado de medos, aflições, ansiedades, sentimento de culpa, perda e a preocupação com o falecimento; Sentimentos esses, que promovem a sensação de impotência diante do cuidado do seu ente querido (FERRIOLI, BR; 2003).

De acordo com Nascimento (2013), os cuidados com essas famílias requer compreender o envolvimento sócio emocional entre seus membros e as funções estabelecidas no convívio familiar, para alcançar a especificidade e necessidade de cada um, uma vez que as famílias são unidas por laços afetivos e partilham sentimentos de amor, felicidade, bem como tristezas e conflitos.

Os resultados demonstram que os estressores apontados pelos

pacientes estão em sua grande maioria relacionados a fatores ambientais e intrapessoais, provavelmente associados ao processo de despersonalização e/ou perda de autonomia funcional ao qual o paciente é submetido durante o período de internação. Esses resultados podem ser utilizados como um guia para articular estratégias da assistência com vistas à diminuição do estresse vivenciado pelos pacientes internados em UTI. Essas estratégias propendem evidenciar a importância da humanização nesse setor, onde atualmente a ampliação de novas fronteiras das concepções assistenciais de terapia intensiva e a influência dessas unidades fechadas no que diz respeito a mudanças qualificadoras devem estar sempre em discussão para fins de incorporação de humanização em saúde (PARCIANELLO, M. et al; 2013).

Padilha (2009) afirma que não se pode negar o progresso da ciência, em especial com a criação e expansão das UTI's onde sem o uso da tecnologia na recuperação da saúde e manutenção a vida, possivelmente a expectativa de vida não tivesse ampliando de forma significativa nos últimos anos, porém indubitavelmente

não adianta ter ciência e tecnologia avançada, não levando em conta que o foco desse trabalho é assistir o ser humano em sua totalidade e complexidade.

Partindo dessa perspectiva, o Ministério da Saúde (2001) aponta que a humanização julga a troca de saberes, entre os pacientes, familiares e equipe, dialogo entre os profissionais e ênfase ao trabalho em equipe, não só através de um conjunto de pessoas reunidas para “resolver” um problema, mas o trabalho interdisciplinar que diz respeito a produção de uma grupalidade que sustente construções coletivas, que coloca mudanças quando preciso, investindo na produção de novo tipo de interação entre os indivíduos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais pessoas e fomentando o seu protagonismo.

Em seu estudo, Siqueira et al. (2006) reitera a importância em ter um cuidado com o familiar, visto que se faz necessário a inserção de conversa e informações referente ao que o indivíduo quer saber, partilhando responsabilidade e esforços. Deve haver sempre a clareza das informações quanto aos esclarecimentos de diagnostico,

prognósticos e o próprio tratamento do paciente quanto aos equipamentos utilizados. Nesse sentido o relacionamento interpessoal com o familiar pode se tornar terapêutico à medida que a família tem confiança e ajuda os profissionais que estão dedicando assistência ao seu ente, favorecendo o diálogo e o respeito mútuos.

As ações que visam otimizar o ambiente tendem a ser eficazes para favorecer a adaptação do paciente durante o período de internação. Assegurar analgesia satisfatória em detrimento a perspectiva do paciente relacionada ao seu nível de tolerância a dor é um dos aspectos mais importantes nesse processo; devido ao fato de que a amplitude pela qual a dor parece insuportável, não está relacionada apenas de paciente para paciente, mas também com o nível de ansiedade e cultura que o indivíduo está inserido (SLULLITEL, SOUSA, 1998).

Uma limitação constatada no presente estudo diz respeito ao tamanho reduzido da amostra e o não acompanhamento da mesma no decorrer dos dias de internação. Esta limitação pode ser explicada principalmente pelo fato de parte dos

pesquisadores envolvidos não fazerem parte do corpo clínico do hospital, fato esse que restringiu em parte o acesso sequencial aos pacientes internados. Assim, generalizar os resultados encontrados a todo o paciente grave pode ser um equívoco. Apesar dessa limitação, a inclusão de pacientes conscientes foi de suma importância para o alcançasse do objetivo proposto. Esse delineamento culminou na exclusão de muitos pacientes e selecionou aqueles que em tese apresentavam um tendência a menor gravidade, conseqüentemente, poderiam ter sido expostos a menores quantidade e intensidade de fatores estressantes.

## 5. CONCLUSÃO

Os elementos estressores para pacientes internados em UTI possuem em sua grande maioria, na perspectiva do próprio paciente, características similares ao processo de despersonalização e/ou perda de autonomia funcional ao qual o paciente é submetido durante o período de internação; porém, na perspectiva do familiar e do membro da equipe, é expresso a tendência de atribuir aos fatores estressores, características

relacionadas ao mal-estar físico causado pelo processo de adoecimento e internação.

Apesar da amostra e as variáveis estudadas possam representar limitações nesta investigação, os resultados denotam que o investimento em estratégias de humanização na UTI visando minimizar o estresse do paciente durante o seu período de internação tendem a contribuir para sua

recuperação e concomitantemente favorecer a relação paciente/familiar/equipe.

Os resultados deste estudo tendem a direcionar pesquisas futuras que envolvam a análise mais aprofundada sobre o impacto de ações humanizadas no ambiente da UTI em relação manifestação de estresse do paciente e em seu prognóstico durante o curso da internação.

## REFERÊNCIAS

BALLARD, K. S - **Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit.** Kansas City. Issues in Mental Health Nursing, v.3, Issue 1 & 2 January,1981, p. 89-108.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira. et al. **Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 53 v. 19 n 1, 2007.

BOLELA, Fabiana; CORREA, Adriana Kátia. **A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde.** Rev Enferm UFPI. 2015 Jan-Mar; v.4, n.1, p.4-10.

BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

FAQUINELLO, Paula; DIÓZ, Majoreth. **A UTI na ótica de pacientes.** REME – Ver. Min. Enf.; v.11, n.1, jan/mar, 2007, p.41-47.

FERRIOLI, Daniele Rodrigues; ACOSTA, Lisiane Silveira; GOMES, Giovana Calcagno; FILHO, Wilson Danilo Lunardi. **Cuidando de famílias de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva**. Fam Saúde Desenv. V.5, n.3, p.193-202.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Manual de Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL)**. Casa do Psicólogo. São Paulo, 2000

LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; MARCO, Mario Alfredo de. **Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva**. Revista SBPH, v.11 n.1 Rio de Jan/Jun. 2008

MAGALHÃES, Fernanda Maria Nunes Mota; JESUS, Sayonara Almeida de, GOIS Cristiane Franca Lisboa; RODRÍGUEZ, Eliana Ofelia; SANTOS, Valmira dos; MARQUES, Dayse Rosangela; CAMPOS, *Maria Pontes de Aguiar*; Mattos, Maria Cláudia Tavares de; Resende, Gabryella Garibalde Santana. **Avaliação dos estressores para o paciente em uma unidade de terapia intensiva cardiológica**. Enfermagem em Foco. v.5. 2014, p.8-12.

MAROSTI, Carina Aparecida, DANTAS Rosana Aparecida Spadoti. **Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana**. Acta Paul Enfermagem, 2006; 19(2):190-5.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira. **Indivíduos frequentadores de UTI em um município no interior do Brasil**. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. v.4, n.1, 2013, p.1725-1740.

NASTASY, E.L. - **Identifying environmental stressors for cardiac surgery patients in SICU**. In: **Proceedings of the 12th Annual National Teaching Institute of AACN**. Newport Beach, Calif.:AACN 1985, p.357.

NOVAES, M. A; ARONOVICH, A; FERRAZ, M. B. **Stressors in ICU: patients'evaluation**. Intensive Care Med, v.23, 1997, p.1282-1285.

PADILHA, Katia Grillo. **Enfermagem em UTI: cuidando do paciente crítico**. Barueri: Manole; 2010.1446p

PARCIANELLO, Márcio Kist; FONSECA, Grazielle Gorete Portella da; ZAMBERLAN, Cláudia; FREITAS, Hilda Maria Barbosa de; NUNES, Simone Dos Santos; SIQUEIRA, Hedi Crecencia Heckler de. **Abordagem ecossistêmica em terapia intensiva: conhecimento dos enfermeiros**. R. pesq.: cuid. Fundam. 2013. Abr/jun; v.5 n.2, p.3645-3654

PREGNOLATTO, Ana Paula Ferrari; AGOSTINHO V. B. M. **O psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto** In: BAPTISTA, M. N.; DIAS, R.R. Psicologia Hospitalar. Teoria, Aplicações e Casos Clínicos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROSA, Beatriz Ângelo; RODRIGUES, Roberta Cunha Matheus; GALLANI, Maria Cecília Bueno Jayme; SPANA, Thais Moreira; PEREIRA, Carolina Gonçalves da Silva. **Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire**. Revista Esc. Enfermagem USP; v.44 n.3, 2010, p.627-635.

MARGIS, Regina; PICON, Patrícia; COSNER, Annelise Formel; SILVEIRA, Ricardo Oliveira. **Relação entre estressores, estresse e ansiedade**. R. Psiquiatr. RS, 25'(suplemento 1) 2003, p.65-74

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metológica e agir comunicativo**. Ciência & Saúde Coletiva, v.4 n.2, 1999. p. 355-365

SILVA, Vanilson Pereira da; MAIA, Maria Zorreide Brito. **Humanização em unidades de terapia intensiva: a importância da análise de estressores para pacientes internados**. Revisão de Literatura. Revista Amazônia Science & Health. v.3 n.4, out/dez, 2015.

SIQUEIRA, Amanda Batista; FILIPINI Rosângela; POSSO, Maria Belén Salazar; FIORANO, Ana Maria Marcondes; GONÇALVES Sônia Angélica. **Relacionamento enfermeiro, paciente e família: fatores comportamentais associados à qualidade da assistência.** Arq. med. ABC, v.31 n.2. jul/dez; 2006.

SLULLITEL, Alexandre; SOUSA, Angela Maria. **Analgesia, sedação, bloqueio neuromuscular em UTI.** Medicina, Ribeirão Preto v.31, out/dez. 1998, p.507-516

Submetido em: 12/05/2016

Aceito em: 17/12/2016