



UFRR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARCELLA LIMA MARINHO

**FATORES ESTRESSORES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: NA
PERCEPÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES.**

Boa Vista, RR

2018

MARCELLA LIMA MARINHO

**FATORES ESTRESSORES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: NA
PERCEPÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na Linha de Pesquisa Saúde, Educação e Meio Ambiente.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabíola Christian Almeida de Carvalho

Boa Vista-RR

2018

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
Biblioteca Central da Universidade Federal de Roraima

M337f Marinho, Marcella Lima.

Fatores estressores em unidade de terapia intensiva: na percepção de pacientes e familiares / Marcella Lima Marinho. – Boa Vista, 2018.
57 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Fabíola Christian Almeida de Carvalho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Roraima, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde.

1 – Estresse. 2 – Saúde. 3 – Qualidade de vida. 4 – Humanização. I – Título. II – Carvalho, Fabíola Christian Almeida de (orientadora).

CDU – 61:159.944

Ficha Catalográfica elaborada pela: Bibliotecária/Documentalista:
Marcilene Feio Lima - CRB-11/507-AM

MARCELLA LIMA MARINHO

FATORES ESTRESSORES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: NA
PERCEPÇÃO DE PACIENTES E FAMILIARES.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Roraima, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, na Linha de Pesquisa Saúde, Educação e Meio Ambiente.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Fabíola Christian Almeida de Carvalho

Prof^a. Dr^a. Fabíola Christian Almeida de Carvalho
Orientadora / PROCISA –UFRR

Prof^a. Dr^a. Germana Bueno Dias
Titular interna/ PROCISA-UFRR

Prof. Msc. Fabrício Barreto
Titular externo/ CCS-UFRR

O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.
(José de Alencar)

DEDICATORIA

Esta dissertação é dedicada aos meus pais Antônio
Fernando e Maria Zilda, pelo incentivo e apoio em todas
as minhas escolhas e decisões.

Às minhas filhas Milena e Mirela, meus amores, meu
tudo.

A vitória dessa conquista é de vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar à Deus que iluminou-me durante esta caminhada e deu-me saúde, força e coragem para superar os obstáculos, que não foram poucos, e por ter colocado pessoas tão especiais em meu caminho, sem as quais com certeza não teria alcançado essa conquista.

A meus pais pelo apoio e incentivo incondicionais e por acreditarem na minha capacidade. Por estarem sempre ao meu lado. Vocês são minha base e fortaleza. Obrigada pela confiança!

Às minhas filhas Milena e Mirela, por entenderem meus momentos de ausência e por serem minha inspiração e incentivo maior na busca diária de melhoria pessoal e profissional. É por vocês que vivo!

Aos meus irmãos Marcus e Marcelya, que apesar da distância física, apoiaram e torceram sempre pelo meu sucesso e acreditaram na minha vitória.

À minha professora e orientadora Fabíola Carvalho, por se mostrar sempre disponível a ajudar, pela paciência, direcionamento e incentivo.

À todos os professores do Programa de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Roraima, que com seus ensinamentos, me ajudaram ativa ou passivamente neste projeto.

Aos meus amigos do mestrado, pelos momentos incríveis divididos, dentro e fora de sala de aula. Obrigada por dividir comigo as alegrias e angústias. Muito bom poder contar com cada um de vocês!

Aos colegas de trabalho e funcionários das Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Roraima, que sempre estiveram disponíveis em me auxiliar com as informações necessárias.

A todos os pacientes e familiares que participaram espontaneamente deste trabalho, fazendo com esta dissertação se tornasse realidade. Vocês merecem meus mais sinceros agradecimentos!

A todos que direta ou indiretamente estiveram me acompanhando nesse processo e torcendo pela minha vitória.

Ninguém vence sozinho...Obrigada a todos de coração!!

RESUMO

O estresse relacionado ao processo de hospitalização é caracterizado por um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do paciente e que podem interferir na recuperação da saúde. Por sua vez, os estressores são estímulos ou situações que produzem uma resposta de estresse, que podem causar alterações fisiológicas decorrentes da percepção do sujeito que recebe o estímulo e da qualidade dos estressores. Neste sentido, este estudo tem como objetivo principal identificar fatores causadores de estresse sob a ótica de familiares e pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público de Roraima. Participaram da pesquisa, 17 familiares e 17 pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva do Hospital Geral de Roraima, no período de fevereiro a abril de 2018, que obedeceram aos critérios determinados. Os agentes estressores para os pacientes foram distribuídos em quatro categorias: estressores ambientais, estressores relacionados à interação equipe-paciente, estressores referentes ao paciente e estressores relacionados ao tratamento e assistência. Para os familiares, os dados foram categorizados em: fatores estressores relacionados ao paciente; ao ambiente da UTI; à rotina e; à interação equipe-família. Para os pacientes dos agentes estressores relacionados ao ambiente foram apontados como muito estressantes a temperatura do ambiente, ter que ficar olhando para o teto e a falta de privacidade. Os principais estressores relacionados ao tratamento/assistência foram: ser atendidos por médicos desconhecidos, não conseguir mexer com as mãos e braços, ser furado e não ter explicação sobre o tratamento. Entre os relacionados ao paciente, estar incapacitado para exercer seu papel na família, ter preocupação financeira e o medo de morrer, apresentaram-se como agentes muito estressantes. Para os familiares, as situações relacionadas ao paciente, ao ambiente da UTI e à interação da equipe com a família não apresentaram-se como potenciais motivadores de estresse. Entretanto, não poder ficar como acompanhante do paciente e o tempo de visita foram dos fatores relacionados à rotina, considerados responsáveis por muita motivação de estresse.

Palavras-chave: Estresse; Saúde; Qualidade de vida; Humanização.

ABSTRACT

The stress related to the hospitalization process is characterized by a set of phenomena that present themselves in the patient's body and that can interfere in the recovery of health. Stressors, in turn, are stimuli or situations that produce a stress response that can cause physiological changes due to the perception of the subject receiving the stimulus and the quality of the stressors. In this sense, this study has as main objective To identify factors causing stress from the perspective of relatives and patients hospitalized in the Intensive Care Units of a public hospital in Roraima. Seventeen family members and 17 patients hospitalized at the Intensive Care Units of the General Hospital of Roraima, from February to April 2018, who met the criteria, participated in the study. The stressor agents for the patients were distributed in four categories: environmental stressors, stressors related to team-patient interaction, stressors referring to the patient, and stressors related to treatment and care. For the relatives, the data were categorized into: stressors related to the patient; to the environment; to routine and; to team-family interaction.

Key words: Stress; Cheers; Quality of life; Humanization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Classificação em função do gênero para os pacientes e familiares.....	34
Tabela 2-Classificação em função da escolaridade dos pacientes e familiares.....	35
Tabela 3-Fatores relacionados aos estressores ambientais para os pacientes.	36
Tabela 4-Fatores relacionados com a interação equipe-paciente.....	36
Tabela 5-Fatores referentes ao paciente.....	39
Tabela 6-Fatores relacionados ao tratamento/assistência.	40
Tabela 7-Estressores relacionados ao paciente.....	41
Tabela 8-Estressores relacionados à rotina	42
Tabela 9-Estressores relacionados ao ambiente	43
Tabela 10-Estressores relacionados à interação equipe-familiar	43
Tabela 11-Análise de variância para estressores ambientais.	44
Tabela 12-Análise de variância para estressores relacionados com o paciente	44
Tabela 13-Análise de variância para estressores relacionados com as interações da equipe (paciente-família).....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-Imagem do ambiente interno da UTI 1 do Hospital Geral de Roraima.....	29
Figura 2- Imagem do ambiente interno da UTI 2 do Hospital Geral de Roraima	30
Figura 3–Imagem do leito padrão das UTIs do Hospital Geral de Roraima	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMIB: Associação Brasileira de Medicina Intensiva

HGR: Hospital Geral de Roraima

OMS: Organização Mundial de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 SAUDE X PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO	18
3.1.1. A resiliência no processo de hospitalização.....	20
3.2 UTI E O ESTRESSE DECORRENTE DA INTERNAÇÃO.....	21
3.3 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA UTI.....	25
4 MATERIAL E MÉTODO	28
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	28
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	29
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
4.4 PRINCIPIOS ÉTICOS	32
4.5 ANÁLISE DE DADOS	32
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DE ESTUDO	34
5.2 ANÁLISE DOS FATORES ESTRESSORES PARA OS PACIENTES.....	35
5.3 ANÁLISE DOS FATORES ESTRESSORES PARA OS FAMILIARES.....	41
5.4. ANÁLISE DE VARIÂNCIA DE FATORES ESTRESSORES ENTRE PACIENTES E FAMILIARES.....	44
6 CONCLUSÕES	46
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	53

1 INTRODUÇÃO

O conceito de qualidade de vida é um termo que depende da percepção de cada indivíduo sobre termos como influências culturais, sociais, políticas e econômicas no contexto da sua vida, conferindo-lhe oportunidades de escolhas (MUÑIZ E PÉREZ, 2009). Esse conceito da qualidade de vida tem sido ponto de destaque na área das Ciências da Saúde, tratando-se de um termo traduzido do inglês, *Health-Related Quality of Life*, sendo uma expressão relacionada com o bem-estar físico, mental e social (MINAYO, HARTZ E BUSS, 2000).

O termo Qualidade de Vida vem sendo comumente abordado no setor saúde e recebendo destaque nos últimos anos. “Dentro da Bioética, do conceito de autonomia, entende-se que “qualidade de vida” seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito.” (SEGRE; FERRAZ, 1997, p.541).

De acordo com Minayo, Hart e Buss (2000), a Qualidade de Vida está relacionada à satisfação de necessidades humanas como habitação, trabalho, educação, saúde e lazer. Entretanto, para esses mesmos autores é importante observar que a qualidade de vida está também ligada a valores não materiais, como amor, liberdade, realização pessoal e felicidade, dentre outros.

Destes sentimentos citados, percebemos que a falta de liberdade é um dos sentimentos que circunda os pacientes no processo de internação. Falar em favorecimento de Qualidade de Vida no processo de internação nos remete a outro termo não menos importante, a Humanização.

“Humanizar pressupõe resgatar e revelar as características humanas como partes constitutivas do funcionamento hospitalar e como forma de valorizar o paciente, a família e a equipe de saúde, com vistas à mudança paradigmática e ao cuidado humanístico.” (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009, p. 575).

Muito se tem discutido sobre a Humanização no atendimento no âmbito hospitalar como um todo, bem como na Unidade de Terapia Intensiva, de modo que os profissionais responsáveis pela assistência possam perceber o paciente muito além das patologias e máquinas que o circundam.

Este quadro de hibridização dos corpos exige da equipe de enfermagem um (re) pensar a respeito da assistência e do cuidado de enfermagem, de modo que seja possível oferecer a sua clientela, um cuidado capaz de atender, ainda que parcialmente, as necessidades dos clientes que dependem de tecnologias duras para se manter vivos (LOURO, 2010, p.13).

Dentro dos profissionais que trabalham na área da saúde, o estresse relacionado ao trabalho é conceituado como um conjunto de fenômenos que se apresentam no organismo do trabalhador e que podem afetar à saúde (MARTINS et al., 2014). Como resposta ao estresse, temos os estressores que são estímulos ou situações que produzem uma resposta de estresse, sendo a resposta de estresse considerada como uma realidade fisiológica causada pela percepção de situações aversivas e amedrontadoras que inclui respostas em vários sistemas somáticos, sendo dependente da intensidade e qualidade dos estressores (UNLIG E KALLUS, 2004). Considerando que a Unidade de Terapia Intensiva é comumente estigmatizada por ser um setor de atendimento a pacientes graves, este torna-se um ambiente onde diferentes agentes estressores se fazem presente.

No cenário mundial a UTI teve seu modelo inicial estabelecido nos Estados Unidos, em 1914, no Hospital Johns Hopkins, composta por três leitos de pós-operatórios neurocirúrgicos. No Brasil, as UTIs foram implantadas na década de 70, tornando-se um importante referencial no contexto hospitalar. Entretanto, os cuidados aos pacientes críticos têm sido relatados desde 1854, inicialmente prestados por Florence Nigthingale e mais 38 voluntárias, advindas de diferentes hospitais aos soldados feridos na Guerra da Criméia. A necessidade de prestar assistência segura atendendo as particularidades dos pacientes de acordo com o grau de complexidade culminou com a criação das Unidades de Terapia Intensiva.

Ao longo dos anos com todas as adaptações e alterações sofridas na busca de seu aperfeiçoamento, a Unidade de Terapia Intensiva se tornou um setor diferenciado, apropriado ao atendimento de pacientes graves, que necessitam de acompanhamento constante e suporte tecnológico de qualidade. Essas características ficam bem representadas na afirmativa de Cheregatti e Amorim (2010, p.18):

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) caracteriza-se como uma unidade reservada, complexa, dotada de monitorização contínua que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos. Fornece suporte e tratamento intensivo, propondo monitorização contínua, vigilância por 24 horas, equipamentos específicos e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e ao terapêutico. (Cheregatti e Amorim, 2010, p. 18)

Nas Unidades de Terapia Intensiva, são muitas as condições que podem desencadear resposta de estresse entre os pacientes considerando estressor de

acordo com Rosa et al., (2009) como qualquer evento ou situação que exija adaptação física ou psicológica, querendo dizer que represente ameaça ou desafio.

A estrutura da Unidade de Terapia Intensiva é formada por um conjunto de elementos funcionalmente agrupados destinados ao atendimento de pacientes graves que necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de recursos humanos e materiais especializados, sendo então a UTI um local estressante tanto para o paciente quanto para os familiares, sendo caracterizada como uma situação de estresse físico e psíquico (COSTA et al., 2010).

Por se tratar de um setor cujos pacientes atendidos apresentam necessidades específicas, a UTI necessita de características físicas e estruturais diferenciadas, além de equipamentos de alta tecnologia, o que pode gerar insegurança e estresse no paciente e seus familiares:

Aparelhos diferenciados e avançados, alarmes a todo instante, a instabilidade e gravidade dos pacientes ali assistidos contribuem para a dinâmica intensiva e geradora de tensão para todos os sujeitos atuantes no setor, sejam esses, equipe, paciente ou família (URIZZI et al., 2008, p.373).

Este cenário também está presente na realidade das Unidades de Terapia Intensiva local. Segundo o último Censo Demográfico do IBGE, realizado em 2010, residiam no Estado de Roraima 450.479 habitantes. A população estimada do Estado em 2017 era de 522.636 habitantes. Sendo o único hospital público de referência no Estado para atendimento aos pacientes adultos nessa área crítica específica, a UTI atende tanto pacientes de Roraima, como também dos países fronteiriços. Nesse contexto torna-se extremamente importante um atendimento voltado não só para a doença de ordem física, mas também para os outros aspectos que podem interferir na boa recuperação do paciente e no bom acompanhamento dos familiares. Tal pensamento se fortalece com a afirmação de Hudake Galo (1997) apud Rossi (2002, p.138):

O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas a doença física. A essência da enfermagem em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente.

Considerando que as situações de estresse podem afetar os diversos sistemas do organismo por meio da liberação de mediadores inflamatórios, podendo causar diversos sintomas dependendo da intensidade e da qualidade dos agentes estressores (DIAS; RESENDE; DINIZ, 2015), cabe ao sistema de saúde tentar propiciar aos pacientes inseridos nesse contexto condições necessárias para a manutenção de uma boa qualidade de vida, mesmo durante o processo de internação, favorecendo assim melhores condições para uma boa recuperação.

Dadas às situações a que estão submetidos os familiares e pacientes em tratamento na Unidade de Terapia Intensiva, a pesquisa buscou identificar quais os fatores que podem interferir na qualidade de vida do paciente durante a internação e dos familiares em acompanhamento do paciente. Daí a necessidade de um melhor planejamento de ações assistenciais por parte da equipe cuidadora, visando a melhoria da qualidade da assistência prestada e adaptação do paciente nesse momento de hospitalização, bem como uma sensibilização dos familiares envolvidos no processo de recuperação de seu familiar.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar fatores causadores de estresse sob a óptica de familiares e pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público de Roraima.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar de forma sociodemográfica os familiares e pacientes internados na UTI.
- Identificar os principais estressores presentes nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público de Roraima do ponto de vista do paciente.
- Levantar quais fatores relacionados ao paciente, ao ambiente da UTI e à rotina são considerados estressores, na percepção de familiares de pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público de Roraima.
- Correlacionar estatisticamente a existência de variações no nível de estresse de pacientes e familiares de acordo com as diferentes situações expostas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SAUDE X PROCESSO DE HOSPITALIZAÇÃO

“A redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”. Apesar da multiplicidade de conceitos, quando se fala sobre saúde, não se pode deixar de citar o conceito da Organização Mundial de Saúde (OMS), que afirma a saúde “como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (LUNARDI, 1999). Tal conceito tem sido alvo de discussões, uma vez que tem sido considerado ultrapassado, devido a saúde no contexto atual, abranger outros aspectos da vida do indivíduo:

A definição de saúde da OMS está ultrapassada por que ainda faz destaque entre o físico, o mental e o social. Mesmo a expressão “medicina psicossomática”, encontra-se superada, eis que, graças à vivência psicanalítica, percebe-se a inexistência de uma clivagem entre mente e soma, sendo o social também inter-agente, de forma nem sempre muito clara, com os dois aspectos mencionados (Segre e Ferraz, 1997, p.540)

Cheregatti e Amorim (2010), ao falar sobre saúde retratam que atualmente abrange todos os aspectos individuais dos pacientes, considerando o estado físico, mental, psíquico, social, cultural e espiritual. Filho (2011), também acredita que a saúde vá muito além da ausência de doença. Ao contrário, a saúde é resultante do equilíbrio de vários aspectos circundantes do indivíduo, que podem ir dos biológicos aos sócio-culturais.

O conceito de saúde é resultante da conjuntura social, econômica e cultural de cada indivíduo e é interpretada e vivida de forma diferente pelas pessoas, dependendo de seus valores individuais e concepções. (SCLIAR, 2007).

Em contrapartida, o adoecimento e a hospitalização decorrente desse processo de doença, levam a modificações no cotidiano do paciente e de seus familiares, gerando transtornos emocionais como ansiedade e estresse, pois deixa de realizar muitas de suas atividades habituais (PROENÇA; AGNOLO, 2011).

Além de ser um lugar destinado à cura de doentes e alívio de sofrimento e dor, o hospital pode ser visto de diferentes maneiras dependendo do contexto cultural no qual está inserido. De acordo com Helman (2009, p. 95), o hospital pode ser visto como:

1. Um refúgio – oferecendo asilo (como na Idade Média) para aqueles incapazes de lidar com o mundo exterior devido a má saúde mental ou física ou à idade avançada.
2. Uma fábrica – uma instituição industrial que produz pessoas “curadas” a partir do material bruto de “pessoas doentes”.
3. Um negócio – orientado (especialmente no setor privado, cooperativo) para obter o maior lucro possível a partir do fornecimento de cuidados de saúde.
4. Um templo – destinado a uma cosmologia religiosa particular (como a medicina aluvérdica) ou tradição de cura, ou ao poder transcendente da ciência sobre as forças da doença e da morte.
5. Uma universidade – destinada não somente ao treinamento de médicos e enfermeiros, mas também à instrução moral dos pacientes, ensinando-os post hoc como sua má saúde foi o resultado lógico de um estilo de vida prévio, e o que eles podem fazer para evitar que isso aconteça novamente.
6. Uma prisão – protegendo a sociedade ao confinar aqueles considerados loucos, dissidentes ou muito pouco convencionais, contra a vontade deles.
7. Uma cidade – uma metrópole em miniatura, cada enfermaria sendo um “distrito” com sua própria administração, burocracia, trabalhadores, equipe de segurança, capelas e lojas, tudo em conjunto com pacientes que formam uma coletividade de cidadão involuntários e em constante mudança (Helman, 2009, p.95).

A hospitalização representa para a grande maioria um momento de fragilidade, pois além do sentimento de insegurança que a doença causa, o paciente irá passar por várias ações interventivas nesse período (CHEREGATTI; AMORIM, 2010). E quando essa internação necessita ser realizada em uma UTI, esse sentimento de angústia e medo pode ser ainda mais acentuado tanto para o paciente, quanto para seus familiares, pela associação que a maioria das pessoas faz entre a UTI e a morte.

Quando acontece o processo de hospitalização, o indivíduo se encontra privado de funções tanto como emprego, vida social e do afeto familiar, nas vezes passando por vários profissionais com seus procedimentos invasivos e palavras frias, difíceis e desconhecidas, experimentando novas fases na vida onde suas vontades ficam a mercê da equipe de saúde (GOMES E FRAGA, 1997).

Outro ponto importante a ser enfatizado é que no momento da internação o paciente é submetido a algumas situações que podem levá-lo a um processo de despersonalização. Segundo Maciel e Souza (2006), o paciente é tratado como se fosse mais um leito ou uma doença, o horário de visita e a quantidade de visitantes favorecem a instituição e não o doente, o tratamento por parte de alguns funcionários como se o cliente fosse criança, utilizando frases no diminutivo, além do uso de autoridade não respeitando a vontade do cliente.

No momento da internação do paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva, a família pode experimentar sentimentos de incerteza quanto ao futuro do

seu familiar. Neste momento muitos questionamentos emergem por parte da família, com relação à cura, sequelas, sentimento de dor e morte (CORREA; SALES; SOARES, 2002).

3.1.1. A resiliência no processo de hospitalização

Dentro do processo de hospitalização, é interessante destacar o termo resiliência, onde compreende quais são as características individuais e ambientais que podem ser modificadas ou estimuladas para que os pacientes possam apresentar estratégias eficazes de enfrentamento de situações adversas (BIANCHINI et al., 2006). De acordo com Bianchini e Dell'Aglio (2006), o indivíduo passa por várias situações ao longo a vida que exigem atitude resiliente, porém uma das principais dela é o adoecimento.

Masten e Garmezy (2001) consideram a resiliência como um processo comum, capaz de oferecer um olhar mais positivo do desenvolvimento e adaptação dos seres humanos, bem como direções para práticas que objetivam a melhora das pessoas em risco, sendo considerado um termo que leva ao estudo e adaptação e desenvolvimento humano. No entanto, “faz-se necessário considerar que o conceito de resiliência requer a existência de uma condição adversa, desfavorável que irá mobilizar o sujeito no sentido de uma adaptação positiva” (Coqueiro, 2018, p.12).

Por outro lado, Morais e Koller (2004), consideram a resiliência como uma reafirmação da capacidade humana em superar adversidades, sendo então a resiliência entendida como uma característica do indivíduo de interação entre as características individuais e as pessoais desenvolvidas ao longo do ciclo vital e sua relação com o ambiente social.

Resiliência é um constructo que nos proporciona olhar o ser humano e suas dificuldades de uma outra maneira, mais positiva. Trata-se, de maneira geral da capacidade de enfrentar adversidades, mas, sobretudo de sair transformado das situações vivenciadas (Coqueiro, 2018, p.11).

Dentro do hospital, é importante o atendimento psicológico durante toda a internação como importante fonte de apoio durante a doença, devido que, de acordo com Romano (1999), o uso de práticas de psicologia no hospital, tem mostrado que os pacientes reagem de modo favorável a esta proposta de intervenção.

Quando uma pessoa fica hospitalizada, destacam-se principalmente, duas reações psicológicas observadas que são a ansiedade e depressão, dado que, quando a pessoa é hospitalizada, encontra-se em um ambiente ameaçador e invasivo devido que seu ritmo de vida fica interrompido sob clima de medos e expectativas (BOIZONAVE; BARROS, 2003).

Outro problema grave quando os pacientes se encontram na UTI, é que apresentam restrições motoras graves, incapacitando-os de realizar suas atividades de vida diárias em decorrência da fraqueza muscular, fadiga constante e declínio funcional, sendo que a mobilização precoce e o posicionamento adequado no leito são indicados e essenciais como meio de reabilitação e interação do paciente com o ambiente e devem ser considerados como estímulo sensório-motor, prevenindo assim complicações secundárias ao imobilismo (FELICIANO et al., 2012).

Mesmo sendo considerada como um ambiente altamente estressante para os pacientes internados devido às características específicas já mencionadas, a resiliência faz-se presente na capacidade que os indivíduos tendem a desenvolver, como um padrão individual de resposta ao risco e ao estresse (RUTTER, 1985), porém essa capacidade pode ser alterada de acordo com as circunstâncias.

Portanto o mais adequado seria afirmar que um indivíduo está resiliente e não que ele é resiliente, uma vez que são as influências do meio ambiente e as características do próprio indivíduo que irão influenciar na identificação da melhor atitude a ser tomada em uma determinada situação (Robertson; Cooper, 2013, p.5).

“Apesar de a resiliência ser considerada como uma habilidade relacionada à superação do estresse e das adversidades é importante considerar que está relacionada também com aspectos intrapsíquicos e psicossociais do indivíduo” (Andrade; Resende, 2013, p.5). Dessa forma, para compreender a resiliência torna-se importante considerar a capacidade de proteção do indivíduo, responsável pela recuperação reativa ao trauma e pela aprendizagem proativa por meio dos desafios e conquistas do dia-a-dia (ROBERTSON; COOPER, 2013).

3.2 UTI E O ESTRESSE DECORRENTE DA INTERNAÇÃO

De acordo com Seaward (2009) inicialmente os estudos sobre o estresse davam ênfase aos aspectos físicos do processo envolvido com a luta ou fuga, para justificar seus sintomas. Contudo, à medida que os estudos sobre o tema

expandiram-se para explorar a relação entre estresse e doença, iniciaram a sobrepor-se e até mesclar-se com os campos da psicologia, da sociologia, da teologia, da antropologia, da física, da saúde e da medicina clínica. Assim, o que antes se pensava como sendo uma resposta física e depois considerada como um fenômeno mente-corpo é atualmente visto como um fenômeno complexo, multifacetado ou holístico, envolvendo os componentes mentais, físicos, emocionais e espirituais de bem-estar.

O mesmo autor nos diz que esse novo paradigma do bem estar é holístico e sugere que ele é o equilíbrio, a integração e a harmonia dos aspectos físicos, intelectuais, emocionais e espirituais que ocorre através da tomada de responsabilidade pela saúde do próprio indivíduo. Neste contexto, o todo é considerado maior que a soma das partes. Para o gerenciamento do estresse as abordagens devem da mesma forma, ser holísticas e devem incluir alguns aspectos, como: conhecimento dos fatores mental, físico, emocional e espiritual associados ao stress; utilização de várias técnicas de enfrentamento efetivas para trabalhar a uma resolução das causas do estresse: prática regular de técnicas de relaxamento para manter o equilíbrio homeostático do corpo; avaliação periódica da efetividade das habilidades de enfrentamento e técnicas de relaxamento.

Alguns autores referem-se ao estresse como um processo psicossocial. Ao relacionar estresse e trabalho, (VILLALOBOS, 2004; FERNANDES E GOMES, 2010) diz que os fatores psicossociais do trabalho consistem na interação entre o trabalho em si, o seu ambiente, as condições da instituição e as características pessoais do indivíduo, considerando sua cultura, expectativas, necessidades, experiências, estilo de vida e a percepção de mundo. Essa interação contempla variáveis de um macro contexto organizacional com a multideterminação do indivíduo.

Os mesmos autores salientam também a influência de aspectos intrínsecos ao indivíduo no processo do estresse, mencionando que, nessa relação, interferem aspectos como: atitudes, estilo de vida, estratégias de enfrentamento e apoio social bem como, a vulnerabilidade e a resistência ao estresse.

Contudo, encontramos autores como Rossi (2004) que apresenta importante contribuição a respeito do estresse ao se referir à visão biopsicossocial:

Toda pessoa é um complexo sociopsicossomático, dotados de potencialidades biológicas, psicológicas e sociais que representam simultaneamente às condições de vida. Estas respostas apresentam variadas combinações e intensidade entre os três níveis ou camadas. As manifestações podem ser mais visíveis e especificadas em um ou outro aspecto, embora sejam todos interdependentes. (Rossi, 2004, p. 84)

Tais camadas evidenciam particularidades distintas, ou seja, a biológica representa características físicas transmitidas geneticamente e envolve um conjunto de reações vulneráveis do organismo. O plano psicológico diz respeito à personalidade individual, vivências sentimental e racional, conscientes ou inconscientes da personalidade de cada um. Já na dimensão social, são incorporados os valores e crenças do meio que o sujeito vive. (ROSSI, 2004).

De acordo com Seaward (2009) o estresse vem sendo considerado como um fenômeno biopsicossocial, conseqüente da percepção individual de desajustes entre as demandas do ambiente e a capacidade de resiliência do indivíduo. Assim, o estresse tem causas e conseqüências fisiológicas, psicológicas e comportamentais que são decorrentes da percepção individual de cada sujeito.

Os cuidados aos pacientes críticos têm sido relatados desde 1854, inicialmente prestados por Florence Nigthingale e mais 38 voluntárias, advindas de diferentes hospitais aos soldados feridos na Guerra da Criméia. A necessidade de prestar assistência segura atendendo as particularidades dos pacientes de acordo com o grau de complexidade culminou com a criação das Unidades de Terapia Intensiva.

No cenário mundial, a UTI teve seu modelo inicial estabelecido, nos Estados Unidos, em 1914, no Hospital Johns Hopkins, composta por três leitos de pós-operatórios neurocirúrgicos. No Brasil, as primeiras UTIs foram implantadas na década de 70, a fim de concentrar os pacientes graves em uma área hospitalar apropriada, com infraestrutura própria, equipamentos e materiais diferenciados e profissionais capacitados, tornando-se um importante referencial no contexto hospitalar (CHEREGATTI; AMORIM, 2010).

Entretanto, o ambiente cheio de equipamentos e com alta capacidade tecnológica no qual a UTI se tornou também a transformou em um setor hospitalar temido por muitos pacientes.

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) são ambientes destinados ao atendimento de pacientes graves, com potencial risco de morte, que necessitam de

atendimento ininterrupto. “São caracterizadas, muitas vezes, como um ambiente relacionado ao sofrimento e a morte. Assim, a internação em UTI implica em uma situação de grande estresse.” (PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011, p.280).

De acordo com a primeira parte do censo 2016 da Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB), 24% dos estabelecimentos de saúde do país contavam com leitos de UTI, totalizando 41.741 mil leitos ou 8% do total de leitos hospitalares. Dos estabelecimentos com UTI 129 estão na região Norte. Essa quantidade de leitos de UTI está concentrada em 521 municípios, que totalizam 15% dos municípios no Brasil. Destes 41.741 mil leitos de UTI, 27.709 correspondem a leitos adultos.

Nas UTIs “são inúmeras as condições que podem desencadear resposta de estresse nos pacientes. É considerado estressor qualquer evento ou situação que exija adaptação física e psicológica, isto é, que represente uma ameaça ou desafio.” (ROSA et.al., 2010, p.628).

É considerado estresse qualquer situação tensa fisiológica ou psicológica que exija do indivíduo uma tomada de atitude, sendo essa resposta influenciada pela intensidade, duração e quantidade de agentes estressores no momento, que podem ser resultantes de estímulos internos (que se originam dentro da pessoa) e externos comumente relacionados às mudanças ambientais ou às relações sociais (GOIS; DANTAS, 2004).

Os agentes estressores dentro desse ambiente complexo podem ser os mais variados possíveis. Em um estudo realizado em 2010 na UTI adulto de um hospital filantrópico do município de São Paulo com 10 pacientes, foram descritas como algumas alterações ambientais favorecedoras do estresse: luz acesa, monitorização contínua e a falta de privacidade para as necessidades fisiológicas.

Na percepção de Reis, Fernandes e Gomes (2010) o estresse pode trazer consequências fisiológicas, comportamentais e psicológicas, dependendo da susceptibilidade do indivíduo, devendo ser desenvolvidas estratégias individuais de enfrentamento.

Outro ponto importante a ser considerado é que a tecnologia é um fator de grande importância na UTI, pois favorece diagnóstico mais preciso, atendimento imediato ao paciente, imprescindível na manutenção da vida, fornecendo mais segurança à equipe e melhor qualidade de vida ao paciente grave. Em contrapartida, pode contribuir para deixar as relações humanas mais distantes (PROENÇA; DELL AGNOLO, 2011).

Apesar de melhorar a vida de muitas pessoas, a tecnologia pode se tornar uma barreira para a qualidade do cuidado, quando os equipamentos e sua funcionalidade se tornam o foco do cuidado em saúde, estreitando o contato do profissional com o paciente. Sendo assim, o cuidado pode sofrer fragmentação e se tornar desumanizado (PEREIRA, 2012), tornando o cuidado mecanizado quando os prestadores de cuidados não se dão conta onde termina a máquina e começa o paciente, sendo este visto como uma extensão dos equipamentos (HAYASHI; GISI, 2000).

Portanto, apesar da segurança, eficácia, relação custo-benefício proporcionada pela tecnologia, torna-se indispensável que o trabalho pela equipe de saúde seja humanizado, uma vez que presencia-se muitas vezes a priorização do arsenal tecnológico em detrimento da pessoa (BARRA et al., 2005), o que pode tornar o processo de internação ainda mais estressante.

3.3 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA UTI

A humanização do cuidado envolve o desenvolvimento de competência nas relações interpessoais por envolver respeito, solidariedade e sensibilidade para perceber as singularidades das necessidades (CASATE E CORRÊA, 2005).

Ao entrar em um hospital para realizar um tratamento ou algum procedimento, é imposta ao indivíduo uma rotina cujo efeito é a privação de aspectos particulares que o caracterizam como uma pessoa individual, transformando-o em uma pessoa passiva e dependente, que perde sua autoridade em opinar sobre o que comer, vestir ou mesmo sobre o horário de dormir (FAQUINELLO E DIÓZ, 2006).

Nos últimos anos, tem-se ouvido falar bastante sobre o cuidar humanizado, com o intuito de diminuir os impactos consequentes desse processo de internação:

Humanizar no setor saúde é ir além da capacidade técnico-científica e política dos profissionais, pois compreende o desenvolvimento da competência nas relações interpessoais que precisam estar pautadas no respeito ao ser humano e à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos (PEREIRA, 2012, p.51).

Ainda para Pereira (2012), os atos em saúde devem levar em consideração o respeito ao outro como um ser único, buscando compreender as singularidades e limites dos sujeitos envolvidos, bem como as necessidades apresentadas em cada momento específico.

“O paciente internado na UTI necessita de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física.” (VILLA; ROSSI, 2002, p.2).

Quanto à importância da humanização no atendimento Cheregatti e Amorim (2010, p.45) ressaltam que:

Humanizar em UTI significa cuidar do paciente como um todo, englobando o contexto familiar e social, devendo na prática associar os valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada pessoa em um Hospital Humanizado que possui estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a seu serviço, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade.

Entretanto, “A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente.” (VILA; ROSSI, 2002, p.137).

A prestação de atendimento humanizado pela equipe de saúde pode favorecer a diminuição dos sentimentos de angústia e medo dos pacientes em estado crítico, através do apoio e suporte emocional diante do processo de doença vivenciado (PROENÇA; AGNOLO, 2011).

Diante do contexto da UTI, a humanização depende de atitudes pessoais dos profissionais envolvidos no cuidado, diante de toda uma tecnologia necessária e existente.

A humanização da assistência em UTI's leva os profissionais de saúde especialmente os enfermeiros à necessidade de utilizarem a tecnologia aliada a empatia, com experiência e compreensão do cuidado prestado fundamentado no relacionamento interpessoal terapêutico, a fim de promover um cuidado seguro, responsável e ético a indivíduos vulneráveis e fragilizados (PEREIRA, 2012, p.103).

Humanizar o atendimento aos pacientes e seus familiares torna-se ainda mais difícil se os profissionais de saúde envolvidos no cuidado forem

desconhecedores da diferença contextual de cada indivíduo específico, acabando por impedir o acolhimento e fornecimento de um cuidado humanizado e holístico.

Dentro das unidades de saúde, é necessário ter presente as exigências na qualidade de atenção à saúde, estando dentro dessa qualidade, a humanização no atendimento e no desenvolvimento de uma consciência crítica dos profissionais na busca de implementar um cuidado com qualidade no atendimento dos pacientes (MICHELAN E SPIRI, 2018)

A Política Nacional de Humanização é aplicada por meio de fórum coletivo e vem se construindo opiniões contrárias à fragmentação e à desarticulação das ações, intervindo de forma a aumentar o grau de abertura da comunicação entre os diferentes grupos e segmentos (SANCHES et al., 2016).

Na UTI, a humanização envolve o cuidado holístico do paciente, relacionando-o com contexto familiar e social e que a atuação dos trabalhadores se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focadas no paciente, sendo que o trabalhador deve repensar suas ações, afim de garantir a dignidade do ser humano não somente no cuidar e no assistir, mais em outros aspectos que vão além da técnica, bem como ambiente de trabalho, na sua subjetividade e nos aspectos culturais (FARIAS et al., 2016; WALDOW, BORGES, 2016; BACKES et al., 2012).

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de proposição descritivo de natureza de corte transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa é utilizada quando se sabe exatamente o que deve ser perguntado, possibilitando assim, poder atingir os objetivos da pesquisa. É a pesquisa mais adequada para apurar opiniões, atitudes explícitas consistentes dos entrevistados, testando de forma precisa, as hipóteses levantadas e fornecendo índices que podem ser comparados com outros.

Através da pesquisa descritiva de acordo com Gil (2008), o pesquisador descreve as características de determinadas populações ou fenômenos. Uma de suas peculiaridades está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

O levantamento bibliográfico sobre a ocorrência do estresse em pacientes hospitalizados em UTI que serviu de base para a construção do referencial foi realizado através da consulta de livros e acesso à revistas e jornais científicos nos seguintes bancos de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Portal de Periódicos e banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e Scopus

Os resultados coletados através da aplicação dos diferentes questionários aos pacientes e familiares, foram desenhados para identificar quais fatores são considerados geradores de estresse para familiares e pacientes internados na UTI de um Hospital Público do Estado de Roraima. Os questionários foram aplicados em local que dispõe de condições de privacidade, boa iluminação, e sem interrupções de fatores externos.

Utilizou-se para este estudo o método de amostragem sistemático simples, sendo entrevistados todos os familiares e pacientes que estiveram internados nas UTIs no período de fevereiro a abril de 2018, totalizando 17 familiares e 17 pacientes que obedeceram aos critérios determinados e que atenderam aos critérios de inclusão a saber: ser maior de 18 anos; estar consciente e orientado no momento da entrevista, estando previamente ou não em estado de coma; consentir sua participação na pesquisa através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme ANEXO C; estar internado na UTI no momento da entrevista; estar

internado na UTI por mais de 48 horas; ser morador do Estado, seja na capital ou nos interiores. No caso de familiares, estes deveriam ter parentesco em primeiro e segundo graus com o paciente (pai, mãe, conjugue, irmãos, avós); ter visitado o paciente pelo menos duas vezes antes do momento da entrevista. Os pacientes que estiveram conscientes e orientados, mas que em função de sua escolaridade ou patologia estivessem impossibilitados de assinar o TCLE tiveram autorização confirmada através de digital.

Por outro lado, foram usados os seguintes critérios de exclusão: pacientes que estivessem alternando o nível de consciência entre orientação e confusão mental; pacientes que haviam recebido alta da UTI; familiares de pacientes que tinham ido à óbito; pacientes indígenas; e pacientes e familiares que não quiseram ou não conseguiram responder adequadamente aos questionários.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O HGR está localizado na zona urbana da cidade de Boa Vista, capital do estado de Roraima. As UTIs que serviram de cenário para a pesquisa são compostas por dez leitos cada (Figuras 1 e 2), destes 02 em caráter de isolamento, destinados ao atendimento de pacientes com faixa etária a partir de 12 anos, acometidos por patologias diversas. Durante o período de internação, não é permitida a permanência de acompanhantes, salvo exceções e o contato dos familiares com os pacientes se dá através de visitas, realizadas duas vezes ao dia, com duração de trinta minutos cada, sendo permitida a entrada de dois visitantes por período.

Figura 1- Imagem do ambiente interno da UTI 1 do Hospital Geral de Roraima.



Fonte: Marcella Marinho (2018).

Figura 2- Imagem do ambiente interno da UTI 2 do Hospital Geral de Roraima.



Fonte: Marcella Marinho (2018).

Figura 3- Imagem do leito padrão da UTI do hospital Geral de Roraima ampliada



Fonte: Marcella Marinho (2018).

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas no período vespertino, uma vez que de acordo com a rotina do setor as visitas e avaliações médicas costumam ser realizadas no turno matutino e o boletim médico é feito à tarde. Além disso, o acesso aos familiares ocorre de forma mais fácil nesse período.

Antes de iniciar as entrevistas foi feita uma apresentação inicial aos participantes sobre o estudo, seus objetivos e sobre o TCLE, para posterior leitura, assinatura e aplicação do questionário, destacando a ausência de possíveis riscos à saúde ou à vida dos participantes.

Aqueles que por algum motivo físico não puderam assinar, foi solicitada a colocação de sua digital no local destinado para assinatura. Destacamos que foi esclarecido que a participação no estudo tinha caráter voluntário, podendo o indivíduo desistir da pesquisa a qualquer momento.

Para levantamento dos dados foram aplicados dois questionários. O instrumento de coleta aplicado aos pacientes foi baseado na versão brasileira do ESQ (The Environmental Stressor Questionnaire). O The Environmental Stressor Questionnaire (ESQ) é uma ferramenta que foi elaborada em 1998 para mensuração de estresse em pacientes internados em UTI, originado a partir do Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS). Este instrumento de pesquisa foi baseado no estudo de Rosa et.al, intitulado “Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental”, realizado em 2008.

O questionário é composto por campo com questões relacionadas à caracterização sociodemográfica dos estudados, como sexo, idade e cidade onde residem e 50 itens objetivos, aos quais deveriam ser atribuídas as seguintes notas de acordo com o grau de estresse ocasionado: (1) não estressante; (2) pouco estressante; (3) estressante (4) muito estressante; (5) N/A: não se aplica (caso o paciente não tenha vivenciado o agente estressor).

O questionário aplicado aos familiares foi elaborado inspirado na pesquisa de Costa et.al (2010) com o tema “Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma Unidade de Terapia Intensiva” e adaptado de acordo com situações intrínsecas à rotina das UTIs, por mim observadas enquanto enfermeira do setor, que poderiam gerar estresse aos familiares. O instrumento é composto por um campo para identificação do entrevistado, com itens como sexo,

idade, local de residência e tipo de parentesco e por 15 questões objetivas específicas. Antes do preenchimento dos questionários foi realizada uma explicação detalhada de cada item dos instrumentos. Neste momento, o participante pôde ter suas dúvidas sanadas pelo pesquisador.

4.4 PRINCIPIOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Roraima (UFRR) através do parecer consubstanciado número 2.726.954 (anexo D) e autorização por escrito da Instituição Hospitalar que serviu de cenário para o estudo (anexo E), observando os princípios éticos que são preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

No momento da entrevista houve a entrega do TCLE em duas vias, uma para o participante, outra para o pesquisador. Foram explicados os objetivos e os benefícios da pesquisa, enfatizando as questões éticas, especialmente em relação ao sigilo, a confidencialidade e a autonomia para aceitar ou não participar do processo do estudo e de desistir a qualquer momento de participar da pesquisa.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Ao término da coleta, os dados objetivos foram categorizados e armazenados no programa Microsoft Excel, interpretados e correlacionados com as informações levantadas nas bibliografias presentes nos referenciais teóricos pesquisados. Foram aplicados os processos de análise pelas técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial.

Os fatores estressores dos pacientes foram classificados de acordo com quatro categorias: estressores ambientais (18 itens), relacionados ao paciente (12 itens), relativos à interação entre equipe/paciente (5 itens) e referentes ao tratamento/assistência (15 itens). Ademais, os agentes estressores avaliados nos familiares foram distribuídos de acordo com: fatores relacionados ao paciente (5 itens), estressores relacionados ao ambiente da UTI (4 itens), fatores relacionados à rotina (4 itens) e fatores referentes à interação equipe-família (2 itens).

A estatística descritiva foi aplicada para o cálculo de médias e caracterização de frequências. Essas médias foram utilizadas posteriormente para a estatística inferencial. Para as variáveis qualitativas (sexo e escolaridade) foram apresentadas frequências absoluta (n) e relativa (%) de cada categoria. As técnicas de estatística descritiva utilizadas foram médias, porcentagens e distribuição de frequências das variáveis através das tabelas. Com relação à estatística inferencial, utilizou-se a ANOVA.

Por fim, o intervalo de confiança utilizado para estimar o valor médio real das variáveis quantitativas e porcentagens reais de alguns eventos de interesse da pesquisa foi de 95%, com a margem de erro de 5%.

As análises da variância, para desenvolver a estatística descritiva, foram feitas utilizando o programa STATISTICA.INK. onde foi feita uma correlação linear simples, avaliando o coeficiente de correlação de Pearson para atender à ligação entre as duas variáveis. Enquanto à análise da variância, foi utilizada a variância de fator único.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Na tabela 1 são apresentados os resultados referentes à classificação em função do sexo dos pacientes e familiares. Como podemos observar entre os pacientes avaliados 64,71% pertenciam ao sexo masculino e; entre os familiares 82,36% pertenciam ao sexo feminino. De acordo com Figuerero (2005) e Pinheiro e Cols (2000), existe no Brasil um número maior de homens internados em situação grave e estes morrem em maior quantidade. Ao passo que a percentagem elevada de familiares mulheres pode estar relacionada às atribuições de papéis, já que a mulher ainda continua com a tarefa de cuidar dos filhos, cuidar da casa, do marido, de doentes; assim como o apego emocional que existe nas mulheres, tanto para quem cuida como para quem está sendo cuidado (NERI, 2000).

Tabela 1- Classificação em função do gênero para os pacientes e familiares.

Sexo	Pacientes		Familiares	
	Total (n)	%	Total (n)	%
Masculino	11	64,71	4	17,64
Feminino	6	35,29	9	82,36

Fonte: Marcella Marinho (2018).

O segundo parâmetro estudado está relacionado ao nível de escolaridade. Na Tabela 2 podemos observar que para os pacientes o nível de escolaridade predominante foi o Ensino Fundamental I (3^a à 5^a série) e para os familiares, o Ensino Médio. Segundo o último senso do IBGE em 2010 havia em Roraima 41.807 homens cursando o ensino fundamental e 10.707 cursando o ensino médio. Em contrapartida, neste mesmo ano 39.252 mulheres frequentavam o ensino fundamental e 11.861 estavam no ensino médio.

Tabela 2-Classificação em função da escolaridade dos pacientes e familiares

Nível de escolaridade	Pacientes		Familiares	
	M	F	M	F
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sem escolaridade	1 (9,0%)	1 (16,66%)	1 (33,33%)	1 (7,14%)
Fundamental I	6 (54,54%)	2 (33,36%)	1 (33,33%)	0 (0,00%)
Fundamental II	1 (9,0%)	1 (16,66%)	0 (0,00%)	3 (21,43%)
Ensino Médio	3 (27,46%)	1 (16,66%)	1 (33,33%)	7 (50,00%)
Superior completo	0 (0,0%)	1 (16,66%)	0 (0,00%)	3 (21,43%)

Fonte: Marcella Marinho (2018).

5.2 ANÁLISES DOS FATORES ESTRESSORES PARA OS PACIENTES

Foram aplicados 50 itens diferentes para os pacientes, que foram respondidos em função de cinco parâmetros: 1-não estressante, 2-pouco estressante, 3- estressante, 4-muito estressante e 5 -N/A: para os casos onde não procedia à aplicação do item. Os fatores estressores para pacientes foram categorizados em diferentes subitens a saber: estressores ambientais, interação equipe-paciente, fatores referentes ao paciente e fatores relacionados ao tratamento e assistência. A Tabela 3 apresenta os fatores estressores relacionados ao ambiente da UTI.

Tabela 3-Fatores relacionados aos estressores ambientais para os pacientes

Item	Nível de estresse %				
	Não estressante	Pouco estressante	Estressante	Muito estressante	N/A
Olhar o teto	23,80	19,04	9,52	47,62	0,00
Luzes acesas constantemente	9,52	23,80	33,33	19,04	0,00
Falta de privacidade	28,57	14,29	14,29	42,85	0,00
Barulho dos aparelhos	38,09	9,52	19,04	33,33	0,00
Gemidos outros pacientes	61,90	4,76	14,29	4,76	14,29
Temperatura do quarto	0,00	0,00	14,29	61,90	28,57
Altura das vozes	38,09	14,21	23,80	14,28	28,57
Alarme monitores	38,10	0,00	19,04	33,33	4,76
Ouvir Sons desconhecidos	42,86	9,52	14,29	33,33	0,00
Cheiros estranhos	57,14	9,52	0,00	19,05	16,90
Máquinas estranhas ao redor	66,66	9,52	14,29	14,29	0,00
Não ter noção onde está	55,14	14,29	19,94	9,52	21,05
Dia atual	47,62	4,76	4,76	38,09	33,33
Homem e mulher no mesmo espaço	66,66	14,29	4,76	0,00	0,00

Fonte: Marcella Marinho (2018).

A primeira categorização feita em relação aos estressores para os pacientes foram os estressores ambientais, sendo tais fatores aqueles que resultam de uma relação particular entre a pessoa e o ambiente, que é avaliada como desgastante de seus recursos e põe em risco o bem-estar da pessoa, sendo uma transição entre a pessoa e o ambiente (BRINGUENTE, 2000).

O ambiente da UTI vem sendo considerado como estressor pelos pacientes desde a década de 60, pois devido a estrutura física e funcional desse espaço favorecem a vivência de desconfortos físicos e psicológicos que podem ocasionar alterações psicoativas (ROSA, 2010).

Entre os estressores ambientais predominantes neste trabalho para os pacientes temos a temperatura do quarto (61,90 %), seguido do fato do paciente ter que ficar olhando para o teto (47,62 %) e a falta de privacidade (42,85 %). Estudo realizado por Veiga, Gomes e Melo com pacientes de uma UTI cardiológica em 2008, também apresentou o fato de ter que ficar olhando para o teto como um agente muito estressante. Em contrapartida, estudos como o de Sousa, Silva, Mello e Ferreira (2006), Andrade e Resende (2014) mostram como agentes relacionados ao ambiente da UTI percebidos como muito estressantes o excesso de barulho, a iluminação excessiva, escutar o barulho dos equipamentos, enfermagem e médicos falando muito alto e ter uma cama ou travesseiro desconfortáveis, divergindo do resultado encontrado neste estudo.

Em relação aos fatores não estressantes, os resultados da pesquisa mostraram que ter máquinas estranhas ao seu redor do leito (66,66%), o fato da presença de homens e mulheres no mesmo quarto (66,6 %) e ouvir os gemidos dos outros pacientes (61,90%) não geraram desconforto aos pacientes aqui avaliados.

No que diz respeito à interação equipe-paciente, como ilustra a Tabela 4, dos agentes estressores apresentados aos pacientes, nenhum foi considerado como muito estressante contrastando com o resultado da pesquisa de Veiga, Gomes e Melo (2008) onde a questão de sentir que a enfermagem trabalhava de forma apressada para realizar os procedimentos, dando maior atenção aos aparelhos e o uso de termos técnicos pela equipe foram apontados como muito estressantes pelos sujeitos do estudo.

Como destacam Souza & Souza Filho (2008), a interação equipe-paciente na UTI trata-se de inserção do paciente como alguém autônomo, diferenciado e como espaço privado demarcado no ambiente hospitalar em geral. Tal postura do paciente lhe permitirá uma interação com os personagens da equipe em geral com o paciente, servindo os profissionais como mediadores, e possivelmente, estimuladores para relações de igualdade, sem hierarquizações ou, contrariamente, como fortalecedores de desigualdade dentro deste ambiente.

Tabela 4-Fatores relacionados com a interação equipe-paciente.

Ítem	Nível de estresse %				
	Não estressante	Pouco estressante	Estressante	Muito estressante	N/A
Enfermagem apressada	66,66	9,52	4,76	19,04	0,00
Pessoas falando sobre você	66,66	14,29	4,76	14,29	0,00
Termos técnicos	38,09	0,00	4,76	0,00	19,05
Atenção da equipe aos aparelhos	38,10	4,76	19,04	19,04	33,33
Não apresentar pelo nome	38,09	4,76	9,52	19,04	23,81

Fonte: Marcella Marinho (2018).

Em relação aos estressores referentes ao paciente, existem algumas ações que podem auxiliar na adaptação dos pacientes, sendo a equipe fundamental neste processo para prevenir danos. Entre eles destacam-se: informações sobre os dispositivos, equipamentos e materiais, o que pode tranquilizá-los, fazendo com que passem a se sentir valorizados e bem cuidados além de humanizar o atendimento (NOVAES, 2000).

O estudo ora apresentado mostrou que entre os fatores referentes ao paciente foram considerados estressantes o fato do paciente estar incapacitado para a família (71,43%), a preocupação financeira e o medo de morrer (com 52,38 %). O resultado encontrado diverge dos dados apontados por outros estudos referentes a agentes estressores em UTI como os de Bitencourt et al. (2007), Dessotte et al. (2014) e Andrade e Resende (2014). Em contrapartida, o pouco tempo com a família (47%) foi apontado como um agente não estressante, como ilustra a Tabela 5.

Tabela 5-Fatores estressores referentes ao paciente

Item	Nível de estresse %				
	Não estressante	Pouco estressante	Estressante	Muito estressante	N/A
Sentir Dor	9,52	19,04	14,29	42,85	23,80
Não dormir	14,29	4,76	4,76	47,62	33,33
Estar Incapacitado para família	19,04	4,76	9,52	71,43	0,00
Ter sede	23,81	9,52	14,29	47,29	0,00
Preocupação financeira	28,57	9,52	53,38	52,38	0,00
Medo de morrer	14,29	9,52	4,76	52,38	19,04
Falta do companheiro/a	38,09	9,52	23,80	28,57	0,00
Medo de pegar AIDS	23,80	9,52	0,00	19,05	52,38
Tempo com a família	47,62	9,52	4,76	33,33	9,52
Estar Aborrecido	14,29	9,52	14,29	19,05	38,09
Falta de controle sobre si	14,29	19,04	9,52	9,52	9,52

Fonte: Marcella Marinho (2018).

Conforme ilustrado na tabela 6, os resultados da pesquisa mostraram também que entre os fatores relacionados ao tratamento/assistência, o atendimento por médicos desconhecidos (57,14 %), o fato do paciente não conseguir mexer com as mãos/braços (52,38 %) e ser furado (47,29%) estão entre os agentes considerados muito estressantes. O resultado encontrado foi diferente se comparado ao de outras pesquisas como a realizada por Bitencourt et al. (2007) onde a inserção de tubos no nariz e na boca foi o fator relacionado ao tratamento considerado mais estressante pelos pacientes entrevistados.

Já os estudos de Andrade e Rezende (2014) e Veiga, Gomes e Melo (2008) apontaram o exame frequente pela equipe assistencial e o fato de não saberem quando os procedimentos vão ser realizados como fatores muito estressantes, divergindo do resultado encontrado em nossa pesquisa onde esses agentes foram considerados como não estressantes pelos participantes.

Tabela 6-Fatores relacionados ao tratamento/assistência

Item	Nível de estresse %				
	Não estressante	Pouco estressante	Estressante	Muito estressante	N/A
Concordar com tratamento	23,80	4,76	0,00	23,80	47,29
Tempo Permanência UTI	23,81	9,52	19,04	42,86	9,52
Ser furado	28,57	9,52	9,52	47,29	23,80
Não mexer com mãos/braços	23,81	9,52	14,29	52,38	0,00
Tubos e sondas	9,52	14,21	4,76	14,28	4,76
Realização de procedimentos	47,62	9,52	9,52	14,29	28,57
Tubos e drenos	0,00	0,00	4,76	19,04	71,43
Ser acordado	19,04	14,28	28,57	19,05	23,80
Não ter Explicação do Tratamento	9,52	9,52	9,52	42,85	0,00
Medir Pressão Arterial	38,10	9,52	28,57	28,57	0,00
Médicos desconhecidos	52,38	14,29	9,52	57,14	0,00
Usar Oxigênio	4,76	9,52	4,76	19,04	52,38
Medicações penduradas	0,00	0,00	4,76	4,76	95,24
Exame frequente	80,95	9,52	4,76	4,76	0,00
Enfermagem leito	42,85	4,76	4,76	0,00	0,00

Fonte: Marcella Marinho (2018)

5.3 Análise de Fatores Estressores para Familiares

Para os familiares foram aplicados 15 itens diferentes que foram respondidos em função dos cinco parâmetros a seguir: 1-não estressante, 2-pouco estressante, 3- estressante, 4-muito estressante e 5 -N/A: não se aplica (nos casos onde não procedia a aplicação). Os dados foram categorizados em fatores estressores relacionados ao paciente; ao ambiente; à rotina e; à interação equipe-familiar.

Quanto aos estressores relacionados ao paciente, estes não se apresentaram como grandes motivadores de estresse, porém dos citados como muito estressantes pelos familiares destacamos a presença de aparelhos conectados no paciente (28,57 %); ver o paciente descoberto (23,81 %) e o motivo de internação do paciente (23,81%). No estudo realizado por Rosa et al. (2010) com familiares de pacientes criticamente enfermos, o motivo da internação do paciente também se destacou como muito estressante pelos entrevistados. Por outro lado, o fato de o paciente ficar sem roupa (61,80 %) foi um fator considerado não estressante para os familiares, como demonstra a tabela 7.

Como descreve Gil-Monte (2003), entre os estressores relacionados ao paciente, surgem para os familiares certas estratégias de afrontamento que devem ser efetivas para manejar as respostas do estresse, mas, também para eliminar estressores, dado que os sujeitos devem tratar diariamente o estresse. Quando as estratégias não são exitosas, levam ao fracasso profissional e fracasso das relações interpessoais com pacientes e seus familiares.

Tabela 7-Estressores relacionados ao paciente.

Item	Nível de estrese %				
	Não estressante	Pouco estressante	Estressante	Muito estressante	N/A
Paciente contido	23,81	9,52	4,76	9,52	57,15
Paciente sem roupa	61,90	9,52	0,00	19,04	4,76
Paciente descoberto	42,85	14,29	4,76	23,81	14,29
Motivo internação	42,85	14,29	4,76	23,81	4,76
Aparelho no	57,14	4,76	14,29	28,57	4,76

pacientes

Fonte: Marcella Marinho (2018).

Dentre os estressores relacionados à rotina, o fato de não poder ficar como acompanhante do paciente (33,33%) e o tempo de visita (28,57%) mostraram-se como fatores muito estressantes para os familiares. Este resultado corrobora com os resultados apresentados nas pesquisas de Piccini et al. (2016) e Rosa et al. (2010), onde estes agentes estressores também foram considerados como muito estressantes pelos familiares participantes. Em contrapartida, o horário da visita (61,90%) destacou-se como fator não estressante para os familiares, como mostram a tabela 8.

Tabela 8-Estressores relacionados à rotina.

Item	Nível de estresse %				
	Não estressante	Pouco estressante	Estressante	Muito estressante	N/A
Horário de visitas	61,90	19,04	4,76	4,76	9,52
Atraso visita	42,85	9,52	4,76	14,29	28,57
Tempo visita	57,15	4,76	4,76	28,57	4,76
Não acompanhante	42,85	9,52	4,76	33,33	9,52

Fonte: Marcella Marinho (2018).

Os resultados da pesquisa mostraram que os agentes estressores relacionados à categoria ambiente da UTI não foram considerados como importantes motivadores de estresse, mas dos considerados como muito estressante pelos familiares citamos o ambiente da UTI como um todo (14,29%) e ter que ver outros pacientes (14,29%). Estes agentes também foram considerados como muito estressantes na pesquisa de Rosa et al. (2010). Ao contrário, o barulho dos aparelhos (71,43%) e o cheiro da UTI (66,66%) foram fatores considerados não estressantes para os familiares, como podemos observar na Tabela 9.

Tabela 9-Estressores relacionados ao ambiente.

Item	Nível de estrese %				
	Não estressante	Pouco estressante	Estressante	Muito estressante	N/A
Barulho aparelhos	71,43	9,52	4,76	9,52	4,76
Cheiros da UTI	66,66	14,29	4,76	9,52	4,76
Ver outros pacientes	47,62	19,04	4,76	14,29	4,76
Ambiente UTI	52,38	19,04	14,29	14,29	4,76

Fonte: Marcella Marinho (2018).

Como mostra a Tabela 10, o contato com a equipe (9,52%) e o modo de repasse das informações relacionadas ao paciente (9,52%) foram os dois fatores estressores relacionados à interação equipe-família e não apresentaram porcentagem expressiva apesar de também terem sido citados por alguns familiares como muito estressantes.

Tabela 10-Estressores relacionados à interação equipe-familiar.

	Nível de estrese %				
	Não estressante	Pouco estressante	Estressante	Muito estressante	N/A
Contato equipe	80,95	0,00	4,76	9,52	0,00
Repasse informações	57,15	23,81	9,52	9,52	4,76

Fonte: Marcella Marinho (2018).

5.4. ANÁLISE DE VARIÂNCIA DE FATORES ESTRESSORES ENTRE PACIENTES E FAMILIARES

Após a realização da análise descritiva dos fatores estressores para pacientes e familiares descrita anteriormente, realizamos uma análise de variância para evidenciar se existiam diferenças significativas entre os pacientes e os familiares para os diferentes tipos de estressores. Os estressores que puderam ser comparados foram: os ambientais, relacionados com o paciente e relacionados com a interação da equipe com o paciente e com a família (Tabela 11).

Tabela 11-Análise da variância para estressores ambientais

	G. Liberdade	SQ	QM	F
Tratamento	4	0,121	0,03025	3,60
Resíduos	90	0,758	0,0084	
TOTAL	94	0,879		

Fonte: Marcella Marinho (2018).

De acordo com a análise da variância, o valor de F calculado é menor que o valor do F calculado ao nível de significância de 5%, não existindo diferenças significativas entre os estressores ambientais.

De acordo com a análise da variância para os estressores relacionados com o paciente, o valor de F calculado foi menor que o valor do F calculado ao nível de significância de 5%, não existindo diferenças significativas entre os estressores relacionados com o paciente (Tabela 13).

Tabela 12-Análise da variância para estressores relacionados com o paciente.

	G. Liberdade	SQ	QM	F
Tratamento	4	0,113	0,02825	2,91
Resíduos	85	0,832	0,0097	
TOTAL	89	0,945		

Fonte: Marcella Marinho (2018).

A análise de variância para os fatores estressores relacionados com a interação da equipe com o paciente e da equipe com a família mostrou que o valor de F calculado foi menor que o valor do F calculado ao nível de significância de 5%,

não existindo diferenças significativas entre os estressores relacionados com a interação da equipe com o paciente e da equipe com a família (Tabela 14).

Tabela 13-Análise da variância para estressores relacionados com as interações da equipe (paciente-família)

	G. Liberdade	SQ	QM	F
Tratamento	4	0,121	0,03025	0,77
Resíduos	24	0,932	0,039	
TOTAL	29	1,053		

Fonte: Marcella Marinho (2018).

6 CONCLUSÕES

A maioria dos pacientes pesquisados foram homens com ensino fundamental incompleto, enquanto que a maioria dos familiares entrevistados foram mulheres com ensino médio completo.

Quanto aos agentes estressores para os pacientes, identificamos que dos relacionados ao ambiente foram apontados como muito estressantes:

- a temperatura do ambiente;
- ter que ficar olhando para o teto e;
- a falta de privacidade.

Os principais estressores relacionados ao tratamento/assistência prestada ao paciente foram:

- ser atendidos por médicos desconhecidos;
- não conseguir mexer com as mãos e braços;
- ser furado e;
- não ter explicação sobre o tratamento.

Dentre os fatores relacionados ao paciente, estar incapacitado para exercer seu papel na família, ter preocupação financeira e o medo de morrer, apresentaram-se como agentes muito estressantes. Em contrapartida, os fatores relacionados à interação equipe-paciente não são percebidos como geradores de estresse pelos pacientes.

Para os familiares, as situações relacionadas ao paciente, ao ambiente da UTI e à interação da equipe com a família não se apresentaram como potenciais motivadores de estresse. Todavia, dos fatores relacionados à rotina, foram considerados como fatores responsáveis por muita motivação de estresse:

- não poder ficar como acompanhante do paciente e;
- o tempo de visita

A análise de variância realizada não demonstrou diferença significativa entre as variáveis estudadas para pacientes e familiares referentes ao ambiente, ao paciente e às interações da equipe com o paciente e da equipe com a família.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa vem manifestar as relações que os diferentes estressores presentes na UTI podem exercer na saúde dos pacientes e no papel dos familiares como colaboradores no processo de reabilitação. Com isso, vem propor uma nova visão dos agentes envolvidos nesse processo assistencial com intervenções adequadas para prevenir ou minimizar os impactos que a internação na UTI causa aos pacientes e familiares.

Neste sentido, propomos algumas ações como a educação continuada dos profissionais de saúde atuantes nesta unidade específica, com ênfase para a humanização no atendimento, e a implementação ou aperfeiçoamento de estratégias lúdicas que contemplem os pacientes conscientes, de modo a auxiliá-los a vivenciar o período de internação de forma mais dinâmica e menos estressante.

Outra consideração do trabalho vem corroborar com a necessidade de as instituições hospitalares adotarem procedimentos que visem à promoção da saúde dos pacientes internados na UTI e o envolvimento de seus familiares nestes processos.

Considerando que o paciente faz parte de um sistema familiar e a importância do familiar no processo do cuidar, outra proposta é a criação de um projeto de UTI humanizada, onde, por exemplo, os familiares possam ter um dia na semana para ficar no setor, acompanhando e auxiliando nos cuidados, se esta for a vontade do paciente.

Ressaltamos ainda que a pesquisa será cadastrada na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Roraima para seguimento da coleta dos dados, visando ampliar o número de sujeitos pesquisados e a análise das possíveis mudanças de percepção dos pacientes e familiares com relação às variáveis estudadas e posterior divulgação dos resultados obtidos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, C.P.; CHEREGATTI, A.L. **Unidade de Terapia Intensiva**. 1. Ed. São Paulo: Martinari, 2010.

____AMIB. Associação Brasileira de Medicina Intensiva, 2016. Disponível em <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/amib-divulga-primeira-parte-do-censo-2016-com-mapeamento-das-utis-brasileiras>>. Acesso em 15 de abril de 2017.

ANDRADE, R.Z; RESENDE, M.C. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Perspectivas em Psicologia*, Vol. 18, N.1, Jan/Jun 2014, p. 194-213, 2013.

BACKES, M.T.S.; BACKES, D.S.; ERDMANN, A.L. **Relationships and interactions in the intensive care unit environment of care**. *Acta Paulista de Enfermagem*, v.25, n.5, p.679-685, 2012.

BARRA, D.C.C.; JUSTINA, A.D.; BERNARDES, J.F.L.; VESPOLI, F.; REBOUÇAS, U.; CADETE, M.M.M. Processo de humanização e a tecnologia para o paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**. 9(3): 9(4): 344-350, out/dez, 2005.

BIANCHINI, D. C. S., DELL'AGLIO, D. D., **Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso**. *Paidéia*, v. 16, n. 35, p. 427-436, 2006.

Bitencourt, A. G. V., Neves, F. B. C. S., Dantas, M. P., Albuquerque, L. C., Melo, R. M. V., Almeida, A. M., Agareno, S., Teles, J. M. M., Farias, A. M. C., & Messeder, O. H. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, 19(1), 53-59, 2007.

BOIZONAVE, F.; DE BARROS, T.L. Ansiedade e depressão: reações psicológicas em pacientes hospitalizados. **Aletheia**, v.1, n.17, p. 135-143, 2003.

BRINGUENTE, M.E.O. **Estressores vivenciados por pacientes de Terapia Intensiva e suas estratégias de enfrentamento: um estudo direcionado a assistência de enfermagem**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro. Escola de enfermagem Ana Néri, Universidade de Rio de Janeiro, 2000.

CASATE, J.C.; CORRÊA, A.K. **Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem**. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. v. 13, n.1, p. 105-111, 2005.

COSTA et al., **Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva**. *J. Bras. Psiquiatria*, v. 59, n.3, p. 182-189, 2010.

COSTA, S.C; FIGUEIREDO, M.R.; SCHAURICH, D. **Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem**. *Comunicação Saúde e Educação*.v.13, supl.1, p.571-80, 2009.

COQUEIRO, N.L.O. **Resiliência em pacientes oncológicos da Unidade de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia/RR**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Roraima, 2018.

DIAS, D.S; RESENDE, M.V; DINIZ, G.C.L.M. **Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva.27(1):18-25, 2015.

FAQUINELO, P.; DIÓZ, M. A UTI na ótica de pacientes. **Revista Mineira de Enfermagem**.v.11. n.1, p.1415-2762, 2006.

FARIAS, F.B.B.; VIDAL, L.L.; FARIAS, R.A.R.; JESUS, A.C.P. Humanized care in the ICU: challenges from the viewpoint of health professionals. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam**. v.5, n.4, p.635-642, 2016.

FELICIANO, V. et al. A influência da mobilização precoce no tempo de internamento na Unidade de Terapia Intensiva. **Assibrafir Ciência**, v. 3, n.2, p. 31-42, 2012.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência e Saúde Coletiva**, n.10, v.1, p. 105-109, 2005.

FILHO, N. A. **O que é Saúde?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 4 edição. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

GIL-MONTE, P. El síndrome de quemarse por eltrabajo (síndrome de Burnout) enprofesionales de enfermería. **Revista Eletrônica Intereração Psicológica**, n.1, v.1, p.19-33, 2003.

GOIS, C.F.L; DANTAS, R.A.S. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem.**Revista Latino-americana de Enfermagem**. v.12, n.1, p. 22-27, 2004.

GOMES, L.C.; FRAGA, M. N.O. Doenças, hospitalização e ansiedade: uma abordagem em saúde mental. **R. Bras. Enferm**. v. 50, n.3, p. 425-440, 1997.

HAYASHI, A.A.M.; GISI, M.L. O cuidado humanístico num contexto hospitalar. **Revista Texto & Contexto Enf**. 9(2): 800-1, 2000.

HELMAN, C.G. Cuidado e cura: os setores de atenção à saúde. In Cultura, saúde e doença. **Porto Alegre: Artes Médicas**, 4 edição, p. 79-112, 2009.

____IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rr&tema=sinopse_censodemog2010>. Acesso em 17 de abril de 2017.

____IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=rr&tema=censodemog2010_indi_g_univer>. Acesso em 19 de maio de 2018.

LUNARDI, V.L. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.20, n.1, p.26-40, 1999.

LOURO, T.Q. **Sobre tecnologias e desumanização: um estudo sobre a emergência do discurso de descuidado na assistência de enfermagem em terapia intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

MACIEL, M.R.; de SOUZA, M.F. Acompanhante de Adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do Paciente. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n.2, p. 138-143, 2006.

MARTINS et al., Agentes estressores na terapia intensiva: visão dos profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n.10, p. 3386-3391, 2014.

MASTEN, A.S.; GARMEZY, N. **Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology**. In: B.B. Lahey E KAZDIN. *Advances in clinical child psychology*, p. 123-137. New York: Plenum Press, 2001.

MICHELAN, V.C. de A.; SPIRI, W.C. Percepção da humanização dos trabalhadores de enfermagem em terapia intensiva. **Rev. Bras. Enferm**, v. 71, n.2, p.397-404, 2018.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MORAIS, N.A.; KOLLER, S.H. **Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde**. In S.H. Koller. *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisas e intervenção no Brasil* (p. 91-107). São Paulo, 2004.

MUÑIZ, M.S.; PÉREZ, C.G. Reflections about the ethical and bioethical problems in treatment presenting with a terminal disease. **Rev. Cubana MedGen Integr**. v. 25, n.4, p. 98-106, 2009.

NERI, A.L. **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas**. São Paulo: Alínea, 2002.

NOVAES, M.A.F.P. **Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação do paciente, percepção da família e equipe**. Dissertação. São Paulo. Universidade Federal de São Paulo, 2000.

PEREIRA, M.M.S. Fatores que interferem na humanização da assistência de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva. **Revista Cuidarte Enfermagem**. v. 6, n. 2, p. 101-108, 2012.

PICCINI, J.D; DUMMER, D; FERNANDES, R.D; ARENHARDT, M.P; MARASCHIM, R; BASSOTTO, J.P.C. Distanciamento dos familiares como principal fator estressor em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 60 (1): jan.-mar. 2016.

PROENÇA, M.O; DELL AGNOLO, C.M. Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n.2, p.279-286, 2011.

REIS, A.L.P.P dos; FERNANDES, S.R.P; GOMES, A.F. **Estresse e Fatores Psicossociais**. Psicologia Ciência e Profissão. v. 30, n.4, p. 712-725, 2010.

ROBERTSON, I., COOPER, C. L. **Resilience**. **Stress and Health**. 29: 175–176, 2013.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROSA, B.A; RODRIGUES, R.C. M; GALLANI, M.C.B; SPANA, T.M; PEREIRA, C.G.S. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. **Ver. Esc. Enferm USP**, v.44, n.3, p. 627-635, 2010.

ROSSI, Ana Maria. **Estressado, eu?** Porto Alegre: RBS Publicações, 2004.

RUTTER, M. **Resilience in the Face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder**. British Journal of Psychiatry, 147, 589-61, 1985.

SANCHES, R.C.N.; GERHARDT, P.C.; RÊGO, A.S.; CARREIRA, L.; PUPULIM, J.S.L.; RADOVANOVIC, C.A.T. **Healts professional's perceptions about humanization care**. Esc Anna Nery Enferm, v.20, n.1, p.48-54, 2016.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SEAWARD, B. L. **Stress: Aprenda a lidar com as tensões do dia-a-dia e melhore sua qualidade de vida**. 5 ed. Tradução de Maria da Graça da Silva. São Paulo: Editora Novo Conceito, 2009.

SEGRE, M., FERRAZ, F.C. O Conceito de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n.5, p. 538-542, 1997.

SOUZA, L.M.; SOUZA FILHO, E.A. **Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva**. Estudos de psicologia, v. 25, n.3, p. 333-342, 2008.

SOUZA, S.R.O.S., SILVA, C.A., MELLO, U.M., FERREIRA, C.N. Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 59(2), 201-205, 2006.

URIZZI, F; CARVALHO, L.M; ZAMPA, H.B; FERREIRA, G.L; GRION, C.M.C; CARDOSO, L.T.Q . **Vivência de familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva**. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v.20, n.4, p.370-375, 2008.

VILA, V.S.C, ROSSI, L.A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. **Revista Latino americana de Enfermagem**, v.10, n.2, p.137-44, 2002.

VILLALOBOS, J.O. (2004). **Estrés y trabajo**. Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado em 21 de janeiro de 2004, da Medspain (Revista de Medicina y Salud): www.medspain.com/n3-feb99/stress.htm

ANEXOS

ANEXO A – Modelo de questionário baseado na Versão Brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire (ESQ) a ser aplicado aos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Sexo: () Masculino () Feminino Idade:	
Cidade/comunidade que mora:	
Escolaridade: () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo	
ITENS	NOTA ATRIBUÍDA
Sentir que a enfermagem está muito apressada	
Ouvir pessoas falando sobre você	
Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	
Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento	
Sentir dor	
Não conseguir dormir	
Estar incapacitado para exercer seu papel na família	
Desconhecer o tempo de permanência na UTI	
Ter luzes acesas constantemente	
Ser furado por agulhas	
Ter sede	
Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia	
Não ter privacidade	
Ter preocupações financeiras	
Sentir medo de morrer	
Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos	
Escutar o gemido de outros pacientes	
Estar em um quarto muito quente ou muito frio	
Sentir falta do marido, esposa ou companheiro (a)	
Enfermagem e médicos falando muito alto	
Ficar com tubos e sondas no nariz e/ou na boca	
Ter medo de pegar AIDS	
Não saber quando vão ser feitos os procedimentos em você	
Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia	
(1) não estressante; (2) pouco estressante; (3) estressante (4) muito estressante; N/A: não se aplica.	

ITENS	NOTA ATRIBUIDA
Estar preso por tubos e drenos	
Escutar o alarme de seu monitor cardíaco disparar	
Estar aborrecido	
Escutar sons e ruídos desconhecidos	
Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis	
Não ter controle sobre si mesmo	
Não conseguir se comunicar	
Sentir cheiros estranhos ao seu redor	
Escutar a equipe médica e de enfermagem falar termos que eu não entendo	
Não saber que horas são	
Ser acordado pela enfermagem	
Escutar o telefone tocar	
Não receber explicações sobre seu tratamento	
Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia	
Receber cuidados de médicos que eu não conheço	
Ter máquinas estranhas ao seu redor	
Ter que usar oxigênio	
Não saber que dia é hoje	
Sentir que a equipe de cuidados está mais atenta aos aparelhos do que a você	
Ver bolsas de soro penduradas sobre a sua cabeça	
Não ter a noção de onde você está	
Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes	
Ter homens e mulheres no mesmo quarto	
Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem	
Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito	
Membros da equipe médica e de enfermagem não se apresentarem pelo nome	
(1) não estressante; (2) pouco estressante; (3) estressante (4) muito estressante; N/A: não se aplica.	
Observações:	

ANEXO B – Modelo de questionário a ser aplicado aos familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

Sexo: (<input type="checkbox"/>) Masculino (<input type="checkbox"/>) Feminino		Idade:	
Cidade/comunidade que mora:		Grau de parentesco:	
Escolaridade: (<input type="checkbox"/>)Analfabeto (<input type="checkbox"/>)Fundamental incompleto (<input type="checkbox"/>) Fundamental completo (<input type="checkbox"/>)Médio incompleto (<input type="checkbox"/>)Médio completo (<input type="checkbox"/>)Superior incompleto (<input type="checkbox"/>) Superior completo			
ITENS		NOTA ATRIBUÍDA	
Horários das visitas			
Atraso na visita			
Tempo para visita			
Não poder ficar como acompanhante			
Ver o paciente amarrado/contido			
Ver o paciente sem roupa			
Ver o paciente descoberto			
Contato com a equipe			
Modo como as informações são dadas			
Barulho dos aparelhos			
Motivo da internação do paciente			
Aparelhos conectados ao paciente			
Cheiros da UTI			
Ver os outros pacientes			
O ambiente da UTI			
(1) não estressante; (2) pouco estressante; (3) estressante (4) muito estressante; N/A: não se aplica.			
Observações:			

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: na percepção de pacientes e familiares.

Pesquisador Responsável: Marcella Lima Marinho

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: na percepção de pacientes e familiares.

Este projeto tem o objetivo de identificar os fatores causadores de estresse sob a visão de familiares e pacientes internados nas Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público do estado de Roraima. Para tanto, será necessário realizar os seguintes procedimentos: realização de entrevista com preenchimento de formulário composto por questões relacionadas à caracterização sociodemográfica como sexo, idade e cidade e questões específicas voltadas a atender o objetivo da pesquisa. O formulário deverá ser preenchido pela pesquisadora.

Durante a execução do projeto poderão ocorrer **RISCOS** como: ansiedade, constrangimento e insegurança ao responder os questionamentos e como **BENEFÍCIOS**: Confidencialidade das informações prestadas pelos pacientes e familiares; Sigilo quanto à identificação do entrevistado; Fornecimento de subsídios para os profissionais atuantes na Unidade de Terapia Intensiva, possibilitando a adoção de estratégias que possam prevenir, minimizar ou mesmo sanar os fatores considerados estressores pelos pacientes e familiares, possibilitando uma assistência humanizada

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, você tem o direito de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com a pesquisadora Marcella Lima Marinho, por meio do número de telefone (095) 99165-0148 ou no Hospital Geral de Roraima, localizado na avenida Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, bairro Aeroporto, setor UTI 2, telefone (095) 2121-0609, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____, declaro estar ciente do anteriormente exposto e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do participante da pesquisa: _____

Eu, _____, declaro que forneci todas as informações referentes à pesquisa ao participante, de forma apropriada e voluntária.

Boa Vista-RR, ____ de _____ de _____ .

Assinatura do pesquisador: _____

Contato do pesquisador: telefone: (095) 99165-0148/ e-mail: marcellasmarinho@gmail.com