

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPIRÍTO SANTO

GISLENE DE FÁTIMA FABIANO

O ESTRESSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

VITÓRIA

2013

GISLENE DE FÁTIMA FABIANO

O ESTRESSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Salesiana de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Tatiane Miranda

VITÓRIA
2013

GISLENE DE FÁTIMA FABIANO

O ESTRESSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Salesiana de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

.

Aprovado em _____ 2013

Prof^a. Tatiane Miranda(Orientadora)

Prof^a. Lívia Bedin

Prof^a. Luciane Valadão

À DEUS, em primeiro lugar, por ter me iluminado e me fortalecido nesse período de quatro anos de curso, a tantas dificuldades. Por ter me guiado nas decisões mais difíceis e por me guiado ao longo do curso para trilhar o caminho mais correto possível.

A minha mãe, Eva Aparecida Fabiano, pelas rezas, amor e dedicação e por ter acreditado na minha capacidade de um futuro promissor, principalmente minha irmã, que fez dela todos os esforços possíveis para dá continuidade a essa jornada, me dando todo apoio e força para pleitear essa formação.

Aos amores da minha vida, Gabriel Victor Carneiro e Sérgio Luiz Carneiro Júnior, por ter me proporcionado a maior felicidade deste mundo, pela paciência nos momentos em que estive ausente e pelos momentos felizes juntos e que me enchem de satisfação por ser mãe.

Ao meu marido, Sérgio Luiz Carneiro, pelo amor e compreensão sempre, me deixando mais tranquila e confortável nos momentos mais difíceis do curso oferecendo – me apoio nas minhas decisões.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Deus de maravilhas que em toda a caminhada da minha vida está presente me guiando, me cobrindo com suas bênçãos, me protegendo, me fortalecendo em minhas lutas diárias e iluminando meus caminhos;

A minha mãe Eva, minha irmã Girlene de Cassia e meus sobrinhos que sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu esposo, Sérgio e meus filhos Gabriel Victor e Sérgio Junior pelo apoio e força nos momentos mais difíceis.

A minha sogra Joana, cunhadas e sobrinhos, em especial meu sobrinho Felipe Bonissatto, pela paciência, compreensão ao longo da minha pesquisa;

As amigas e amigos, que me apoiaram e me entenderam até o final do curso.

A minha orientadora Tatiana Miranda, pelo auxílio prestado durante a realização dessa pesquisa;

Aos professores, pelo incentivo, simpatia e paciência que foi a mim demonstrada nos momentos em que precisei;

Agradeço também aos enfermeiros da UTI, e as famílias que aceitaram participar da pesquisa.

Muito obrigada, todos vocês foram essências para que eu chegasse até o fim...

“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da
noite amedronta os enfermos.
Escolhi estar presente na dor porque já estive
muito perto do sofrimento.
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós
um dia precisamos de ajuda.
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os
livros são fonte saber.
Escolhi ser Enfermeira porque Amo e respeito à
vida!”

(Florence
Nightingale)

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o setor no hospital, para onde são encaminhados pacientes críticos, graves ou de risco que busca como finalidade a prevenção da morte quando a mesma não é inevitável. Estes se apresentam muitas vezes debilitados, com expressivas alterações físicas e importantes alterações de cognição, refletindo em todos, pacientes, equipe e familiares na maioria das vezes, sentimentos denominados como estressores no ambiente crítico. Temos como objetivo geral determinar os principais fatores condicionantes de estresse do familiar na qualidade de acompanhante no Centro de Terapia Intensiva e correlacionar diagnóstico de internação com nível de estresse dos familiares. Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa de corte transversal, com análise descritiva. A população do estudo compreenderá uma amostra composta por familiares de paciente internados na Unidade de terapia Intensiva, na qualidade de acompanhante na UTI de pacientes com internação igual ou superior a 72 horas. Foi realizada uma pesquisa no mês de outubro de 2013, perfazendo um total de 20 familiares de pacientes internados em um setor de Unidade de Terapia Intensiva de um hospital particular da Grande Vitória, Espírito Santo. Os resultados obtidos a seguir, reafirmam que a internação de um parente na UTI é considerada um evento estressante por inúmeros fatores. A presente pesquisa nos permitiu evidenciar que o paciente que estar internado em uma unidade de terapia intensiva gera inúmeros estresses para os familiares que o acompanham, advindos do ambiente de internação, das rotinas de visitas, condições de saúde-doença dos pacientes e da relação equipe-familiar. A maioria dos fatores estressores esteve relacionada à condição em que o paciente se encontra, como mais estressora foram indicadas as rotinas de visitas e em relação ao ambiente de internação foi apontado como os menores geradores de estresse.

Palavras-chaves: Enfermagem. Estresse. Unidade de Terapia Intensiva. Familiar.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is in the hospital sector, where critical patients are sent, or serious risk that seeks as its purpose the prevention of death when it is not inevitable. These present themselves often debilitated with significant physical changes and important changes in cognition, reflecting on all patients, staff and family most often, feelings termed as stressors in critical environment. We aim to generally determine the main factors conditioning stress the family as a companion in the Intensive Care Unit admission diagnosis and correlate with level of family stress. It is a field research, quantitative cross-sectional, descriptive analysis. The study population will include a sample of relatives of patients hospitalized in the Intensive Care Unit, acting as escort ICU hospitalization of patients with less than 72 hours. A survey was conducted in October 2013, a total of 20 family members of patients in a sector of the Intensive Care Unit of a private hospital in Vitória, Espírito Santo. The results below, reaffirm that hospitalization of a relative in the ICU is considered a stressful event by numerous factors. This study allowed us to demonstrate that the patient be admitted to the intensive care unit generates numerous stress for family members accompanying him, coming from the hospital environment, the routine visits, health conditions and illness of patients and staff regarding - familiar. Most stressors was related to the condition in which the patient lies, as more stressful routines were set in relation to visits and hospital environment was identified as the smallest stressors.

Keywords: Nursing. Stress. Intensive Care Unit. Family.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1– Fisiologia e Fisiopatologia do Estresse.....	27
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – A fase do alarme ou alerta.....	29
Quadro 2 – A fase de resistência.....	29
Quadro 3 – A fase de exaustão.....	30
Quadro 4 – Sinais e sintomas do estresse.....	35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Percentual de homens e mulheres internados na Unidade de Terapia Intensiva.....	45
Gráfico 2 - Percentual de faixa etária do pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.....	46
Gráfico 3 - Percentual de tempo de internação dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva.	47
Gráfico 4 - Percentual de internações por unidade de atendimento.....	47
Gráfico 5 – Percentual de nível de estresse quanto aos horários pré-estabelecidos de visita.....	49
Gráfico 6 - Percentual de nível de estresse quanto ao tempo liberado para visita.....	52
Gráfico 7 – Percentual de nível de estresse por ter que esperar pelo horário de visita.....	53
Gráfico 8 – Percentual de nível de estresse por não ficar como acompanhante quando determinado pela equipe.....	54
Gráfico 9 – Percentual de nível de estresse quanto ao tempo de internação do paciente.....	55
Gráfico 10 – Percentual de nível de estresse ao observar o paciente entubado.....	55
Gráfico 11 – Percentual de nível de estresse pelo paciente não atender ao falar.....	56
Gráfico 12 – Percentual de nível de estresse quando o paciente entende e não consegue falar.....	56
Gráfico 13 – Percentual de nível de estresse ao observar o paciente contido no leito.....	57

Gráfico 14 – Percentual de nível de estresse ao ver o paciente dependente totalmente da equipe.....	58
Gráfico 15 – Percentual de nível de estresse ao encontrar o paciente descoberto.....	59
Gráfico 16 – Percentual de nível de estresse quanto à demora ao solicitar ajuda.....	60
Gráfico 17 – Percentual de nível de estresse quanto aos termos utilizados pela equipe.....	60
Gráfico 18 – Percentual de nível de estresse pelas informações passadas pela equipe médica.....	61
Gráfico 19 - Percentual de nível de estresse quanto ao ruído dos aparelhos.....	64
Gráfico 20 – Percentual de nível de estresse quanto a iluminação do ambiente.....	65
Gráfico 21 – Percentual de nível de estresse quanto os aparelhos ao redor do paciente.....	66
Gráfico 22 – Percentual de nível de estresse ao ver os outros pacientes ao adentrar no setor.....	67
Gráfico 23 - Percentual de nível de estresse quanto ao cheiro da UTI.....	67
Gráfico 24 – Fatores estressores de acordo com os cinco maiores e menores escores.....	68

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	23
2.1	CARACTERIZANDO A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	23
2.2	O PACIENTE CRÍTICO DE UTI.....	24
2.3	FATORES QUE INTERFEREM NA INTERNAÇÃO EM UTI.....	25
2.4	HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA UTI.....	35
2.5	ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	39
3	METODOLOGIA.....	41
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	41
3.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	41
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	42
3.3.1	Critérios de inclusão.....	42
3.3.2	Critérios de exclusão.....	42
3.4	COLETA DE DADOS.....	43
3.5	RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA.....	43
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	44
3.7	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	44
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
	REFERÊNCIAS.....	71
	APÊNDICES.....	79

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o setor no hospital, para onde são encaminhados os pacientes que precisam de maiores cuidados e atenção contínua de uma equipe multiprofissional, como médicos, equipe de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista e demais profissionais; caracterizando-os como pacientes críticos, graves ou de risco. (INOUE; MATSUDA), 2010.

O critério da UTI não é realizar métodos procurando somente salvar vidas, mas consiste na reversão da melhora de uma doença não terminal, buscando como finalidade a prevenção da morte quando a mesma não é inevitável, assim como a recuperação dos pacientes para seu nível de saúde anterior, atendendo os aspectos biofísicos e psicológicos, visando a sua “qualidade de vida” (KÜHL, 1998).

Entretanto essa Unidade de tratamento na qual encontram - se os pacientes críticos e de acordo com Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) paciente crítico é todo paciente considerado grave, com distúrbios de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, prejudicando sua autorregulação, carecendo de alteração e utilização de métodos invasivos, artificiais e assistência contínua de monitorização tecnológica. Todos esses fatores contribuem para que os pacientes apresentem-se muitas vezes debilitados, com expressivas alterações físicas e importantes alterações de cognição, refletindo em todos, pacientes, equipe e familiares na maioria das vezes, sentimentos denominados como estressores no ambiente crítico. (ALMEIDA et al., 2009).

Estressores são condições, situações e ações que determinam o estresse, sendo que situações e ações diferentes produzirão respostas com intensidades diferentes. No contexto da Terapia Intensiva, encontram-se diferentes situações, pois, para o paciente na maior parte do tempo essa condição permeia desde o perceptível ao imperceptível, independente de práticas atuais aplicadas na terapêutica desse paciente, como: despertar diário, aplicação da escala de dor. O paciente crítico tem muita alteração psíquicas acarretando dificuldade na compreensão de qualquer tipo de sentimento ou mesmo ações desempenhadas por eles. Referindo aos familiares as emoções e ações são transferidas das mais diversas formas, no primeiro momento podem se sentir confusos, abandonados, incapazes, amedrontados, fracos e em determinados momentos, sentem-se fortes como um exército numa guerra,

buscando forças, ou seja, um turbilhão de alterações emocionais perante a esta situação, entre essas duas vertentes está uma equipe de assistência multiprofissional que se sente desafiada todo momento entre ciência e o emocional. Ou seja, há uma grande diversidade de estressores num único ambiente (MARGIS et al., 2003).

Todos esses estressores são originados pelo processo da internação. Assim, nesse trabalho daremos ênfase aos estressores referentes aos familiares que participam desse processo, na qualidade de visitantes ou mesmo acompanhantes, pois, para estes, é uma situação na maioria das vezes, desprovida de qualquer tipo de conhecimento, sendo afetados com os mais variados índices de estresse (COSTA et al., 2010).

Atualmente, identificamos na literatura uma série de escalas validadas que quantificam situações de estresse, porém em relação à Unidade de Terapia Intensiva, a primeira escala de Estressores (EETI) foi validada em 1981 por Ballard e Nastasy e 1997, traduzida e adaptada por Novaes, caracterizando com mais precisão a realidade brasileira, entretanto, essa escala, traduz o estresse e estressores do paciente. Não tem na literatura uma escala pertinente à avaliação exclusiva do familiar e entendemos que muitas vezes esse processo, família e paciente não se separa, utilizaremos como modelo a escala (EETI) como parâmetro para avaliarmos o estresse nos familiares na qualidade de acompanhante. Contribuindo e ao mesmo tempo acrescentando a essa condição, a minha vivência como profissional de enfermagem na assistência ao paciente grave há mais de três anos na Unidade de Terapia Intensiva, despertava-me sempre a angústia em conhecer e compreender quais eram os principais fatores estressores, diante de situações clínicas diferentes que levavam o familiar a algumas atitudes para com o próprio familiar, ou mesmo médico ou demais funcionários.

Contudo torna-se relevante esse estudo, pois com base em escala (EETI), tem-se como objetivo geral determinar os principais fatores condicionantes de estresse do familiar na qualidade de acompanhante no Centro de Terapia Intensiva e como objetivos específicos propor sugestões para reduzir o nível de estressores baseado nos principais fatores encontrados e correlacionar diagnóstico de internação com nível de estresse dos familiares.

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 CARACTERIZANDO A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

A Unidade de Terapia Intensiva surgiu na década de sessenta, e em 1873 teve início com Florence Nightingale, onde buscava colocar os pacientes mais graves em observação contínua favorecendo os cuidados imediatos (ZILBERSTEIN et al., 1995).

O objetivo do tratamento intensivo era oferecer melhor assistência a doente em estado grave passíveis de recuperação, reunindo recursos humanos e materiais apropriados para possibilitar agilidade e eficácia no atendimento oferecido (ZILBERSTEIN et al., 1995). Segundo Novaes, Kühl e Knobel (1998) o tratamento intensivo mostra uma forma de cuidado ao paciente clinicamente grave ou potencialmente grave, que requer recursos tecnológicos e humanos adequados.

De acordo com Novaes, Kühl e Knobel (1998) o centro de terapias intensivas tem como objetivo a revisão da evolução da doença não terminal visando à prevenção da morte quando esta não é inevitável e buscando restaurar os pacientes para o estado anterior de saúde, nos seus aspectos biofísicos e psicológicos e com isso sua qualidade de vida.

O período de planejamentos das UTIs foram longos e complexos, pois era difícil encontrar uma área adequada para a instalação, e quando encontravam havia sempre mudanças, pois na maioria das vezes não eram planejadas para este objetivo (ZILBERSTEIN et al., 1995).

O mesmo autor relata que hoje grande parte dos hospitais possuem UTI's gerais ou específicas, dependendo de cada especialização da instituição que são compostas de administradores hospitalares, médicos, enfermeiros, arquitetos, engenheiros, nutricionista, técnicos, cada um com sua experiência, visando a melhor qualidade do seu papel a ser desenvolvido (ZILBERSTEIN et al., 1995).

As tarefas de enfermagem em Unidades de Terapias Intensivas (UTI) são realizadas por atividades auxiliares, que exigem elevada capacidade técnica e científica, desta forma, é extremamente importante prover e manter a equipe de enfermagem

qualificada e adequadamente dimensionada para alcançar os cuidados com qualidade e confiança (NOVAES; KÜHL; KNOBEL, 1998).

Gonçalves et al., (2006) considerou em seu estudo que a carga de trabalho de um enfermeiro na UTI é alta, onde o tempo despendido pelo profissional durante o cuidado de um único paciente, em um plantão, gira em torno de 70,0% do seu tempo de trabalho total, esses resultados subsidiam consistentemente uma avaliação quantitativa dos recursos humanos existentes nas unidades de terapia intensiva.

O dimensionamento da equipe tem por intenção a qualidade e quantidade pelo grupo de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem necessária para acolher abertamente as necessidades de assistências de enfermagem ao paciente (NOVAES; KÜHL; KNOBEL, 1998).

2.2 O PACIENTE CRÍTICO DE UTI

Os clientes da UTI segundo Novaes, Kühl e Knobel (1998) têm algumas características comuns, como por exemplo: instabilidades hemodinâmicas, dificuldades respiratória, alteração do sistema renal, intoxicações variadas, distúrbios orgânicos, traumas, infecções por processos cirúrgicos, pós – operatórios específicos e outros. Alguns doentes são internados na UTI exclusivamente com finalidades de vigilância, o que ocorre uma situação preventiva de complicações em situação de risco eminente.

A UTI consiste em atendimento a doentes críticos, que apresentem risco de morte, que necessitem de auxílio médico e de enfermagem contínuas, com aparelhos especiais adequados; expedientes humanos especializados e que apresentem acesso a tecnologias designadas a análise e terapêutico (DIAS et al., 2006).

Analisa-se três grupos de pacientes que podem se favorecer do atendimento e do tratamento intensivo: clientes com enfermidade aguda reversível, para os quais a perspectiva de vida sem a internação em UTI é pouca; pacientes com possibilidade de virarem agudamente enfermos, carecendo de monitorização/observação; e pacientes sem esperança de vida se não disponibilizar da Unidade Intensiva, porém devem se favorecer do tratamento intensivo com objetivo sobrevivência maior (DIAS et al., 2006).

Dias e outros (2006) têm apontado que grande parte dos pacientes internado em UTI tem pelo menos uma doença crônica prévia, predominando as alterações do sistema cardiovascular e que estes pacientes são procedentes principalmente do centro cirúrgico, serviços de urgência e pronto socorro com pacientes sendo admitidos com condições agudas com alto componente de gravidade.

2.3 FATORES QUE INTERFEREM NA INTERNAÇÃO EM UTI

O estresse é definido como uma reação do organismo que envolve aspectos sociais, mas também biológicos por ocorre a partir do rompimento da homeostase, pois o organismo tende a enfrentar uma perturbação que ameaça o equilíbrio do organismo, onde todo o indivíduo ao perceber um evento estressor julgado como ameaça desenvolve uma resposta comportamental de enfrentamento, esta resposta pode ultrapassar o limite de lidar com determinada situação (LIPP, 2005; STRAUB, 2005).

Sobre o conceito de homeostase, este é o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno no organismo (LIPP, 2005).

Azevedo (2004, p.13) define o estresse como uma reação orgânica e psíquica que o organismo se submete em determinada adaptação incomum ou situações difíceis que demandam desgaste físico e emocional, gerando determinado tipo de comportamento a depender da personalidade, vulnerabilidade individual e equilíbrio orgânico que variam de pessoa para pessoa, estando mais propensas àquelas que levam tudo a sério, têm opiniões inflexíveis, são altamente competitivas e não conseguem relaxar.

A reação natural do organismo quando se depara com a situação exacerbada de tensão, estresse positivo, ou mesmo a uma situação emocionante, é hoje definida como o mal do século XXI, desse modo a pessoa deverá reconhecer os sintomas desse estado orgânico para com isso buscar maneiras de evitá-los ou tratá-lo (GUERREIRO, 2005).

Conforme Lopes e outros (2003) existem no território brasileiro alto índice de eventos estressantes vivenciado pelos indivíduos, isso por conta da urbanização e industrialização permeadas das limitações que os acompanham, atendimento

desigual e desumano nos serviços de saúde, condições de moradia inadequadas, distribuição desigual de renda, desemprego, altas taxas de violência e criminalidade.

Está presente um número exacerbado da prevalência do estresse, por conta das condições de trabalho e às repercussões sobre a saúde, tais como hipertensão, doenças cardiovasculares, distúrbios mentais, relações interpessoais e depressão, chegando de 10% a 30% nos trabalhadores brasileiros (GAZETA WEB, 2009).

Segundo Gomes, Cruz e Cabanelas (2009), cada pessoa responde ao estresse de maneira diferente, levando em consideração as dificuldades que se encontram ou se deparam podendo gerar assim uma alteração psíquica que pode ser danosa ou não. Os sintomas do estresse são inúmeros e depende como cada pessoa encara o problema.

De acordo com Zakir (2007, p. 129) diz que o estresse permeia a vida do homem desde os primórdios e a partir do seu desenvolvimento foram surgindo várias abordagens relacionadas ao seu convívio social. A descrição que mais se associa ao presente estudo é a teoria do estresse que se define síndrome de adaptação geral (SAG) chamado de “estresse biológico” liberação de catecolaminas, glicocorticóides e mineralocorticóides.

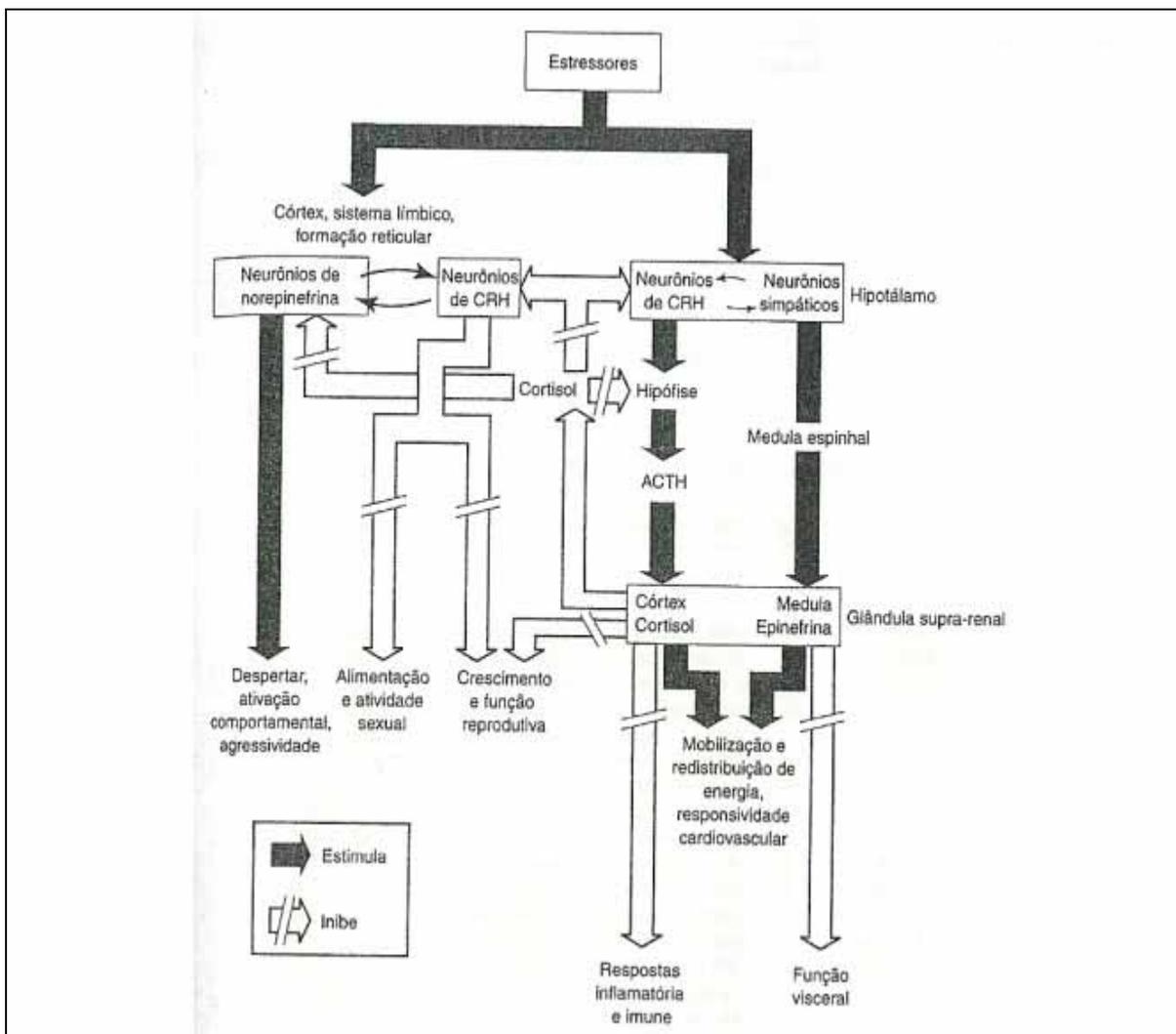
O estresse é definido por um desgaste do organismo devido às alterações psicofisiológicas acarretadas quando o indivíduo enfrenta situações incomuns e até mesmo aquelas que os tornem imensamente felizes, o chamado de estresse positivo, sendo caracterizada como eustress, a pessoa gera um nível ideal de esforço ocasionando uma série de reações e tornando por aumentar a produção de hormônios, pois o hipotálamo estimula a hipófise a secretar adrenocorticotrópico, este estimula as supra-renais a aumentarem a produção de adrenalina e corticóides, onde dessa forma é normal sentir a respiração acelerar e os batimentos cardíacos aumentarem de frequência (PAFARO; MARTINO, 2004).

O cérebro intercede às respostas fisiológicas do estresse através de mensagens químicas e elétricas, com isso, as ações hormonais que mantem a estabilidade homeostática são incorporadas ao hipotálamo que é responsável por regular emoção e muitos comportamentos necessários para a sobrevivência. Na resposta ao estresse, as vias neurais e neuroendócrinas também são ativadas, com uma

descarga do sistema nervoso simpático, seguida por uma descarga simpático-adrenal-medular (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Quando o estresse persiste, é ativado o sistema hipotalâmico-hipofisário. O hipotálamo secreta o fator liberador de corticotropina, que instiga a hipófise anterior a produzir ACTH, que segue estimulando o córtex da supra-renal a produzir glicocorticoides, em especial o cortisol. O cortisol, por sua vez, estimula o catabolismo proteico liberando aminoácidos, estimula a captação hepática destes e a sua conversão em gliconeogênese que inibe a captação de glicose. Estes efeitos metabólicos atribuem o corpo com uma fonte de energia imediata durante a situação estressante (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Ilustração 1 – Fisiologia e Fisiopatologia do Estresse



Fonte: Brunner e Suddarth (2009 p.81).

Os autores ainda mencionam que por outro lado o estresse, o estresse que adoece, esta relacionado a sobrecarga, quando ocorre o extravasamento de estresse a produtividade começa a diminuir, este em nível contínuo pode gerar quadro de esgotamento físico e emocional, tornando o organismo susceptível a doenças (PAFARO; MARTINO, 2004).

A definição de estresse tido por Macedo e outros (2007) é de que é uma reação do organismo a uma situação ameaçadora, visando a sua proteção, mas que portanto gera uma série de alterações orgânicas, como alteração na frequência cardíaca, respiratória, concentração de glicose no sangue e quantidade de energia armazenada sob forma de gordura, estes no geral tem curto prazo ou estendem-se até cessação da reação, porém quando há uma sobrecarga podem levar ao desgaste e torná-lo patológico.

O controle e a redução do estresse são aspectos importantes da promoção da saúde e prevenção de doenças, o fato é explícito em estudos que mostraram os efeitos negativos do estresse sobre a saúde e uma relação de causa e efeitos entre o estresse e as doenças infecciosas, lesões traumáticas, acidentes com veículos automotores e algumas doenças crônicas (SMELTZER; BARE, 2005).

O conjunto de modificações que o organismo se submete consiste em basicamente três fases. A fase de alarme, que compreende os sintomas iniciais, também entendidas como reação de emergência, onde o homem se prepara para luta ou fuga diante de uma situação ameaçadora, este é caracterizado por aumento de frequência cardíaca e pressão arterial permitindo que o sangue circule rapidamente, proporcionando aos tecidos oxigênio em maior rapidez e conseqüentemente mais energia para os músculos, ocorre também aumento da frequência respiratória, dilatação da pupila, linfócitos e a digna ansiedade (LIPP, 2007).

Na fase de alarme os estímulos estressores começam a agir, porque o cérebro e o sistema endócrino reagem rapidamente, e podem ser percebidos os seus efeitos, mas geralmente o trabalho silencioso do stress dificilmente pode ser notado. Na maior parte das vezes, portanto, o indivíduo experimenta uma série de sensações que não identifica como stress (FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Quadro 1 – A fase do alarme ou alerta

ALARME
<ul style="list-style-type: none"> • • Aumento da frequência cardíaca • Aumento da pressão arterial • Aumento da concentração de glóbulos vermelhos • Aumento da concentração de açúcar no sangue • Redistribuição do sangue • Aumento da frequência respiratória • Dilatação dos brônquios • Dilatação da pupila • Aumento da concentração de glóbulos brancos • Ansiedade

Fonte: França & Rodrigues (1999).

Na fase de resistência, onde o organismo tenta se adaptar à situação de stress, restabelecendo sua homeostase, alguns dos sintomas iniciais desaparecem, porém essa adaptação demanda de energia que é necessária para outras funções vitais, porém se o stress é persistente, começam a se manifestar as primeiras consequências mentais, emocionais e físicas do stress crônico (FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Quadro 2 – A fase de resistência

RESISTÊNCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento do córtex da supra-renal • Ulcerações no aparelho digestivo • Irritabilidade • Insônia • Mudanças no humor • Diminuição do desejo sexual • Atrofia de algumas estruturas relacionadas à produção de células do sangue

Fonte: França & Rodrigues (1999).

E a fase de exaustão, fase em que o organismo identifica os efeitos do stress, levando à instalação de doenças físicas ou psíquicas (FRANÇA; RODRIGUES, 1999).

Quadro 3 – Fase de exaustão

EXAUSTÃO
<ul style="list-style-type: none">• Retorno parcial e breve à Reação de Alarme• Falha dos mecanismos de adaptação• Esgotamento por sobrecarga fisiológica• Morte do organismo

Fonte: França & Rodrigues (1999).

O estresse ocupacional, para Paschoal e Tamayo (2005) sofre influências dos estímulos de ambiente quando o indivíduo deseja o irreal e não alcança ou não consegue modificá-lo ao que seria para ser relevante ou por conta do excesso de trabalho quando o suporte social do indivíduo é deficitário, tendo como respostas fisiológicas, psicológicas e comportamentais aos estressores, outra relação coerente é que se a auto-estima estiver baixa a tendência é elevar os níveis de estresse ocupacional.

Dentre as abordagens utilizadas em estudos sobre estresse no ambiente de trabalho optou-se pelo uso do modelo demanda - controle que não inclui em sua análise fatores de personalidade ou estressores externos ao trabalho, mas apenas consideram os fatores individuais, como estilos de enfrentamento ao estresse, como modificadores do processo, citado por (MACEDO et al., 2007).

De acordo com Schmidt (2009), o estresse está presente no cotidiano do profissional enfermeiro, pois vários são os fatores como: tipo de ambiente, a dificuldade das relações humanas no trabalho, autoridade profissional que lhe falta comparado ao grau elevado de responsabilidades em comum acordo com suas habilidades e competências, o planejamento adequado de recursos humanos e materiais, entre outro, o que aponta para a grande importância de realização de estudos direcionados a esse grupo de trabalhadores.

Guerrer e Bianchi (2008) dizem que o trabalho do enfermeiro de uma forma geral, demanda uma competência multifacetária, que operacionalmente é um gerador de desgaste físico e emocional para o indivíduo, que lhe dá com pessoas doentes, em estado de sofrimento, requerentes de compaixão, cuidado e simpatia ao longo de sua internação, em vista deste acontecimento o profissional muitas vezes não se

encontra preparado para tratar destas situações, apontando sentimentos de irritabilidade e desapontamento por não ser capaz de resolver as situações interpessoais encontradas no vínculo de trabalho.

Os fatores encontrados para elevar os níveis de estresse ocupacional do enfermeiro são particularmente os recursos inadequados, atendimento ao paciente, relações interpessoais e carga emocional (GUERRER; BIANCHI, 2008).

Ainda que o estresse possa ser um fato particular, alguns estressores são comuns, independentemente da categoria profissional de enfermagem, isto acontece devido ao excesso de trabalho refletindo em uma extensa variedade de estresse de acordo com cada pessoa, função e o preparo profissional. O nível como o estresse aparece na equipe de enfermagem foi notada pela própria equipe influente na ocupação, e no relacionamento humano (CORONETTI et al., 2006).

O mesmo autor discorre que o estresse, vivenciado diariamente na UTI, procedem em irritabilidade, desavenças, angústia, desmotivação e baixa produtividade desses prestadores de serviços. A unidade de terapia intensiva é considerada um ambiente cansativo, e o estresse estar presente e perturba toda a equipe, por isso cabe ao enfermeiro contribuir prevenindo o estresse com divisão de trabalhos, auxílio, compreensão e o apoio contínuo, bem como deve estar sempre presente junto a sua equipe procurando observar imediatamente situações desagradáveis (CORONETTI et al., 2006).

Para Guerreiro (2005), o estresse pode ter origens de manifestações internas do organismo como o pensamento pessimista, ou externa, que são agentes estressores do ambiente, bem como perda da estabilidade econômica, demissão, conflitos no trabalho e estilo de vida sobrecarregado.

Considerando que em algumas situações o acompanhante, tido pelos familiares do paciente, tem certa distância no processo saúde-doença, por falta de orientação sobre o diagnóstico e as formas de auxiliar no processo terapêutico, que é comum dificultar o trabalho dos profissionais de saúde, inclusive o enfermeiro por estar tão próximo a este (SILVA, 2007).

Estes fatores, bem como outros acontecimentos vitais são apontados como estressores. Os eventos de vida estressores independentes, como é o caso da morte de uma familiar, são aqueles que estão além do controle do sujeito, sendo

inevitáveis, assim, mudanças importantes na vida podem gerar resposta de estresse nos indivíduos a elas expostos (SILVA, 2007).

A internação leva o rompimento do vínculo familiar, levando o doente e familiar a intensas modificações em suas vidas. Nesta fase podem vir a ter alterações emocionais e sentimentos de medo e insegurança induzindo a crises (MARUITI; GALDEANO, 2008).

Uma pesquisa internacional buscou relacionar os níveis de estresse com os fatores estressores e concluiu que os motivos potencializadores do estresse foram a razão para a internação na UTI como no pós-operatório seguida de múltiplas lesões, também alguns membros da família apresentaram níveis intermediários a elevados de estresse pelo fato de ter pacientes internados com cirrose hepática (ZANUTTI et al., 2013).

A ansiedade e a depressão são os fatores psiquiátricos primordiais diagnosticados nas UTIs clínicas, enquanto que nas UTIs cirúrgicas o delírium é mais frequente. Alguns pacientes podem adquirir durante a internação sintomatologia psiquiátricos no campo do pensamento e da emoção devido a desconroles funcionais, metabólicos, infecciosos ou até mesmo por intoxicações variadas levando a mudanças no comportamento (NOVAES, KUHL, 1998).

A ansiedade como diz Brunner e Suddarth (2009) é um estado emocional tenso que a pessoa vivencia quando se depara com situações novas, desafiadoras ou ameaçadoras. No caso da unidade de internação, principalmente a UTI, essa manifestação decorre do desconhecido, da notícia do inesperado com relação à doença/saúde do paciente, e quanto a isso diferentes pacientes respondem com níveis diferentes de estresse, podendo variar de um grau discreto até ao exacerbado.

Zanutti e outros (2013) mencionam em seu estudo que familiares do sexo feminino são os visitantes mais presentes em uma UTI, e que é evidente que as mulheres apresentam alto níveis de estresse, não só pelo fato de ter um membro da família interna, mas por conta de inúmeras atividades diárias e domésticas e com isso ocorrem mudanças da vida cotidiana.

Os autores mencionam que a carga imposta pelo cuidado e a rotina diferenciada, em que o cuidador tem que assumir papéis que não eram inerentes a ele, pode ser um gerador de estresse.

Os familiares de pacientes internados na UTI referiram utilizar de algumas estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse causado pela presença de seu ente querido em UTI, como por exemplo, "orar, pedindo ajuda a Deus", mencionado por 13 (59,1%) da família, seguido de "atividades que ajudam a relaxar" por 8 (36,4%) membros da família (ZANUTTI et al., 2013).

A unidade de terapia intensiva por ser um ambiente que atende pacientes em estado crítico, buscando reabilitar com meios tecnológicos avançados e assistência de qualidade especializada passa a ser para o paciente, seus familiares e toda a equipe de saúde um espaço estressante, deste modo às equipes de saúde devem proporcionar ao cliente e suas familiares privacidade e segurança para que este paciente se sinta seguro e confiante, este tipo de assistência é fundamental para a recuperação do doente demonstrando apoio e atenção adequada e assim evitando maior nível de estresse e desconforto (RUEDELL et al., 2009).

Segundo Margis e outros (2003) a conjunção de fatores ambientais e genéticos podem ser importantes provocadoras de estresse. Os fatores ambientais divergem muito a depender do tipo de UTI em que o paciente está internado, como por exemplo, o paciente e o familiar de uma unidade coronariana sofrem de uma gravidade menos crítica, estando mais sujeitos a queixar-se dos fatores estressores relacionados ao ambiente, tais como, o barulho, o excesso de luzes e de pessoal que atende, incomodo pelos aparelhos, além da perda da privacidade (COSTA et al., 2010).

Gotardo e Silva (2005) referem que o mau estado de saúde e do aspecto físico do paciente somado ao uso dos aparelhos na UTI contribui para o estigma da morte, considerando a ideia de que não há mais chances de sobrevivência.

Além disso, a estrutura organizacional desta unidade de internação não contribui para suprir as necessidades do familiar e do paciente, mas prioriza as rotinas institucionais facilitando o trabalho de toda a equipe e da assistência, dessa forma dispõe de um local pouco acessível para a comunicação profissional-familiar do paciente, pois se sabe que a UTI é um ambiente oponente a este processo, ainda

com pessoal estranho que não reconhecem as reais necessidades desta clientela (SOARES, 2007).

Ainda sobre o ambiente da UTI, a precisão das rotinas hospitalares traz para o convívio um excesso grau de autoritarismo e rigidez extrema quanto aos horários de visitas, onde geralmente tornam-se inflexíveis, não permitindo o acesso de familiares, que não conseguem estarem presentes no momento pré-determinado pela organização do setor, referindo que a mesma permite que a visita ocorra em horários alternativos, em momentos em que os médicos intensivistas não estão presentes na unidade (VIEIRA; PIRES; SANTOS, 2010).

Dentre a rigidez extrema acerca do acesso dos familiares na UTI estão presentes, o número de familiares que podem comparecer na visita, as medidas de precauções como a higienização das mãos, e o tempo de permanência permitido dentro da UTI. A referência feita ao tempo de permanência dos familiares na UTI tem que se dividir na visita do paciente e no acesso ao médico para obtenção de informações relacionadas ao estado de saúde do mesmo (VIEIRA; PIRES; SANTOS, 2010).

Familiares referem estarem insatisfeitos quanto ao horário de visitas na UTI, por não ser suficiente a visita somente, mas a importância de potencializar o trabalho da equipe ao observar as emoções e comportamentos do familiar, compreendendo-o e esclarecendo as suas dúvidas quanto ao estado de saúde do paciente. O autor ainda afirma que é necessário priorizar a reformulação da rotina de horário de visita e tempo de permanência para atender as necessidades da clientela, pois a família constitui uma potente força afetiva aos pacientes, por serem os principais representantes de seu vínculo com a vida (GOTARDO E SILVA, 2005).

O autor ainda recorda que é gerado um estresse pelos familiares quando à falta de informação quanto ao estado do seu familiar (VIEIRA; PIRES; SANTOS, 2010). Gotardo e Silva (2005) reafirma que uma das problemáticas no processo de comunicação profissional-paciente é a proximidade, a desvalorização e até mesmo o pouco caso de alguns profissionais com o cuidado dispensado aos familiares.

Quando o familiar é submetido à circunstância da hospitalização de um familiar na UTI, é natural que enfrente elevada ansiedade por informações, de modo que é justificável a necessidade de obter informações precisas e verdadeiras sobre o

estado geral do paciente, bem como um atendimento menos sistemático e mais humanizado (VIEIRA; PIRES; SANTOS, 2010).

Quadro 4 – Sinais e Sintomas do estresse

Ficar alerta para os seguintes sinais e sintomas:	
Inquietação	Depressão
Ressecamento da boca	Urgência irresistível para agir
Fadiga	Perda do interesse nas atividades da vida
Períodos intensos de ansiedade	Forte resposta de susto
Hiperatividade	Desconforto gastrointestinal
Diarreia	Náuseas ou vômitos
Alterações no ciclo menstrual	Alteração no apetite
Propenso a lesões	Palpitações
Comportamentos impulsivos	Labilidade emocional
Dificuldades de concentração	Sentir-se fraco ou tonto
Tensão corporal aumentada	Tremores
Hábitos nervosos	Riso nervoso
Bruxismo (esfregar os dentes)	Dificuldade de sono
Suor excessivo	Frequência urinaria
Cefaléias	Dor nas costas, pescoço ou em outras regiões do corpo.
Uso aumentado de tabaco	Uso ou abuso de substância

Fonte: BRUNNER e SUDDARTH (2009 p.83)

2.4 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA UTI

A humanização do acolhimento em saúde está sujeita às condições de trabalho que oferece o profissional desta área, tendo em vista suas capacidades e desenvolvimentos técnicos. Entende-se que, cuidar em enfermagem é estabelecer a interação e o relacionamento com os usuários e os atendentes da área de saúde,

incluindo seus familiares e as equipes de saúde. Este conceito vai além do apoio da família na recuperação do paciente internado, portanto o parente tem sido incorporado no processo saúde doença. Os profissionais carecem proporcionar melhores qualidades, para conservar a essência família saudável. É importante aceitar que os familiares de pacientes graves precisam da atenção da enfermagem, eles demonstram mais ansiedades e estresse mediante a situação em encontra seu ente querido. A família é a base para a circunstância vivenciada pelo individuo enfermo, tem o direito ao apoio da equipe de saúde buscando acolher suas necessidades corporais, emocionais, telectuais e materiais (SILVA; SANTOS, 2008).

De acordo com Martins et al., (2008), a internação em Unidades de Terapia Intensivas, é a acometida comumente de forma aguda e incogitada. Mediante esta condição estressante, os familiares podem se veem transtornados e desprezados. É interessante que a equipe de saúde entenda as diversas formas que essa família venha reagir. O amparo é acolher a todos que buscam os serviços de saúde, escutando suas demandadas e admitindo uma atitude adequada de abrigar, ouvir e compactar, oferecendo respostas mais apropriadas as precisões dos usuários de saúde internados e de seus íntimos. Atitudes como conversas, ausculta, o comparecer, a corresponsabilidade, o empenho, a valorização do outro, o repartir conhecimentos são elementos fundamentais para concretizar o acolhimento.

Humanizar de acordo com os valores éticos, gira em torno de uma pratica alegre, por mais que seja dolorida deprimida na vida humana, degradação e destruição. Aborda a probabilidade de adotar uma atitude moral de consideração e respeito ao próximo (SALICIO, 2006).

Percebe-se que o acolhimento idealizado é aquele que precisa estar relacionado com algo ou alguém e necessita ficar implantado em todos os espaços de cuidado à saúde, especialmente onde existe o risco iminente de morte, como o que acontece nas Unidades graves de cuidado e que precisa ser extensivo aos familiares dos clientes. Essa afinidade dialógica carece propiciar à família conseguir na enfermagem probabilidades de apoio e de base. Colocar estratégias para promoção de abrigo a paciente e seus familiares em espaço de Terapia Intensiva alvo a ser alcançada pelas equipes de saúde (MAESTRI et al., 2012).

O apoio para família é muito importante demonstrando ajuda e cuidado, não apenas relação ao cliente, mas afinidade com a família. Os parentes sentem culpa em virtude do sentimento de abandono. O enfermeiro pode estimular os componentes da família a dialogar com o cliente, aproximar-se, interpretar, cantar ou orar simplesmente, ficar por perto. Essas atitudes dão a família uma discricção de propósito, suaviza o sentimento de desapoio e podem adequar a lembranças agradáveis no amanhã (FRIZON et al., 2011).

Na primeira relação com família o enfermeiro precisa comprovar uma habilidade de amparo. O uso do relacionamento é muito favorável com os indivíduos em conflito, buscando a ser mais tranquilo do que em qualquer outro período (LIMA; ROSA, 2008).

Lima e Rosa (2008) relatam que desde o primeiro momento em que o paciente encontra-se internado em uma Unidade de Terapia Intensiva, debilitado, critico, não demonstra reações, o profissional de saúde tem como objetivo, buscar a família desse ente querido, e informa sobre seu estado e como ele se encontra. Deve preparar essa família dando-lhes apoio, atenção e compreensão. Sendo que muitas vezes essa família venha expressar seus sentimentos de varias formas. Cabe equipe estar bem preparada, fisicamente e emocionalmente dando apoio e atenção nesse momento tão difícil para o familiar.

Para Barlem e outros (2008), em uma unidade de Terapia Intensiva (UTI), o paciente tende a deparar com vários comprometimentos orgânicos e muitas vezes com sérios riscos de vida. Quanto mais grave encontra-se este paciente, mais distantes fica o profissional. Muitas vezes devido aos vários procedimentos, a correria dentro da unidade passa despercebida a comunicação com o cliente, enquanto que as relações do contato passam a modificarem-se os fatos. É muito importante que o profissional perceba que o paciente esta sentindo o que esta acontecendo em sua volta. A comunicação passa a ser o aliado, entre o profissional e o paciente, tornando assim a recuperação mais rápida e o tratamento mais eficaz.

O parente precisa ficar preparado para sua experiência na Unidade de Terapia Intensiva, as condições em que se depara o paciente carecem ser descritos de forma apropriada para o grau de compreensão da família incluindo todos os tipos de equipamentos antes que o mesmo entre em contato com ente querido e outras

informações podem ser descritas na beira do leito. É importante evitar criar falsas ilusões e sim mostrar sempre a realidade da atual situação, motivando sempre os familiares com palavras otimistas (CAROLYN et al., 1997).

Para Salicio e Gaiva (2006) A consideração aos direitos dos clientes na técnica diária em terapia intensiva, ocorre pelo questionamento dos próprios doentes e parentes pela abertura de recintos para conversa com os profissionais de saúde, virando esse método mais humanizado.

A necessidade de humanizar o cuidado, fez com que a enfermagem procurasse um respaldo para auxiliar o modo de relacionarmos com o doente e conseqüentemente seu familiar. A equipe de enfermagem percebeu a necessidade de estabelecer vínculos com o paciente e seu familiar. Entendeu que esta aproximação deveria se clara e bem definida. Através desta atuação pode sentir a necessidade do conhecimento e a aceitação de cada um de nós com pessoas diferentes. A enfermagem tende a buscar esta valorização junto ao paciente e a família, que se encontra num momento difícil e suas necessidades corporais e fisiológicas danificadas. Através destas atitudes o dialogo torna mais fácil entre enfermagem/paciente /família, o que tem favorecido muito nas tomadas de decisão e realizações de procedimentos fundamentais e necessários (SILVEIRA et al., 2005).

O mau uso dos recursos tecnológicos e a falta de acordo de determinados profissionais têm virado mecanicista em relação ao cuidado, ou seja, têm separado o paciente (cliente e família) da equipe de saúde, banalizando a humanização (LEITE; VILA, 2005).

Para Rocha e outros (2007) a forma de acompanhamento das doenças que acometem os pacientes atendidos em UTI devem ser aprimoradas, da mesma forma que deve ser feito o preenchimento adequado do prontuário do paciente sobre o diagnóstico e evolução do caso.

Conforme relata Costa, Figueiredo e Schaurich (2009) o método de humanização das afinidades no ambiente da unidade terapia intensiva consiste em uma preocupação dos gestores e dos trabalhadores da saúde por envolver a vida do individuo. Conforme as inovações tecnológicas surgem nas UTIs, são estabelecidas uma maior qualificação dos prestadores de serviços para atuar com exatidão,

confiança e vigor, e com isto os profissionais têm a humanização como respeito ao ser humano com olhar holístico valorizando o cliente e a família.

Os aspectos que mais entusiasma o processo de humanizar na UTI é ter um espaço ou área física adequada, visitas diversificadas e a sintonia e o respeito recíproco. É importante que a equipe de enfermagem como profissionais inseridos no processo de humanização e também na probabilidade de participação dos familiares no cuidado com seu ente querido dentro da unidade de terapia intensiva, por isso devem ser estimulados e apoiados nos processos decisórios de gestão para que se sintam valorizados pela instituição (COSTA; FIGUEIREDO; SCHAURICH, 2009).

2.5 ENFERMAGEM NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

O enfermeiro da unidade de terapia intensiva tem a função de manter as condições vitais do doente buscando a sua recuperação o mais rápido possível, além de visar a cura de alguma patologia mais grave, por isso, o enfermeiro participa ativamente do cuidado integral dos pacientes de maneira mais direta, além disso, estão atentos às necessidades psicoemocionais dos familiares (PINHO; SANTOS, 2009).

A enfermagem deverá conhecer a história e realizar exames adotando uma rotina de processos, priorizando a avaliação das insuficiências agudas dos diversos órgãos e sistemas, cujo tratamento e profilaxia formam as indicações formais de internação do paciente em unidades de terapia intensiva, em decorrência da gravidade destas ocorrências, a avaliação inicial deve ser acompanhada de intervenções de acordo com a necessidade de cada paciente, dando apoio e atenção, buscando a recuperação mais rápido deste cliente (SORIANO; LORIGADOS, 1995).

Os profissionais de enfermagem veem a totalidade do paciente, atendendo as suas solicitações, acolhendo-os, como também as expectativas e os sentimentos dos familiares acompanhantes. O acolhimento é uma relação entre o profissional e o usuário do sistema de saúde, que se fundamenta na escuta e na receptividade, proporcionando uma reorganização do processo de trabalho em saúde, além de permitir englobar as mais diferenciadas demandas dos sujeitos (PINHO; SANTOS, 2009).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo, quantitativa de corte transversal, com análise descritiva. A pesquisa quantitativa é centrada na objetividade, pois é influenciada pelo positivismo que tende a enfatizar o raciocínio dedutivo e atributos mensuráveis da experiência humana, ao considerar que a realidade poderá se compreendida através de dados brutos, colhidos através de instrumentos padronizados, desse modo os resultados podem ser quantificados (POLIT; BECKER ; HUNGLER, 2004).O Corte transversal, se dá pela coleta de dados em um único momento, descrevendo diferentes variáveis num determinado momento (FREITAS et al, 2000).

Para Lakatos e Marconi (2011) a pesquisa de campo visa coletar informações acerca do problema encontrado em um determinado cenário do estudo, para o qual se procura soluções ou hipóteses que se queiram comprovar.

A análise descritiva justifica-se pelo fato da mesma tratar-se de um estudo moldado na coleta de dados que procura caracterizar e relacionar as situações existentes sem manipulá-los, sendo expressos em narrativas (CERVO; BERVIAN, 2002).

3.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva de uma instituição de saúde privada, que atende convênios e particulares da grande Vitória localizada no município de Serra. Trata-se de uma unidade com 20 leitos dos quais 02 leitos é destinada a pacientes com necessidade de precaução respiratória. São atendidos pacientes de diversas patologias, entre elas, as neurológicas, as ortopédicas e as relacionadas à clínica geral. Os pacientes de patologia cardiológica são encaminhados a UTI coronariana, somente sendo admitidos na UTI geral, quando não houver vaga neste setor específico. Conta ainda com 01 posto de enfermagem, 01 posto médico e 01 farmácia satélite na área externa aos leitos.

Os familiares aguardam as visitas que são realizadas duas vezes ao dia, em uma recepção, estruturada com serviço de água, televisor e sanitários individualizados por sexo até horário de liberação dos leitos, sendo permitida a entrada de duas

peessoas por cada turno. As visitas acontecem em períodos de trinta minutos cada uma, seguidas de boletim médico, sendo que para os mesmos, as informações acontecem em alguns momentos no próprio ambiente do paciente de forma conjunta, paciente – médico e familiar ou pode acontecer também na recepção, não havendo uma rotina única para a mesma.

No que diz respeito aos recursos humanos, a UTI é composta por 13 médicos, sendo que 2 desses exercem a função de coordenadores, responsáveis técnicos pelo serviço. 11 enfermeiros plantonistas, 1 responsável técnico, correspondendo 13 enfermeiros, 45 técnicos de enfermagem e 04 fisioterapeutas. Os coordenadores médico e de enfermagem são diaristas e todos os demais profissionais trabalham em regime de plantão.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo compreende 100% da amostra composta por familiares de paciente internados na Unidade de terapia Intensiva, designado como responsáveis pelos mesmos. Os participantes foram selecionados de forma aleatória dentre aqueles que estiveram com o familiar internado no dia no qual o questionário foi aplicado.

3.3.1 Critérios de inclusão

Para o estudo proposto, os participantes estavam na qualidade de acompanhante na UTI de pacientes com internação igual ou superior a 72 horas, tinham realizado pelo menos duas visitas, apresentava faixa etária igual ou superior a 18 anos e possuíam parentesco de primeiro grau (pais, irmãos, cônjuges e filhos), com familiar internado.

3.3.2 Critérios de exclusão

Desistir de participar da pesquisa quando a entrevista já estivesse sido iniciada, acompanhantes de pacientes com diagnóstico de morte encefálica ou doença fora de possibilidades terapêuticas definidas em prontuário pela equipe médica.

3.4 COLETA DE DADOS

A Coleta de dados foi realizada em dois momentos:

Primeiramente a pesquisadora abordou o acompanhante na recepção do serviço antes e após o momento da visita, informando quanto à proposta do estudo, os objetivos, riscos, benefícios e apresentando o TCLE (APÊNDICE A) em duas vias, informando ao participante a necessidade de assinatura de ambas as vias. Após o aceite do acompanhante e assinatura do TCLE, uma via foi devolvida ao mesmo. O segundo momento foi fornecido o instrumento utilizado para coleta de dados, composto de duas partes, a primeira baseado na identificação do paciente, que previamente será preenchido pela pesquisadora conforme observação do prontuário e a segunda uma escala baseado numa escala já validada (EETI), auto-aplicável, contendo 19 itens referentes a eventos considerados comuns e ao mesmo tempo considerados estressores no ambiente da UTI. A somatória dos pontos foi feita e a parti daí, realizada uma média através do programa excell de forma decrescente dos fatores mais estressores para menos no ambiente. A pesquisadora informou que estava a disposição para dúvidas e esclarecimentos, caso tenham em relação ao processo, porém proporcionou liberdade e privacidade para respostas, não influenciando nas mesmas.

O questionário foi aplicado após a aprovação pela Plataforma Brasil, atendendo às diretrizes da Resolução 196/96. Todos os questionários serão devidamente arquivados pela pesquisadora e armazenados, garantindo a privacidade e livre acesso, caso se faça necessário por algum participante, através do contato pela via do TCLE entregue ao mesmo num prazo de cinco anos.

3.5 RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Oferecerá um risco mínimo decorrente do incômodo da abordagem ao acompanhante durante o pequeno momento dele no ambiente hospitalar, já que a visita acontece somente no período de 30 minutos, podendo interferir na sua privacidade. Em relação aos benefícios, os acompanhantes foram devidamente comunicados de que as informações obtidas através do estudo poderiam ser utilizadas para fins científicos, apresentação em eventos e/ou publicação em

periódicos e/ou livros de forma que os resultados encontrados ao final do estudo proporcionariam contribuição para crescimento científico e também agregação de valores e implementações de melhorias para o setor, proposto para estudo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise foi realizada através da somatória dos pontos respondidos nos 19 itens do instrumento de coleta de dados e a partir daí, calculada uma média, através do programa excell para avaliar os fatores mais estressores no ambiente de acordo com as variáveis propostas. Os dados serão mostrados em forma de gráficos através de porcentagem absoluta e relativa. Também foi transcrita de forma integral algumas considerações e sugestões descritas pelos familiares abordados.

3.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

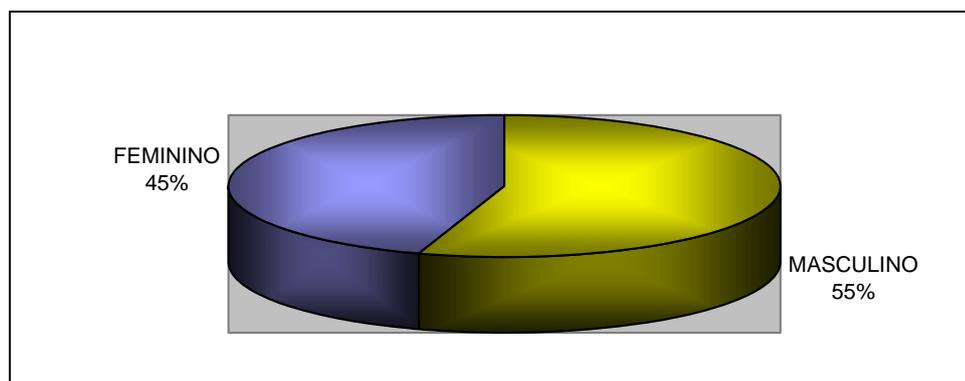
Este estudo foi submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da ISJB, da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, constituído nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos, nos comprometendo a garantir o sigilo do sujeito, conforme carta nº 430 CONEP/CNS/MS de 01/04/2006.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi realizada uma pesquisa no mês de outubro de 2013, perfazendo um total de 20 familiares de pacientes internados em um setor de Unidade de Terapia Intensiva de um hospital particular da Grande Vitória, Espírito Santo. Para análise e interpretação dos dados foi utilizada a somatória dos pontos respondidos nos 19 itens do instrumento de coleta de dados e a partir daí, calculada uma média, seguida de desvio padrão para avaliar os fatores mais estressores no ambiente de acordo com as variáveis propostas. Os dados serão mostrados em forma de gráficos e tabelas.

A primeira parte do questionário, foi abordado o perfil do paciente internado, à caracterização do grupo de pacientes estudado, encontramos 55% pacientes do sexo masculino e 45% do sexo feminino, sendo que 20% dos pacientes estavam na faixa etária de 18 a 35 anos, 50% estavam entre 36 e 65 anos de idade e 30% pacientes tinham entre 66 a 99 anos de idade. Quanto ao tempo de internação, 55% dos pacientes se encontravam no primeiro mês de internação, 35% no segundo mês e 10% no terceiro mês de internação.

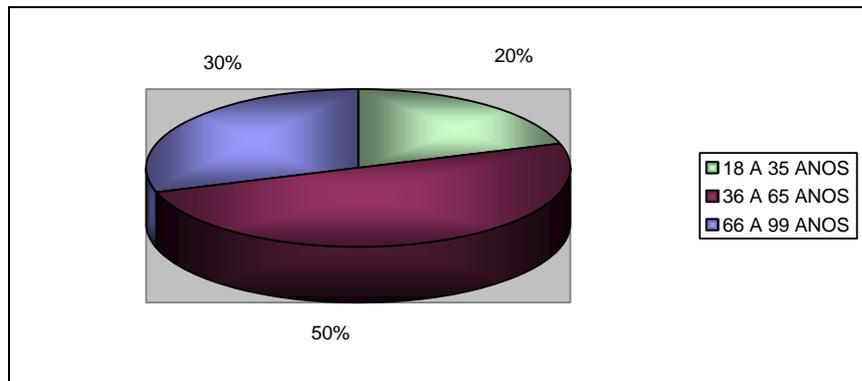
Gráfico 1 - Percentual de homens e mulheres internados na Unidade de Terapia Intensiva



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

O número relacionados ao sexo masculino internado na Unidade de terapia prevalece mediante ao número das mulheres internadas, devido a sua agressividade e apresentarem maiores comorbidades(FREITAS,2010).

Gráfico 2 - Percentual de faixa etária do pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva



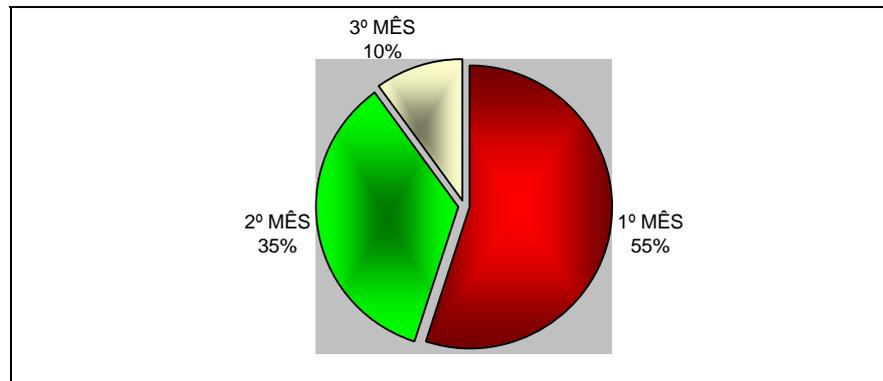
Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Em relação à faixa etária, observa-se um maior número de pacientes internados entre 36 a 65anos, ou seja, o perfil é caracterizado por pacientes adultos e idosos, já que, no Brasil, de acordo com a política Nacional de Saúde do Idoso, é considerado idoso, acima de 60 anos. Esse resultado vem ao encontro do perfil da clientela assistida em uma Unidade de Terapia Intensiva, de uma instituição pública, da cidade de Fortaleza- CE apresenta como características predominantes: pacientes do sexo masculino, idosos, na faixa etária, entre 61 a 70 anos de idade, casados, aposentado e com renda de até um salário mínimo e baixa escolaridade. Este perfil está muito relacionado pela transição de mudanças de papel do idoso, o que pode desencadear o ócio, e conseqüentemente ao estresse, ao sedentarismo e outros problemas de saúde (ROCHA et al., 2007).

Corroborando com os resultados de Rocha e outros (2007) outro autor em seu estudo aponta que a idade média de pacientes na UTI foi de 56 anos, do sexo masculino, casados ou viúvos, aposentados e com baixo nível de escolaridade (MAROSTI; DANTAS, 2006).

Freitas (2010) também justifica que esta realidade esta presente nos sistemas de saúde de muitos países e nas UTI's, considerando que os homens apresentam maiores comorbidades e mais possibilidades de receberem suporte mais agressivo que as mulheres.

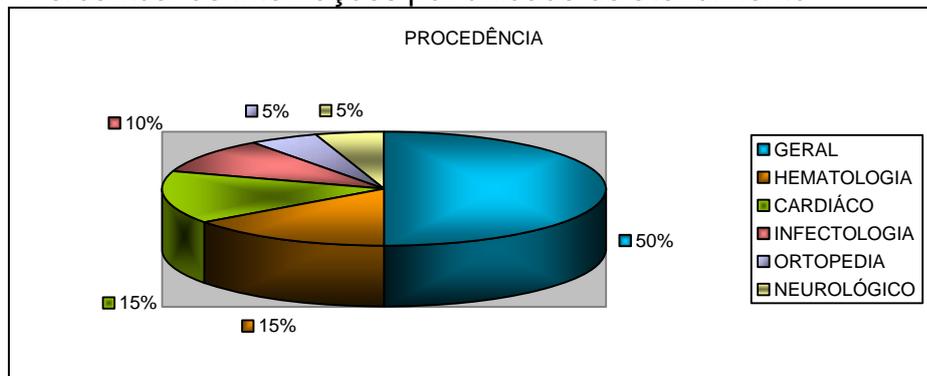
Gráfico 3 - Percentual de tempo de internação dos pacientes da Unidade de Terapia Intensiva



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Considerando o tempo de permanência, a amostra compreendeu maior número, correspondendo a 55%, com um mês de terapia intensiva, esses dados encontrados, apresentam-se contraditórios em relação ao com o estudo de Da Rocha et al (2007) onde a média de permanência foi de 7,7 dias, e mais da metade, ou seja, 55,8% permaneceram na ventilação mecânica por mais de dois dias 47,8% dos pacientes ficaram internados por mais de sete dias.

Gráfico 4 - Percentual de internações por unidade de atendimento



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Observou-se que quanto às causas de internação dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva estes foram admitidos por causa de condições diversas, onde 50% eram de origem da clínica geral, 10% pacientes com problemas hematológicos, 15% pacientes com problemas cardiovasculares, 10% com alguma infecção, 5% paciente ortopédico e 5% paciente neurológico.

Com relação à procedência, a maioria dos pacientes nos estudos era da unidade de clínica geral para tratamento de complicações, o que pode indicar pacientes com maior gravidade (ROCHA et al., 2007; FREITAS, 2010). Diferentemente do estudo de Zanetti et al., (2013) no que diz respeito ao motivo da internação desses indivíduos na UTI, onde os maiores percentuais foram no pós-operatório, 12 (54,5%), seguido por vários traumas (27,3%).

As principais causas de internação na UTI foi por infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), valvulopatias, estes em geral eram pacientes portadores da hipertensão arterial sistêmica. Também estavam internados pacientes do pós-operatório, com câncer, acidente vascular encefálico (AVE) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), ou seja, dos pacientes internados 60,7% receberam tratamento cardiopulmonar e 39,3% tratamento cirúrgico (ROCHA et al., 2007).

No que se refere ao diagnóstico de internação o mesmo ocorre no estudo de Marosti e Dantas (2006) onde o diagnóstico mais frequente foi o infarto agudo do miocárdio com 53,5% e a angina com 25,6%.

Em contrapartida, no estudo de Costa e outros (2010) mais da metade dos pacientes foram internados por causas diversas, como sepse, traumas e condições neurológicas. Com relação ao tempo de permanência na UTI, 47,8% dos pacientes ficaram internos por mais de sete dias, sendo corroborado com o estudo de Da Rocha et al (2007) onde a média de permanência foi de 7,7 dias, e mais da metade, ou seja, 55,8% permaneceram na ventilação mecânica por mais de dois dias. O perfil de internação apresenta variação conforme as especialidades de cada instituição.

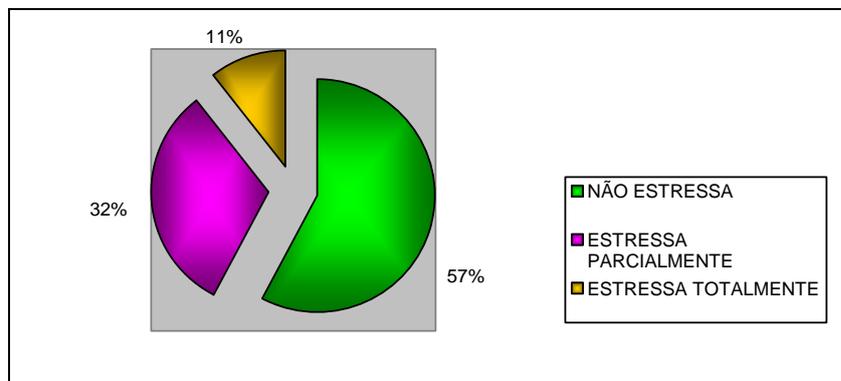
Na segunda parte do questionário, foi abordado o nível de estresse do familiar, baseado num modelo de escala validada (EET). Segundo Maruti e outros (2008) é de extrema importância identificar a ocorrência de sintomas de ansiedade e/ou depressão em familiares de pacientes internados em uma unidade de cuidados intensivos e correlacionar a presença desses sintomas com o sexo e idade de familiar e com o tempo de internação dos pacientes.

Os mesmos autores concluem que a maioria dos sujeitos envolvidos nas condições de acompanhantes de pacientes internados em UTI apresentava casos sugestivos

de alterações psicológicas. Em sua pesquisa, 71,8% dos familiares apresentavam possíveis e prováveis casos de ansiedade, quanto à depressão a soma dos prováveis com possíveis casos foi de 53,8%, não havendo relação significativa entre as variáveis, sexo, idade do familiar e tempo de internação, no entanto, as autoras reforçam a possibilidade de fatores estressores estarem potencializando estes sintomas nos familiares (MARUITI et al., 2008).

Um familiar ao enfrentar a situação dolorosa de internação de um parente próximo na unidade de terapia intensiva se encontra no risco iminente de estresse, pois se deparam com situações difíceis como, por exemplo, a possibilidade de morte do enfermo, do mesmo modo a busca de informações sobre a saúde do paciente lhe traz uma sensação de medo, ansiedade e angústia, sem falar da dinâmica de trabalho que busca favorecer o trabalho da equipe através de tecnologias que são neste momento imprescindíveis (CORREA, SALES, SOARES, 2002).

Gráfico 5 – Percentual de nível de estresse quanto aos horários pré-estabelecidos de visita



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Correlacionado o nível de estresse quanto aos horários pré- estabelecidos foi aplicada aos familiares que participaram do processo de visita e estavam presentes no momento da entrevista um roteiro de perguntas com relação aos fatores estressores quanto à visita, relacionamento com a equipe, situação do paciente, e ambiente. Os familiares avaliaram quais fatores são considerados como não estressores recebendo uma pontuação 1, estressores parcialmente, nota 2 e estressores totalmente, avaliados com nota 3.

Os resultados obtidos a seguir, reafirmam que a internação de um parente na UTI é considerada um evento estressante por inúmeros fatores que serão elencados nos

gráficos a seguir. No resultado, identificaremos alguns acompanhantes com nomes de flores, garantindo sua privacidade.

A primeira categoria refere-se à visita, compreendendo os seguintes itens: horários de visita, tempo para visita, atraso no horário de visita e não ficar como acompanhante. Quanto aos horários pré-estabelecidos de visita, a maior parte dos familiares referiram não estressar por este motivo.

Porém, mesmo tendo uma pequena parcela de estresse por esta categoria, alguns familiares de pacientes internados na UTI fizeram algumas observações quanto a necessidade de melhorias com relação às visitas, vejam abaixo:

“As visitas deveriam ser em conjunto, é ruim esperar que o outro volte.” (*Begônia*)
“O horário de visitas teria que ser em conjunto e não um por um.” (*Margarida*)
“O número de visitantes poderia ser pelo menos três em cada horário.” (*Lisianto*)

Quanto ao número de visitas existem fortes impedimentos normativos que dificultam a entrada de mais de um integrante da família num mesmo período na unidade de internação quando em horário de visita, mesmo que esse seja uma vontade fortemente declarada pela família. Muitas vezes os familiares que aguardam a entrada para visita a requer em conjunta na unidade, no entanto, tal pedido é rapidamente recusado pela equipe, sob o argumento de que a norma é da entrada de apenas um acompanhante (MONTICELLI; BOEHS, 2007).

Os horários de visita na UTI são de uma rigidez extrema e inflexível, não permitindo o acesso de familiares que não conseguem estar presente no momento pré-determinado pela organização do setor, permitindo que a visita ocorra somente em horários determinados pela equipe médica e de enfermagem (VIEIRA; PIRES; SANTOS, 2010).

Embora, não tão significativa o estresse nessa variável, torna-se evidente pela descrição a insatisfação de alguns familiares quanto ao horário de visitas na UTI, por isso deve-se levar em consideração não somente a visita, mas às emoções que estes familiares transmitem, compreendendo-o e esclarecendo as suas dúvidas quanto ao estado de saúde do paciente. Conforme os resultados encontrados, torna importante sugerir como proposta de reduzir o estresse, priorizar a reformulação da rotina de horário de visita e tempo de permanência para atender as necessidades da

clientela, pois a família constitui uma potente força afetiva aos pacientes, por serem os principais representantes de seu vínculo com a vida (GOTARDO; SILVA, 2005).

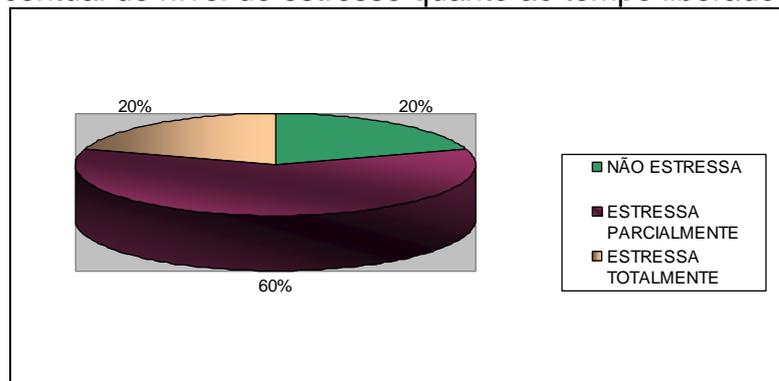
Frizon e outros (2011) abordam que, o fato dos familiares aguardarem a autorização de um membro da equipe de enfermagem para a visita e permanecer nele por um período estipulado pela equipe levam-nos a sentimentos de ansiedade e desespero por não poder acompanhar seu ente querido por um tempo maior devido às rotinas da UTI. O autor refere ainda, que o enfermeiro não leva em consideração o quanto que interfere no vínculo emocional e de estabilização do paciente quando próximo da família e os separa, visto que é necessário repensar sobre as necessidades da clientela assistida e implementar novas políticas quanto ao horário de visitas mais flexível.

É necessário que a equipe multidisciplinar, com ênfase para o Enfermeiro como gestor dessa equipe a sugestão de reformulação de horários, horários estendidos, para que se crie um bom relacionamento com a família, sobretudo quanto ao tempo de permanência dos familiares junto ao enfermo e o modo como às orientações são passadas (LEITE; VILA, 2005).

Pinho e Santos (2009) ainda afirmam em seu estudo que mesmo que exista uma política institucional que defina a rotina de horários para visita dos acompanhantes, ela vem sendo adaptável pelos enfermeiros, como por exemplo, com a abertura de visitas fora de hora de acordo com as necessidades de cada clientela, fortalecendo as relações interpessoais.

É praticável vivenciar a internação hospitalar como um momento de interação no cenário clínico focado para as experiências subjetivas da clientela e dos familiares que ali se encontram, mesmo que a internação seja pautada nas normas sob as fronteiras institucionais, de maneira que a normatização seja suavizada (MONTICELLI; BOEHS, 2007).

Gráfico 6 - Percentual de nível de estresse quanto ao tempo liberado para visita



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Alguns fatores relacionados à visita tiveram uma pontuação intermediária, como mostra os gráficos 6 e 7 relacionado ao tempo de visita (60%), esperar pelo horário de visita (50%),.

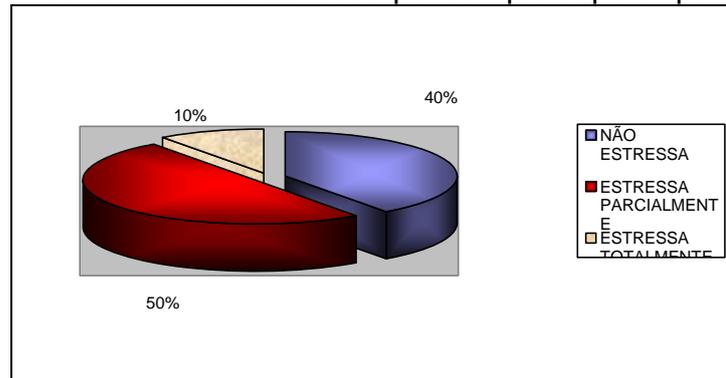
Outros familiares também fizeram algumas observações quanto ao tempo liberado para visita, como está descrito abaixo:

“O tempo de visita poderia ser um pouco maior devido ter outros familiares para visitar também.” (*Orquidea*)
 “Não acho necessário o tempo de visita ser demorado, porque a meu ver o paciente fica estressado. Acho que o horário de visita deve ser rápido, chegar e sair.” (*Azaléia*)

Observa-se uma contradição da própria amostra quanto ao tempo de visita. A alusão feita ao tempo de permanência dos familiares na UTI tem que se dividir na visita do paciente e no acesso ao médico para a aquisição de informações relacionadas ao estado de saúde do mesmo (VIEIRA; PIRES; SANTOS, 2010).

Gotardo e Silva (2005) afirmam que é necessário privilegiar a reformulação da rotina de horário de visita e tempo de permanência para acolher as necessidades da clientela, pois a família compõe uma importante força afetiva aos pacientes, por serem os representantes indispensáveis de seu vínculo com a vida (GOTARDO; SILVA, 2005).

Gráfico 7 – Percentual de nível de estresse por ter que esperar pelo horário de visita



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

O contato do enfermeiro com os familiares é restrito ao horário de visita, e neste momento não há oferta de suporte às necessidades psicológicas a esta clientela, fazendo com que a experiência de ser familiar de uma paciente da UTI se torne negativa e frustrante (LEITE; VILA, 2005).

Também foi evidenciado no estudo de Frizon e outros (2011) que os familiares vivenciam sentimentos de ansiedade enquanto aguarda a entrada na UTI, levando a outros sentimentos como angústia, dúvidas e expectativas infinitas. Os familiares consideram ser este momento o pior do dia, ao esperar encontrar o paciente em bom estado de saúde. Cinco minutos aguardando é como se fosse horas de espera, ainda relatam mais ansiedade quando ocorre atraso, imaginando que o pior aconteceu.

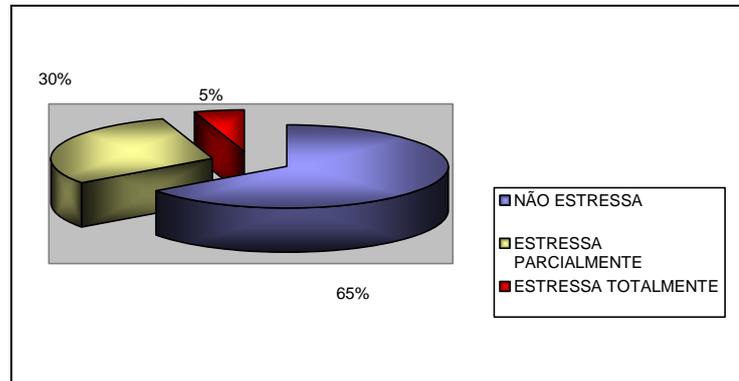
O contato do enfermeiro com os familiares é restrito ao horário de visita, e neste momento não há oferta de suporte às necessidades psicológicas a esta clientela, fazendo com que a experiência de ser familiar de uma paciente da UTI se torne negativa e frustrante (LEITE; VILA, 2005).

Frizon e outros (2011) ainda mencionam que é imprescindível a atuação dos enfermeiros para acalantar o coração destes familiares e amenizar a ansiedade acompanhando os familiares a cada visita, prestando apoio e orientação no que for necessário.

De acordo com Domingues, Santini e Silva (1999) há uma deficiência de sistematização relacionada à orientação as visitas na unidade de terapia intensiva acolhida pela equipe de enfermagem, devendo buscar um plano de assistência de enfermagem a família para facilitar as informações, de modo geral passando para os

familiares através de ilustrações, folhetos, folder sobre o que é a unidade de terapia intensiva e os profissionais que trabalham nessa unidade intensiva e através deste trabalho trazer estes familiares e clientes ao encontro de suas perspectivas.

Gráfico 8 – Percentual de nível de estresse por não ficar como acompanhante quando determinado pela equipe

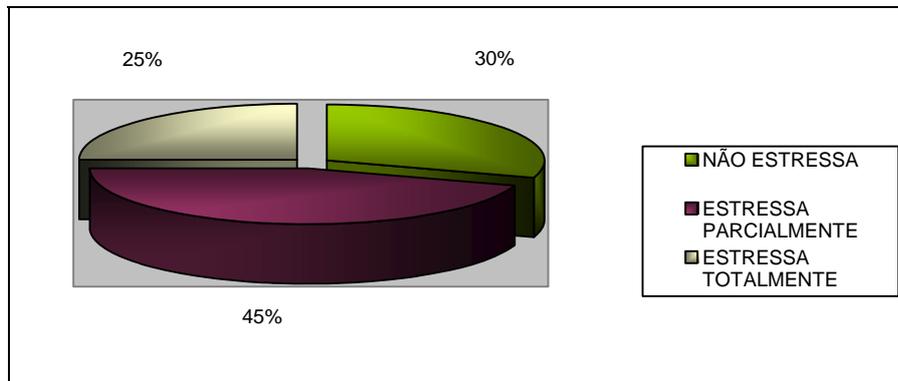


Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

A presença da família como acompanhante no ambiente hospitalar é fundamental, pois pode ajudar na recuperação do paciente gravemente enfermo já que a família contribui com o apoio emocional que o paciente necessita para se reestruturar psicologicamente aproximando do seu cotidiano, no entanto resultados acima revelam que não poder ficar como acompanhante quando solicitado por determinação da equipe foi considerado como um estressor intermediário, com 30%. Em relação a este item, o estudo de Gotardo e Silva (2006) refere que os familiares são sujeitos ativos e presentes na recuperação dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva por fazer parte do vínculo familiar e transmitir força afetiva, desse modo, o horário de visita deve ser respeitado bem como o tempo de permanência dos familiares junto ao enfermo, isso, vem contribuindo aos dados encontrados nesse estudo, no qual, 65% não estressa.

No estudo de Heidemann e outros (2011) os fatores psicológicos como sentir falta dos familiares como acompanhante por apenas alguns minutos foram considerados pelos pacientes os fatores que mais geram estresse.

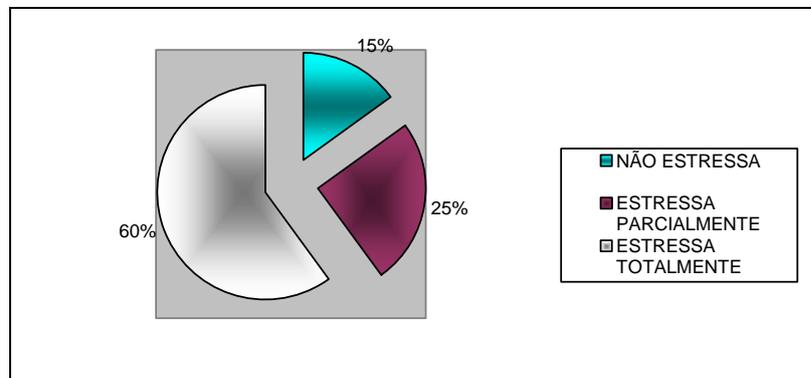
Gráfico 9 – Percentual de nível de estresse quanto ao tempo de internação do paciente.



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

A amostra acima revela: quanto ao tempo de internação do paciente (45%), o familiar estressa parcialmente; (25%), estressa totalmente, (30%) não estressa. Toda internação, é estressante, principalmente quando a mesma, é acompanhada com risco de perda.

Gráfico 10 – Percentual de nível de estresse ao observar o paciente entubado



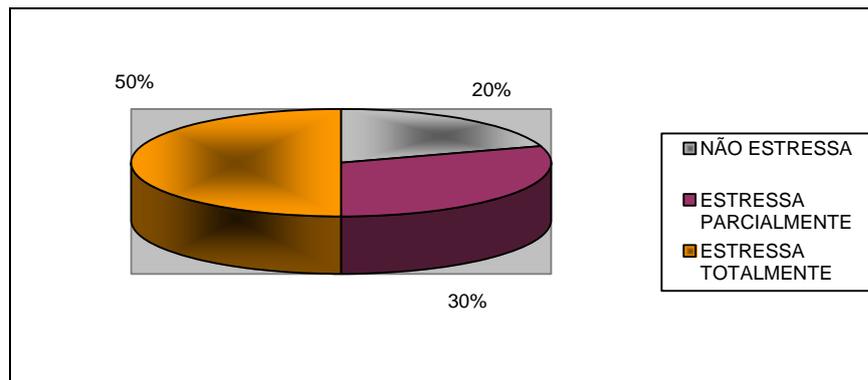
Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

O gráfico acima mostra um percentual elevado, quanto à família observar o paciente entubado foi considerado pelos familiares como muito estressante, alcançando 85% entre estresse parcial e total, como mostra no gráfico.

Os materiais de intubação incluindo as sondas, cateteres e cânulas são considerados desconfortáveis e geradores de estresse na UTI para pacientes, familiares e equipe de enfermagem, isso porque limita a comunicação do paciente com os demais. Como estes equipamentos são indispensáveis para manter a saúde

do paciente, foi proposta no estudo em questão a utilização de reavaliações da necessidade de uso frequente e de permanência dos tubos, através de protocolos baseados em evidências clínicas, como despertar diário, com o objetivo de que estes sejam retirados previamente, consequentemente, reduzindo o estresse de todos. (BITENCOURT et al., 2007).

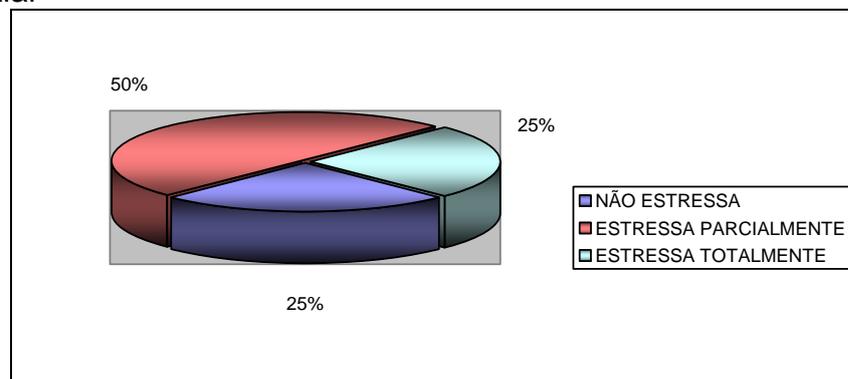
Gráfico 11 – Percentual de nível de estresse pelo paciente não atender ao falar



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

A pesquisa acima também revelou um alto estresse pelo paciente não atender ao falar, gerando um percentual 80% entre parcialmente e totalmente. Outros estudos, que têm procurado avaliar os fatores que possivelmente venham a estressar o familiar referente à internação de um paciente em uma unidade de terapia intensiva, têm demonstrado que é considerado como muito estressante ver o paciente sedado ou em coma, entubado, motivo de internação, o paciente não conseguir falar, bem como não poder permanecer como acompanhante, a causa e o tempo de internação (COSTA et al., 2010).

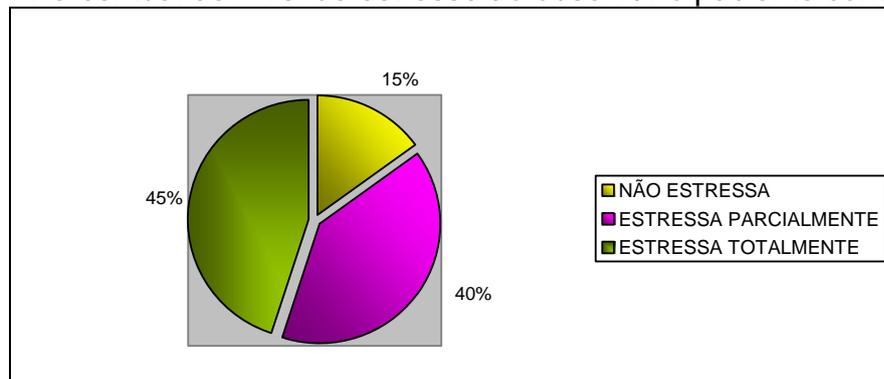
Gráfico 12 – Percentual de nível de estresse quando o paciente entende e não consegue falar



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Em relação o percentual do paciente não atender ao falar e quando o paciente entende e não consegue falar, mostrado nos gráficos 11 e 12, os estudos mostraram uma diferença mínima de 5% revelando ambos serem um fator estressante para os familiares. A diminuição da autonomia do paciente devido à dependência de cuidados em relação à equipe de profissionais causado pela presença de tubos, acessos venosos e arteriais, sondas, bem como a necessidade de receber auxílio para mudar de decúbito, higiene pessoal e alimentação são fatores que aumentam a percepção de estresse dos pacientes e familiares, instabilidade psicológica e desconforto (HEIDEMANN et al., 2011).

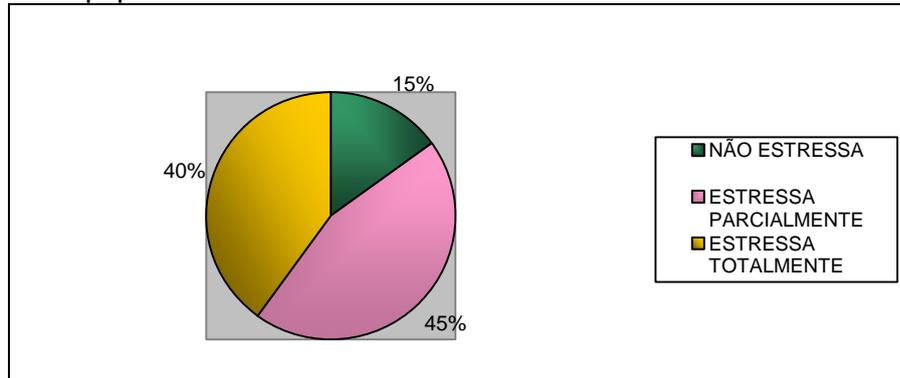
Gráfico 13 – Percentual de nível de estresse ao observar o paciente contido no leito



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Os dados no gráfico 13 confirmam o estresse em observar o paciente contido no leito evidenciando 85% do total de 100% entrevistado, entre parcial e total. Que para Coronetti e outros (2006), também resumiram que a dor, a sucção de secreções, a impossibilidade de falar, a presença de tubo endotraqueal e a restrição no leito são considerados os maiores agentes de stress para pacientes internados em UTI.

Gráfico 14 – Percentual de nível de estresse ao ver o paciente dependente totalmente da equipe



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Foi relatada como eventos geradores de estresse entre o nível intermediário e total um valor importante de 85% em relação a dependência da equipe, por exemplo, a demora da equipe em atender a solicitação de ajuda, ao mesmo tempo que o familiar se depara na condição do ente querido, dependente de uma equipe, atuante pelo perfil rotineiro, tarefeiro, nem sempre colocando a prioridade do chamado do paciente como fator primordial na assistência, tornando assim um potente gerador de estresse.

É importante aqui ressaltar as dificuldades da relação enfermeiro-família devido ao fazer técnico, e destacar a necessidade deste profissional estar mais próximo do sofrimento da família através de uma relação mais autêntica buscando um preparo relativo à dimensão emocional (CORREA; SALES; SOARES, 2008).

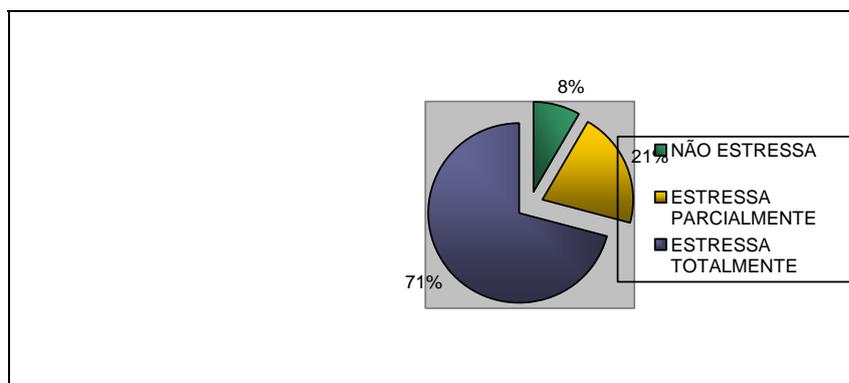
Na maioria das vezes o obstáculo que o enfermeiro encontra de interagir mais intrinsecamente com o familiar é por conta da organização e dinâmica da UTI, pois a acomodação da UTI não tem este perfil de cuidado (CHAVES; MASSAROLO, 2009).

Neves e outros (2009) ainda apontam que os familiares e cônjuges de pacientes internados na UTI passam pelo processo de dor e sofrimento e precisam ser atendidos também neste âmbito, com o compromisso de diminuir a dor e o sofrimento daqueles que têm um parente criticamente enfermo. Os autores descobriram que existe um percentual menor de satisfação nas questões relacionadas com a capacidade dos profissionais de confortar os familiares, em demonstrar interesse pelos sentimentos vivenciados e prestar maiores esclarecimentos sobre o funcionamento dos equipamentos utilizados pelo paciente.

A importância da assistência não se concentra somente em dar informações completas, mas também de interagir com os familiares de maneira mais acolhedora e aberta.

Julgam-se necessários que os profissionais de enfermagem conheçam o quanto e com o que os pacientes e cônjuges de pacientes internados na UTI mostram-se satisfeitos com a assistência da equipe, a fim de encontrar medida que possam atender às reais necessidades desta clientela e aumentar o nível de satisfação das mesmas. Os autores apontam como propostas de medidas a apresentação de vídeos educativos explicando a rotina da UTI que podem ser passadas enquanto os pacientes aguardam na sala de espera, orientações e apresentação do serviço pela equipe de enfermagem ou membro da equipe, cartaz esboçando a especificação, função e nomenclatura dos equipamentos presentes na unidade (NEVES et al., 2009).

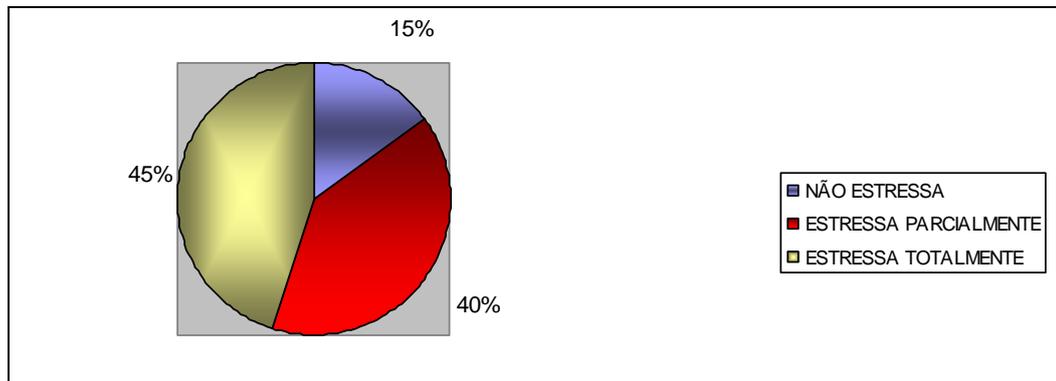
Gráfico 15 – Percentual de nível de estresse ao encontrar o paciente descoberto



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

As famílias entrevistadas demonstraram um nível de estresses alto 71%, quando relacionado ao encontrar o paciente descoberto. Mau uso dos recursos tecnológicos, falta de controle ideal da temperatura e a falta de acordo de determinados profissionais tem virado mecanicista em relação ao cuidado, ou seja, têm separado o paciente (cliente e família) da equipe de saúde, de um lado a equipe mecanicista e de outro o familiar com carinho, proteção, sendo que esses ideais muitas vezes são divergentes, banalizando a humanização (LEITE; VILA, 2005).

Gráfico 16 – Percentual de nível de estresse quanto à demora ao solicitar ajuda



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

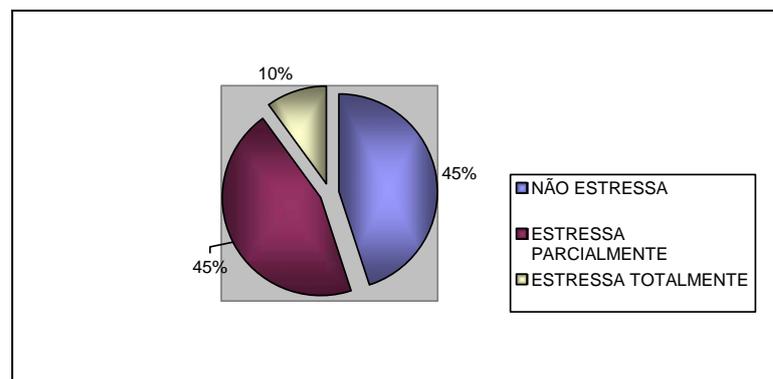
Com relação à demora ao solicitar ajuda a maioria dos familiares manifestaram ser um fator estressor parcial (40%) e total (45%), somente 15% referiram não ser estressor. Um dos familiares ainda se atentou fazendo uma observação, expressa no comentário a seguir:

“A única reclamação que tenho é quanto ao tempo, que às vezes a demora para vir o atendimento. Início da internação houve alguns desentendimentos quanto ao tratamento e manuseio com a paciente, mas agora no mais estão todos de parabéns.” (Rosa)

Segundo Silva e Santos (2010), a família espera encontrar profissionais que possam ajudar a entender melhor os momentos mais dolorosos e assim buscarem ações, sentimentos e pensamentos nem sempre esperados.

Ainda para Silva e Santos (2010), a enfermagem com o apoio a estes clientes podem a vir transpor suas expectativas e assim possibilitar o crescimento individual maior obtenção de habilidades humanas.

Gráfico 17 – Percentual de nível de estresse quanto aos termos utilizados pela equipe



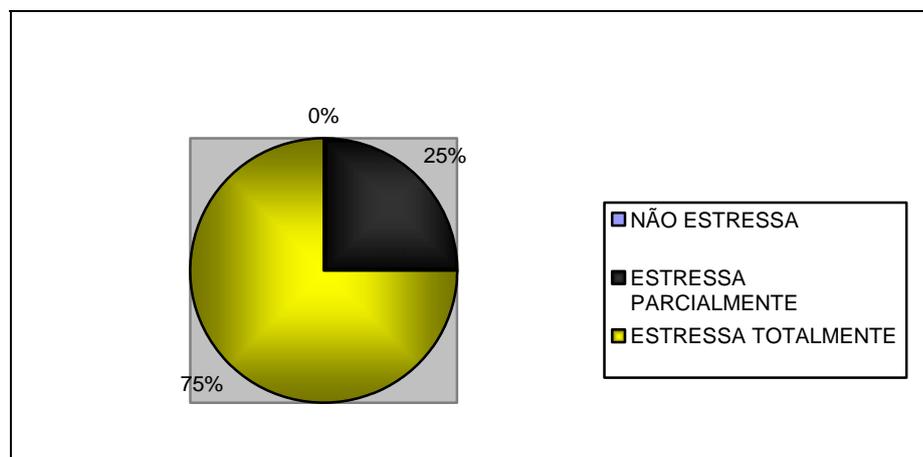
Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

O mesmo ocorre com os termos utilizados pela equipe, onde menos da metade afirmaram ser um fator não estressor, um total de 55% consideram como gerador de estresse para o familiar, como apresentado no gráfico abaixo.

É permissível que as informações sejam claras, concisas e com linguagem apropriada evitando termos técnicos e jargões, para que os familiares possam compreender com precisão as situações e rotinas da internação, permitindo que os familiares perguntem sanando suas dúvidas e digam o que pensam e sentem, bem como, incentivá-los a falar sobre a situação (GOTARDO; SILVA, 2006).

De acordo com Knobel, Novaes e Bork (1998), o profissional de saúde não deve esperar que algum familiar venha procura-lo para adquirir informações. O mesmo deve dirigir-se ao cliente e sua família e prover as informações requisitadas com linguagem facilitada, sem a utilização de linguagens incompreensíveis ou siglas.

Gráfico 18 – Percentual de nível de estresse pelas informações passadas pela equipe médica



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Considerando o gráfico acima, mostra um estresse de (75%) do estresse total relacionado às informações passadas pela equipe, (25%) não estressa e (0%) estresse parcialmente, expondo a grande dificuldade que a equipe tem em se relacionar com o familiar devido à correria do dia a dia e também por ser um setor crítico, passando muitas vezes despercebido. Além disso, um dos familiares de paciente deu opinião quanto a boletim médico, como mostra as falas seguintes:

“O boletim médico a meu ver pode ser feito no corredor ao lado do Box ou na sala onde fica a psicóloga e não em pé na porta da UTI.” (*Violeta*).

“A espera do boletim medico é estressante, o boletim poderia ser dado no leito.” (*Begônia*).

Correa, Sales e Soares (2008) supõem que na busca de informações pelo estado de saúde do enfermo, a família sempre manifesta sentimentos de angustia e insegurança, se reportando a possibilidade de morte e esperando todos os dias o pior prognóstico mesmo desejando a melhora do quadro.

Alguns pacientes além de relatarem satisfação com o atendimento da equipe médica, também manifestaram descontentamento quanto a assistência ofertada pela equipe de enfermagem, quanto o acolhimento, humanização e fazer tecnicista, como referem às falas abaixo:

“Fomos bem atendidas, acompanhadas e assistidas pela equipe médica.” (*Jasmim*).

“Somente hoje conhecemos e fomos acolhidos pela enfermeira, isso é fundamental. Durante a visita desaparecem todos os funcionários e às vezes precisamos dos mesmos, caso o tubo da traqueostomia venha soltar, por exemplo.” (*Violeta*).

“No início da internação houve alguns desentendimentos quanto ao tratamento e manuseio com a paciente, mas agora estão todos de parabéns.” (*Rosa*).

“Na hora da higiene pessoal algumas enfermeiras são ríspidas e ignorantes, não tem compaixão, tratando o paciente como objeto sem vida. Na maioria das vezes o banho do paciente é frio, mesmo ele pedindo para ser morno. Além disso, nem todo paciente gosta de ficar com a barba crescida, pois incomoda. Tem que ser dado mais atenção aos pacientes quanto a higiene pessoal.” (*Cravo*).

Em geral, os familiares apresentam um elevado grau de satisfação quanto ao cuidado prestado pela equipe médica e tendem a reclamarem quanto às questões referentes aos cuidados prestados pela equipe de enfermagem por esta não ser capaz de atender os familiares nas suas necessidades emocionais e psicológicas, e informações completas sobre o estado geral dos pacientes e o funcionamento dos aparelhos (NEVES et al., 2009).

Domingues, Santini e Silva (1999) em seu estudo apontou que não há uma sistematização de informações repassadas aos familiares de pacientes sobre o estado geral de saúde, e desta forma alguns recebem orientações mais completas, outros não.

Os mesmo atores também abordam que é necessário dar uma atenção mais holística ao paciente, dando atenção às necessidades biopsicossociais, não se esquecendo da família que perpassa por todo o processo de doença do parente (DOMINGUES; SANTINI; SILVA, 1999).

É evidente a falta de calor humano no processo de comunicação entre os profissionais e o familiar do paciente que sofre tão quanto ou até mais que o paciente que estar internado, é imprescindível o acolhimento, atenção e afeto. Transcende aos desejos do familiar há necessidade de comunicação antes de adentrar na unidade de internação preparando-os quanto ao estado abatido do ente querido, o uso de aparelhos pelos mesmos, sondas, drenos, bem como a flexibilidade ao tempo de permanência junto ao paciente (GOTARDO; SILVA, 2006).

Na categoria “ambiente”, os familiares avaliaram-na como aqueles que geraram menor estresse, porém um deles fez uma crítica construtiva com relação à estrutura física da UTI. Abaixo se encontra o depoimento do familiar do Rosa:

“A estrutura física é razoável, pois o Box é totalmente aberto permitindo que o paciente visualize as intercorrências do Box em frente, além de ser muito apertado. Seria ideal outra posição para ilha onde ficam os médicos e enfermeiros, para que eles pudessem visualizar os pacientes. Isso nos traria tranquilidade e conforto.” (*Rosa*)

“A troca do Box não foi uma alternativa boa a meu ver. Estávamos familiarizados com Box 4 e depois fomos mudados para o Box 17. Não gostamos nada da mudança.” (*Lírio*)

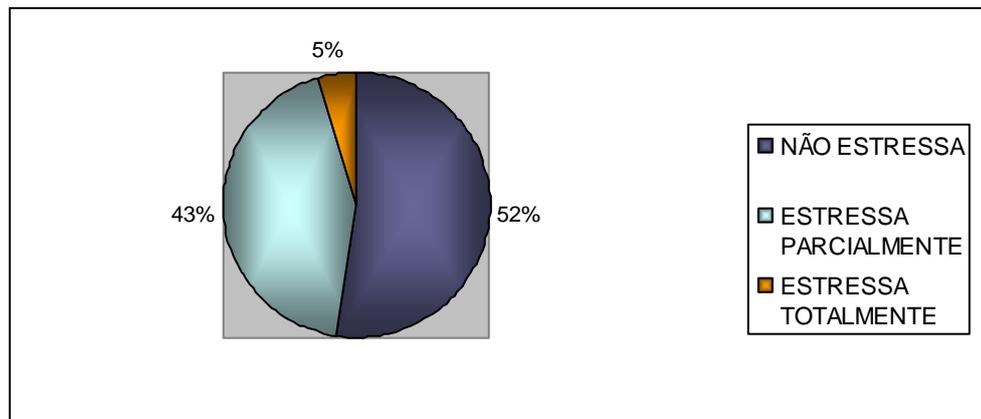
Outro familiar avaliou o ambiente satisfatoriamente, como diz Palma de Santa Rita:

“Estrutura física agradável.” (*Palma de Santa Rita*)

Neste estudo, os fatores relacionados ao ambiente, tais como ruído dos aparelhos, iluminação da UTI, aparelhos ao redor do paciente, ver os outros paciente ao adentrar o setor e o cheiro da UTI foram relatados como eventos geradores de pouco estresse.

Como mostra no gráfico nº 19, há ainda fatores ambientais responsáveis pelo aumento na percepção de estresse, sendo que o nível de ruídos é uma dos principais. O percentual de familiares avaliou o fator ruído dos aparelhos como: não estressante (52%), estressa parcialmente (43%) e estressa totalmente (5%).

Gráfico 19 - Percentual de nível de estresse quanto ao ruído dos aparelhos



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Como mostra no gráfico 19, há ainda fatores ambientais responsáveis pelo aumento na percepção de estresse, sendo que o nível de ruídos é uma dos principais. O percentual de familiares avaliou o fator ruído dos aparelhos como: não estressante (52%), estressa parcialmente (43%) e estressa totalmente (5%).

Neste estudo, os fatores relacionados ao ambiente, tais como ruído dos aparelhos, iluminação da UTI, aparelhos ao redor do paciente, ver os outros paciente ao adentrar o setor e o cheiro da UTI foram relatados como eventos geradores de pouco estresse.

Pereira e outros (2003) em seu estudo, onde foi verificado o nível de pressão sonora em uma unidade de terapia intensiva geral, visando o estabelecimento do período de maior exposição e comparando seus resultados com as recomendações nacionais e internacionais, identificou que os níveis de ruído hospitalares nesta unidade de internação encontram-se excessivamente elevados, resultante dos alarmes de equipamentos e da comunicação da equipe de enfermagem e médica, tornando ruidoso um ambiente que deveria ser silencioso e tranquilo e podendo gerar distúrbios fisiológicos e psicológicos tanto nos pacientes como nos funcionários dessa unidade e familiares de pacientes.

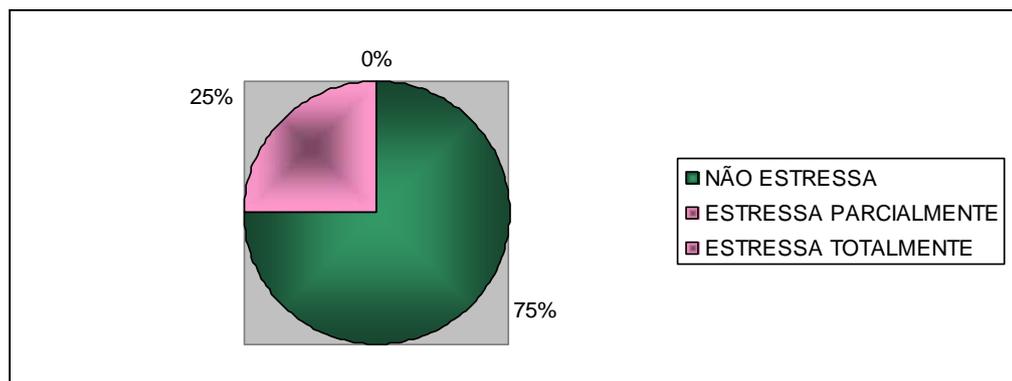
O nível de ruído encontrado no estudo de Pereira e outros (2003), esteve acima do preconizado pelas normas da ABNT (45dB), apresentando média de 65,36dB o que aumenta a percepção de estresse e pode prolongar o tempo de internação e a recuperação dos pacientes. O mesmos autores afirmam que os níveis de ruído para considerarem um hospital tranquilo devem localizar-se entre 40 e 50 dB; em um

ambiente intermediário entre 50 a 60 dB e em um ambiente ruidoso, como o que observamos, estaria na margem de 60 a 70 dB (PEREIRA et al., 2003).

O avanço tecnológico nas UTI's visando o atendimento com maior qualidade e resolutividade trouxe como inferência o aumento do número de equipamentos modernos com monitores e alarmes sonoros, que ao ver dos pesquisadores ultrapassa o conceito de avanço, prejudicando tanto as funções laborativas da equipe, quanto à recuperação dos pacientes internados (PEREIRA et al., 2003).

Chavaglia e outros (2011) afirmam que a presença de ruídos nas unidades de terapia intensiva proveniente dos ventiladores mecânicos, bombas de infusão, monitores cardíacos e conversas de profissionais são considerados indesejáveis, irritantes e que atrapalham o sossego de pacientes dificultando, familiares e profissionais também considerados significativamente estressantes.

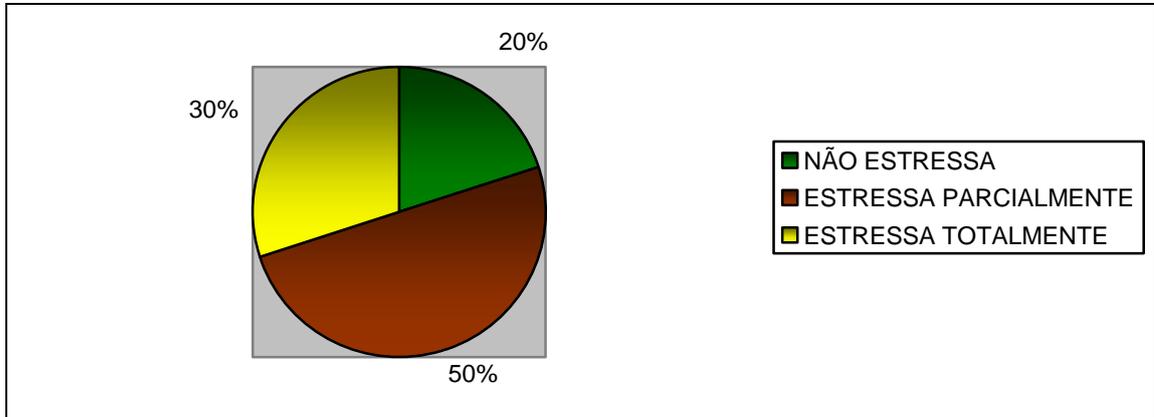
Gráfico 20 – Percentual de nível de estresse quanto a iluminação do ambiente



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

A iluminação do ambiente não foi evento estressor para os familiares, correspondendo 75% do resultado encontrado, como não estressor. Outras pesquisas ainda têm apresentando como queixas de familiares aos fatores ambientais: ruídos, iluminação, incômodo pelos aparelhos, além de ter que compartilhar o espaço com outros pacientes e familiares, citados como eventos que fazem perder a privacidade (MAROSTI; DANTAS, 2006).

Gráfico 21 – Percentual de nível de estresse quanto os aparelhos ao redor do paciente

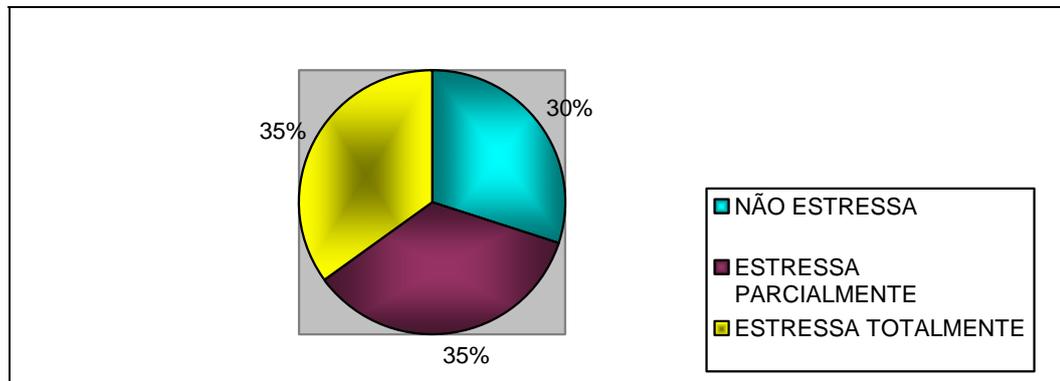


Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Foi encontrada uma parcialidade entre eventos estressores e não estressores, correspondendo em média 50%. Correa, Sales e Soares (2002) referem em seu estudo que os familiares referem sentimentos de medo e insegurança com relação às tecnologias e a própria dinâmica de trabalho na unidade de terapia intensiva referindo a UTI como lugar estranho que amedronta, porém percebe também que o paciente se encontra no lugar mais efetivo para o seu cuidado conferindo segurança no cuidado do paciente gravemente enfermo.

Além disso, existe um conjunto de expectativas e de conflitos ambivalentes nos familiares acompanhantes, por um lado, denotam uma possibilidade de que o paciente se encontra neste ambiente recebendo um cuidado melhor, específico, com maior atenção, por outro lado, revelam as suas dificuldades pessoais em lidar com o sofrimento e a tristeza pela complicação do quadro clínico de seu ente querido (PINHO; SANTOS, 2009).

Gráfico 22 – Percentual de nível de estresse ao ver os outros pacientes ao adentrar no setor

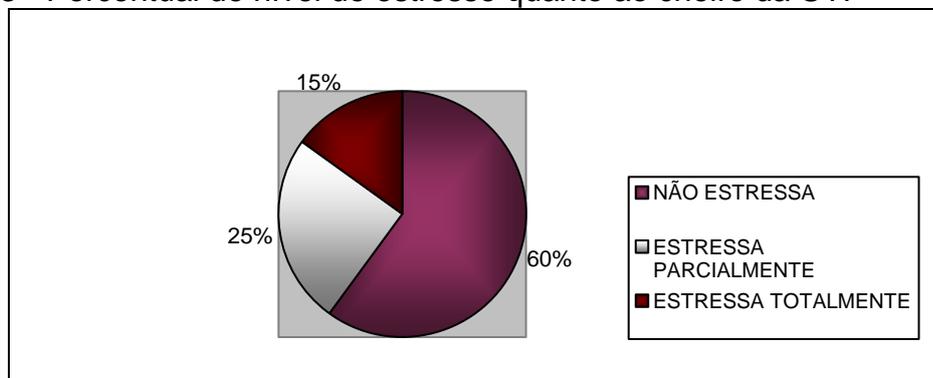


Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

Ver outros pacientes serem admitidos na UTI é um fator que também confere estresse aos familiares que o acompanham, como apresentado no gráfico 18, onde 70% dos familiares referiram ser um agente estressor e 30% somente consideraram como não estressor.

É comum criar um preconceito da UTI como ambiente hostil onde predomina o imaginário da morte, dor e sofrimento, isso porque a gravidade, a invasividade e o risco de morte são frequentemente presenciados pelos profissionais, pacientes e familiares. Estar no momento crítico da vida ao lado de outros pacientes que se encontram na mesma situação não é uma experiência agradável, nem positiva, visto que os pacientes vivenciam a morte de outros e se colocam naquela situação (PINHO; SANTOS, 2009).

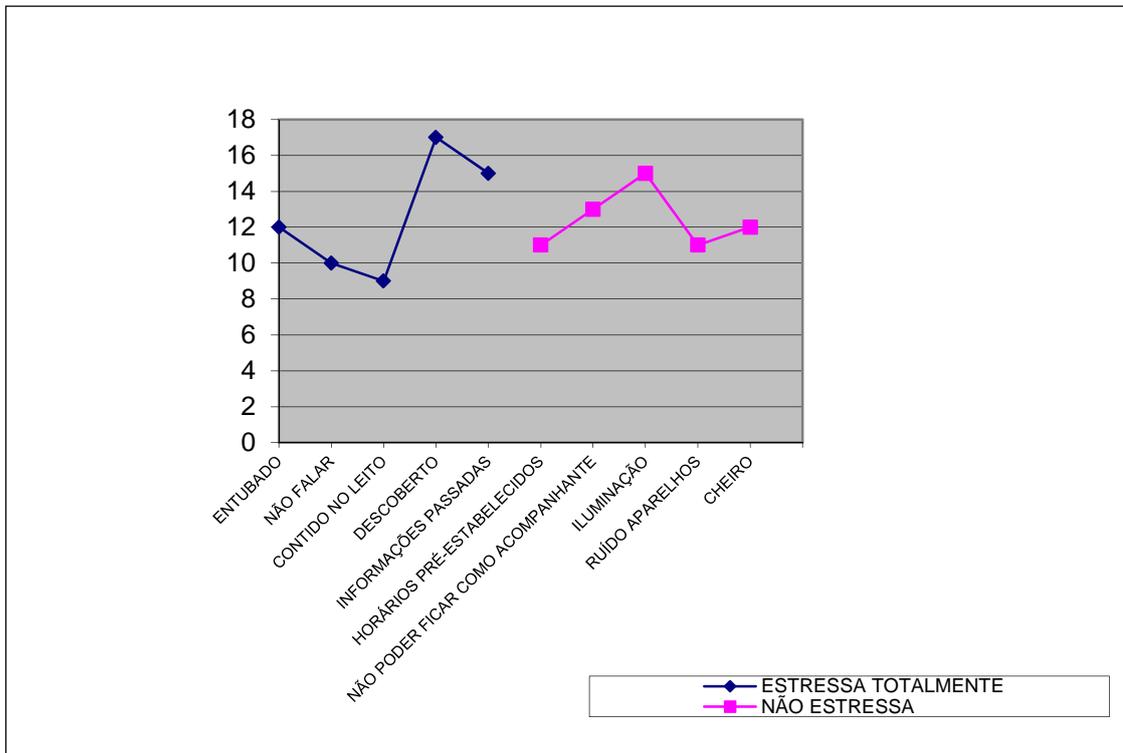
Gráfico 23 - Percentual de nível de estresse quanto ao cheiro da UTI



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

O percentual de nível de estresse quanto ao cheiro da UTI , onde a maioria (60%) dos familiares consideraram como evento não estressante, como refere o gráfico .

Gráfico 24 – Fatores estressores de acordo com os cinco maiores e menores escores



Fonte: Prontuários de um hospital da grande vitória. Elaboração própria

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De posse da análise dos resultados, a presente pesquisa nos permitiu evidenciar que o paciente que estar internado em uma unidade de terapia intensiva gera inúmeros estresses para os familiares que o acompanham, advindos do ambiente de internação, das rotinas de visitas, condições de saúde-doença dos pacientes e da relação equipe-familiar.

Neste estudo realizado em um hospital privado da Grande Vitória, a maioria dos fatores estressantes para os familiares de pacientes internados em unidade de terapia intensiva estiveram relacionados à condição em que o paciente se encontra.

As rotinas de visita foram indicadas como os fatores mais estressantes para essa clientela de estudo, enquanto que o ambiente da unidade de internação foi mencionado como aqueles menos geradores de estresse.

Os eventos percebidos como muito estressantes, foram: aquelas que estiveram relacionados à equipe multidisciplinar, como as informações repassadas pela equipe e relacionados ao paciente, como ver o paciente entubado, descoberto, contido no leito e o paciente não atender ao falar.

Os itens relacionados ao ambiente da UTI foram o que receberam os mais baixos escores de estresse, pontuados como não estressantes, como: iluminação do ambiente, ruído dos aparelhos e o cheiro da UTI.

Com relação à dependência da equipe de enfermagem tida pelo paciente, faz-se necessário uma avaliação das condições de saúde do paciente no intuito de auxiliar e encoraja-los a executarem tarefas simples, como a própria higiene oral, podendo diminuir essa sensação de desconforto e conduzi-los a uma situação que possam reassumir o seu autocontrole, entende-se que dessa forma, contribuiria para reduzir os possíveis eventos estressores e ao mesmo tempo uma forma mais humanizada de trabalho.

O estudo também traz em seus resultados que o excesso de ruído pode gerar estresse ao paciente e familiar, pois influenciam na privação do sono prejudicando na qualidade do sono, diante disso, seria importante que existisse uma redução significativa do nível de ruído, especialmente durante a noite, pois nota-se que neste período é onde mais ocorre o excesso de ruído.

Conhecer estes eventos geradores de estresse para os familiares dentro da unidade de terapia intensiva poderá subsidiar na compreensão das necessidades do indivíduo em termos emocionais e psicossociais mantendo a humanização do serviço facilitando na melhoria da qualidade da assistência, ofertando alternativas para minimizar os níveis de estresse.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.S. et al., Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva. Brasília, **Rev. Bras Enferm**, v. 62, n. 6, p. 844-849. nov-dez, 2009. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a07v62n6.pdf>>. Acesso em: 20 ago 2013.
- AZEVEDO; R.B. O que é estresse; causas e conseqüências; o estresse em família; o estresse no trabalho. **IN: AZEVEDO; R. B.** Estresse e depressão: aprendam os dois grandes males do mundo atual. São Paulo: Saúde e Vida, 2004. p. 13 – 57.
- BARLEM, E.L.D, et al., Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** v. 10, n. 4, p. 1041-1049, 2008. Disponível em:<
http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/pdf/v10n4a16.pdf>. Acesso em 16 jul 2013.
- BRUNNER;SUDDARTH.tratado de enfermagem médico-cirurgica.Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,V.1, ed.11°,2009.
- BITENCOURT, A. G. V.et al. Análise de Estressores para o Paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2007000100007&script=sci_arttext>. Acesso em 17 out 2013.
- BRASIL. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- BREVIDELLI, M. M.; DOMENICO, E. B. L. **Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde.** 1. ed. São Paulo: Iátria, 2006. p. 73-81.
- CAROLYN, M.; HUDAK, R.N.; BARBARA M. **Cuidados intensivos de enfermagem: Uma abordagem Holística.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** 5. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2002. p. 63-68.
- CHAVAGLIA, S. R. R. et al. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. **Rev Gaucha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p.: 654-661, 2011. Disponível em:<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400003>. Acesso em 26 out. 2013.
- CORONETTI, A. et al. O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. **Arquivos Catarinenses de Medicina** v. 35, n. 4, p. 36-43, 2006.

CORREA, A. K.; SALES, C. A.; SOARES, L. A família do paciente internado em terapia intensiva: concepções do enfermeiro. **Acta Scientiarum**. Maringá, v. 24, n. 3, p. 811-818, 2002. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/2543/0>>. Acesso em 26 out. 2013.

COSTA, J. B. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 182-189, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852010000300003&script=sci_arttext>. Acesso em 10 set. 2013.

COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.13, supl.1, p.571-80, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci_arttext>. Acesso em 10 set 2013.

DIAS, A.T.; MATTA, P.O.; NUNES, W.A. Índices de Gravidade em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Avaliação Clínica e Trabalho da Enfermagem. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 18, n.3, p.273-281. Jul./Set., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2006000300010&script=sci_arttext>. Acesso em 10 de maio 2013.

DOMINGUES, C. I.; SANTINI, L.; SILVA, V. E. S. orientação aos familiares em uti: dificuldades ou falta de sistematização? **Rev.Esc.Enf.USP**, v.33, n.1, p.39-48, mar. 1999.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.L. **Stress e Trabalho**: Uma abordagem psicossomática. 2. ed, São Paulo: Atlas, 1999.

FREITAS, E.R.F.S. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 20-26, maio/jun. 2010.

FREITAS, H; OLIVEIRA, SACCOL, A.Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa de survey. **Revista de administração**, São Paulo, v.35, n. 3, p.105-112, jul./set. 2012. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_metodo_de_pesquisa_survey.pdf>. Acesso em 27 set. 2013.

FRIZON, G. et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000100009&script=sci_arttext>. Acesso em 20 set. 2013.

GAZETA WEB. **Estresse afeta até 30% dos trabalhadores brasileiros**. [online]. Publicado 19/09/2009. Disponível em: <http://gazetaweb.globo.com/v2/noticias/texto_completo.php?c=185569> Acesso em 17 mar 2010.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. F.; CABANELAS, S. Estresse ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com enfermeiros portugueses. **Psicologia: teoria e pesquisa**. Brasília, v. 25, n. 3, p. 307-318, jul/set., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n3/a04v25n3.pdf>>. Acesso em 10 abr 2013.

GONCALVES, L.A. et al . Necessidades de cuidados de enfermagem em Terapia Intensiva: evolução diária dos pacientes segundo o Nursing Activities Score (NAS). *Rev. bras. enferm.* Brasília , v. 59, n. 1, Fev. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100011>. Acesso em 30 mar 2013.

GOTARDO, G. I. B.; SILVA, C. A. O cuidado dispensado aos familiares na unidade de terapia intensiva. **R Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.13, p. 223-228, 2005. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a13.pdf>>. Acesso em 20 set. 2013.

GUERREIRO, C. H. *A minha conclusão*. In: GUERREIRO, C. H. **Stress & Depressão** [online]. Dez. 2005. Disponível em: <<http://stress-depressao.blogspot.com/2005/12/minha-concluso.html>> Acesso em 01 abr. 2010.

GUERRER, F. J. L; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 42, n. 2, p. 355-362. jun., 2008.

HEIDEMANN, A. M. et al . Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 1, Mar. 2011 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

INOUE, K.C; MATSUDA, L.C. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 379-384, 2010. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n3/v23n3a11.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2013.

KNOBEL, E; NOVAES, M.A.F.P; BORK, A.M.G.T. Humanização dos CTIs. In: KNOBEL, E. *Conduas no paciente Grave*. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 1998, p. 1305.

LAKATOS, E.; MARCONI, M.A. **Metodologia científica**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

LEITE, M.A.; VILA, V.S.C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, Abr. 2005 . Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 set 2013.

LIMA, A.B; ROSA, D.O.S. O sentido de vida do familiar do paciente crítico. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 547-553, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a18.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

LIPP, M. Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. 3. ed. São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2005.

LIPP, M.E.N. O stress está dentro de você. 7. ed. São Paulo: **Contexto**, 2007.

LOPES, C.S; FAERSTEIN, E; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1713-1720, nov-dez, 2003.

LOPES, C. S. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, problemas de saúde, no estudo pós-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10. p. 2327-2336, out. 2007. Disponível: <
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/08.pdf>>. Acesso em 25 ago 2013.

MACEDO, L. E. T. et al. LOPES, C. S. Estresse no trabalho e interrupção de atividades habituais, problemas de saúde, no estudo pós-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 23, n. 10. Rio de Janeiro, out. 2007. p. 2327-2336.

MAESTRI E. et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 73-78, jan./mar, 2012. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a13.pdf>>. Acesso em 25 maio 2013.

MAROSTI, C. A; DANTAS, R. A. S. Relação entre estressores e características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados em uma unidade coronariana. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. set./out, 2006.

MARTINS, J. et al. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: Conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 109-101, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n4/v10n4a22.htm>. Acesso em 13 de ago 2013.

MARGIS, R. et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **R. Psiquiatr. RS**, v. 25, supl. 1, p. 65-74, abril, 2003. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082003000400008&script=sci_arttext>. Acesso em 16 aet. 2013.

MARUITI, M.R.; GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 1, Mar. 2007 .

MARUITI, M.R.; GALDEANO, L.E.; FARAH, O.G.D. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 636-642, 2008. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a16v21n4.pdf>>. Acesso em 19 maio 2013.

MONTICELLI, M.; BOEHS, A. L. A família na unidade de internação hospitalar: entre o informal e o instituído. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.41, n.3, Set. 2007.

Disponível em: < [www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342007000300018&script](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342007000300018&script=)>. Acesso em: 2 nov 2013.

NEVES, F. B. C. N et al. Análise da satisfação dos familiares em unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva**. v. 21, n.1, p. 32-37, 2009. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2009000100005&script=sci_arttext>. Acesso em 19 set. 2013.

NOVAES, M.A.F.P; KÜHL, S.D; KNOBEL, E. Aspectos psicológicos em UTI. In: KNOBEL, E. **Condutas no paciente Grave**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 1998, p. 1297.

PAFARO, R. C.; MARTINO; M. M. F. Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrico de Campinas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 152-160. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/05.pdf>>. Acesso em 24 maio 2013.

PASCHOAL, T.; TAMAYO, A. Impacto dos valores laborais e da interferência família – trabalho no estresse ocupacional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 21, n. 2, Maio/Ago, 2005. p. 173-180. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722005000200007>. Acesso em 23 jul 2013.

PEREIRA, R. P. et al. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. São Paulo, v. 69, n. 6, Dez. 2003 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992003000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Rev. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008 Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342008000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Nov. 2013.

POLIT, D.F.; BECK, C.T; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ROCHA, M. S da. et al. Caracterização da população atendida em unidade de terapia intensiva: subsídio para a assistência. Rio de Janeiro, **Rev. enferm. UERJ**; vol. 15, n. 3, p. 411-416, jul.-set. 2007. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v15n3/v15n3a15.pdf>>. Acesso em 18 set 2013.

SALICIO, D.M.B.S; GAIVA, M.A.M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. Eletr. Enf**. v. 8, n. 3, p. 370-376, dez, 2006. Disponível em: < http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_3/v8n3a08.htm>. Acesso em 12 set. 2013.

SCHMIDT, D. R.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P.; LAUS, A. M. Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem no bloco cirúrgico. **Texto Contexto Enfermagem**. v. 18, n. 2. 2009. p. 330-337. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/17.pdf>>. Acesso em 26 maio 2013.

SILVA, A. M. **O acompanhante do paciente adulto hospitalizado**: percepção dos enfermeiros. (Dissertação de mestrado). Universidade de Guarulhos. Centro de pós-graduação, pesquisa e extensão. Curso de Mestrado em Enfermagem. Guarulhos, 2007, 108f. p. 6-24. Disponível em:< http://tede.ung.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=13> Acesso em 25 de abr. 2010.

SILVA, F.S; SANTOS, I. Expectativas de familiares de clientes em UTI sobre o atendimento em saúde: estudo sociopoético. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Jun. 2010 . Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200004>. Acesso em 23 maio 2013.

SILVEIRA, R.S. et al. Uma tentativa de humanizar a relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na uti. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 14, n. set, 2005. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072005000500016&script=sci_arttext>. Acesso em 12 set 2013.

SMELTZER, S.C; BARE, B.G. Conceitos biofísicos e psicossociais na prática da enfermagem. IN: SMELTZER, S.C; BARE, S.C. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2005. p. 84-102.

SOARES, M. Cuidando da Família de pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 19, n. 4, p. 481-484, 2007. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a13v19n4.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

SOUZA, P. et al. A relação da equipe de enfermagem com a criança e a família em pós-operatório imediato de cardiopatias congênitas. **Arq Ciênc Saúde**, v. 15, n. 4, p. 163-169, 2008. Disponível em:< http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20288.pdf>. Acesso em 19 set 2013.

STAKE, E.; VIDAL, J.M. **Antropologia médica**: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1998.

STRAUB, R.O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

VIEIRA, M. P.; PIRES, N. S.; SANTOS, V. C. **O acesso dos familiares a Unidade de terapia intensiva**: uma forma de comunicação com a equipe (monografia). Universidade Federal de Pampa. 2010, 55f.

ZAKIR, N. S. Experiências do passado: o estresse de hoje. In: LIPP, M. E. N. **O stress está dentro de você**. 7. ed. São Paulo: Contexto, 2007. p. 129-151.

ZANUTTI, T.G.; STUMM, E.M.F.; UBESSI, L.D. Stress and coping in families of patients in an intensive care unit. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3608-3619, abr./jun., 2013. Disponível em:<
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2125/pdf_731>. Acesso em 10 ago 2013.

ZILBERSTEIN, B. **Manual de terapia intensiva**: procedimentos práticos. São Paulo: Robel 1995.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Parte I - Internação do paciente:

Dia de internação: _____

Diagnóstico de internação: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Parte II – Familiar

Pense no nível de estresse que você sente em relação ao paciente na UTI.

Abaixo estão listadas situações que podem ocorrer no dia a dia relacionado à internação do paciente na UTI.

Leia com atenção cada afirmativa e utilize a escala apresentada a seguir para expressar seu nível de estresse.

1	2	3
Não estressado	Estressado em parte	Estressado totalmente

Para cada item, marque o número que melhor corresponde à sua resposta.

Marque um (X) na numeração mais adequada ao seu nível de estresse frente as situações abaixo:

Qual seu nível de estresse?

1.quanto aos horários pré-estabelecidos de visita?	1	2	3
2.Quanto ao tempo liberado para visitas?	1	2	3
3. Esperar pelo horário de visita?	1	2	3
4. Não poder ficar como acompanhante quando determinado pela equipe?	1	2	3
5.O tempo de internação do paciente?	1	2	3
6.Observar o paciente entubado?	1	2	3
7.O paciente não te atender ao falar?	1	2	3
8.Quando o paciente entende e não consegue falar?	1	2	3
9.Ao chegar e observar o paciente contido no leito?	1	2	3
10.Paciente dependente totalmente da equipe?	1	2	3

11.Encontrar o paciente descoberto?	1	2	3
12. A demora ao solicitar ajuda?	1	2	3
13.Termos utilizados pela equipe?	1	2	3
14. Entende as informações passada pela equipe médica?	1	2	3
14. Quanto as informações fornecidas?	1	2	3
15.Os ruídos dos aparelhos?	1	2	3
16.A iluminação do ambiente?	1	2	3
17.Os aparelhos ao redor do paciente?	1	2	3
18.Ver os outros pacientes ao adentrar o setor?	1	2	3
19.O cheiro da UTI?	1	2	3

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo tema é O Estresse na Unidade de Terapia Intensiva. O projeto foi elaborado e será executado pela acadêmica de Enfermagem: Gislene de Fátima Fabiano, sob orientação da Prof^aTatiane Miranda da Silva. O objetivo geral do estudo é determinar os principais fatores condicionantes de estresse do familiar na qualidade de acompanhante no Centro de Terapia Intensiva e como objetivos específicos propor sugestões para reduzir o nível de estressores baseado nos principais fatores encontrados e correlacionar diagnóstico de internação com nível de estresse dos familiares.

Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador.

Assumo o compromisso de manter o sigilo quanto à sua identidade durante a realização e na divulgação dos resultados da pesquisa em eventos e publicações científicas, na medida em que as informações coletadas serão identificadas com um código fictício que somente eu terei acesso. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será revelado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. O conteúdo será utilizado exclusivamente para fins científicos. Todo material será arquivado pela pesquisadora e destruído conforme as normas da instituição.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade nº _____ expedida pelo órgão _____ por me considerar devidamente informado (a) e esclarecido (a) sobre o seu conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida, livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Assinatura do Participante

DATA:

Impressão Dactiloscópica
(p/ analfabeto)

Assinatura pesquisadora

Data: __/__/2013

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar a:

Pesquisadora Responsável: Tatiane Miranda da Silva

E-mail: tatty.ms@hotmail.com

APÊNDICE C - Tabela: Ranking dos fatores estressores segundo classificação de notas de cada item

VARIÁVEL COLETADA	NÍVEL DE ESTRESSE		
	I	II	III
PERGUNTAS			
Quanto aos horários pré-estabelecidos de visita?	11	6	2
Quanto ao tempo liberado para visitas?	4	12	4
Não poder ficar como acompanhante quando determinado pela equipe?	13	6	1
Esperar pelo horário de visita?	8	10	2
O tempo de internação do paciente?	6	9	5
Observar o paciente entubado?	3	5	12
O paciente não te atender ao falar?	4	6	10
Quando o paciente entende e não consegue falar?	5	10	5
Ao chegar e observar o paciente contido no leito?	3	8	9
Paciente dependente totalmente da equipe?	3	9	8
Encontrar o paciente descoberto?	2	5	17
A demora ao solicitar ajuda?	3	8	9
Termos utilizados pela equipe?	9	9	2
Entende as informações passada pela equipe medica?	0	5	15
Os ruídos dos aparelhos?	11	9	1
A iluminação do ambiente?	15	5	0
Os aparelhos ao redor do paciente?	4	10	6
Ver os outros pacientes ao adentrar o setor?	6	7	7
O cheio da UTI?	12	5	3

Fonte: elaboração própria

APÊNDICE D - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

À Diretoria Clínica: Dr^a Lia Márcia Manssini

Do Hospital Metropolitano

Senhora Diretora:

Eu, Gislene de Fátima Fabiano, estudante do sétimo período do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo (FCSES), brasileira, CPF 09432187721, residente e domiciliada nesta cidade na Rua Dionizio Abaurre 543 bloco 1c apto 303 Bairro Jardim Camburi Vitoria E-S. Em virtude da realização do trabalho de Conclusão de curso cujo tema é "O ESTRESSE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA", desenvolvido sob orientação da professora Tatiane Miranda da Silva, viemos respeitosamente através do presente, REQUERER de V.S^a autorização para coletar dados necessários para o desenvolvimento desse estudo na Unidade de Terapia Intensiva, no Hospital Metropolitano. Os dados serão todos confidenciais, não havendo nenhum comprometimento para os funcionários nem para instituição.

Vitória, de de 2013.

Diretora Clínica do Hospital Metropolitano
Dr^a Lia Márcia Mnassini