

ESTRESSORES VIVENCIADOS POR PACIENTES EM UMA UTI

Eniva Miladi Fernandes Stumm¹, Daiane Teixeira Kuhn², Leila Mariza Hildebrandt³, Rosane Maria Kirchner⁴

RESUMO: As pessoas normalmente não estão preparadas para internação em Unidade de Terapia Intensiva. Na maioria das vezes, essa situação ocorre de forma inesperada, levando as pessoas para um ambiente complexo, onde tudo lhes é estranho. O estudo busca identificar fatores estressores em pacientes que internaram em uma UTI de um hospital de grande porte. Pesquisa qualitativa, descritiva, da qual participaram 15 pacientes. A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de entrevista aberta, após a alta do participante da unidade e a observação com registro em diário de campo. O tratamento dos dados seguiu os preceitos da análise temática e resultou na estruturação de uma categoria analítica, que discute acerca dos estressores relacionados ao ambiente, à equipe e fatores físicos geradores de estresse. Os resultados mostram que a maioria dos estressores identificados podem ser controlados pela equipe, e quando não, interferem na recuperação do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Unidade de terapia intensiva; Estresse; Assistência ao paciente.

STRESSORS EXPERIENCED BY PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: People are not usually prepared to be admitted to an Intensive Care Unit. Most of the time, this is an unexpected situation, taking people to a complex environment, where everything is strange to them. The study tries to identify stressors in patients that have been admitted to an ICU of a big hospital. Fifteen (15) patients participated in this qualitative, descriptive research study. Data collection was carried out by means of an open interview, after the participant's discharge of the unit as well as recorded observation in a field diary. Data treatment followed the steps of thematic analysis and resulted in the structuring of an analytic category that addresses environmental stressors, team stressors and physical stress-generating factors. The results evidence that most of the identified stresses can be controlled by the team, and they may interfere in patients' recovery.

KEYWORDS: Intensive care unit; Stress; Patient's care.

ESTRÉS SUFRIDO POR PACIENTES EN UNA UTI

RESUMEN: Las personas normalmente no están preparadas para la internación en una Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI). En la mayoría de las veces, esta situación ocurre de forma inesperada, llevando a las personas a un ambiente complejo, donde todo es diferente. El estudio busca identificar factores estresantes en pacientes que ya fueron internados en UTI de un hospital de gran porte. Investigación cualitativa, descriptiva, de la cual han participado 15 pacientes. La colecta de datos fue hecha mediante realización de entrevistas abiertas y observación, en las cuales fueron realizados apuntes en un diario de campo. El análisis de los datos resultó en una única categoría: Factores estresantes relacionados al ambiente, al grupo de profesionales y a los factores físicos. Los resultados muestran que la mayoría de los factores estresantes identificados puede ser fácilmente identificada y controlada por los profesionales; en caso contrario, puede interferir con la recuperación del paciente en la UTI.

PALABRAS CLAVE: Unidad de tratamiento intensivo; Estrés; Atención al paciente.

¹Enfermeira. Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS, Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-Unijuí.

²Enfermeira, egressa do Curso de Graduação em Enfermagem da Unijuí.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo-EERP/USP. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da Unijuí.

⁴Doutora em Engenharia Elétrica-Métodos de Apoio à Decisão. Professora de Estatística do Centro de Ciências Rurais de São Gabriel-CRSG. Universidade Federal do Pampa-UNIPAMPA.

Autor correspondente:

Eniva Miladi Fernandes Stumm

Rua 20 de setembro, 902 - 98700-000 - Ijuí-RS

E-mail: eniva@unijui.edu.br.

Recebido: 26/08/08

Aprovado: 17/11/08

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um setor de alta complexidade, que demanda atenção contínua da equipe aos pacientes os quais, de maneira geral, não estão preparados para internação neste ambiente complexo e estranho. A solidão vivenciada pelo paciente na UTI pode ser traduzida por desespero, devido ao rompimento de seu vínculo com a família, considerando as limitações de entrada de parentes na unidade e, quando há permissão, nem sempre ela ocorre⁽¹⁾.

Neste contexto, a UTI é uma unidade destinada a pacientes graves e, como tal, detentora de um imaginário social atrelado ao sentimento de medo, sobretudo da morte, e que submete o indivíduo à falta de autonomia sobre o corpo, ou seja, à perda do controle de si próprio⁽²⁾. Ainda há pouco controle e influência no ambiente, em virtude da falta de privacidade, dependência, monotonia, dificuldade em se orientar, exposição ao acompanhamento por monitores, tratamento e interrupções freqüentes do sono⁽³⁾.

A UTI, por si só, é um ambiente que pode ocasionar estresse ao paciente. Contribuindo, um dos principais fatores de angústia e insegurança é a ausência de informação sobre o que está acontecendo e o que será feito com ele⁽⁴⁾. A existência de inúmeros equipamentos, controles rigorosos, aliados ao afastamento da pessoa de seu ambiente, o confronto com o sofrimento próprio e/ou do outro, a possibilidade de morte, entre outras situações, podem se constituir em estressores. Internar é uma situação ameaçadora para o sujeito, pois representa o afastamento do seu *habitat*, a ruptura dos laços familiares e a separação de seus entes queridos.

A mudança se constitui em uma forma de estresse e que exige da pessoa que ela aprenda a se adaptar, psicológica e fisicamente⁽⁵⁾. O paciente que interna em uma UTI sofre mudança brusca e, neste contexto, a enfermagem tem um papel fundamental, no sentido de minimizar os estressores, contribuindo com a sua recuperação.

Tudo que causa quebra da homeostasia interna, que exija alguma adaptação, pode ser chamado de estressor⁽⁶⁾. Muitas vezes, a própria circunstância de internação na UTI se constitui em um problema para o paciente, pois com freqüência, ele não é consultado sobre sua internação e talvez não saiba que tudo e todos estão ali para atendê-lo e protegê-lo.

Considera-se importante que a enfermagem

conheça o paciente em suas necessidades individuais, contribuindo para compreendê-lo e assisti-lo de forma individualizada, pois nem sempre o que se julga ser o mais importante para o paciente é o que ele realmente deseja. Muitas vezes, essa falta de sintonia pode ser um fator desencadeador de estresse e dificultar o tratamento. Nesse sentido, o estresse tem sido indicado como causa de diminuição da capacidade de recuperação dos tecidos, resposta imunológica lenta e, conseqüentemente, maior predisposição a infecções no período de tratamento⁽⁷⁾.

A presente pesquisa busca identificar fatores estressores em pacientes que internaram em uma UTI de um hospital de grande porte. A opção por estudar o estresse sob a ótica de pacientes que passaram por essa experiência justifica-se pelo fato de que, conhecendo o que os estressa, pode-se melhor cuidá-los.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, envolvendo 15 pessoas que internaram em uma UTI Adulto de um hospital de grande porte, referência regional e do sul do País, com 530 leitos. O mesmo dispõe de quatro UTIs, totalizando 65 leitos. A UTI Central, local de internação dos pacientes pesquisados, disponibiliza 18 leitos, com taxa de ocupação mensal de aproximadamente 97%.

Os dados foram obtidos a partir do registro em diário de campo e entrevista aberta, realizada com os participantes. A pergunta aplicada foi: Fale-me, como foi para você internar na Unidade de Terapia Intensiva? Para garantia da coleta ampla dos dados, as situações vivenciadas na UTI e no decorrer das entrevistas, que não puderam ser captadas pelo gravador, foram registradas no diário de campo.

Os critérios de inclusão adotados foram: ter permanecido internado por no mínimo 72 horas em UTI e concordar em participar da investigação. As entrevistas foram realizadas após a alta da UTI e antes da alta hospitalar sendo utilizado o critério de saturação para o encerramento desta etapa⁽⁸⁾.

Foram observados os preceitos éticos regidos pelo Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁾ e solicitada autorização formal à Direção do Hospital e à Gerência do Serviço de Enfermagem. Em relação aos sujeitos do estudo, utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias; o anonimato e uso exclusivo das informações para fins

científicos foram observados. Os 15 participantes foram identificados com codinomes de deuses: Eros, Zeus, Hefesto, Ares, Métis, Athena, Posidon, Deméter, Apólo, Cronos, Hera, Hécate, Pã, Hermes e Afrodite.

No que se refere a análise dos dados foi realizada seguindo os preceitos da análise temática e resultou na estruturação de uma categoria analítica⁽¹⁰⁾, e compreendeu a ordenação e classificação dos dados e análise final.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente, considera-se importante, uma breve caracterização dos sujeitos pesquisados. Seis deles eram mulheres, nove homens, dez casados, dois viúvos e três solteiros. A faixa etária variou entre 18 e 72 anos, com média de 54 anos de idade. Um entrevistado referiu possuir curso superior completo, sete ensino médio completo, seis ensino fundamental incompleto e um analfabeto. Quanto à profissão, dois eram caminhoneiros, três do lar, um atacadista, quatro agricultores, dois professores, um funcionário público e dois estudantes. Em relação às patologias, quatro eram cardiopatas, quatro oncológicos, dois pós-cirurgiados, dois com septicemia e três pós-traumatismo crânio-encefálico.

A apreensão da essência dos depoimentos resultou na estruturação de uma categoria de análise: *Estressores relacionados ao ambiente, à equipe e fatores físicos de estresse ao paciente em uma UTI*. Neste contexto, a movimentação da equipe, a iluminação natural e artificial, não conseguir dormir, presença de equipamentos, normas que interferem na limitação das visitas, o fato de presenciar a morte ou a dor do outro, perda da noção do tempo/espaço em decorrência de estar em um ambiente fechado, descaso do médico e falta de informação sobre o estado clínico foi compreendido como fatores geradores de estresse. Os fatores físicos geradores de estresse referidos pelos pacientes foram a limitação física e a dor.

Os estressores ambientais resultam de uma relação particular entre pessoa e ambiente, que é avaliada como desgastante de seus recursos e que põe em risco o seu bem-estar⁽¹¹⁾. É uma transação entre a pessoa e o ambiente. Alguns sujeitos do estudo vêem a UTI como algo incômodo:

Toda hora entrava gente lá, eu acordava assustado com aquele barulho [...] aquilo lá nunca pára (Hécate).

Quando eu menos esperava morria um, vinha um monte de gente, médicos e enfermeiras, de repente outro ficava mal do outro lado, e assim foi, por um lado me entretia, já que não havia mais nada que fazer (Pã).

As reações à nova situação, bem como sua adaptação, dependem da personalidade e do estado físico e/ou mental em que o paciente se encontra. Contudo, para Pã, a movimentação na UTI o distraía, possibilitando, talvez, esquecer sua real condição. Contribuindo, a maneira como as pessoas desenvolvem formas para o enfrentamento dos estressores é um processo mental, individual, no qual cada uma tem capacidade diferente para enfrentar ou responder a esses estressores⁽¹¹⁾.

A dinâmica da UTI impõe certa poluição sonora, podendo gerar uma gama de situações estressoras para o paciente. Aliada à movimentação da equipe, estão a luminosidade excessiva, gemidos e lamentos, o desconforto causado pela posição no leito; ocasionando para muitos a privação do sono. O reconhecimento de sons desagradáveis como estressores encontra-se explícito nas falas:

Mais tarde podia ter menos prosa, um pouquinho mais de silêncio. Não sei se os outros se sentiam bem, mas eu não gostava, perdia o sono e daí já viu [...] (Cephisus).

Eu não sei o que era aquilo, parece que tinha sempre uma panela fervendo, que nunca parava. [referindo-se aos drenos em aspiração contínua]. Aquele barulho me irritava, não conseguia dormir, por quê não desligar aquilo? (Afrodite).

É importante que a equipe esteja atenta aos estressores na UTI para ajudar na adaptação dos pacientes e prevenir danos. Informações sobre dispositivos, equipamentos e materiais podem tranquilizá-los, fazendo com que passem a se sentir valorizados e bem cuidados. Um estudo sobre estressores na UTI constatou que o barulho decorrente das conversas é pior do que o barulho dos equipamentos. Três mudanças foram instituídas na unidade após o estudo, visando humanizar o atendimento, dentre elas uma campanha de silêncio e a criação de locais destinados para os profissionais conversarem⁽⁴⁾.

Mesmo a UTI, local ideal para o atendimento a

pacientes graves, é um ambiente altamente estressante⁽¹²⁾. Os autores ressaltam os benefícios do tratamento, porém destacam que podem ser atenuados pelos efeitos estressores da unidade.

Outro estressor mencionado foi a iluminação excessiva, tanto natural como artificial:

Aquelas luzes eram muito fortes, nunca consegui dormir em lugar onde não fosse escuro e lá demorei para conseguir me acostumar [...] (Hermes).

O que me incomodava era o sol, podia ser um pouco mais escuro, ficaria bom. De dia ficava impossível dormir, só se tu estava muito cansado [...] (Hefesto).

O sono e o repouso são necessidades humanas básicas e alterações nos respectivos padrões podem trazer conseqüências físicas e emocionais. Contribuindo, os ciclos de alerta seguidos de sono estão associados a um sistema fotossensível e, quando há alteração da intensidade luminosa, para mais ou para menos, podem haver interferência na sincronia desses⁽¹³⁾.

Em vários momentos foi observado que os pacientes sentiam solidão por estarem afastados de seus familiares e queixavam-se do curto espaço para visitaçõ:

O meu filho nem podia ir lá nos horários, estava sempre trabalhando. A gente sente falta de ter alguém conhecido perto, até para alcançar uma coisa prá gente [...] (Metis).

Lá só tem enfermeiras e médicos, passando a toda hora e a gente longe da família, é desesperador ficar lá [...] (Atena).

A gente ali, só esperando os filhos e a mulher que vinham e parece que ficavam só um pouquinho, não que a gente ficasse sozinho, mas é que mesmo com aquele monte de gente, não é a mesma coisa (Ares).

Analisando os depoimentos, evidencia-se que pacientes em UTI se defrontam com momentos de solidão, em virtude do reduzido tempo de permanência autorizado para as pessoas próximas. Eles almejam uma companhia, ter alguém perto, com quem possam dividir angústias, medos e inseguranças. Percebeu-se igualmente que, durante a visita, a presença da família normalmente os acalmava. Importante lembrar que o dia do paciente na UTI é longo, que o silêncio e a

solidão o deprimem, fazendo-o refletir ainda mais sobre os aspectos de sua doença.

Um dos objetivos das instituições hospitalares é a humanização da assistência e, nesta concepção, está incluída a presença da família na UTI. Estudo realizado em UTI Neonatal pontua que, além do domínio tecnológico e científico, são importantes relações que envolvam afetividade, solidariedade e atenção à família do paciente⁽¹⁴⁾.

Outro sentimento experienciado é o medo da morte, potencializado por ocorrências no setor, tais como gemidos, lamentos, acrescidos da experiência de presenciar a morte do outro:

Depois de 15 dias que eu estava lá, fui entender o que estava acontecendo comigo, fiquei mais nervoso ainda, de ver as pessoas ao meu lado passando mal, morrendo [...] uns quantos morreram. Eu ficava desesperado e pensava que eu também ia morrer (Apolo).

Tinha uma mulher do outro lado, pelo jeito com muita dor, mal, pois toda hora entrava gente lá [...]. Eu nem podia me mexer, ficava perturbado com aquilo tudo [...]. Não entendo, ela resmungava e suspirava o tempo todo, como se aquilo fosse aliviar aquela dor dela (Cronos).

Pode-se observar, nas falas dos sujeitos do estudo, que a movimentação na UTI para o atendimento aos outros pacientes, os quais, algumas vezes acabam morrendo, interfere na sua estabilidade emocional. Essas manifestações são corroboradas por Silva⁽¹⁵⁾ quando afirma que comumente na UTI o indivíduo morre sem privacidade, conectado a monitores e manobras de ressuscitação são frequentes. Mesmo sendo a morte percebida como acontecimento rotineiro na unidade, é importante que a equipe reflita sobre esta situação e promova ações efetivas visando proteger os demais pacientes de presenciarem-na.

O paciente em UTI se depara com muitas situações potencialmente estressoras e estas devem ser entendidas pela equipe como desgastantes, capazes de provocar abalo emocional, como as geradas pelo confronto com o sofrimento e por presenciar a morte de outro. Contribuindo, os estressores quando não sofrem intervenção colocam-se como ameaça à vida da pessoa e atuam vulnerando a energia da estrutura básica e predispondo a pessoa ao estresse⁽¹¹⁾.

Outro fator estressor referido pelos pacientes

foi a perda da noção de tempo/espço. Percebe-se que para os profissionais que atuam em UTI, de um modo geral, esse aspecto é pouco ou raramente valorizado. Eles convivem apenas um turno do dia nesse ambiente, ao qual se adaptam e, muitas vezes, não estão sensibilizados de que é um ambiente estranho para o paciente. Os relatos a seguir evidenciam esse fator:

Parece que o tempo não passa, eu estava sempre trocando os horários, parece que aquilo lá nunca pára, quando eu achava que era um horário era bem outro [...] (Posidon).

O terrível de estar lá é que o tempo não passa, eu perdia a noção do tempo, às vezes eu ficava dormindo dias [sedado], acordava e não sabia onde estava, não sabia se estava vivo ou morto [...] (Hera).

Como se pode perceber nos depoimentos, a questão da temporalidade é complexa, representa algo além da perda do referencial do dia e da noite e aspectos de iluminação. A noção de tempo/espço representa uma maneira simbólica de reorganizar-se, reestruturar-se, enfim, de reconhecer-se diante da vida. Quando eles perdem seus referenciais, podem sentir que estão perdendo o controle sobre suas próprias vidas.

Importante considerar e respeitar o tempo interno do paciente, que é o estado interior em que se encontra e é vivenciado, de acordo com a sua experiência, personalidade e ritmo pessoal. Uma das responsabilidades dos profissionais que assistem o paciente em UTI é situá-lo em relação à passagem do tempo⁽³⁾. Contribuindo, os pacientes sentem-se presos pelos equipamentos, perdem a noção do tempo, devido a alterações do ciclo sono-vigília, e ficam excluídos das discussões sobre seu tratamento.

Ao observar e interagir com os pacientes percebemos que tinham preocupação com o estado clínico e, constantemente, questionavam a equipe sobre este aspecto e ficavam insatisfeitos com as respostas. Realmente, na maioria das vezes, a equipe ofertava informações evasivas, pouco esclarecedoras para o paciente. Neste sentido, um relacionamento interpessoal adequado, com comunicação eficaz, cuja mensagem emitida possui o mesmo valor e respeito da verbalizada, favorece enxergar as necessidades dos pacientes e, conseqüentemente, a atuação do enfermeiro⁽¹¹⁾. O medo do desconhecido gera

insegurança e desconforto ao paciente. A incerteza da recuperação da saúde e o medo da confirmação do diagnóstico fazem com que fique vulnerável a abalos emocionais, possíveis geradores de estresse. As falas abaixo demonstram isso:

Foi angustiante a espera para me dizerem o que eu tinha, minha filha perguntava, só diziam que inspirava cuidados, eu perguntava, diziam que tinha que esperar os exames [...] aquilo foi me atacando, pensei: será que estou morrendo e ninguém me conta? (Zeus).

Teve um dia que o médico negou me atender, fiquei muito nervoso, com vontade de morrer. Ele passava e não me atendia, aí eu disse, isso é um horror. Disseram-me para me acomodar. Tomara que eu nunca volte a internar lá (Pã).

Os pacientes referiram medo real da morte, ansiedade e revolta por entenderem que lhes foi omitido dados reais sobre seu estado. Os sentimentos de ansiedade e de medo estão associados a não-compreensão do estímulo interno, além da proporção dos estímulos ambientais da UTI, tidos, muitas vezes, como uma ameaça.

Considerando que a admissão do paciente na UTI normalmente é abrupta, este reage, muitas vezes, revelando sentimento de desamparo, pois não compreende a gravidade do seu próprio estado e nenhum ou pouco esclarecimento é dado no momento da admissão. Neste sentido, o medo e a ansiedade são sensações de importante significado, pois podem produzir mudanças psicológicas, piorando o quadro clínico do paciente⁽³⁾. O autor acrescenta que, no plano fisiológico, os níveis de catecolaminas e corticóides podem variar de forma impressionante durante os períodos de ansiedade e pânico, causando aumento da pressão arterial, da glicemia e da frequência cardíaca.

Analisando os depoimentos, fica evidente a necessidade de mantê-los informados e de o profissional estar atento as suas crenças e percepções, pois o que para a equipe é normal, familiar e cotidiano, para o paciente pode ser um universo desconhecido, ocasionando insegurança em relação ao tratamento e evolução do quadro.

É relevante que os profissionais de saúde, mesmo depois de anos de prática e atuação em UTI, não adquiram uma postura de acomodação e descaso. Mas isso freqüentemente acontece, levando os

trabalhadores a rotinizar a assistência, desconsiderando sentimentos daqueles que se sentem inferiorizados por sua condição clínica. Pode ocorrer “calosidade profissional”, termo que tem sido usado para caracterizar profissionais da saúde, atuantes há muito tempo, que acabam indiferentes à dor do paciente, insensíveis diante do sofrimento⁽¹⁶⁾.

O contato com o paciente muitas vezes é relegado a segundo plano, passando a ser tratado como mais um caso, uma patologia, despojado de sua identidade. O que se observou é que o diálogo é substituído por um interrogatório, solicitação de exames, de um modo impessoal e com pouco contato humano. Este afastamento pode surgir da necessidade do não-envolvimento emocional dos profissionais de saúde, com receio de que afete a capacidade de intervenção e por temerem ver projetado no paciente os seus próprios receios e insuficiências. No espaço da UTI, no intuito de se proteger, é comum o profissional adotar uma postura de calosidade profissional adquirida após anos de prática e caracterizada pela indiferença à dor do outro. Além disso, o distanciamento crítico, entendido como o afastamento necessário para que a dor do outro não seja apreendida e, conseqüentemente, não sentida, pode estar na relação profissional-paciente e visa proteger o trabalhador de desgastes emocionais oriundos desta intervenção⁽¹⁷⁾.

Após ser realizada uma avaliação sobre estressores em UTI, constatou-se que uma das principais necessidades dos indivíduos assistidos nesse espaço é obter informações sobre o que está ocorrendo; muitos consideram bastante estressante não ter explicações sobre o tratamento e não saber como as coisas serão feitas⁽⁴⁾. Fica evidente, a partir desta pesquisa, que os pacientes preferem conhecer as decisões da equipe, participar das discussões, mesmo que se trate de situações difíceis. A maioria deles queixa-se da falta de informações prévias a respeito do que vai ser realizado, em curto e médio prazo, sentindo-se excluídos de seu próprio tratamento e expostos ao controle total da equipe.

As experiências dolorosas foram consideradas como um dos principais estressores pelos sujeitos pesquisados. A dor é difícil de ser avaliada, por seu caráter subjetivo, individual e emocional, por suas características peculiares. Entende-se por dor não somente a proveniente do procedimento que o paciente está ou foi submetido, mas todo o conjunto de desconfortos físicos e psicológicos. Esse aspecto fica evidenciado nos depoimentos que seguem:

Foi complicado, não lembro de muita coisa do acidente, só que passei muita dificuldade quando comecei a acordar. Elas me davam remédio, mas aquelas dores incomodavam, falava para o médico, ele dizia que era normal, não suportava a dor [...] (Ares).

Foi como uma facada quando eles tiraram os drenos [...] (Hera).

Identifica-se que há uma íntima relação entre o desenvolvimento da dor e o estado emocional, aumentando a tensão, manifestando-se como dor. Pode-se observar no relato de *Ares*, que pacientes com dor aguda sentem-se impotentes e incapazes diante da não-resolução dessa sensação. Nestes casos, as reações emocionais podem ser manifestadas por irritabilidade, ansiedade, agitação e frustração.

São muitos os aspectos que determinam a dor do paciente em UTI, como o desconforto no leito, os drenos, as sondas, os cateteres nasal e uretral, punções venosa e arterial, curativos e todos eles são processos dolorosos, comumente não controlados, agindo como potentes estressores para o paciente. A autora refere que a dor, como uma experiência sensorial, como componente emocional se expressa como um evento estressor universal; fenômeno comum a todas as culturas⁽¹¹⁾.

Enfatiza-se a necessidade de compreensão e respeito à dor física, subjetiva, do paciente. Mesmo quando os recursos técnicos já foram tomados, pode ser expressa de maneira diferente. Muitas vezes, ouvir e respeitar o paciente, de alguma maneira ameniza seu sofrimento. Outro fator a ser considerado é que o pensamento influencia na dor, uma fonte geradora de estresse. As pessoas mais vulneráveis enfrentam com dificuldade eventos que podem desenvolver a resposta à dor e, muitas vezes, o estresse acontece, concomitantemente com a dor crônica⁽¹⁸⁾.

Como se evidencia nos relatos, sustentado pela literatura, problemas emocionais do paciente podem afetar sua saúde e, se não forem superados, determinarão o agravamento do quadro. O estado clínico do paciente não só é importante na geração da doença, mas também crucial para o processo de cura. No que se refere ao estresse, pode provocar uma reação orgânica, com componentes físicos e/ou psicológicos, tendo como causa as alterações psicológicas que ocorrem quando o indivíduo se confronta com situações agradáveis ou desagradáveis, como é o caso da dor⁽¹⁹⁾.

A maioria das doenças é exteriorizada por meio da dor. É uma forma de pedir ajuda, na qual a maioria das pessoas se utiliza para demonstrar a aflição que sofre. Seja qual for a causa, a equipe deve reunir todos os esforços para aliviá-la e para deixar o paciente confortável. Uma pesquisa com 43 pacientes internados em uma Unidade Coronariana mostrou que a dor foi o principal estressor apontado⁽²⁰⁾.

Outro estressor mencionado pelos pacientes na UTI foi a limitação física. É importante refletir sobre a questão da limitação do paciente no leito, pois se for suprida a liberdade física, psicológica, real de um ser humano, se pode estar mutilando, castrando-o no que constitui a sua essência e aspiração mais profunda⁽¹⁵⁾. Ele sente-se impotente diante da restrição de seu direito de ir e vir, situação que gera angústia e depressão, em decorrência de sua limitação ao leito. Ao movimentar-se, a pessoa expressa suas emoções, realiza necessidades básicas, incluindo lazer e auto-defesa⁽²¹⁾.

[...] o ruim é que a gente fica enfurnada, não pode levantar, nem caminhar [...] (Afrodite).

A cama parece que começava a esquentar, minhas costas doíam e eu não podia me mexer para nada [...] eu prefiro morrer do que passar por tudo aquilo de novo [...] (Atena).

Considera-se fundamental que a equipe em UTI tenha a capacidade de apreender os estressores, por meio do comportamento expresso pelos pacientes, independente de suas manifestações verbais, bem como formas de amenizá-los.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos deste estudo identificaram vários estressores na UTI, que agem individualmente, produzindo reações e combinações. Ao descrevê-los, buscou-se apreender a subjetividade de cada indivíduo em perceber a situação como estressante, ciente de que um mesmo fato, observado ou vivenciado por várias pessoas, será visto, sentido e relatado de forma diferenciada.

A análise desses dados e sua compreensão são relevantes para subsidiar a atuação dos profissionais da saúde e, em especial, dos enfermeiros, no que diz respeito ao suporte necessário para amenizar os estressores vivenciados e/ou evitar que ocorram.

Considera-se que a maioria dos estressores

vivenciados pelos pacientes pode ser facilmente minimizado e, alguns, inclusive eliminados, desde que sejam adotadas algumas posturas, tais como flexibilização de normas, principalmente referentes às visitas na UTI, pequenas adequações na estrutura física da unidade e maior conscientização da equipe por meio de um programa de educação permanente.

É possível a tomada de decisão para aliviar a dor do paciente, incluindo o conforto emocional. Outra medida para reduzir um dos maiores estressores referidos pelos pacientes é mantê-los informados sobre os procedimentos realizados, a fim de que participem e acompanhem sua evolução clínica e, principalmente, que se sintam envolvidos no processo de tratamento e reabilitação.

Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de repensar e adequar normas, permitindo que a família permaneça mais tempo ao lado do paciente, influenciando positivamente em sua recuperação e minimizando o estresse, tanto dele quanto dos familiares.

O paciente deseja ser cuidado e respeitado, considerando o que pensa, sente e deseja. Daí a necessidade de o profissional procurar “estar com o paciente”, aprimorando não apenas habilidades técnicas, mas, também, a atenção ao estado emocional, perceber o ser humano que está diante dele e o quanto precisa de atenção, solidariedade e cuidado humano.

No decorrer da construção deste trabalho evidenciaram-se poucas pesquisas referentes aos estressores de pacientes em UTI, mostrando que o tema ainda é pouco explorado, sendo merecedor de atenção da equipe. Considera-se que outras investigações, envolvendo pacientes em diferentes situações, viriam beneficiar os profissionais da saúde e aprimorar o planejamento do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Maciel ICF, FERNANDES AC, ARAÚJO TL. Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos e expectativas quanto ao tratamento. *Cad Centro Universit São Camilo*. 2001;7(1):27-37.
2. Novaes MA, Knobel E, Borck AM, Pavão OF, Nogueira-Martins LA, Ferraz MB. Stressors in ICU: perception of the patients relatives and health care team. *Intensive Care Mes*. 1999;25(12):1421-6.
3. Guirardello EB, Gabriel CAAR, Pereira IC, Miranda AF.

- A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enferm USP*. 1999;33(2):123-9.
4. Novaes MAFP. Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: avaliação do paciente, percepção da família e equipe [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2000.
 5. Black JM, Matassarin J. Enfermagem médico-cirúrgica: uma abordagem psicofisiológica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
 6. Lipp MEN, organizadora. Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas, SP: Papirus; 1996.
 7. Chaves ACM. Percepções dos familiares internados em UTI, em relação à equipe de enfermagem. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Itajaí (SC): Universidade do Vale do Itajaí; 2000.
 8. Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em Enfermagem: Método, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan; 2001.
 9. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional da Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo os seres humanos. Resolução nº 196, 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.
 10. Minayo MCS, organizadora. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 20ª ed. Petrópolis. Vozes; 2002.
 11. Bringunte MEO. Estressores vivenciados por pacientes de Terapia Intensiva e suas estratégias de enfrentamento: um estudo direcionado a assistência de enfermagem [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Néri. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
 12. Koizumi MS, Kamiyama Y, Freitas LA. Percepção dos pacientes de unidade de terapia intensiva – problemas sentidos, expectativas em relação à assistência de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 1979;13(2):135-45.
 13. Timby BK. Conceitos e habilidades fundamentais no atendimento de enfermagem. Porto Alegre: Artmed; 2001.
 14. Gaiva MAM. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. *Cogitare Enferm*. 2006;11(1):61-6.
 15. Silva MJP. Humanização em UTI. In: Cintra EA, Nishidel VM, Nunenes WA, organizadores. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000.
 16. Angerami-Camom VA. Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira; 1998.
 17. Angerami-Camom VA. Breve reflexão sobre a postura do profissional da saúde diante da doença e do doente. In: Angerami-Camom, VA, organizador. Urgências psicológicas no hospital. São Paulo: Pioneira; 1998.
 18. Angerami-Camom VA. Psicossomática e a psicologia da dor. São Paulo: Pioneira; 2001.
 19. Lipp MEN. Documento de pesquisa do instituto de combate ao stress. Campinas: Ícone; 1995.
 20. Marosti CA, Dantas RAS. Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(2):190-5.
 21. Oliveira FPT, Santos GS, Silva LS. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Nursing*. 2003;60(6):37-42.