

Artigo Original**Estudo dos níveis de estresse dos pacientes submetidos à angioplastia durante a internação na unidade de terapia intensiva*****Stress levels in patients submitted to angioplasty during the intensive care unit admission phase***

Dhiogo da Cruz Pereira Bento¹, Ana Paula Oliveira Prado¹, Giulliano Gardenghi²

Resumo

Introdução: Alterações de ordens psicológicas e afetivas são freqüentemente encontradas entre os pacientes críticos, tornando relevante a identificação dos estressores que contribuem para o desenvolvimento destes quadros. **Objetivo:** Identificar e verificar se a internação na UTI de um hospital interfere na percepção e perspectiva do paciente cardiopata sobre os principais fatores de estresse vivenciados em sua internação, comparando o nível de estresse obtido com a pontuação máxima da Escala de Estressores em UTI. **Casuística e Métodos:** Trata-se de um estudo comparativo realizado entre abril e junho de 2010. A amostra foi composta por indivíduos internados na UTI por tempo > 12 horas. Para identificação e verificação dos fatores estressantes, utilizou-se a Escala de Estressores em UTI (EETI). Para cada paciente, foi calculado um escore total de estresse (ETE) pela soma de todas as respostas da escala, sendo a mesma comparada com a pontuação total da EETI. **Resultados:** Nossa amostra foi composta de 10 indivíduos. A média de idade foi de 63,8 ± 9,9 anos. A média do ETE foi de 75,5 ± 8,1 pontos, relativamente baixa quando comparado com a pontuação total EETI (168 pontos, p=0,00). Os principais estressores encontrados nos pacientes foram não conseguir dormir, ter que ficar olhando para o teto e ter luzes acesas constantemente. **Conclusão:** Houve diferença significativa entre os níveis de estresse encontrados nos pacientes, quando comparados com a pontuação máxima da EETI. A identificação destes estressores é de fundamental importância para aplicação de medidas que facilitem a humanização de uma UTI.

Descritores: Ansiedade, Unidades de terapia intensiva, Humanização da assistência, Angioplastia

Abstract

Introduction: The intensive care unit is a high complexity sector, which demands continuous attention from the assistance team to the patients, whose,

*in a general way, are not prepared for the admission in this odd environment. Psychological and affective disorders are commonly found among critical patients, therefore it is relevant to identify the stressing factors that may contribute to the development of this status. **Objective:** To identify and to verify the perception of the major stressing events in coronary patients whose underwent a period of admission in an intensive care unit in a hospital at Goiânia city, comparing the stress levels obtained in the patients with the maximum possible score in the Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale (ICUESS).. **Methods:** A comparative study was developed among April and June, 2010. Our sample was achieved using coronary patients admitted in an ICU for at least 12 hours. The ICUESS was fulfilled by each patient, when the total stress score was obtained. **Results:** 10 patients were included in the study (age: $63,8 \pm 9,9$ years old). The mean score achieved was $75,5 \pm 8,1$ points, relatively low when compared with the maximum possible score (168 points), with $p=0,00$. The major stressing factors found in the patients were no been able to sleep, looking into the roof and have the lights on all the frequently. **Conclusion:** Significant difference was observed in the stress levels obtained in the group admitted in the ICU, with low values, when compared with the top score for the ICUESS. The stress factors identification is fundamental in order to apply some techniques aiming to humanize an ICU.*

Keywords: Intensive Care Units, Humanization of Assistance, Angioplasty

1. Fisioterapeuta e Especialista em Fisioterapia Hospitalar pelo CEAFI Pós-graduação, Fisioterapeuta do Instituto Movimento Reabilitação – Goiânia/GO
2. Fisioterapeuta, Doutor em Ciências pela FMUSP, Coordenador Técnico do Instituto Movimento de Reabilitação Especializada – Goiânia/GO; Coordenador do curso de Pós-graduação em Fisioterapia Hospitalar do Hospital e Maternidade São Cristóvão – São Paulo/SP; Coordenador Científico do CEAFI Pós-graduação – Goiânia/GO

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. Destina-se a pacientes graves e, como tal, pode ser atribuído à UTI todo um imaginário social, atrelado ao sentimento de medo, sobretudo da morte. 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 queridos¹. Alterações de ordens psicológicas e afetivas, como ansiedade e medo, são freqüentemente encontradas entre os pacientes

críticos, tornando relevante a identificação dos estressores que contribuem para o desenvolvimento destes quadros².

Essas unidades especiais começaram a ser criadas em 1952, na Dinamarca e em 1955 nos Estados Unidos da América, que enfrentavam na época, estados críticos de epidemias. No Brasil, não se sabe ao certo quando foram implantadas as primeiras unidades³. A estrutura física, o barulho, os equipamentos e a movimentação das pessoas são tidos como fontes geradoras de estresse para os pacientes e familiares⁴.

O estresse é visto atualmente pela Organização Mundial de Saúde como um dos principais distúrbios contemporâneos, atingindo grande contingente de pessoas no globo terrestre, e está associado a uma gama enorme de doenças, absenteísmo e custos elevados na assistência médica³. A importância de avaliar o nível de estresse durante o período de internação em pacientes cardiopatas é dada pelas alterações fisiológicas, principalmente no sistema cardiovascular, que são desencadeadas pelo estresse. Assim, eliminar fonte de estresse é garantir melhor recuperação para o doente cardíaco internado em unidade coronariana⁵.

Estressores são definidos como sendo estímulos precedentes ou precipitantes de mudança e podem ser classificados em internos ou externos. Assim, podemos considerar que, em uma unidade de recuperação pós-operatória de cirurgia cardíaca, encontramos estímulos externos que estão presentes em seu ambiente físico e social e que podem ser fontes de estresse para os doentes^{4,6}.

Neste contexto, o presente trabalho teve como objetivo identificar e verificar se a internação na UTI do Instituto de Neurologia de Goiânia interfere na percepção e perspectiva do paciente cardiopata sobre os principais fatores de estresse vivenciados, comparando o nível de estresse com a pontuação máxima da escala de Estressores em UTI.

Casuística e Métodos

O estudo consistiu em pesquisa analítica, experimental e aleatória. A mesma foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade São Judas Tadeu, em consoante à Declaração de Helsinki, sob o número de registro 088/9. Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2010 e a população do estudo foi composta pelos pacientes internados na UTI do Instituto de Neurologia de Goiânia durante esse período.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: ter idade superior a 30 anos e inferior a 90 anos e consentir em participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para ser admitido

no estudo, o paciente deveria estar internado por mais de 12 horas na UTI, consciente, alerta e bem informado, sem nenhum distúrbio neurológico prévio à internação.

Para identificar os fatores estressantes foi aplicada a Escala de Estressores em Unidades de Terapia Intensiva - EETI (Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale – ICUESS), validada por Ballard⁷ e Narstasy⁸, traduzida e adaptada culturalmente por Novaes⁹.

A EETI trata-se de uma escala do tipo Likert de quatro pontos em que (1) significa não estressante; (2) pouco estressante; (3) estressante; (4) muito estressante. A avaliação dos resultados é obtida pela soma dos valores atribuídos a cada um dos 42 itens compostos na escala, variando de 42 a 168 pontos, sendo que quanto maior o valor, maior o estresse percebido pelo paciente.

A aplicação do questionário foi realizada dentro da UTI, sendo os dados coletados por entrevistas individuais. O auxílio do pesquisador em consequência de dificuldades físicas (como déficit de visão) ou cognitivas (não saber ler e/ou escrever) foi considerado. Foi aplicado um questionário contendo informações clínicas e demográficas dos pacientes. Foi feito um escore médio para cada um dos itens da escala a fim de obter uma classificação dos fatores mais estressantes. Para cada paciente foi calculado um escore total de estresse (ETE) obtido pela soma de todas as respostas da escala. Os valores foram expressos em média \pm desvio padrão.

Na comparação dos grupos em relação às variáveis quantitativas do estudo foi realizado o teste T de *Student* não pareado, assumindo como significantes valores de p menores ou iguais a 0,05.

A estrutura física da UTI é composta de 11 leitos fixos, com possibilidade de três leitos extras, sendo um leito destinado para isolamento. As camas estão dispostas uma ao lado da outra, fazendo com que os pacientes participem do que está acontecendo com o doente ao lado. Possui cortinas entre os leitos, mas nem sempre as mesmas são utilizadas. Os equipamentos, muitas vezes desconhecidos pelos pacientes, ficam muito próximos dos mesmos. Pacientes após procedimento de angioplastia são conscientes e contactantes, sendo muitas vezes forçados a vivenciar situações adversas de doentes ao seu redor, muitas vezes graves, sedados e intubados. Há existência de alarmes sonoros e luminosos provenientes de aparelhos que são fatores importantes para elevar o nível de estresse do paciente. Possui janelas em determinada parte da unidade, permitindo iluminação natural que possibilita ao paciente acompanhar a evolução do dia. Já em outro ambiente da unidade a luminosidade artificial é intensa e constante. Além disso, pode-se destacar a perda da privacidade agravada pelo fato de homens e mulheres ficarem dispostos no mesmo ambiente. Há ausência de qualquer atividade de recreação, como por exemplo,

ausência de aparelhos televisores disponíveis aos pacientes, bem como constantes intervenções por parte da equipe médica e de enfermagem o que é inevitável em qualquer UTI. O serviço não conta com presença de poltronas, atrasando a evolução de posturas e a interação do paciente com a equipe. Também não se dispõem banheiros reservados para uso dos pacientes. Conta com uma equipe de cinco técnicos em enfermagem, na proporção de um técnico para cada 2,8 leitos, além de um médico e um enfermeiro chefe, sendo que no final de semana, o enfermeiro responsável pela UTI é o mesmo que para todos os outros setores do hospital.

Resultados

Nossa amostra foi composta de 10 indivíduos, sendo oito pacientes do sexo masculino (80% do total) e dois pacientes (20% do total) do sexo feminino. A média de idade do grupo foi de $63,8 \pm 9,9$ anos, variando entre 50 a 82 anos. As características sócio-demográficas estão descritas na tabela 01 e as características clínicas estão descritas na tabela 02. A figura 01 evidencia a média da ETE foi de $75,5 \pm 8,1$ pontos, evidenciando-se assim, valores de estresse menores, de maneira significativa ($p=0,00$), quando comparados aos valores máximos de pontuação que poderiam ser obtidos na escala em questão (168 pontos). Quanto à escolaridade, dois indivíduos estudaram somente o primeiro grau, outros dois indivíduos estudaram até o segundo grau e seis possuíam formação acadêmica. Quanto à situação profissional, apenas três (30%) indivíduos estavam ativos até a data da internação, os demais (sete; 70%) inativos (aposentados, desempregados ou afastados por doença).

Tabela 01 – Características sócio-demográficas dos pacientes da UTI

Variável	UTI	
	N (%)	EETI (pontos)
Idade		
De 30 a 59 anos	02 (20)	77,5
De 60 a 90 anos	08 (80)	75
Sexo		
Masculino	08 (80)	75
Feminino	02 (20)	75,6
Escolaridade (anos)		
Primeiro Grau	02 (20)	70
Segundo Grau	02 (20)	70,5
Terceiro Grau	06 (60)	78,5
Situação profissional		
Ativo	03 (30)	72,3

EETI – escala de estressores em unidades de terapia intensiva

Os antecedentes pessoais da amostra foram: nove (90%) hipertensos, cinco (50%) diabéticos e três (30%) dislipidêmicos, sendo que três (30%) já haviam realizado angioplastia e/ou cateterismo previamente.

Tabela 02 – Características clínicas dos pacientes internados na UTI

Variável	UTI	
	N (%)	EETI
Antecedentes Pessoais		
Hipertensão Arterial Sistêmica	09 (90)	75,7
Diabetes Mellitus	05 (50)	78,2
Dislipidemia	03 (30)	72,6
Obesidade	-	-
Cardiopatía Chagásica	-	-
Sem antecedentes	-	-
Procedimentos Prévios		
Cateterismo	01 (10)	71
Angioplastia	02 (20)	74
Revascularização do Miocárdio	01 (10)	67
Troca de válvula	01 (10)	71
Uso de psicotrópicos		
Sim	01 (10)	71
Não	09 (90)	83,8

EETI – escala de estressores em unidades de terapia intensiva

A tabela 03 apresenta os fatores estressantes com seus respectivos escores médios para cada paciente. Os três principais fatores estressantes na visão dos pacientes da UTI foram *não conseguir dormir, ter que ficar olhando para o teto e ter luzes acesas constantemente*.

Tabela 03 – Estressores avaliados com seu respectivo escore médio para os pacientes da UTI

Estressores	UTI (Média ± DP)	Classificação
Não conseguir dormir	(3,6 ± 0,7)	1
Ter que ficar olhando para o teto	(3,3 ± 0,9)	2
Ter luzes acesas constantemente	(3,0 ± 1,2)	3
Escutar o telefone tocar	(2,8 ± 1,1)	4
Não saber quando as coisas serão feitas	(2,7 ± 1,1)	5
Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	(2,7 ± 1,4)	6
Ser furado por agulhas	(2,6 ± 1,0)	7
Ter sede	(2,4 ± 1,2)	8
Ter dor	(2,3 ± 1,2)	9
Não ter privacidade	(2,3 ± 1,2)	10
Escutar o alarme do monitor cardíaco disparar	(2,2 ± 0,9)	11
Cama e/ou travesseiros não confortáveis	(2,2 ± 1,0)	12
Estar em um ambiente muito quente ou muito frio	(2,2 ± 0,9)	13
Não saber que horas são	(2,1 ± 1,2)	14
Sentir falta do marido ou da esposa	(2,0 ± 1,1)	15
Escutar gemidos de outros pacientes	(2,0 ± 1,1)	16
Assistir aos cuidados médicos e de enfermagem realizados em outros pacientes	(2,0 ± 1,2)	17
Escutar o barulho e alarme dos equipamentos	(1,9 ± 0,7)	18
Ter homens e mulheres internados no mesmo ambiente	(1,7 ± 0,9)	19
Sentir que o enfermeiro está muito ocupado	(1,7 ± 0,7)	20
Ver a família e amigos por poucos minutos	(1,6 ± 0,7)	21

Estressores	UTI (Média ± DP)	Classificação
Ter máquinas estranhas ao redor	(1,5 ± 0,5)	22
Sentir que a equipe de enfermagem está mais atenta aos equipamentos do que a você	(1,5 ± 1,0)	23
Ser examinado por médicos e enfermeiros a todo momento	(1,5 ± 0,5)	24
Sons e ruídos desconhecidos	(1,4 ± 0,7)	25
A enfermeira não se apresentar pelo nome	(1,4 ± 0,5)	26
Ter a enfermagem realizando tarefas ao redor do leito a todo momento	(1,4 ± 1,0)	27
Não conseguir mexer mãos e braços devido vias intravenosas	(1,3 ± 0,7)	28
Ter que usar oxigênio	(1,3 ± 0,7)	28
Enfermagem e médico falando muito alto	(1,3 ± 0,5)	30
Não ter controle de si mesmo	(1,2 ± 0,6)	31
Ter a equipe falando termos desconhecidos	(1,2 ± 0,6)	32
Não ter explicações sobre o tratamento	(1,2 ± 0,6)	33
Estar amarrado por tubos	(1,2 ± 0,6)	34
Ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça	(1,2 ± 0,4)	35
Ser incomodado	(1,2 ± 0,4)	36
Ser cuidado por médicos desconhecidos	(1,2 ± 0,4)	37
Ser acordado pela equipe de enfermagem	(1,2 ± 0,4)	38
Sentir cheiros estranhos	(1,1 ± 0,3)	38
Ter tubos no nariz/boca	(1,0 ± 0,0)	40
Não saber que dia é hoje	(1,0 ± 0,0)	41
Não saber onde está	(1,0 ± 0,0)	42

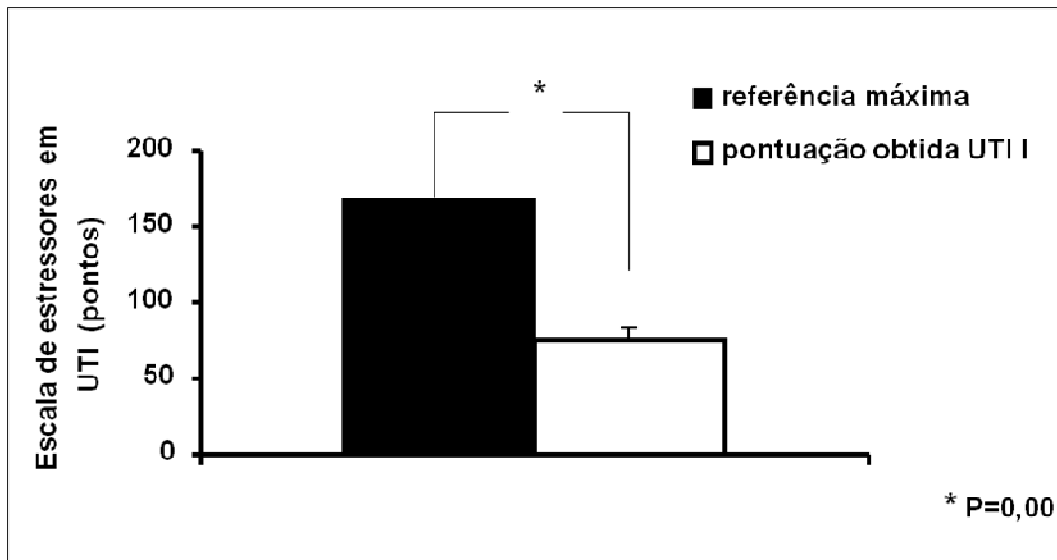


Figura 01 - Média do Escore Total de Estresse (ETE) comparado com o escore total dos pacientes

Discussão

O estresse mental ou emocional é um dos maiores problemas das sociedades modernas. Em uma situação de estresse, o organismo humano redistribui suas fontes de energia, antecipando uma agressão iminente. Esse mecanismo de adaptação é vantajoso se realmente houver perigo. Entretanto, se esse estado persistir por muito tempo, o dano será inevitável¹⁰. É uma situação tensa, desagradável, fisiológica e psicológica que pode afetar qualquer indivíduo em todas suas dimensões.

O sistema cardiovascular possui ampla participação na adaptação ao estresse, sofrendo por isso as consequências da sua exacerbação. A suspeita de que estados de estresse mental, agudos e crônicos sejam fatores de risco para maior morbimortalidade por doença cardiovascular é antiga. Entretanto, a adequada comprovação científica deste fato somente vem sendo obtida mais recentemente. Muitos profissionais ainda encaram com certo ceticismo esta associação, encontrando dificuldade em valorizá-la na prática clínica, embora o estresse mental seja uma das principais queixas de pacientes¹⁰.

A resposta ao estresse é influenciada pela intensidade, duração e âmbito do agente estressor e pelo seu número presente no momento. Em pacientes internados em UTI o desenvolvimento do estresse está relacionado a consequências psicológicas como ansiedade, depressão, raiva, negação e dependência, além de alterações cognitivas como o desenvolvimento de *delirium*, anteriormente conhecida como psicose da UTI. Alguns estudos têm

sugerido que estas consequências neuropsicológicas da internação na UTI podem afetar a qualidade de vida dos pacientes após sua saída da unidade².

Os centros ou unidades de terapia intensiva são serviços geralmente existentes em hospitais de médio ou grande porte, onde são internados pacientes em estado grave ou potencialmente grave, os quais necessitam de recursos tecnológicos e humanos especializados para a sua recuperação¹¹.

A estrutura física de uma UTI e o uso de sofisticados aparelhos necessários para o suporte à vida, somados à necessidade quase sempre da superutilização do espaço físico, resultam num ambiente barulhento e altamente estressante não só para o paciente e seus familiares como também para toda a equipe assistencial¹².

Apesar das limitações encontradas, como o baixo número de pacientes, nossa investigação permitiu avançar no esclarecimento sobre os fatores estressantes em uma UTI e mostrar aos profissionais que um simples tocar de telefone ou outros barulhos inadequados podem interferir no silêncio do ambiente, prejudicando o sono, aumentando a ansiedade e o estresse do indivíduo. Holroyd e colaboradores encontraram em seu estudo um maior nível de tolerância ao estresse entre os idosos. Provavelmente os idosos estão mais propícios a aceitar as condições impostas pelo estresse enquanto se encontram hospitalizados, tornando-se complacentes com o tratamento¹³.

No estudo de Marosti e Dantas, o principal estressor encontrado foi *Ter dor*, tanto na visão dos pacientes e dos seus familiares, quanto na avaliação da equipe de enfermagem. A dor pode ser decorrente da doença cardíaca, do estado psicológico, dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e do próprio ambiente da UTI¹⁴. A presença de dor é algo tão desconfortável que ultrapassa outras inconveniências experimentadas no ambiente⁹. Já Stumm e colaboradores constataram em seu estudo que há uma íntima relação entre o desenvolvimento da dor e o estado emocional, aumentando a tensão psicológica ao paciente, que manifesta a mesma referindo dor. 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 nasais e uretrais, punções venosas e arterial, curativos e outros. Todos os procedimentos relatados são tidos processos dolorosos, comumente não controlados, agindo como potentes estressores para o paciente¹.

Por outro lado, Bitencourt avaliou a dor como sendo a nona colocada no ranking de estressores entre pacientes, familiares e profissionais. O autor cita que o adequado manuseio da sedação e analgesia na UTI também deve ser objetivado, visto que dor e ansiedade são estressores importantes neste meio.

É fundamental assegurar analgesia suficiente aos pacientes e um dos aspectos mais importantes, nestes casos, é a determinação individual da dor. A intensidade a qual a dor parece insuportável varia, não somente de paciente para paciente, mas também de acordo com o grau de ansiedade e com a sua cultura². Já em nosso estudo o fator *Ter dor* foi o nono colocado no escore médio. Apenas dois pacientes classificaram o item como muito estressante, dois paciente classificaram como estressante e os outros participantes do estudo se dividiram em pouco estressante e não significativa.

Os ruídos, os sons, as emergências, a agitação e o não atendimento das situações de gravidade dos outros clientes, levam o paciente a apresentar sentimentos de medo e insegurança, podendo levar a incapacidade de dormir um sono tranquilo. A maioria dos trabalhos, conforme os depoimentos dos pacientes, aponta o barulho (de pessoas e aparelhos) como sendo o fator mais importante a ser controlado na UTI. A Agência de Proteção Ambiental Americana recomenda que os níveis nos hospitais sejam mantidos abaixo da faixa de 40 a 45 decibéis durante o dia e 35 decibéis à noite¹⁵. Apesar da tolerância aos ruídos ser influenciada pela idade do paciente, do seu estado de saúde e a gravidade da doença, reconhece-se que o barulho de pessoas e aparelhos dentro da UTI é muito alto e isto se torna um fator que incomoda a todos que ali se encontram¹⁶. No presente estudo, o item mais estressante foi *Não conseguir dormir*. Nas últimas décadas com o avanço tecnológico de equipamentos sonoros e luminosos, cada vez mais presentes, podem ter contribuído para dificultar o sono e/o repouso do paciente. Marosti e Dantas em seu estudo constataram o item *Não conseguir dormir* em segundo lugar na escala de estressores, os autores definiram sono como sendo um estado complexo de aparente repouso normal e periódico qualitativa e quantitativamente variável, caracterizado pela suspensão parcial da percepção dos fatores ambientais e da motricidade voluntária¹⁴. No estudo de Bitencourt e colaboradores, onde foi identificada a percepção dos fatores de estresse no paciente, em seus familiares e na equipe de saúde, o barulho dos alarmes preocupou mais os profissionais do que os próprios pacientes. O Item *Não conseguir dormir* foi classificado em sétimo na escala de estressores².

No que diz respeito à dificuldade em dormir na UTI, Novaes aponta como o segundo maior estressor pelo paciente e o quarto referido pelos familiares e a equipe. O autor sugere a redução do ruído na unidade, fazendo com que a equipe se conscientize da importância deste fator para o paciente. Além de controle de ruído no interior da unidade, os procedimentos devem ser sincronizados de forma a permitir o restabelecimento do ciclo sono/vigília. A possibilidade de administrar indutores do sono durante a noite deve ser considerada pelo médico como uma alternativa terapêutica útil para o paciente e para o restabelecimento do sono na UTI¹⁷.

O segundo fator causador de estresse para os pacientes internados na unidade foi *Ter que ficar olhando para o teto*, isso prova que atividades de lazer, reabilitação e um período maior entre família e paciente são fundamentais para humanização, evitando assim momentos de angústia, ansiedade e sentimento de impotência. Este assunto deveria ser tratado melhor com a equipe multidisciplinar. A possibilidade de existir televisores individuais por leito daria ao paciente a possibilidade de não se isolar dos principais acontecimentos fora do ambiente hospitalar. A implementação de música para promover relaxamento ao paciente, serve como recreação, afastando assim, os sentimentos de medo, ansiedade e isolamento.

O terceiro fator mais estressante para os pacientes internados na unidade foi *ter luzes acesas constantemente*. O fato de uma parte da UTI ter iluminação natural durante o dia não substitui a iluminação artificial do ambiente. Souza descreve em seu estudo que a UTI é um ambiente em que os clientes não recebem estímulos provenientes do meio exterior, tanto a iluminação como a ventilação são artificiais, muitas vezes. Desta forma a noção de tempo e espaço é prejudicada. A iluminação é uma variável importante para criar um ambiente calmo. Tentar usar a luz natural pode dar ao paciente a noção de tempo e espaço (saber se é dia ou noite) e a iluminação individual é útil para não prejudicar o sono do paciente ao lado¹⁶. O sono e o repouso são necessidades humanas básicas e alterações nos respectivos padrões podem trazer conseqüências físicas e emocionais. Quando há alteração da intensidade luminosa, para mais ou para menos, pode haver interferência na sincronia desses¹.

Conclusão

Por meio deste estudo podemos verificar quais os principais fatores estressantes apontados pelos pacientes através da EETI. Houve diferença significativa nos valores de estresse encontrados nos pacientes internados em UTI após angioplastia, quando esses foram comparados à pontuação máxima da escala de estressores em UTI. A presença da família é um fator que interfere e vem contribuindo para a recuperação deste paciente, assim como no processo de humanização do serviço de saúde em questão. O nível cultural dos profissionais deve ser diferenciado, considerando que a humanização em unidade de terapia intensiva não se dá pelo simples fato de se existirem equipamentos que usam tecnologia de ponta e sim por profissionais qualificados que saibam intervir tanto na doença quanto com a ética, a moral e o respeito pela vida. Isto nos leva a concluir que a identificação destes estressores é de fundamental importância para aplicação de medidas, podendo facilitar de maneira simples a humanização da unidade de terapia intensiva.

Novos estudos poderão avaliar essas medidas, tornando a assistência na UTI cada vez menos estressante para o paciente.

Referências

01. Stumm EMF, Kuhn DT, Hildebrandt LM, Kirchner RM. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. *Cogitare Enfermagem*, 2008; 13(4): 499-506.
02. Bitencourt AG, Neves FBCS, Dantas MP, Albuquerque LC, Melo RMV, Almeida AM, et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 2007;19(1):53-9.
03. Sousa LM, Sousa Filho EA. Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva. *Estud Psicol Campinas*, 2008; 25(3): 333-42.
04. Gois CF, Dantas RAS. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2004; 12(1): 22-7
05. Marosti CA, Dantas RAS. Relação entre estressores e características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados em uma unidade coronariana. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 2006;14(5):713-19.
06. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *Journal of Clinical Nursing*, 2002; 11:575-84
07. Ballard KS. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues in Mental Health Nursing*, 1981; 3: 89-108
08. Nastasy EL. Identifying environmental stressors for cardiac surgery patients in SICU. In: *Proceedings of the 12th Annual National Teaching Institute of AACN*, 1985. Newport Beach, Calif.:AACN 357
09. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB. Stressors in UCI: patients evaluation. *Intensive Care Med*, 1997; 23: 1282-85
10. Loures DL, Anna IS, Baldotto CSR, Sousa EB, Nóbrega ACL. Estresse Mental e Sistema Cardiovascular. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 2002; 78(5): 525-30
11. Knobel E. *Conduas no Paciente Grave*. Vol 1. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2006.
12. Guamaes AG, Jesuino PA. Humanização, Sedação e analgesia. *Série Clínica Brasileira de Medicina Intensiva*, Vol 2. São Paulo: 1996.
13. Holroyd E, Cheung YK, Cheung SW, Luk, FS, Wong WW. A Chinese culture perspective of nursing care behaviors in an acute setting. *Journal Adv Nursing*, 1998; 28(6): 1289-94
14. Marosti CA, Dantas RAS. Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. *Acta Paul de Enfermagem* , 2006; 19(2): 190-5

15. Sousa RMC. Visitas em UTI: subsídios para reflexão. Revista Paulista dos Hospitais, 1988; 36: 24-9
16. Sousa SROS, Silva CA, Mello UM, Ferreira CN. Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva. Revista Brasileira de Enfermagem, 2006; 59(2): 201-5
17. Novaes MAFP, Knobel E, Bork AM. Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. Intensive Care Medical, 1999; 25: 1421-26

Endereço para correspondência:

Giulliano Gardenghi

Rua 05, número 432, apto. 602, Setor Oeste

Goiânia – GO

CEP: 74115-060

e-mail: giulliano@institutomovimento.net