

FATORES ESTRESSORES À FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

AMARAL, Alexia Fortes do ¹

ENGELMANN, Jossanni Mayelli²

HOIÇA, Patricia ²

RESUMO

O presente estudo foi realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva, em um hospital de ensino do oeste do Paraná, que presta assistência particular, a convênios e ao SUS - Sistema Único de Saúde. O estudo teve a intenção de identificar quais são os principais fatores geradores de estresse a familiares ou acompanhantes de pacientes adultos hospitalizados em UTI, sedados e em tubo orotraqueal durante um período maior de três dias, acometidos de patologias diversas. Sendo uma pesquisa qualitativa, de natureza básica, de foco em amostragem não probabilística, foi utilizada, para a coleta de dados, uma entrevista semiestruturada elaborada pelas pesquisadoras, contendo os dados dos participantes, dados relevantes sobre o estado de saúde do paciente, e em seguida, perguntas baseadas no objetivo da pesquisa. Deste modo, a entrevista foi aplicada a partir das técnicas de Rapport (primeiro contato com o participante de maneira assertiva e não invasiva), com o auxílio de um gravador, de forma que fossem levantados dados suficientes para a real compreensão deste contexto hospitalar e de seus geradores de estresse, e que não houvesse a perda de nenhum dos dados. Após a conclusão das entrevistas, houve a transcrição das mesmas e a análise de todas as informações adquiridas, dando foco no objetivo geral da pesquisa. Desta forma, com todas as análises concluídas e contextualizadas, percebeu-se de maneira categórica que existe, dentro do ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Adulta, inúmeros fatores que geram estresses aos familiares e acompanhantes dos pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Fatores estressores, Unidade de Terapia Intensiva, Família, Estresse

1. INTRODUÇÃO

Sabendo-se que fatores de estresse existem e que causam sofrimento, a presente pesquisa teve como intuito abordar, através de uma entrevista semiestruturada, com familiares/acompanhantes de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, os possíveis causadores de estresse, gerados por esta experiência em contexto hospitalar e também pelo sofrimento em função do adoecimento de seu familiar. A pesquisa foi realizada em um Hospital Escola do Oeste do Paraná, com familiares ou acompanhantes de pacientes adultos, hospitalizados em UTI por um período maior de três dias, e que estivessem sedados ou entubados, podendo estarem acometidos de diversas patologias.

¹ Acadêmicas do 10º período de Psicologia do Centro Universitário Fag.

² Especialista em psicologia clínica com abordagem Psicanalítica, psicóloga na área hospitalar na Fundação Hospital São Lucas e docente de Psicologia do Centro Universitário Fag – Alexiafortes7@gmail.com

O evento, situação ou agente causador de estresse é chamado de estressor; sua natureza pode ser física, química, biológica, psicológica, social e pode ser tanto de origem intrínseca quanto extrínseca do sujeito que sofre estresse (LIPP, 2004). São inúmeros os fatores que podem gerar estresse ao indivíduo em diversos momentos, situações ou lugares no decorrer de suas vidas; mas o foco do estudo localiza-se em um ambiente já de início bastante estressor, uma Unidade de Terapia Intensiva, sendo estressor em função das situações que levam as pessoas irem visitar seus familiares, amigos ou mesmo conhecidos.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a área do hospital que se diferencia das demais, pois, o tratamento é mais específico e intensivo para pacientes em estado crítico (SOUZA, POSSARI e MUGAIAR, 1985, apud PREGNOLATTO, AGOSTINHO, 2010). Sendo vinculada a uma imagem de sofrimento e morte por ser uma unidade que se dedica ao atendimento de casos onde a gravidade dos problemas exige serviços constantes e especializados; e em função destes cuidados, acaba sendo o lugar mais seguro para os pacientes, por conter todos os equipamentos de emergência necessários (CAMON, 1994).

O familiar acompanhante do paciente de UTI muitas vezes apresenta-se fragilizado, em função dos longos períodos sem revezamento de visitas com outros familiares. E desta forma, ele é, em geral, privado da possibilidade de desenvolver ações ao seu autocuidado e de compartilhar sentimentos de medo, angústia e tristeza em relação ao doente, com os outros membros da família, principalmente, quando o familiar se encontra em estado crítico de vida (CHAGAS; MONTEIRO, 2004; FRANCO; JORGE, 2002).

O objetivo geral do estudo é levantar a importância dos questionamentos sobre de que maneira a relação entre equipe de saúde e familiares contribui para o desenvolvimento de situações estressantes; de que forma o estresse familiar pode prejudicar o quadro de saúde do paciente; de que modo estes fatores estressores podem influenciar a vida dos familiares, e qual a importância do profissional de psicologia neste contexto hospitalar. Questionamentos estes que buscam dar maior embasamento e riqueza de informações à pesquisa.

Segundo Lipp (2000), estresse se caracteriza como alterações psicofisiológicas como tensão, medo, ansiedade e elas ocorrem quando o indivíduo é forçado a passar por ocasiões que vão além das suas habilidades de enfrentamento. Mesmo vivenciando situações estressantes e angustiantes, o familiar se mantém junto ao paciente hospitalizado por diversos motivos, tais como: insegurança, compaixão, sentimento de responsabilidade pela recuperação do paciente, obrigação, respeito e simplesmente para estar junto (ANDRADE; MARCON; SILVA, 1997). Os motivos que mantêm o

familiar ou acompanhante junto ao adoecido são de grandíssima importância e, ao decorrer do estudo, será possível identificá-los com maior clareza; além também do alcance dos objetivos da pesquisa, a partir das respostas e relatos dos pesquisados, que sem dúvida fizeram com que este trabalho fosse possível e tão rico de informações.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

2.1 Unidade de Terapia Intensiva Adulto – UTI-A

A UTI-A (adulto) possui equipamentos específicos, tanto em materiais tecnológicos como em materiais comuns e necessários ao tratamento hospitalar, buscando prestar um melhor atendimento ao paciente que precisa de um cuidado maior em função da gravidade da sua saúde. Esta unidade é destinada a atender pacientes clínicos, pós-cirúrgicos, terminais e em estado grave, com a possibilidade de recuperação (BAPTISTA, 2014).

A procedência do paciente internado na UTI-A pode ser do centro cirúrgico, enfermarias de especialidades, como, por exemplo, a clínica médica, ortopedia, ginecologia e obstetrícia, coloproctologia, vascular, plástica, neurocirurgia, neurologia, cardiologia, infectologia, clínica cirúrgica, pronto socorro; além de encaminhamento de outros hospitais que não dispõem de recursos necessários para cuidar do paciente. É também um local que abrange diagnósticos de diversas especialidades, como: politraumas, traumatismos cranianos de níveis leve, moderado e grave, entre outras (BAPTISTA, 2014).

Segundo Fabre-Cols (1992) a unidade de terapia intensiva pode ser considerada um ambiente ameaçador para as pessoas, sendo uma dessas ameaças os aparelhos que por muitas vezes são desconhecidos aos familiares, que não sabem quais as suas funções e desta forma acabam gerando ansiedade e desconforto. Para Costa (2010), a unidade de terapia intensiva seria destinada para atender pacientes de estados graves, contendo médicos e enfermeiros contínuos, e também materiais específicos e recurso humano, por conta desses tratamentos que são superabundantes a UTI acaba sendo um lugar de eventos estressantes não somente para os pacientes, mas também para os familiares.

2.2 Estresse

O conceito de estresse vem sendo estudado ao longo dos anos por inúmeros cientistas que se dedicam à compreensão dos fatores ligados tanto à saúde como à doença do ser humano. De acordo com Lipp (2003), no século XVII, o estresse era uma palavra utilizada com pouca frequência significando aflição e adversidade. No século seguinte, esta mesma palavra passou a significar “a ação de força, pressão ou influência muito forte sobre uma pessoa, causando nela uma deformação, como um peso que faz com que uma viga se dobre” (LIPP, 2003, p.17).

Para Selye (1959), o estresse pode ser caracterizado por diversas vertentes, uma delas é a manifestação de uma síndrome específica que é reproduzida pelo sistema biológico diante de diferentes situações; tratando-se de uma reação que o indivíduo vivencia, resultante de seu esforço para lidar com determinada dificuldade.

Lipp (2004) diz que o estresse pode ocorrer quando a pessoa se confronta com diversas situações sendo estas, visto como ameaças, como exemplo algo que irrite, confunda, excite, amedronte ou ainda algo que lhe traga uma sensação de bem-estar. O estresse é uma forma de confrontar adversidade de lidar com ameaça, sendo ela momentânea ou não.

Outra abordagem do conceito de estresse é considerá-lo como um conjunto de reações que propiciam uma resposta de luta ou fuga. Cannon (1939) acreditava que, em situações de risco, alguns processos fisiológicos são desencadeados, incluindo o aumento na secreção de adrenalina e taquicardia, que levam o organismo a enfrentar ou fugir do agente aversivo. Envolvendo reações de natureza biológica e psicossocial: taquicardia, cefaleia, aumento ou queda de pressão arterial, sudorese, sensação de esgotamento, irritabilidade, insônia, fadiga, zumbido nos ouvidos, pressão no peito, distúrbios gastrointestinais, mãos e pés frios, tensão muscular, pesadelos, etc.

As fontes de estresse são vistas em termos de localização quanto ao organismo. Aquelas que se encontram fora do seu corpo e de sua mente, que fogem ao seu controle imediato, são chamadas de estressores externos, enquanto aquelas que se encontram dentro do organismo, e, portanto, sob seu controle, são designadas de internas. A interação entre esses dois tipos de fatores, internos e externos, seria também modulada pelas estratégias de enfrentamento desenvolvidas durante a história de vida da pessoa e que podem ser aprendidas a qualquer momento (LIPP, 2004,).

Pode ser um estado temporário, de baixa ou grande intensidade, estar na etapa de resistência ao fato gerador de desequilíbrio ou já ter atingido um estado de exaustão tão grande, que doenças de grande seriedade podem surgir (LIPP, 2004, p.19).

Para Selye (1959), o processo de estresse desencadeia-se em fases, sendo elas; a fase de alerta: neste estágio é considerado o começo do estresse, é o momento em que ela necessita ter

maior demanda de força, energia, e motivação para enfrentar algo que a desafie e que perceba como ameaça. Na fase de resistência ocorre um aumento na capacidade de resistência, acima do normal, nesta fase há uma procura da homeostase, e para isso necessita de muita energia, mas para chegar nesse equilíbrio o corpo pode ter sensações de desgaste e também problemas de memória. Já na fase da quase exaustão é normal acarretar oscilações de bem-estar, de desconforto e de ansiedade, podendo surgir doenças, que demonstram que a resistência ao estresse está sendo ineficaz. Na fase da exaustão a resistência contra esse estresse é perdida e aparenta sintomas na fase de alarme, porem mais elevadas como exaustão psicológica e/ou físicas.

Quando de curta duração ou percebidos como desafios, os estressores podem ter efeitos positivos. Um estressor de qualquer natureza, física, psicológica, ou outra, que induz o estresse, provoca uma reação de alarme, mobilizando energias para a sobrevivência, ou seja, um estresse momentâneo pode mobilizar o sistema imunológico para combater infecções e curar ferimentos. O estresse também nos anima e motiva para superar problemas, mas estes estressores também podem ser ameaças (SELYE, 1959).

O estresse não é apenas um estímulo ou uma resposta, mas o processo pelo qual avaliamos e lidamos com as ameaças e desafios do ambiente que nos cerca. O estresse surge menos dos eventos em si do que da forma como os avaliamos e lidamos com eles (LAZARUS, FOLKMAN, 1984). Sendo um conceito difícil de definir e ainda mais difícil de medir. Mas, julgando pelas evidências que existem, parece que o estresse tem uma relação consistente, mas moderada, com a saúde. O estresse é um dos muitos fatores que contribuem para o desenvolvimento de doenças (SARAFINO, 1994).

Lipp (1996) diz que o estresse geralmente produz desde desamino, depressão, raiva, ansiedade e empatia, sendo assim pode levar a pessoa a um surto psicótico e crises neuróticas na área emocional.

Uma vida sem estresse dificilmente seria desafiadora ou produtiva. Além disso, vale a pena consumir nossos recursos na luta ou na fuga das ameaças externas. Mas isso nos custa a diminuição de nossas forças para lutar contra ameaças internas à saúde. Quando o estresse é transitório, o custo é desprezível. Mas quando o desgaste é incontrolável, o preço pode ser considerável (LIPP, 2004). Uma das razões pelas quais as avaliações do estresse não possuem uma elevada correlação com a doença, é porque nem todo o estresse prejudica a saúde. É possível que alguns tipos e quantidades de fatores de estresse sejam neutros e, talvez, até benéficos para as pessoas (SARAFINO, 1994).

2.3 Fatores Estressores e Impactantes a Familiares de Pacientes em Unidade de Terapia Intensiva.

De acordo com Souza (2010), para ser considerado da família não necessariamente você precisa ter o mesmo tipo sanguíneo do paciente, parentesco está ligado também na demonstração de afeto, acredita-se que demonstrando carinho na recuperação do paciente, á uma grande melhora no quadro e é de suma importância no tratamento.

Ainda de acordo com Souza (2010), no momento que o familiar é hospitalizado acaba se instalando uma desestruturação familiar, devido ao momento de internação surgem de dúvidas sobre o tratamento e sobre o caso clínico do paciente.

De acordo Novaes (1997), conforme a gravidade dos pacientes se faz necessário uso de diversos aparelhos, sons contínuos e desconhecidos, se faz uso de tecnologias diferentes e isso pode acabar gerando um desconforto nos visitantes, podendo ate mesmo provocar depressão, medo e ansiedade. Para Hewitt (2002), o familiar deve ser visto como um paciente secundário, por se deparar com um ambiente diferente e podendo se sentir desamparado, com medo, confuso, e com necessidade de um amparo para poder expressar seus sentimentos e fantasias.

Souza (2010) relata que segundo a literatura existem grandes níveis de sintomas de ansiedade e depressão em pessoas que estão com algum membro da família internado em uma UTI, que em função do estado de saúde grave e sem uma possível comunicação com os familiares, esse local pode causar uma ameaça para integridade física do paciente, podendo se desenvolver um estresse emocional, tanto ao internado quanto ao familiar.

Nogacz e Souza (2004) afirmam que por muitas vezes quando se instalada uma situação de doença, toda a família sofre uma alteração emocional que é causada pelo receio de morte presente a todo o momento, os objetivos acabam se tornando os mesmos e deste modo acaba havendo mais companheirismo e união entre a família. Fonseca (2004), diz que o familiar acaba tendo que manter um equilíbrio entre sua vida particular, seu trabalho e os cuidados com seu familiar que se encontra em enfermo.

Quando o paciente é internado em uma UTI os pensamentos e apreensão de morte acabam sendo mais recorrentes e o internado e seu familiar acabam sofrendo danos psicológicos que devem ser acompanhados e acolhidos, esse sofrimento pode gerar ansiedade, dor e estresses muito grande nessas pessoas que estão a todo tempo nesse local (SEBASTINI, 1995).

De acordo com Romano (1999), a família passa a sentir ansiedade devido à convivência em um local novo e distante de casa, desta forma sem amigos, há uma forte mudança de rotina, sentimentos de solidão e muitas vezes surgimento de dúvidas quanto ao quadro clínico de seu familiar.

O comportamento, as necessidades e a personalidade de cada membro de uma família produzem impacto e interagem com os outros membros desse sistema familiar, produzindo estresse em algumas situações. Podemos considerar que existem muitas fontes geradoras de problemas no seio familiar, como problemas financeiros, objetivos opostos, comportamentos não percebidos que originam conflitos interpessoais. O impacto de um ambiente desconhecido, a doença, a incapacidade e a morte na família são fontes de estresse (MANSO, 1987).

Novaes (1999) frisa a importância da presença de um familiar no momento de hospitalização do paciente, pois é um momento que a pessoa se depara com uma doença e sofre modificações da sua rotina, essa presença pode gerar mais segurança para o paciente, deixa-lo mais calmo e diminuir seu estresse emocional, trazendo então um conforto maior.

Sobre o tema, Cochran (1989), mostra que a enfermagem precisa modificar seu olhar com urgência, acrescentando também o familiar aos seus cuidados, pois é através dele que muitas vezes se levanta o histórico do internado, e também a partir dele o paciente se sente mais pertencido e acolhido, desde modo o familiar merece uma atenção humanizada também.

2.4 Influência da Equipe de Saúde no Ambiente de Unidade de Terapia Intensiva

A hospitalização em UTI pode acarretar alterações psicológicas e sociais não só ao paciente, mas também a sua família, sendo assim, as unidades de Terapia Intensiva passaram a focar não apenas na recuperação do paciente, mas também em seu bem-estar, suas características e necessidades individuais. Nesse contexto, tornou-se evidente a necessidade de aproximação da equipe com seus pacientes ao invés de relacionar-se com ele por meio dos aparelhos que o monitoram (JÚNIOR, LASELVA, 2016).

Segundo Terezinha (1995), humanizar o atendimento é socorrer as circunstâncias e necessidades do outro, assim como tornar mais humanas as condições de trabalho no âmbito hospitalar. A humanização do atendimento abrange desde a indicação da internação à orientação médica e à assistência global que o paciente recebe, incluindo o atendimento de sua família.

Humanizar é também garantir a qualidade da comunicação entre paciente, família e equipe, que significa ter uma escuta ativa para o outro, compreendê-lo na sua singularidade e nas suas necessidades, para que ele se sinta reconhecido e considerado (JÚNIOR, LASELVA, 2016).

Premissas básicas para uma humanização dentro da UTI contemplam que cada indivíduo é único e tem necessidades e valores específicos. Paciente e sua família são as próprias fontes de conhecimento das suas necessidades, deve-se manter a dignidade do mesmo como ser humano a qualquer custo. A privacidade do paciente e da família deve ser respeitada, bem como as necessidades e os valores, também os princípios éticos, morais, e as crenças dos pacientes e familiares. A autonomia do paciente e da família deve ser preservada, assim como oferecer todo o investimento possível e viável em recursos tecnológicos e terapêuticos ao paciente com doença potencialmente reversível e recuperável. Aliviar a dor e o sofrimento com todos os recursos tecnológicos, farmacológicas e psicológicos e preservar a privacidade do paciente sempre que possível. A busca da humanização não deve comprometer a segurança do paciente e não deve transpor as barreiras éticas ou legais (JÚNIOR, LASELVA, 2016).

O psicólogo, como profissional da saúde, tem um papel importante na instituição hospitalar, buscando contribuir para sua humanização (TEREZINHA, 1995). Reveste-se de instrumentos muito poderosos no processo de humanização dos hospitais na medida em que traz, em seu bojo de atuação, a condição de análise das relações interpessoais. A própria contribuição da psicologia para clarear determinadas manifestações de somatização é igualmente decisiva para fazer com que seu lugar na equipe de saúde da instituição hospitalar esteja assegurado (CAMON, 1994).

Para Comon (1994), tanto o sofrimento emocional e físico do paciente precisa ser entendido como único, pois os dois aspectos que os constituem interferem um sobre o outro criando um ciclo vicioso onde a dor aumenta a tensão e o medo e vice-versa. Tem-se, portanto, como objetivos da atenção do psicólogo na UTI, uma tríade constituída de: paciente, sua família e a própria equipe de saúde, todos eles envolvidos na mesma luta (CAMON, 1994).

2.5 A Importância da Boa Comunicação Entre Equipe De Saúde e Familiares

A comunicação é de suma importância para uma interação, pois é através dela que expressamos nossos sentimentos, nos relacionamos e sabemos das crenças, história de vida, cultural e valores do outro (SILVA, BRASIL e BARBOSA 2000). A comunicação representa um dos

instrumentos básicos pelo qual os profissionais expressam o seu cuidado. E para que ela aconteça, é primordial a interação equipe de saúde-paciente-família, visando à recuperação e, em consequência, a satisfação de todos, inclusive da equipe que presta o cuidado (FERREIRA, 2006).

Para Oriá, Moraes, Victor (2004) é preciso analisar o histórico deste diálogo, como, onde e quando acontece, para que seja utilizado das melhores palavras, de modo que ambos os lados sejam claros e compreendidos, caso contrário pode haver um grande prejuízo. Deste modo, a comunicação tem que ser adequada para cada caso específico do internado, sendo necessário que aja uma troca de informações entre todos os envolvidos.

A comunicação pode evitar conflitos ou dúvidas principalmente devido aos procedimentos realizados em UTI, de acordo com Silva (2002) “a comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos, para a solução de problemas, buscando sempre orientar para tranquilizar”.

Waldow (2006) diz que a família se sente confusa em relação ao diagnóstico e condutas da equipe, onde por vezes os profissionais são indiferentes aos sentimentos e as necessidades dos familiares; sendo que estes comportamentos podem causar consequências que dificultam os cuidados e a melhora do paciente, gerando ansiedade para os familiares perante a situação e trazendo reações negativas a toda equipe.

Quando os familiares são escutados e bem orientados sobre a real situação é manifestado um comportamento compreensível com a equipe, que também ajuda para o tratamento, mas quando isso não ocorre é possível ter efeitos negativos para o processo do cuidado, pois os familiares se encontram inseguros, tensos e frágeis, e podem acabar transferindo esses sentimentos para o seu ente querido. (WALDOW, 2004).

A equipe de saúde, através da comunicação desenvolvida com o paciente e seus familiares, identifica suas necessidades, informa sobre procedimentos ou situações que os mesmos desejam e devem saber; desta forma promovem o bom relacionamento e a educação em saúde. Essas são algumas das funções da comunicação em que a enfermagem pode estar envolvida, o que não quer dizer que o paciente não possa ser também sujeito ativo dessas ações (ORÍÁ, MORAES, VICTOR, 2004).

Entende-se a comunicação como determinante para o desenvolvimento da humanização do atendimento em UTI. Comunicar constitui-se como uma possibilidade de enriquecimento mútuo, tanto por parte daquele que transmite como de quem recebe (SILVA, 2005).

3. METODOLOGIA

Por ser uma pesquisa qualitativa de natureza básica, com a busca de amostragens não probabilística de acessibilidade, foi utilizada, para o levantamento de dados, uma entrevista semiestruturada, elaborada pelas próprias pesquisadoras, contendo perguntas direcionadas ao total objetivo do trabalho. Sendo aplicada a partir de técnicas de Rapport, que vem a ser o primeiro contato com o participante de maneira assertiva e não invasiva, de forma que o mesmo compreenda a importância de sua participação e não se sinta ofendido por ser abordado em um momento tão delicado. Durante todas as entrevistas foi utilizado um gravador de voz para que nenhuma informação fosse perdida durante esta interação. Todos os participantes receberam antes da iniciação das entrevistas, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, sendo pedido que os mesmos lessem o termo e caso estivessem de acordo o assinasse, permanecendo uma via com as entrevistadoras e outra com o participante.

Como programado pelas pesquisadoras, houve o total de seis participantes, estando todos dentro dos critérios necessários, ou seja, familiares e acompanhantes maiores de 18 anos, e que os pacientes fossem adultos internados em Unidade de Terapia Intensiva, através do Sistema Único de Saúde ou planos privados e particulares, que estivessem nesse processo de internamento a um período maior de três dias, sedados ou em tubo orotraqueal, acometidos de patologias clínicas diversas.

Após o término do levantamento de dados, todas as entrevistas foram transcritas para que houvesse uma melhor visualização das informações e então, analisadas as respostas com base nos objetivos específicos da pesquisa, a partir da identificação dos fatores estressores que apareceram com maior frequência nos relatos dos participantes, foram separadas as falas que deixavam bem evidentes estes estressores e as demais informações de grande relevância para o desenvolvimento das discussões e comparações com o que as teorias já existentes trazem sobre este contexto hospitalar, sendo assim divididas em quatro eixos principais, de maneira a facilitar a visibilidade das informações das análises feitas. Com todos os dados analisados e contextualizados, foi então criada uma tabela com algumas informações técnicas dos participantes de forma a facilitar a visualização destes dados e de sua importância para os resultados do trabalho.

4. ANÁLISES E DISCUSSÕES

EIXO 1 – Informações básicas dos participantes

Foram entrevistados o total de seis acompanhantes de pacientes internados na UTI adulta, sendo cinco mulheres e um homem, com faixa etária de 32 a 68 anos. Cinco dos participantes tinham grau de parentesco sanguíneo com o familiar internado e apenas um participante tinha grau de parentesco por cônjuge; todos possuíam religião, três dos participantes não haviam completado o ensino médio, dois haviam completado o ensino médio e um dos participantes estava cursando o ensino superior; até o momento da pesquisa quatro participantes estavam empregados, tendo profissões distintas, e dois participantes estavam desempregados.

Foi possível observar, a partir dos dados levantados nas entrevistas, que os fatores estressores em acompanhantes de pacientes na UTI adulta são realmente existentes, e que o impacto destes fatores varia bastante para cada participante. Os acompanhantes com idade maior de 50 anos tinham uma ótica diferenciada da UTI, seja no contexto de estrutura ou do ambiente como um todo, onde focavam sua preocupação apenas no seu familiar internado e não se atentavam a outros fatores; já os participantes mais novos observaram todo o ambiente, o trabalho da equipe de saúde e até mesmo o comportamento dos outros internados e visitantes. Deste modo, grande parte dos relatos que surgiram direcionados a possíveis fatores de estresse, desconforto e ansiedade partiram dos familiares de idade menor há 50 anos.

Ao decorrer das análises é possível identificar as falas de cada participante através da inicial de seus nomes. Por este motivo, a tabela a seguir demonstra as características de cada participante de modo a trazer maior visibilidade das informações e das possíveis influências de faixa etária e escolaridade nas respostas da entrevista.

Tabela 1. CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICOS DOS PARTICIPANTES

Inicial do nome	Idade	Gênero	Escolaridade	Profissões	Religião	Grau de Parentesco
R. M	40	Feminino	Ensino Médio Incompleto	Aposentada	Católica	Mãe
G. D	32	Feminino	Ensino Médio Completo	Dona de Casa	Católica	Neta
M. D	54	Feminino	Ensino Médio Incompleto	Secretária	Evangélica	Filha
E. B	50	Feminino	Ensino Médio Completo	Empresária	Católica	Filha
E.W	46	Feminino	Ensino Médio Incompleto	Recepcionista	Evangélica	Filha
I. M	48	Masculino	Ensino Superior Incompleto	Corretor de Imóveis	Católico	Pai

Fonte: Produzido pelas pesquisadoras

EIXO 2 – Os estereótipos de morte no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

- O primeiro sentimento é de medo, por que na verdade é apavorante ver ela ali. (G)

- A primeira impressão que tem quando vai para UTI é que vai morrer, que está com os dias contados, dá um susto, né?

- A maioria dos que estão lá, estão nos últimos minutos de vida. (E.B)

Pode-se observar, no estudo, que a compreensão predominante da percepção dos familiares a respeito da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), está centrada na associação com o risco de morte iminente da pessoa internada. Esta visão de morte associada à UTI está enraizada culturalmente, onde grande parte das pessoas imaginam que dificilmente o sujeito internado sairá com vida deste ambiente. Se forem verificados os índices de mortalidade dentro de um hospital, provavelmente haverá um grande número de óbitos na UTI, fato este que pode ser visto como comum e “esperado”, pois é o local em que a maioria das pessoas internadas está numa condição de extrema gravidade ou potencialmente grave. Mas também é de extrema importância que as pessoas se atentem aos casos de recuperação de muitos pacientes e ao quanto este ambiente é estruturado e equipado especialmente a situações graves de saúde.

Como citado nas teorias acima, Costa (2010) concorda que a internação em UTI gera alto grau de estresse aos familiares dos pacientes, pois o ambiente é percebido por eles como um espaço agressivo e ameaçador, pois evidencia o risco de morte do paciente.

Ao longo dos últimos anos, busca-se a desmitificação destas associações de morte junto à UTI, visando mostrar para a população que há maior segurança quanto à saúde quando o paciente se encontra em tratamento neste ambiente, onde o mesmo tem, 24 horas, pessoas capacitadas cuidando-o e medicando-o; visto também a qualidade dos equipamentos disponíveis em UTI, que auxiliam no tratamento do internado e possibilitam sua melhora, dando sempre ênfase à importância do atendimento humanizado e de qualidade, junto ao paciente e seus familiares.

- Primeiramente a gente leva um susto, né, mas a gente sabe que ela está sendo cuidada 24 horas por dia, então eu deixo ela aqui e vou aliviada para casa. (G)

Por meio de alguns relatos das entrevistas, foi possível constatar que o processo de desmistificação dos conceitos negativos que ainda se tem da hospitalização em UTI, vem tendo bons resultados. A grande maioria dos entrevistados relataram estarem com grande apreensão referente ao fato de não terem acesso interno conforme gostariam, mas acreditam que seus familiares estejam sendo bem cuidados pela equipe de saúde, assim gerando uma visão menos estereotipada, e fazendo com que a experiência de ter o familiar internado em UTI seja percebida sob aspectos positivos de recuperação.

EIXO 3 – As percepções voltadas à estrutura do ambiente de UTI e ao contato junto à equipe de saúde.

- O acesso à UTI é muito restrito. Não concordo com essa restrição, acho que ela (paciente) merecia ter um acompanhante. (G)

- Eu acho que realmente a gente poderia ter um pouco mais de acesso, poder ficar mais presente. (I.M)

- O que eu achei estranho é como eu falei, esta demora de ir para o quarto, porque ele não está bem acomodado ali. (R.M)

Os fatores relacionados ao ambiente, como cheiros, iluminação e limpeza, foram elementos que não surgiram como sendo geradores de estresse no estudo em questão. Podendo estar relacionado ao fato de que as UTIs devem seguir normas determinadas pela Agência Nacional de Vigilância

Sanitária- ANVISA (Ministério da Saúde, 2010), que visam regras para a redução de riscos aos pacientes, profissionais, visitantes, e ao meio ambiente. Mas, por outro lado, deve-se considerar o tempo de visita como um fator limitante na percepção destas questões que envolvem a UTI em tempo real, sendo que na UTI deste estudo o tempo de visita era limitado a 30 minutos, duas vezes ao dia.

- Pelo menos nos horários que eu vim visitar estava tudo certo. (R.A)

- Esta questão de que eu não sei como que eles estão tratando, isto me deixa nervoso, por que eles dizem que estão fazendo o melhor, mas eu não sei se realmente estão. (I.M)

Visto que para alguns entrevistados surgiram críticas relacionadas ao fato de não poderem ficar por mais tempo dentro da UTI, acabam, desse modo, surgindo incertezas quanto ao tratamento e a recuperação do paciente, gerando ansiedade, medo, sofrimento e sensação de impotência. O fato da UTI ser um local cujo funcionamento se baseia em regras rígidas, onde se priorizam os cuidados intensivos contínuos aos pacientes, faz com que, em muitos casos, o familiar se torne pouco presente no tratamento, em função das restrições às visitas e acompanhamentos. Podendo, assim, este distanciamento se potencializar em temor, angústia e insegurança da família (LEITE; SCHONS; SILVA; MULLER, 2015).

- A maior dificuldade é que tem que ficar muito tempo lá fora esperando, eu queria poder ficar mais tempo com ele, ficar só meia hora com meu filho é pouco. (I.M)

A visita aberta à UTI, que permite o acesso dos familiares aos pacientes a qualquer momento do dia, é outro fator de grande impacto na redução do estresse em familiares. A Sociedade Paulista de Terapia Intensiva (SOPATI) defende que uma política mais flexível de visitação aos pacientes internados em UTI ajuda os familiares a enfrentarem essa situação, satisfazendo a grande necessidade de estarem perto dos pacientes.

Fatores como barulho e movimentação excessiva surgiram como incômodos e contribuintes para prejudicar o descanso dos internados e, consecutivamente, geradores de estresse aos familiares que visualizaram estas questões durante os momentos de visitas, em específico a um familiar (E.B) que estava como acompanhante por quase todo o período de internação de sua mãe, e por diversas vezes durante entrevista relatou sobre barulhos e conversas excessivas da equipe de saúde, dando como sugestão que o ambiente de UTI fosse de algum modo mais reservado para cada paciente ou mesmo que houvesse um local determinante às conversas paralelas dos profissionais de saúde

- *A pessoa que eu estou cuidando quer descansar e todo mundo fala muito, é muito agitado, muito barulho sabe, e a pessoa não consegue descansar. Poderia ser mais reservado, e também ter um lugar que os enfermeiros pudessem conversar. (E.B)*
- *E ver também os outros familiares entrarem e saírem chorando. (R.M)*
- *Ela (paciente) reclama bastante do barulho, mas eu acho que deve ser normal, né? (E.V)*

Um fator que apareceu em alguns momentos, nos relatos dos participantes, foi referente aos aparelhos utilizados na Unidade de terapia Intensiva, UTI. Surgiram algumas poucas falas, mas nem por isso menos importantes de serem analisadas. A grande maioria dos entrevistados já havia, em outro momento, passado pela experiência de ter um familiar hospitalizado em UTI e relataram que, em primeiro momento, o que mais os deixou assustados, foi a visualização dos diversos aparelhos, dando destaque ao fato do familiar estar entubado.

- *Na primeira vez fiquei apavorada em ver minha filha entubada, isso é ruim (R.M)*
- *Eu vi que ela estava com aquele negócio que colocam no pescoço sabe, que acho que é para respirar, ventilador mecânico acho que é o nome, e eu vi aqueles tubos que eles colocam para medicamento, e eu não consegui ficar muito tempo, fiquei acho que uns 10 minutos, não foi uma sensação nada agradável, nada agradável mesmo. (I.M)*

Costa (2010), considera como sendo um dos principais fatores estressores em UTI, a aparência do paciente internado, a necessidade de ventilação mecânica, a presença de curativos diversos, fios e aparelhos, bem como os ruídos dos equipamentos e da equipe. Além desses fatores, é destacada a gravidade do quadro clínico, a alteração do nível de consciência e a dificuldade e/ou ausência de comunicação do paciente.

Os participantes estão cientes da necessidade da utilização dos aparelhos, mas relataram ser bastante desagradável ver seu familiar rodeado dos mesmos. Dizem sentirem-se chocados com a situação, falam também sobre o fato do internado estar desacordado e não poderem se comunicar, sentem-se amedrontados, tristes, mas também esperançosos pela recuperação.

EIXO 4 – A comunicação entre equipe de saúde e familiares.

As pesquisadoras puderam perceber, enquanto aguardavam para as entrevistas, que a expectativa dos familiares na espera para conversar com os médicos evidencia a confiança que é depositada neles e em toda a equipe de trabalho da UTI, bem como nas informações fornecidas sobre o estado e a evolução do paciente, ficando clara a necessidade que os familiares têm de que as equipes estejam disponíveis, fornecendo informações sobre as condições clínicas e o resultado dos tratamentos de seus familiares.

Considera-se que grande parte das necessidades consideradas importantes pelos familiares depende da iniciativa dos profissionais, que devem pretender melhorar o relacionamento com a mesma, esclarecendo as chances de melhora e informando adequadamente a evolução do paciente. Essas informações devem ser fornecidas pelo profissional, diariamente, respondendo às perguntas com franqueza, esclarecendo quais os profissionais envolvidos no cuidado do paciente e assegurando que o tratamento adotado é o melhor possível (PUGGINA, IENNE, CARBONARI, PAREJO, 2014).

- A única coisa que a gente não sabia nos primeiros dias é que podia ficar alguém aqui com ela, eu fiquei chateada por eles não terem avisado a gente disto; faltou informação. (E.V)

- Todos os dias a gente conversa com os médicos e eles nos dão um parecer. (E.V)

- Eles sempre informam tudo, conversamos com o médico e ele sempre passa tudo bem certinho. (G)

Com direcionamento da importância do contato da equipe junto aos familiares, a RDC 7/10, em seu artigo 24, preconiza que deve ser garantido, pelos profissionais atuantes na UTI, um ambiente de respeito e dignidade, comunicação à família de toda assistência prestada durante o processo de internamento de seu ente querido, ações para o estabelecimento da humanização,

promoção de um ambiente acolhedor e estímulo à participação da família na atenção ao paciente, quando necessário (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2010).

Fica clara a importância da comunicação eficaz entre familiares e toda a equipe de saúde da UTI, de forma que os familiares se sintam pertencentes e importantes dentro de todo este contexto,

e tenham todas as informações corretas para que seja evitado estresse de ambas as partes, ou mesmo queixas voltadas ao trabalho dos profissionais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao decorrer de todo o levantamento de dados deste estudo foi possível perceber algumas características e situações que eram esperadas pelas pesquisadoras ainda no planejamento da pesquisa, como: a temática de temor à morte relacionada ao internamento em Unidade de Terapia Intensiva, as expectativas que os familiares depositam em toda a equipe de saúde, e a dificuldade encontrada pelas pesquisadoras em construir um bom Rapport junto aos familiares, de modo que se sentissem à vontade para participação da pesquisa. Alguns familiares abordados se dispuseram em participar e, logo em seguida, ou ainda durante conversa informal, diziam estar muito cansados, preocupados e tristes e por estes motivos preferiam não participar. Percebeu-se, então, o quanto os fatores de sofrimento fizeram com que grande parte dos sujeitos abordados preferissem se isolar e não falar sobre o momento que estavam vivendo e os sentimentos que tinham. Notou-se também que alguns dos sujeitos participantes tinham receio de dar algumas informações e sugestões por medo de que suas identidades fossem reveladas à equipe de saúde da UTI, mesmo as pesquisadoras dizendo-lhes que suas identidades não seriam apresentadas e nem mesmo as informações seriam passadas às equipes de saúde; este receio dos participantes possivelmente tenha interferido nos resultados da pesquisa.

Dentro do objetivo geral do estudo, a entrevista foi de grande relevância, pois concluiu-se que de fato existem fatores estressores a familiares de pacientes adultos em Unidade de Terapia Intensiva, e de que estes fatores interferem em suas vidas particulares, por terem que, por muitas vezes, se distanciarem do trabalho para poderem visitar ou acompanhar seu familiar internado, e por isso, acabam tendo muitos prejuízos financeiros e, consecutivamente, físicos, por se sentirem muito cansados com toda a situação e preocupação com o familiar. Em alguns dos relatos notou-se a preocupação do familiar de buscar não transmitir ao internado, mesmo estando desacordado, o quanto estavam preocupados ou mesmo exaustos. Disseram, por vezes, que buscavam conversar com o familiar internado mesmo sabendo que o mesmo não os responderiam, pois acreditavam que este contato faria bem à recuperação.

A contribuição de alguns entrevistados, em darem sugestões de melhoria às queixas apresentadas, é de extrema importância para que sejam verificadas as possibilidades de intervenções

futuras dentro do âmbito de UTI, do hospital em questão. Visto também que as informações positivas e os elogios que foram dados à equipe de saúde também demonstram o quanto os familiares e acompanhantes dos internados estão cientes do quão desafiador é o trabalho de todos dentro do contexto de UTI.

Observou-se também o quanto é faltante o trabalho psicológico mais direto e duradouro a estes familiares/acompanhantes de pacientes internados em UTI, e notável a necessidade que se encontra de haver uma assistência mais eficaz, voltada as subjetividades, frustrações e angustias destes familiares, ou mesmo de uma escuta de maior humanização, para que os mesmos se sintam pertencentes e notáveis a todo este contexto e situação de sofrimento e medo. Não deixando de esclarecer que há sim na Instituição um atendimento psicológico breve a estes familiares, mais que por ser um Hospital Escola, este atendimento acaba não sendo contínuo, havendo desde modo a necessidade de alguns projetos de possíveis mudanças/implementações a esta assistência.

O objetivo do nosso trabalho foi alcançado conforme esperado sendo os fatores estressores encontrados em familiares de pacientes na UTI geral foram; barulho, tanto dos aparelhos quanto da equipe, falta de comunicação da equipe com os familiares, falta de algumas informações sobre a internação do paciente, horários de visitas restritos de trinta minutos, distanciamento de sua casa até o hospital e a mudança da rotina do seu dia a dia.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI-CAMON, W. A. (org.), **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 1994.

ALFARO, L. R. **Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo**. 4A ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2000.

ANDRADE, O. G.; MARCON, S. S.; SILVA, D. M. P. Como os enfermeiros avaliam o cuidado/cuidador familiar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 123-32, jul. 1997.

BAPTISTA, M. N. **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos** / Rosana Righetto Dias. - 2ed.[Reimpr]. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília (DF), 2010. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-7-de-24-de-fevereiro-de-2010>. Acesso em: 09 Out.2018.

CANNON W.B. **The Winsdom of the body**. New York, Norton; 1939.

CHAGAS, N. R.; MONTEIRO, A. R. M. **Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral**. Acta Scientiarum. Health Science, Maringá, v. 26, n. 1, p. 193-204, 2004.

COCHRAN, J; GANONG, L. H. **A comparison of nurses' and patients' perceptions of intensive care unit stressors**. J Adv Nurs, 1989.

COSTA, J. B; FELICETTI, C. R; COSTA, C. R; MIGLIORANZA, D. C; OSAKU, E. F; VERSA, G. L; et al. **Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva**. J Bras. Psiquiatr. 2010.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem** 2006.

FONSECA, J. P. **Luto Antecipatório**. Campinas: Livro Pleno, 2004.

HEWITT, J. **Psycho-affective disorder in intensive care units**: a review. J. Clin Nurs, 2002.

JÚNIOR M, LASELVA C.R, GUASTELLI L.R. **Estrutura e organização**. In: Knobel, Elias e cols. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu; 2006.

LAZARUS, R., & FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.

LEITE M.T, SCHONS V.F, SILVA L.A.A, MULLER L.A, PINNO C, HILDEBRANDT L.M. Hospitalização em Unidade de Terapia Intensiva na voz de idosos e familiares. *Estud. interdiscipl. envelhec*. 2015. [Internet]. Disponível em:<http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060>.

LIPP, M. E. N. (1996). **Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco**. Campinas, SP: Papirus.

_____. **O stress no adulto e a necessidade de um diagnóstico preciso**. In: Lipp ME. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos**. 2a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.

_____. **O stress no Brasil: Pesquisas avançadas**. - Campinas, SP: Papirus, 2004.

_____. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stresse: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIMA GONÇALVES, E. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo, Pioneira, 1983.

MANSO, C. Stress e doenças psicossomáticas. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, 1987.

NOGACZ, F. R; SOUZA, R. P. **Fatores Estressores em UTI**. Em Associação de Medicina Intensiva Brasileira AMIB. (Orgs.), Humanização em Cuidados Intensivos. (pp. 31-40). Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

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

NOVAES, M. A; KNOBEL E; BORK A. M; et al - **Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team**. Intensive Care Med, 1999; 25:1421-1426.

ORIÁ, M. O. B; MORAES, L. M. P; VICTOR, J. F. **A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado**. Rev Eletr Enferm 2004; 6(2): 41-5.

PREGNOLATTO, Ana P. F.; AGOSTINHO, Valéria B. M. **O psicólogo na unidade de terapia intensiva – adulto**. In: BAPTISTA, Makilim N. Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

PUGGINA A.C, IENNE A, CARBONARI K.F, PAREJO L.S, SAPATINI T.F, SILVA M.J. **Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em unidade de terapia intensiva**. Esc. Anna Nery. 2014.

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

SARAFINO, E. **Health psychology: Biopsychosocial interactions (2ª ed.)**. New York: Wiley. 1994.

SEBASTIANI, R. W. **Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva**. Em V. A. A. Camon (Org.), Psicologia Hospitalar. Teoria e Prática. (p. 29-72). São Paulo: Pioneiras, 1995.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. 2a ed. São Paulo: Ibrasa; 1959.

SILVA, L. M; BRASIL, V. V; BARBOSA A. L. **Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal**. Revista Latino-americana enfermagem 2000; 8(4): 52-58

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo, 4ª ed, pág. 14, 2002.

SILVA, W. V; NAKATA, S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Revista Brasileira Enfermagem** 2005; 58(6): 673-6.

SOCIEDADE PAULISTA DE TERAPIA INTENSIVA - SOPATI. **O efeito positivo da presença de familiares nas unidades de terapia intensiva**. [Internet]. Disponível em: http://www.sopati.com.br/lermais_materias.php?cd_materias=385&friurl=_-O-efeito-positivo-da-presenca-de-familiares-nas-Unidades-de-Terapia-Intensiva-

SOUZA, R. P. **Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2010.

STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. 2003.

TEREZINHA, C. P. C. Psicologia hospitalar, A atuação do psicólogo em hospitais. São Paulo, 1995.

WALDOW, V. R. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis (RJ): Vozes; 2004.