

AValiação DOS AGENTES ESTRESSORES E DA RESILIÊNCIA EM PACIENTES INTERNADOS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Raphael Zardini Andrade

Marineia Crosara de Resende

(Universidade Federal de Uberlândia – UFU)

Resumo

Esta pesquisa teve como *objetivo* investigar a relação entre os agentes estressores e a resiliência nos pacientes internados na UTI de um hospital escola. Para isto, foram entrevistados 17 pacientes (idade média 48 anos; DP=17,9), a maioria homens (70,6%), com ensino fundamental incompleto (35,3%) ou ensino médio completo (29,4%) e que trabalham (58,8%). Para a entrevista foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sócio demográfico; Escala de Estressores em Terapia Intensiva e a Escala de Resiliência. A análise dos dados obtidos mostra que os participantes consideram a UTI com sendo um ambiente pouco estressor. Com relação à resiliência, os pacientes indicaram níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes, em que o *Fator 1* (média 5,09; DP= 1,18), indica resoluções de ações e valores (que dão sentido à vida como: amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida), o *Fator 2* (média 5,22; DP= 1,64), ideias de independência e determinação e o *Fator 3* (média 5,07; DP= 1,18), autoconfiança e capacidade de adaptação à situação. No que se refere à correlação entre os agentes estressores e a resiliência, a análise através do coeficiente de Pearson mostrou que quanto maior a Resiliência menor a percepção de estressores relacionados ao ambiente. *Verifica-se que o além das questões relacionadas ao motivo da internação em uma UTI, geralmente descrito como sendo marcado por perdas e pela luta pela sobrevivência é necessário lidar com agentes estressores como os relatados nesta pesquisa.*

Palavras-chave: Estresse; Unidade de Terapia Intensiva; Resiliência; Agentes Estressores.

Abstract

Evaluation of Stressor Agents and Resilience by Patients Admitted in the Intensive Care Unit

The main objective of this research is to investigate the correlation between stressor agents and resilience in patients admitted to the Intensive Care Unit – ICU of a teaching hospital. Seventeen patients participated (average age 47.7, SD=17.9), mostly men (70.6%), with incomplete primary education (35.3%) or high school (29.4%) and workers (58.8%). For the interview the following instruments were used: Socio Demographic Questionnaire, Stressors Scale in Intensive Care and the Resilience Scale. The analysis of the data acquired showed that the patients considered the ICU as being a low stressful environment. As regards resilience, the patients showed levels of positive psychosocial adaptation in the face of

important life events, Factor 1 (average 5.09, SD=1.18), indicate resolutions of actions and values (which give meaning to life such as: friendship, fulfillment, satisfaction and meaning of life), Factor 2 (average 5.22, SD=1.64), ideas of independence and determination; Factor 3 (average 5.07, SD=1.18), self confidence and ability to adapt to the situation. As regards the correlation between the stressor agents and resilience, a Pearson coefficient analysis showed that the higher the resilience the smaller the perception of stressor agents related to the environment. Was verified that beyond the questions related to the reason for the ICU admission, generally described as being marked by losses and the struggle for survival, is necessary to deal with stressor agents, such as those reported in this study.

Keywords: Stress; Intensive Care Unit; Resilience; Stressor agents.

Introdução

A hospitalização em uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI – é considerada um dos momentos mais críticos e amedrontadores de todo o processo de internação hospitalar, uma vez que, em nossa sociedade, esta unidade é tida como um local assustador, fonte de incertezas, medos, além de ser um lugar para morrer (Haberkon, 2004). A UTI oferece tratamento específico e intensivo para o paciente em estado crítico (Pregnoatto, & Agostinho, 2003) sendo considerado um serviço que tem como objetivo principal concentrar recursos materiais e humanos para o atendimento de pacientes criticamente enfermos, que exigem assistência permanente, além da utilização de recursos tecnológicos apropriados para a monitoração contínua das condições vitais e para intervenção em situações de

emergência (Coronetti, Nascimento, Barra, & Martins, 2006).

Para Biaggi (2002), o objetivo principal da UTI é restabelecer no paciente o funcionamento de um ou vários sistemas orgânicos. Embora a UTI seja o local privilegiado para o atendimento a pacientes agudos graves recuperáveis, também parece oferecer um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital (Vila, & Rossi, 2002). Novaes, Knobel, Bork, Pavão, Nogueira-Martins e Ferraz (1999) chamam a atenção para o fato de a hospitalização na UTI acontecer, em geral, de maneira aguda e inadvertida, sendo que esta unidade é culturalmente revestida de representações ameaçadoras que traz ao paciente e a seus familiares uma ideia de gravidade, associada à perda, que muitas vezes nem é real (Brito, 2004).

Sendo a UTI uma unidade de assistência em saúde que possui uma arquitetura própria e um modo de

funcionamento diuturno, Romano (1999) chama a atenção para o fato de a permanência neste espaço gerar muitas desordens de origem psicológica, que podem levar os pacientes a exaustão emocional e podem, ainda, repercutir na recuperação física, validando ou não, todas as ações médicas dispensadas ao paciente. A internação em uma UTI já é por si mesma uma condição estressante para o paciente, seus familiares e para a equipe de saúde, pois invariavelmente está associada a uma situação de grande risco (Moritz, Lago, Souza, Silva, Meneses, Othero e cols., 2008).

A UTI carrega uma metáfora de relação direta com a morte, dor e desespero (Biaggi, 2002). Nesse contexto, em termos psíquicos e emocionais, Lucchesi, Macedo e Marco (2008) relatam estar frequentemente presente a ansiedade, a angústia e o humor deprimido, que aparecem em virtude da ruptura ou afastamento dos vínculos afetivos (família e amigos), medo de perder a capacidade de trabalhar, cancelamento ou suspensão de projetos pessoais e medo da morte.

Para Proença e Dell Agnolo (2011), os pacientes internados na UTI apresentam sentimentos e sensações de desvinculação, ressentimento, desamparo; experimentam

estressores como o medo real da morte, as permanentes perdas de função, a perda de autonomia, a forçada dependência e a separação da família. Novaes e cols. (1999) afirmam que o estresse é uma das reações frequentemente observadas nesses pacientes. Neste sentido, Stumm, Kuhn, Hildebrandt e Kirchner (2008) chamam a atenção para o fato de que não somente a quebra dos vínculos afetivos são causadores de estresse na UTI, uma vez que, segundo esses autores, o ambiente desta unidade por si só pode atuar como um agente estressor.

Rosa (2007) esclarece que desde a década de 60, o ambiente peculiar da UTI vem sendo considerado como estressor para os pacientes ali tratados, uma vez que neste espaço as pessoas vivenciam desconfortos físicos e psicológicos decorrentes da estrutura física e funcional que podem causar desordens psicoativas. Em um estudo realizado por Bitencourt, Neves, Dantas, Albuquerque, Melo, Almeida e cols. (2007), com o objetivo de identificar os principais agentes estressores na UTI por parte do paciente, familiares e equipe, os resultados indicaram que para os pacientes os principais fatores estressantes foram o distanciamento da

família, a inserção de tubos no nariz e na boca e a falta de controle sobre si mesmo.

Segundo Lipp (2001), o estresse pode ser considerado como o desgaste do organismo, causado por alterações psicofisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que possam gerar irritação, medo, excitação ou até mesmo felicidade. De acordo com Lusk e Lassh (2005), a UTI é um ambiente gerador de estresse, uma vez que os pacientes são submetidos a desconfortos físicos e psicológicos decorrentes de características do ambiente e do funcionamento, que frequentemente interrompem o ciclo circadiano, o sono e causa prejuízo ao bem estar dos pacientes.

Embora os estudos acima tenham demonstrado a supremacia de agentes estressores relacionados ao próprio paciente ou à equipe, Souza, Silva, Mello e Ferreira (2006) identificaram que os agentes percebidos como mais estressores estão relacionados ao ambiente, como excesso de barulho e a iluminação excessiva. Davydow, Zatzick, Hough, e Katon (2013), em um estudo que buscou identificar os fatores de risco para o desenvolvimento do estresse pós-traumático e sintomas depressivos pós-internação, relataram que o estresse agudo

vivenciado nestas unidades possui uma potente relação com o aumento na gravidade dos sintomas de estresse pós-traumático e de depressão ao longo de um ano da internação, o que representa um potencial risco para a saúde mental após a admissão na UTI.

Veiga (2008), em estudo onde avaliou os fatores estressores na UTI, na ótica de idosos submetidos à cirurgia cardíaca, observou que na percepção deste público, a falta de informação sobre sua condição, não conseguir mexer as mãos/braços, não ter explicações sobre o tratamento e não saber quando as coisas serão feitas foram os fatores que mais contribuíram para o aumento do estresse no período de internação. Rose, Nonoyama, Rezaie e Fraser (2013), em pesquisa para identificar as memórias e recordações de pacientes internados na UTI e em um centro especializado em desmame da ventilação mecânica, verificaram que a sede, a falta de controle e o ruído foram as experiências mais frequentemente lembradas pelos pacientes internados na UTI.

Ainda que a literatura aponte a UTI como sendo um ambiente ameaçador e gerador de estresse, Rutter (1985) assinala que os indivíduos tendem a desenvolver

um padrão individual de resposta ao risco e ao estresse, conhecido como resiliência. Neste sentido, Yunes (2001) relata que a resiliência seria a capacidade do sujeito de, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela, sendo que essa tentativa de adaptação precisa ser interpretada com base nas características do indivíduo e em seu contexto psicossocial.

Resende, Ferreira, Naves, Arantes, Roldão, Sousa e cols. (2010) descrevem, a partir de revisão de literatura, que o termo resiliência veio da Física, que tinha como significado "a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica". Em Psicologia, este termo passou a designar a habilidade de se acomodar e de se reequilibrar constantemente frente às adversidades (Assis, Pesce, & Avanci, 2006). Segundo Robertson e Cooper (2013), para entender a resiliência, é preciso considerar a capacidade do indivíduo de proteção em curso que permite não só uma recuperação reativa ao trauma, mas também uma aprendizagem proativa através dos desafios e conquistas enfrentados no dia a dia.

Apesar de a resiliência ser considerada como uma habilidade

relacionada à superação do estresse e das adversidades é importante considerar que está relacionada também com aspectos intrapsíquicos e psicossociais do indivíduo. Dessa forma, se as circunstâncias mudam a capacidade de resiliência do indivíduo também se altera (Poletto, & Koller, 2006). Angst (2009) chama a atenção para a característica dinâmica da resiliência e afirma que esta habilidade não pode ser considerada como um escudo protetor que irá proteger o indivíduo evitando que ele seja atingido por algum tipo de problema. Portanto o mais adequado seria afirmar que um indivíduo está resiliente e não que ele é resiliente, uma vez que são as influências do meio ambiente e as características do próprio indivíduo que irão influenciar na identificação da melhor atitude a ser tomada em uma determinada situação.

De acordo com Rutter (1985), o construto resiliência está relacionado com os fatores de risco e com os fatores de proteção. De acordo com este autor, os fatores de risco são aqueles relacionados a acontecimentos estressantes da vida enquanto que os fatores de proteção seriam aqueles que modificam, alteram ou melhoram a resposta de uma pessoa frente a um perigo que pode desencadear não adaptação. Pinheiro (2004) afirma que a

resiliência é a capacidade do indivíduo, de enfrentar as adversidades, ser transformado por elas e conseguir superá-las.

Bianchini e Dell’Aglío (2006) afirmam que ao longo da vida o indivíduo passa por diversas situações que exigem uma atitude resiliente, porém uma das principais situações é o adoecimento. Neste contexto a resiliência seria a capacidade do indivíduo de lidar com as limitações e desafios da doença, sendo que tal capacidade está relacionada com a história de vida de cada um, o que faz com que uma mesma doença passe a desencadear reações diversas e singulares

de indivíduo para indivíduo.

Nesse sentido, o presente estudo buscou melhor compreender alguns aspectos desse momento da hospitalização e teve como *objetivos*:

Objetivo geral: investigar a relação entre os agentes estressores e a resiliência nos pacientes internados na UTI de um hospital escola;

Objetivos específicos: averiguar os agentes estressores na percepção de pacientes internados na UTI e avaliar a resiliência apresentada por pacientes internados na UTI.

Método

Participantes: Participaram dessa pesquisa, uma amostra de conveniência composta por 17 pacientes internados na UTI de um hospital escola, com idade entre 26 e 76 anos (idade média 47,7; DP=17,9), sendo a maioria homens (70,6%), com ensino fundamental incompleto (35,3%) ou ensino médio completo (29,4%) e que trabalham (58,8%). Ver Tabela 1 para demais características sócio-demográficas.

Tabela 1. Frequência das variáveis sócio-demográficas dos participantes (n= 17)

Variável	N	%
Sexo	Masculino	12 70,6
	Feminino	5 29,4
Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	6 35,3
	Ensino Fundamental Completo	3 17,6
	Ensino Médio Incompleto	2 11,8
	Ensino Médio Completo	5 29,4
	Ensino Superior Incompleto	1 5,9
Trabalha	Ativo	10 58,8
	Inativo	7 41,2

Instrumentos:

a) *Questionário Sóciodemográfico:*

contendo informações relativas a sexo, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional: ativo/inativo.

b) *Escala de Estressores em Terapia Intensiva*

(Novaes, Aronovic, Ferraz, Knobel, 1997): para a investigação dos possíveis agentes estressores na UTI. É composto por 40 itens que abordam diversos fatores geradores de estresse na UTI, sendo que tais fatores podem ser classificados quanto ao nível de estresse em uma escala de valores onde 1 corresponde a um evento nada estressor, 2 a um evento pouco estressor, 3 um evento estressante e 4 um evento muito estressante.

c) *Escala de Resiliência*

(Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias, & Carvalhaes, 2005): mede níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes, divididos em três fatores: Fator 1: indica resoluções de ações e valores (que dão sentido à vida como: amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida); Fator 2: indica ideias de independência e determinação; Fator 3:

indica autoconfiança e capacidade de adaptação à situação. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo Likert variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente).

Procedimentos

Esse projeto foi submetido e avaliado pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia e aprovado (nº 439.169 de 13/09/13).

A análise dos dados foi feita através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 17.0), realizando-se análise descritiva através de frequências e estatísticas descritivas. Para analisar a correlação entre as variáveis numéricas (escores das escalas) foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

Os resultados serão apresentados na seguinte ordem: Agentes estressores na percepção de pacientes, Resiliência apresentada por pacientes internados na UTI e correlação entre as variáveis.

Agentes estressores na percepção de pacientes internados na UTI

No que diz respeito à avaliação dos agentes estressores, os participantes apresentaram uma soma média total para a escala de 85,9 (DP = 25,4) com intervalo de 45 a 117 em um universo possível de 42 a 168 pontos. Considerando o intervalo da escala, onde 1 corresponde a agentes não

estressores e 4 correspondendo a agentes muito estressores, obteve-se um valor médio de 2,03 (DP = 0,6) para as respostas aos 42 itens da escala, sendo que tal resultado indica que os pacientes consideraram a UTI como sendo um ambiente pouco estressor.

Na Tabela 2 é possível verificar quais agentes foram considerados estressores ou não, por item apresentado.

Tabela 2 – Posição dos estressores na UTI, segundo a amostra estudada.

Estressor	Posição	Média	DP
<i>Não Conseguir Dormir</i>	1.	3,06	1,14
<i>Sentir falta do marido ou esposa</i>	2.	2,88	1,41
<i>Ter dor</i>	3.	2,76	1,25
<i>Ter sede</i>	4.	2,65	1,37
<i>Não ter controle sobre si mesmo</i>	5.	2,65	1,32
<i>Escutar os alarmes do monitor cardíaco despertarem</i>	6.	2,65	1,17
<i>Escutar os barulhos dos alarmes dos equipamentos</i>	7.	2,59	1,46
<i>Não saber quando as coisas vão ser feitas</i>	8.	2,59	1,33
<i>Enfermagem e Médicos falando muito alto</i>	9.	2,47	1,28
<i>Cama e/ou travesseiros desconfortáveis</i>	10.	2,41	1,42
<i>Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos</i>	11.	2,41	1,42
Sentir cheiros estranhos	12.	2,24	1,39
Ter que usar oxigênio	13.	2,24	1,39
Ter máquinas estranhas ao redor	14.	2,18	1,33
Não saber onde está	15.	2,18	1,29
Escutar o gemido de outros pacientes	16.	2,18	1,24
ter tubos no nariz e/ou boca	17.	2,12	1,32
Não ter explicações sobre o tratamento	18.	2,12	1,36
Não ter privacidade	19.	2,12	1,27
Não conseguir mexer as mãos ou os braços devido as vias intravenosas	20.	2,12	1,11
Ser furado por agulhas	21.	2,12	1,22
Estar Amarrado por tubos	22.	2,06	1,3

AVALIAÇÃO DOS AGENTES ESTRESSORES E DA RESILIÊNCIA EM PACIENTES INTERNADOS NA
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ter que ficar olhando para os detalhes do Teto	23.	2,06	1,25
A enfermeira não se apresentar pelo nome	24.	1,94	1,14
Ter luzes acessas constantemente	25.	1,88	1,32
Sons e ruídos desconhecidos	26.	1,88	1,11
Ser incomodado	27.	1,88	1,27
Assistir a procedimentos de outros pacientes	28.	1,88	1,11
Estar em um ambiente muito quente ou muito frio	29.	1,82	1,07
Ser acordado pela Enfermagem	30.	1,76	1,2
Sentir que a enfermeira esta muito apressada	31.	1,71	0,99
Ser cuidado por médicos desconhecidos	32.	1,71	1,16
Ter a equipe falando termos incompreensíveis	33.	1,65	1,17
Sentir que a enfermagem esta mais atenta aos equipamentos do que a você	34.	1,65	1
Medir a pressão arterial muitas vezes ao dia	35.	1,59	1,18
Ver as bolsas de soro penduradas sobre a cabeça	36.	1,59	1
Ser examinado por médicos e enfermeiros constantemente	37.	1,47	0,8
Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do leito	38.	1,41	0,87
Não saber que dia é hoje	39.	1,41	0,87
Escutar o telefone tocar	40.	1,29	0,69
Não saber que horas são	41.	1,29	0,85
Ter homens e mulheres internados em um mesmo local	42.	1,29	0,47

Como verificado na Tabela acima, os eventos considerados como estressores foram: *Não conseguir dormir, Sentir falta do marido/esposa, Ter dor, Ter Sede, Não ter controle sobre si mesmo, Escutar os alarmes do monitor cardíaco despertarem, Escutar o barulho dos alarmes dos equipamentos, Não saber quando as coisas vão ser feitas, Enfermagem e Médicos falando muito alto, Cama e/ou travesseiros desconfortáveis e Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos.*

Resiliência apresentada por pacientes internados na UTI

Com relação à resiliência, os pacientes indicaram níveis de adaptação psicossocial positiva frente a eventos de vida importantes, sendo no *Fator 1* (média 5,09; DP= 1,18), que indica resoluções de ações e valores (que dão sentido à vida como: amizade, realização pessoal, satisfação e significado da vida), *Fator 2* (média 5,22; DP= 1,64), indica ideias de independência e determinação; *Fator 3*

(média 5,07; DP= 1,18), indicando autoconfiança e capacidade de adaptação à situação.

Correlação entre as variáveis os agentes estressores e a resiliência nos pacientes internados na UTI

No que se refere à correlação entre os agentes estressores e a resiliência, a análise através do coeficiente de Pearson mostrou que quanto maior a Resiliência ligada ao Fator 1 – *resoluções de ações e valores* – menor é o estresse percebido quanto aos estressores: *escutar sons e ruídos desconhecidos* ($r = -0,322$), *sentir que a enfermeira está muito apressada* ($r = -0,594$), *escutar o telefone tocar* ($r = -0,558$), *não saber que horas são* ($r = -0,526$) e *não saber que dia é hoje* ($r = -0,542$).

Quanto maior a Resiliência apresentada no Fator 2 – *ideias de independência e determinação* –, menor é o estresse percebido no que diz respeito aos seguintes fatores: *ter máquinas estranhas ao redor* ($r = -0,483$), *escutar sons e ruídos desconhecidos* ($r = -0,594$), *sentir que a enfermeira está muito apressada* ($r = -0,596$), *escutar o telefone*

tocar ($r = -0,534$) e *não saber que dia é hoje* ($r = -0,572$).

Com relação à resiliência no Fator 3 – *autoconfiança e capacidade de adaptação à situação* –, quanto maior a resiliência ligada a este fator menor é o estresse percebido em: *ter máquinas estranhas ao redor* ($r = -0,518$), *sons e ruídos desconhecidos* ($r = -0,507$), *sentir que a enfermeira está muito apressada* ($r = -0,587$), *não saber que horas são* ($r = -0,564$) e *que dia é hoje* ($r = -0,610$).

Discussão

A Unidade de Terapia Intensiva costuma ser encarada pelos pacientes como um local desconhecido e assustador, que frequentemente está relacionado com a piora do estado de saúde ou até mesmo com a morte (Lemos & Rossi, 2002). O estresse é uma condição frequentemente relatada pelos pacientes internados nestas unidades, constituindo como um fator de importante impacto sobre a recuperação e a qualidade de vida pós-internação. (Marosti, & Dantas, 2006; Davydow e cols., 2013; Rose e cols., 2013).

Nesse estudo poucos fatores foram relatados como sendo estressores. Estes foram apontados pelos entrevistados de

acordo com as categorias a seguir: a) o ambiente, no que se relaciona ao como barulho dos equipamentos e/ou da equipe e a camas e travesseiros desconfortáveis; b) aspectos psicológicos tais como sentir falta de alguém, não ter controle sobre si mesmo e/ou sobre os procedimentos, ver a família e amigos por pouco tempo; c) aspectos fisiológicos relacionados a sentir dor e sede.

No que diz respeito aos fatores de estresse dentro destas unidades, verificou-se no estudo que *Não conseguir dormir* foi apontando com sendo uma das principais causas de estresse na UTI, resultado também encontrado por outros pesquisadores como Marosti e Dantas (2006), Veiga (2008), Torрати (2009). O ambiente da UTI, a dor, o medo do desconhecido, a presença constante de estímulos e a mudança na rotina do paciente podem combinar-se e contribuir para a perturbação do sono e do repouso. O sono constitui-se um fator de importante atenção, na medida em que os efeitos de sua privação podem levar a disfunções cognitivas e metabólicas (Tufik, 2008), que podem consequentemente interferir na recuperação.

O *ter dor* foi outro fator considerado estressor na UTI, que

corroborar outros estudos, como Gois e Dantas (2004), Marosti e Dantas (2006), Veiga (2008), Torрати (2009). A dor constitui-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, decorrente de lesão real ou potencial dos tecidos do organismo, sendo que sua percepção parece estar mais diretamente relacionada com características individuais e variáveis psicossociais do que com a natureza ou extensão do tecido lesionado (Carvalho, 1999). A presença de dor aumenta o sofrimento do paciente (Pimenta, Koizumi, Ferreira, & Pimentel, 1995), com repercussões tanto no campo físico quanto no psicológico, na medida em que pode contribuir para inquietação, ansiedade, insônia, irritabilidade, taquicardia, taquipnéia e hipertensão (Slullitel, & Sousa, 1998; Sakata, Hisatugo, Aoki, Vlainich, & Issy, 2003).

No que diz respeito a fatores estressantes mais relacionados ao próprio indivíduo os pacientes relataram o *sentir falta do marido/esposa, não ter controle sobre si mesmo, ver a família e os amigos por apenas alguns minutos*. O ambiente da UTI frequentemente leva a uma quebra dos vínculos afetivos dos pacientes em um momento em que estes se encontram fragilizados pela situação de adoecimento.

Neste sentido, a presença de um familiar permite a redução da ansiedade e a manutenção do equilíbrio emocional (Alpen, & Halm, 1992; Vidal, Araujo, Perreault, & Azevedo, 2013), no entanto, a maioria das UTIs não permite acompanhantes e tem horários pré-estabelecidos, geralmente com intervalos pequenos para as visitas.

Observa-se que mesmo quando há permissão de entrada de parentes na UTI, nem sempre ela ocorre, o que leva a uma sensação de solidão (Stumm e cols., 2008). De maneira geral, a situação de adoecimento é capaz de reeditar um sentimento de desamparo infantil que passa a ser revivido na internação na UTI, motivado principalmente pelo assujeitamento ao outro e a perda de controle sobre si mesmo (Levy, 2008).

A presença de ruídos advindos dos equipamentos e dos monitores cardíacos também foram identificados como fontes de estresse pelos pacientes, sendo que estes dados não foram verificados em outros estudos semelhantes (Veiga, 2008; Torrati, 2009). De maneira geral a UTI possui diversas fontes de ruídos, tais como ventiladores, monitores, ar condicionado, aspiradores, entre outros que podem desencadear níveis de pressão sonora

acima dos recomendados, e, conseqüentemente, provocar alterações comportamentais e psicológicas resultantes de respostas fisiológicas ao estresse (Macedo, Mateus, Costa, Asprino, & Lourenço, 2009).

Com relação a Resiliência, percebe-se neste estudo que os pacientes apresentaram níveis de adaptação positiva diante de eventos importantes da vida, o que neste contexto pode propiciar ao paciente capacidade pra lidar com a doença, aceitação quanto às suas limitações, mesmo que temporárias, aderência ao tratamento e readaptação a vida pós UTI (Bianchini, & Dell'Angelo, 2006). Do ponto de vista psicológico, a resiliência deve ser considerada como um atributo inerente a todo ser humano, que varia em diferentes circunstâncias e períodos da vida (Rutter, 1985) e que leva a comportamentos adaptativos, atuando como protetor diante da adversidade, auxiliando a aumentar o senso de autoeficácia e a capacidade para resolver problemas (Rutter, 1987). A resiliência está associada a diferentes recursos pessoais, tem sido ainda associada à satisfação com a vida, ao manejo de estresse, aos baixos níveis de depressão, à

melhor saúde e a comportamentos promotores de saúde (Wagnild, 2003).

A análise de correlação indicou que, de maneira geral, os agentes considerados menos estressores em função da resiliência estão ligados ao ambiente e/ou estrutura de funcionamento da unidade. No que se refere à resiliência e estresse é importante que se considere uma relação dialética entre eles, na medida em que enquanto situações de estresse mostram-se como condição para que a resiliência possa ser testada, evidenciada e desenvolvida é justamente o desenvolvimento desta capacidade que permitirá ao indivíduo sentir-se menos vulnerável o que contribuirá para o aumento de sua percepção de bem-estar (Lipp, 2001; Sabbag, 2012).

Rudnicki (2007) afirma que pessoas mais resilientes possuem a tendência de encarar a vida através de uma postura mais otimista mediante ações curiosas e de exploração. Angst (2009) afirma ainda que, mesmo diante da situação de adoecimento, o indivíduo deve ser considerado um ser ativo e não um mero observador passivo e “doente” das situações, sendo capaz de interpretar a realidade e buscar a resolução de seus conflitos.

Para Yunes e Szymanski (2001), é a percepção e interpretação do indivíduo que classificará um evento com estressor ou não, sendo que quanto mais presente for a capacidade de resiliência da pessoa maiores serão os esforços cognitivos e comportamentais recrutados para lidar com situações indutoras de estresse (Barreira, & Nakamura, 2006). O conceito de resiliência pode ser comparado a um “guarda-chuva” sob o qual se abrigariam recursos como autoestima, controle pessoal e competência (Windle, Markland, & Woods, 2008).

Esse estudo demonstrou que os pacientes consideram a UTI como um ambiente pouco estressor, embora sejam apontadas situações que atuem como agentes de estresse. Estes parecem estar relacionados tanto com o ambiente quanto com aspectos psicofisiológicos. No que diz respeito a resiliência observa-se que ela afeta o estresse percebido e por este motivo manifesta influência sobre o modo de enfrentamento dos pacientes frente a situação de hospitalização na UTI.

Considerações Finais

Os dados aqui obtidos corroboram os achados na literatura (Romano, 1999;

Biaggi, 2002, Moritz e cols., 2008; Lucchesi, Macedo e Marco, 2008; Proença e Dell Agnolo 2011) no qual o período de hospitalização em UTI geralmente é descrito como sendo marcado por perdas e pela luta pela sobrevivência. Além das questões relacionadas ao motivo da internação, é preciso lidar com agentes estressores, como os relatados nesse estudo. No entanto, os seres humanos parecem ativar estratégias para lidar com as adversidades que a vida lhes impõe.

Nesse sentido, a equipe multidisciplinar deve discutir sobre os estressores apontados pelos pacientes, no intuito de melhorar a qualidade do atendimento prestado e facilitar a adaptação no momento de hospitalização na UTI. Além disso, deve estar atenta às abordagens que privilegiem a integração entre os cuidados com o ambiente, no

intuito de diminuir os agentes estressores, e o entendimento da singularidade de cada indivíduo, considerando sua história de vida e seus recursos para enfrentamento da situação de adoecimento.

Estudos futuros podem abordar o papel de outras variáveis psicológicas em pacientes internados em UTI, a fim de melhor compreender a relação entre os agentes estressores, as estratégias de enfrentamento, o lócus de controle em saúde, as crenças de autoeficácia, o senso de controle e o bem-estar subjetivo. A pesquisa aqui apresentada aponta para a necessidade de compreender de que maneira o ambiente possui influência direta no bem-estar do paciente e o que concretamente a equipe pode fazer no sentido de contribuir para a diminuição dos agentes estressores, melhorar a adaptação e o bem-estar do paciente.

Referências

- Alpen, M. A., & Halm, M. A. (1992). Family needs: an annotated bibliography. *Critical Care Nurse, 12*(2), 41-50.
- Angst, R. (2009). Psicologia e Resiliência: uma revisão de literatura. *Psicologia Argumento, 27*(58), 253-260.
- Assis, S. G, Pesce, R. P., & Avanci, J. Q. (2006). *Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes*. Porto Alegre, RS: Artmed.

Barreira, D. D., Nakamura, A. P. (2006). Resiliência e a autoeficácia percebida: articulação entre conceitos. *Revista Aletheia*, 1(23), 75-80.

Biaggi, T. M. (2002). *A atuação do psicólogo hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva – adultos*. Disponível em: <http://www.nemeton.com.br> Acesso em: 15/02/2003.

Bianchini, D. C. S., & Dell’Aglío, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: Um estudo de caso. *Paidéia*, 16(35), 427-436.

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

Brito, C. M. (2004). O Tempo do enfermeiro com a família na Unidade de Terapia Intensiva In: M. J. P. Silva (Org.). *Qual o tempo do Cuidado: humanizando os cuidados de enfermagem*. (pp. 76-94). São Paulo, SP: Loyola.

Carvalho, M. M. M. J. de (Org.). (1999). *Dor: Um estudo multidisciplinar*. São Paulo, SP: Summus.

Coronetti A, Nascimento, E. R. P., Barra, D. C. C., & Martins, J. J. (2006). O estresse da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva: o enfermeiro como mediador. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 35(4), 56-63.

Davydow, D. S., Zatzick, D., Hough, C. L., & Katon, W. J. (2013). A longitudinal investigation of posttraumatic stress and depressive symptoms over the course of the year following medical–surgical intensive care unit admission. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 226-232.

Gois, C. F. L., & Dantas, R. A. S. (2004). Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(1), 22-27.

Haberkorn, A. (2004). A Atuação Psicológica na UTI. Em W. L. Bruscato; C. Benedetti, & S. R. Lopes (Orgs.), *A Prática da Psicologia Hospitalar na Santa Casa de São Paulo: Novas páginas em uma Antiga História*. (pp. 99-108). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lemos, R. C. A., & Rossi, L. A. (2002). O Significado cultural atribuído ao Centro de Terapia Intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(3), 345-357.

Levy, E. S. (2008). *Desamparo, Transferência e hospitalização em Centro de Terapia Intensiva*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Departamento de Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Belém, Pará.

Lipp, M. E.N. (2001). Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 347-349.

Lucchesi, F., Macedo, P. C. M., & Marco, M. A. (2008). Saúde mental na unidade de terapia intensiva. *Revista da SBPH*, 11(1), 19-30.

Lusk, B., & Lassh, A. A. (2005). The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(1), 25-31.

Macedo, I. S. C., Mateus, D. C., Costa, E. M. G. C., Asprino, A. C. L., & Lourenço, E. A. (2009). Avaliação do ruído em Unidades de Terapia Intensiva. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 75(6), 844-846.

Marosti, C. A., Dantas, R. A. S. (2006). Relação entre estressores e características sociodemográficas e clínicas de pacientes internados em uma unidade coronariana. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, 14 (5), 713-719.

Moritz, R. D., Lago, P. M., Souza, R. P., Silva, N. B., Meneses, F. A., Othero, J. C. B., Machado, F. O., Piva, J. P., Dias, M. A., Verdeal, J. C. R., Rocha, E., Viana, R. A. P. P., Magalhães, A. M. P. B., & Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(4), 422-428.

Novaes, M.A., Aronovich, A., Ferraz, M. B., Knobel, E. (1997). Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Medicine*. 23(12), 1282-128.

Novaes, M. A. F. P., Knobel, E., Bork, A. M., Pavão, O. F., Nogueira-Martins, L. A., & Ferraz, M. B. (1999). Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine*, 25(12), 1421-1426.

Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.

Pimenta, C. A., Koizumi, M. S., Ferreira, M. T. C., & Pimentel, I. L. C. (1995). Avaliação da experiência dolorosa. *Revista Brasileira de Medicina*, 74(2), 69-75.

Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 67-75.

Poletto, M., & Koller, S. H. (2006). Resiliência: Uma perspectiva conceitual e histórica. In D. Dell'Aglio, S. H. Koller, & M. A. M. Yunes (Orgs.), *Resiliência e psicologia positiva: Interfaces do risco à proteção* (pp. 19-44). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Pregolatto, A. P. F; Agostinho V. B. M. (2003). O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva – Adulto. In: N. M. Baptista, & R. R. Dias. *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*. (98-119). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Proença, M. O., & Dell Agnolo, C. M. (2011). Internação em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 32(2), 279-86.

Resende, M. C., Ferreira, A. A., Naves, G. G., Arantes, F. M. S., Roldão, D. F. M., Sousa, K. G., & Abreu, S. A. M.. (2010). Envelhecer atuando: bem-estar subjetivo, apoio social e resiliência em participantes de grupo de teatro. *Fractal: Revista de Psicologia*, 22(3), 591-608.

Robertson, I., & Cooper, C. L. (2013), Resilience. *Stress and Health*, 29: 175–176.

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

Rosa, B.A. (2007). Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: desempenho da versão brasileira do environmental stressor questionnaire – ESQ. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.

Rose, L., Nonoyama, M., Rezaie, S., & Fraser, I. (2013). Psychological wellbeing, health related quality of life and memories of intensive care and a specialised weaning centre reported by survivors of prolonged mechanical ventilation. *Intensive And Critical Care Nursing*, 29(6), 234-240.

Rudniki, T. (2007). Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(2), 84-92.

Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 589-611.

Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-31.

Sabbag, P. Y. (2012). Resiliência: Competência para enfrentar situações extraordinárias na sua vida profissional. São Paulo: Elsevier.

Sakata, R. K., Hisatugo, M. K., Aoki, S. S., Vlainich, R., & Issy, A. M. (2003). Avaliação da Dor. (pp. 53-94). In: I. L. Cavalcanti, & M. L. Maddalena (orgs.). *Dor*. RJ: SAERJ.

Slullitel, A., & Sousa, A. M. (1998). Analgesia, sedação e bloqueio neuromuscular em UTI. *Medicina*, 31, 507-516.

Souza, S. R. O. S., Silva, C. A., Mello, U. M., & Ferreira, C. N. (2006). Aplicabilidade de indicador de qualidade subjetivo em Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(2), 201-205.

Stumm, E. M. F., Kuhn, D. T., Hildebrandt, L. M., & Kirchner, R. M. (2008). Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. *Cogitare Enfermagem*, 13(4), 499-506.

Torrati, F. G. (2009). Ansiedade, Depressão, Senso de Coerência e estressores nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas. Tese de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Tufik, S. (2008). *Medicina e Biologia do Sono*. Barueri, SP: Manole.

Veiga, E. P. (2008). Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: Percepção de idosos e Adultos submetidos a cirurgia cardíaca. Tese de Mestrado, Universidade Católica de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Vidal, V. L. L., Araujo, S. T. C., Perreault, M., & Azevedo, A. L. (2013). O familiar acompanhante como estímulo comportamental de pacientes internados em terapia intensiva. *Escola Anna Nery*, 17(3), 409-415.

Vila, V. S. C., & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: muito falado e pouco vivido. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 137-44.

Wagnild, G. (2003). Resilience and Successful Aging: Comparison Among Low and High Income Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(12), 42-49.

Windle, G., Markland, D. A., & Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging of Mental Health*, 12(3), 285-292.

Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. Em J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.

Yunes, M. A. M. (2001). A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Os autores:

Raphael Zardini Andrade possui Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, Brasil (2016), Psicólogo do Hospital de Clínicas de Uberlândia, Brasil.

Marineia Crosara de Resende. Professora Adjunto do Instituto de Psicologia; Tutora no Programa em Residência Multiprofissional do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Endereço para correspondência:

Prof. Dra. Marineia Crosara de Resende
Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia
Av. Pará, 1720, bloco 2C, Campus Umuarama
CEP: 38405-382 – Uberlândia – MG.
E-mail: marineia@ipsi.ufu.br