

CARACTERIZAÇÃO DOS ESTRESSORES ENVOLVIDOS NA INTERNAÇÃO DE PACIENTES EM UNIDADE CORONARIANA

CHARACTERIZATION OF STRESSORS INVOLVED IN HOSPITALIZATION OF PATIENTS IN CORONARY UNIT

CARACTERIZACIÓN DE LOS ESTRESORES ENVUELTOS EN LA INTERNACIÓN DE PACIENTES EN UNA UNIDAD CORONARIA

Sílvia Aiala Membrive¹
Luís Paulo Souza e Souza²
Miguir Terezinha Vieccelli Donoso³
Salette Maria de Fátima Silqueira⁴
Allana dos Reis Corrêa⁵
Selme Silqueira de Matos⁵

Objetivo: caracterizar os estressores envolvidos na internação de pacientes em Unidade Coronariana. **Método:** estudo transversal realizado em um hospital universitário entre setembro e outubro de 2014, com 21 pacientes, utilizando instrumento validado *Environmental Stressor Questionnaire* (ESQ). Calculou-se média dos escores e os valores obtidos foram ranqueados em ordem decrescente (mais estressante para o menos estressante). **Resultados:** sentir dor, ter medo de morrer, estar incapacitado para exercer o seu papel na família, não ter controle sobre si mesmo e ser furado por agulhas ocuparam o topo do *ranking* dos estressores, apresentando maiores médias. Em relação à intensidade do estresse, 70% foram classificados entre “não estressante” e “moderadamente estressante”. **Conclusão:** a internação na Unidade Coronariana foi considerada experiência não estressante ou moderadamente estressante. Sentir dor, sentir medo de morrer, estar incapacitado para exercer o seu papel na família foram os principais fatores estressantes nesse ambiente.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Hospitalização; Estresse Psicológico; Cardiologia; Cuidados Críticos.

Objective: to characterize the stressors involved in the hospitalization of patients in a Coronary Unit. *Method:* this is a cross-sectional study, conducted in a university hospital between September and October 2014 with 21 patients using a validated instrument called *Environmental Stressor Questionnaire* (ESQ). The mean scores were calculated, and the values were ranked in decreasing order (from the most stressful to the lesser stressful). *Results:* feeling the pain, being afraid of dying, being unable to play their role in the family, not having control over themselves and being punctured by needles were the top-ranking stressors, showing higher means. Regarding the stress intensity, 70% were classified as “non-stressful” and “moderately stressful.” *Conclusion:* the hospitalization at the Coronary Unit was

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Cardiovascular. Enfermeira do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. silviaaiala@gmail.com

² Enfermeiro. Doutorando em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Dom Bosco. Co-Orientador do estudo. São João Del Rei, Minas Gerais, Brasil. luis.pauloss@hotmail.com

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. miguir@enf.ufmg.br

⁴ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. saletesiquera@gmail.com

⁵ Enfermeiras. Doutoradas em Enfermagem. Professoras Adjuntas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. alanareiscorea@gmail.com; selm@enf.ufmg.br

considered a non-stressful or moderately stressful experience. Feeling pain, being afraid of dying, and being unable to play their role in the family were the main stressors in this environment.

Keywords: Intensive Care Units; Hospitalization; Psychological Stress; Cardiology; Critical Care.

Objetivo: caracterizar los estresores envueltos en la internación de pacientes en una Unidad Coronaria. Método: estudio transversal, realizado en un hospital universitario, entre septiembre y octubre de 2014, con 21 pacientes, utilizando un instrumento validado llamado Environmental Stressor Questionnaire (ESQ). Se calculó la media de los puntos y los valores obtenidos fueron clasificados en orden decreciente (más estresante para el menos estresante). Resultados: sentir dolor, tener miedo de morir, estar incapacitado para ejercer su papel en la familia, no tener control sobre sí mismo y ser pinchado por agujas ocuparon el top del ranking de los estresores, presentando mayores medias. En relación a la intensidad del estrés, 70% fueron clasificados entre “no estresante” y “moderadamente estresante”. Conclusión: la internación en la Unidad Coronaria fue considerada experiencia no estresante o moderadamente estresante. Sentir dolor, sentir miedo de morir, estar incapacitado para ejercer su papel en la familia fueron los principales factores estresantes en ese ambiente.

Palabras clave: Unidades de Terapia Intensiva; Hospitalización; Estrés Psicológico; Cardiología; Cuidados Críticos.

Introdução

O processo de hospitalização pode ser considerado uma experiência estressora para os pacientes, podendo resultar em desestabilização de cunho físico-emocional, afetando a homeostase do indivíduo⁽¹⁾. Estresse é uma situação na qual o indivíduo está sob a ação de um estímulo que lhe causa algum tipo de tensão e pode gerar respostas fisiológicas e psicológicas. Estressores são os fatores que provocam o estímulo e, de acordo com sua intensidade e duração, podem influenciar na resposta ao estresse. Eles podem ser classificados em internos e externos. Os estressores internos estão relacionados às características pessoais; os externos são caracterizados por eventos externos, como uma mudança de ambiente, por exemplo⁽²⁾.

Os fatores que afetam o sujeito submetido a um processo de hospitalização são muitos, podendo ser citados o afastamento temporário, o risco de vida, a incerteza quanto ao tratamento e à recuperação, bem como as limitações na prestação de suporte psicossocial. O paciente que vivencia esta situação é submetido a mudanças importantes em sua vida e é necessário que desenvolva mecanismos de adaptação⁽³⁾.

Quando se trata da internação em uma Unidade Coronariana (UCO), setor de atendimento ao paciente cardiopata, considerado de cuidados

intensivos, o cuidar do paciente pode se tornar mecânico e superficial, devido à alta complexidade de equipamentos, à tecnologia envolvida nas intervenções e à própria rotina. A alta tecnologia disponível nesse ambiente gera uma grande quantidade de estímulos para o paciente, também podendo ser um fator estressor. Destaca-se ainda, em relação ao ambiente físico e social, que a UCO apresenta estímulos que podem ser fontes de estresse para o paciente, tais como: camas dispostas próximas umas das outras, permitindo que os pacientes participem do que está acontecendo com o paciente ao lado; expectativa constante de que ocorram emergências; equipamentos posicionados próximos aos leitos e alarmes sonoros e luminosos provenientes desses; presença de luminosidade artificial e permanente; não apresentar, em sua maioria, janelas que permitam ao paciente acompanhar a evolução do dia; homens e mulheres permanecerem internados no mesmo ambiente, podendo desencadear perda da privacidade; desconforto gerado pela constante monitorização dos sinais vitais e da função cardíaca, dentre outros⁽⁴⁾.

Manter a integralidade da assistência em uma UCO é, portanto, um grande desafio para a equipe de saúde. Diante da ambivalência entre tecnologia e cuidado humanizado, é importante

considerar se os pacientes sentem-se amparados como necessitam durante os frágeis momentos de uma internação⁽⁴⁾.

No Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), diagnóstico principal da maioria dos pacientes atendidos na UCO, a doença se dá de forma súbita e inesperada, gerando um dano emocional ao sujeito, que se relaciona com o desconhecido, com o medo de morrer e com a limitação física. Este quadro pode levar à depressão e ansiedade, agravando o estado do paciente e dificultando o restabelecimento de sua saúde⁽⁵⁻⁶⁾.

Ao ser internado em uma unidade de cuidados intensivos, o paciente tem uma ruptura com o seu viver diário, seu espaço habitual e suas relações, o que afeta fortemente a sua identidade. Por estar em um ambiente novo, diferente e assustador para a maioria, ele precisa, a todo momento, ajustar-se emocional e fisicamente a esse local. É esse processo desgastante, repleto de adaptações e de extrema dependência de cuidados, que pode tornar a unidade de cuidados intensivos ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI) um ambiente solitário, amedrontador, além de possibilitar o surgimento de inúmeras marcas negativas na vida do paciente. Muitas dessas marcas estão ligadas às experiências de ter sido descuidado durante esse processo, levando muitos doentes a precisarem recuperar-se não apenas da doença, mas também do fato de terem se tornado pacientes⁽⁷⁾.

Diante da perspectiva traçada, a importância deste estudo está relacionada com a necessidade de se conhecer os fatores estressantes para os pacientes, devido às alterações fisiológicas, principalmente do sistema cardiovascular, desencadeadas pelo estresse⁽⁸⁾. Conhecer os fatores mais estressores na UCO permite promover medidas que minimizem os aspectos negativos que podem ser gerados durante o período de internação, contribuindo para favorecer um cuidado integral e humanizado, já que grande parte dos estressores pode sofrer intervenções para se reduzir o seu impacto.

Assim, este estudo objetivou caracterizar os estressores envolvidos na internação de pacientes em Unidade Coronariana.

Método

Trata-se de estudo descritivo, transversal, realizado na Unidade Coronariana do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

A Unidade Coronariana foi inaugurada em 2010 e é referência na linha de cuidado do IAM, no município de Belo Horizonte, para receber, por meio de transferência, os pacientes com Síndrome Coronariana Aguda (SCA), que deram entrada em unidades de emergência da rede do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH), para tratamento, monitorização em terapia intensiva e acesso à Intervenção Coronariana Percutânea (ICP) primária e de resgate. A UCO recebe também pacientes com outras complicações cardiovasculares, como insuficiência cardíaca e pré-transplante cardíaco, além de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. O setor é constituído por 18 leitos divididos em 2 alas, uma com 10 leitos e outra com 8. É para a ala com 10 leitos, denominada coronariana, que são encaminhados os pacientes de ambos os sexos admitidos com IAM. O paciente tem a visão do que acontece com os doentes que estão em frente ao seu leito. Em relação à estrutura física, a UCO dispõe de um banheiro de uso comum a todos os pacientes; não possui televisores; apresenta relógios de parede visíveis para todos; apresenta janelas que são vedadas devido ao ar condicionado, as quais permitem uma visão parcial do lado de fora; apresenta pouca iluminação natural, sendo a iluminação artificial intensa; a cor das paredes é clara e o ambiente é visualmente limpo e agradável. Possui horário de visita com duração de uma hora. É permitida a presença de até quatro visitantes/paciente por dia. A equipe é formada por enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas e psicólogos, além do serviço social e apoio espiritual, quando necessário.

O estudo foi conduzido entre os meses de setembro e outubro de 2014 com pacientes que estavam internados na ala coronariana e que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: ser admitido na UCO no período da coleta de dados

e ter diagnóstico médico confirmado de IAM com ou sem supra desnivelamento do segmento ST; apresentar período de internação maior que 48 horas; apresentar-se lúcido e orientado, com Glasgow 15 e capacidade de verbalização oral e/ou de escrita preservadas e ter idade acima de 18 anos. Assim, fizeram parte do estudo 21 pacientes, constituindo a amostra por conveniência.

Para a coleta dos dados, foi utilizado um questionário que contemplou as questões sociodemográficas e clínicas dos pacientes. A fim de avaliar os estressores entre os pacientes, utilizou-se o instrumento *Environmental Stressor Questionnaire* (ESQ), versão alterada do *Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale* (ICUESS), que foi adaptado culturalmente, testado e validado no Brasil e se mostrou um questionário válido e confiável, com Alfa de Cronbach de 0,94, evidenciando a consistência interna do instrumento. O ESQ é composto por 50 itens, avaliados por uma escala do tipo *likert* de cinco pontos: (0) não se aplica, utilizada para experiências não vivenciadas pelo paciente durante o período de internação; (1) não estressante; (2) moderadamente estressante; (3) muito estressante; e (4) extremamente estressante. O *escore total* é calculado pela soma dos valores atribuídos pelo paciente a cada item, podendo variar entre 0 e 200 pontos. Valores maiores indicam maior estresse sentido pelo paciente. A *média dos escores* é calculada para cada um dos 50 itens, e os valores obtidos são ranqueados em ordem decrescente, do mais estressante para o menos estressante. Ao final, é solicitado ao paciente que indique os três fatores que considera mais estressantes da lista de 50 itens. O ESQ também é composto por duas questões abertas sobre itens que o paciente gostaria de incluir como estressantes e de comentários livres⁽⁹⁾.

A aplicação do questionário foi realizada na UCO, sempre pelo mesmo pesquisador, abordando o paciente no leito, em horários que não atrapalhassem a rotina do setor e os períodos

de descanso dos participantes. Foram utilizados biombos no box de cada entrevistado durante a aplicação do questionário, buscando preservar sua privacidade e evitando interrupções ou aspectos que eventualmente pudessem tendenciar ou atrapalhar o alcance dos objetivos da pesquisa.

Os dados foram lançados no programa Epi Info versão 3.5.4 e analisados no Programa Estatístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 17.0, por meio de análises descritivas (distribuições de frequência simples; medidas de tendência central – média e mediana; medidas de variabilidade – desvio padrão).

Ressalta-se que o estudo seguiu os preceitos éticos preconizados pela Resolução n. 466/2012 do Ministério da Saúde⁽¹⁰⁾, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, pelo Parecer n. 781.906. Todos os participantes foram informados em linguagem clara sobre os objetivos do estudo, sobre questões relativas à privacidade, confidencialidade e anonimato das informações coletadas e, após concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A Tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos e clínicos dos participantes. Pacientes do sexo masculino foram a maioria, representando 76,2% dos entrevistados. A média de idade foi de 57,6 anos, variando entre 43 e 75 anos. Quanto à escolaridade, 66,7% tinham o ensino fundamental incompleto, e apenas 9,5% possuíam ensino superior completo. Quanto à situação profissional, 47,6% não tinham vínculo empregatício ativo, e 52,4% possuíam renda individual de um salário mínimo. O tempo médio de internação foi de 4,2 dias, variando de 2 a 6 dias. Sobre o tipo de tratamento recebido pelos pacientes, 20% foram submetidos apenas ao cateterismo diagnóstico e 80% à angioplastia.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos e clínicos dos participantes. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014

Variáveis	%	Média	Desvio Padrão	Mediana	Varição
Idade		57,6	8,3	58	43-75
Número de filhos		3,2	2,4	3	0-10
Sexo					
Masculino	76,2				
Feminino	23,8				
Escolaridade					
Fundamental Incompleto	66,7				
Fundamental Completo	19,0				
Médio Completo	4,8				
Superior Completo	9,5				
Vínculo Empregatício					
Ativo	52,4				
Não ativo	47,6				
Estado Civil					
Solteiro	14,3				
Casado	52,4				
Viúvo	4,8				
Desquitado/Divorciado	19,0				
Amasiado	9,5				
Renda Individual					
1 Salário	52,4				
2 Salários	23,8				
3 Salários	9,5				
4 Salários	0,00				
5 Salários ou mais	14,3				
Crença Religiosa					
Sim	95,2				
Não	4,8				
Tempo de Internação					
		4,20	0,93	4	2-6
2 dias	5,0				
3 dias	15,0				
4 dias	40,0				
5 dias	35,0				
6 dias	5,0				
Tipo de tratamento					
Cateterismo	20,0				
Angioplastia	80,0				

Fonte: Elaboração própria.

Em relação aos estressores, a Tabela 2 apresenta os resultados da aplicação do ESQ. O estresse de cada paciente é representado pelo escore total. No estudo foi encontrado um valor médio de 63,86, com variação entre 42 a 114 e desvio padrão de 17,57. Para ordenar os itens na forma de um *ranking*, de forma que se pudesse visualizar os que são mais estressantes de acordo com a avaliação dos pacientes, foi calculada a média dos valores atribuídos a cada

questão (média dos escores). As médias dos escores obtidas pela aplicação das 50 perguntas do questionário também foram sintetizadas. Para esses valores foram encontrados uma média de 1,28 e um desvio padrão de 0,65. A questão que obteve o maior escore foi “Sentir dor”, com valor de 2,71. Mais de uma pergunta no questionário apresentou escore 0, o que indica que os pacientes não experimentaram o evento estressante relacionado a esse item.

Tabela 2 – *Ranking* dos 50 itens do *Environmental Stressor Questionnaire* (ESQ) pelo escore médio. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014 (continua)

Itens do Questionário	Rank	Média	Desvio Padrão	Mediana
Sentir dor	1	2,71	1,31	3
Sentir medo de morrer	2	2,38	1,46	1
Estar incapacitado para exercer o seu papel na família	3	2,29	1,35	2
Não ter controle sobre si mesmo	4	2,24	1,23	2
Ser furado por agulhas	5	2,14	1,32	1
Desconhecer o tempo de permanência na UTI	6	2,00	1,27	1
Ter preocupações financeiras	7	2,00	1,35	1
Ter luzes acesas constantemente	8	1,95	1,25	1
Estar aborrecido	9	1,95	1,21	1
Enfermagem e médicos falando muito alto	10	1,90	1,19	1
Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia	11	1,90	1,27	1
Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia	12	1,86	1,17	1
Sentir falta do marido, esposa ou companheiro(a)	13	1,67	1,52	1
Escutar o alarme do seu monitor cardíaco disparar	14	1,67	1,08	1
Ter que usar oxigênio	15	1,62	1,25	2
Não saber quando vão ser feitos procedimentos em você	16	1,62	1,00	1
Não conseguir dormir	17	1,52	1,10	1
Escutar sons e ruídos desconhecidos	18	1,43	0,79	1
Receber cuidados de médicos que não conheço	19	1,43	0,85	1
Não ter privacidade	20	1,38	0,90	1
Ter homens e mulheres no mesmo quarto	21	1,29	0,63	1
Escutar a equipe de enfermagem falar termos que eu não entendo	22	1,29	0,88	1
Ouvir pessoas falando sobre você	23	1,29	0,76	1
Sentir cheiros estranhos ao seu redor	24	1,29	0,88	1
Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis	25	1,29	0,76	1
Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia	26	1,24	0,53	1
Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos	27	1,24	0,68	1
Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	28	1,24	0,75	1
Estar em um quarto muito quente ou muito frio	29	1,24	0,75	1
Escutar o gemido de outros pacientes	30	1,19	0,66	1
Ver bolsas de soro penduradas sobre sua cabeça	31	1,19	0,66	1
Ser acordado pela enfermagem	32	1,10	0,29	1
Escutar o telefone tocar	33	1,05	0,21	1
Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem	34	1,05	0,21	1
Ter máquinas estranhas ao seu redor	35	1,05	0,21	1

Tabela 2 – Ranking dos 50 itens do *Environmental Stressor Questionnaire* (ESQ) pelo escore médio. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014 (conclusão)

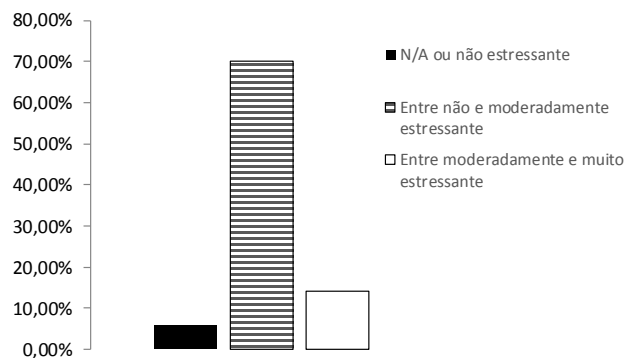
Itens do Questionário	Rank	Média	Desvio Padrão	Mediana
Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito	36	1,05	0,21	1
Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes	37	1,05	0,21	1
Sentir que a enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que a você	38	1,05	0,21	1
Ter sede	39	1,05	0,21	1
Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento	40	1,00	0,00	1
Sentir que a enfermagem está muito apressada	41	1,00	0,00	1
Ter medo de pegar AIDS	42	1,00	0,00	1
Não receber explicações sobre o seu tratamento	43	0,43	1,09	0
Não saber que dia é hoje	44	0,38	1,05	0
Membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome	45	0,19	0,85	0
Estar preso por tubos e drenos	46	0,00	0,00	0
Ficar com tubos/sondas no nariz e/ou boca	47	0,00	0,00	0
Não saber que horas são	48	0,00	0,00	0
Não ter a noção de onde você está	49	0,00	0,00	0
Não conseguir se comunicar	50	0,00	0,00	0

Fonte: Elaboração própria.

Os resultados indicam que os fatores mais estressantes foram sentir dor, ter medo de morrer, estar incapacitado para exercer o seu papel na família, não ter controle sobre si mesmo e ser furado por agulhas. Os itens que tiveram valor de escore igual a zero foram aqueles que não se aplicavam à realidade dos pacientes e do setor estudado.

O Gráfico 1 apresenta a porcentagem de fatores estressantes por categoria. De acordo com sua média de escore, cada um dos 50 itens do questionário foi dividido em 4 categorias: “N/A ou não estressante” (média entre 0-1); “Entre não e moderadamente estressante” (1-2); “Entre moderadamente e muito estressante” (2-3); e “Entre muito e extremamente estressante” (3-4).

Gráfico 1 – Porcentagem de fatores estressantes por categoria de intensidade. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014



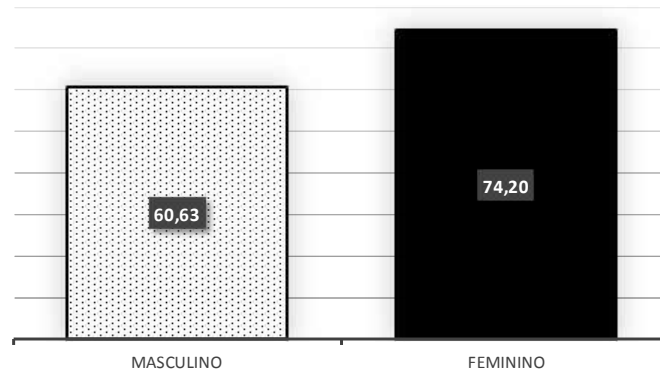
Fonte: Elaboração própria.

Legenda: N/A = não se aplica

Conforme o Gráfico, a maioria dos itens do questionário (70%) foram classificados entre “não estressante” e “moderadamente estressante”. Nenhuma questão obteve média de escore maior do que 3 e, portanto, nenhum item do questionário foi classificado como “muito ou extremamente estressante”.

Foi calculado o valor do escore total médio de fatores estressores por sexo, que está representado no Gráfico 2. Para os homens, foi encontrado um valor médio de 60,6 e para as mulheres de 74,2, o que pode indicar que o estresse percebido pelas mulheres foi maior que aquele captado pelos homens.

Gráfico 2 – Escores totais de fatores estressores por sexo. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014

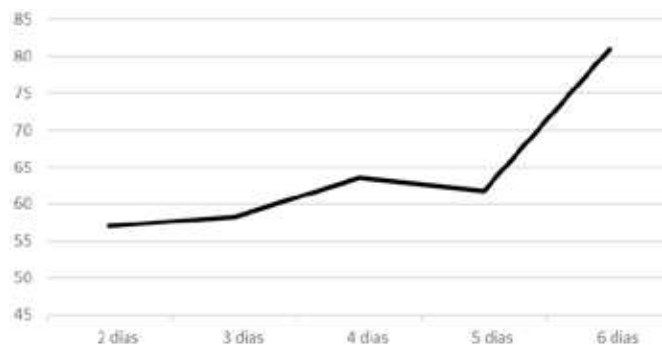


Fonte: Elaboração própria.

Já o Gráfico 3 mostra o escore total médio observado para os pacientes, de acordo com o tempo em que permaneceram internados. A curva do gráfico apresenta uma tendência

crecente, o que pode indicar que maior estresse é sentido pelo sujeito quanto maior for a quantidade de dias de internação.

Gráfico 3 – Escores totais médios por tempo de internação. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014



Fonte: Elaboração própria.

Discussão

A UTI é um setor de alta complexidade, no qual fatores estressores estão presentes e influenciam o desenvolvimento de angústia, medo,

dependência e alterações neurológicas, como o *delirium*⁽¹¹⁾.

Entre os estressores avaliados neste estudo, “sentir dor” foi classificado como o item mais estressante, fato encontrado em outros estudos

que avaliaram tanto a visão dos pacientes quanto a visão de familiares e equipe de enfermagem sobre o tema^(3-4,9). A dor do infarto foi classificada pelos pacientes como uma dor nunca vivenciada antes ou como a pior já sentida, associada muitas vezes a uma sensação de falta de ar, abafamento e até sufocamento. Esses pacientes encontravam-se em uma situação de grande vulnerabilidade e relataram um sentimento de medo de morrer diante da dor⁽¹²⁾. Quando hospitalizados, recebiam analgesia e tratamento adequado para sanar essa dor que identificavam como insuportável, mas logo eram submetidos a procedimentos tanto diagnósticos quanto terapêuticos que, associados ao estado psicológico alterado e ao ambiente de terapia intensiva, causavam novamente dor e desconforto.

A percepção da dor é subjetiva e influenciada por fatores culturais, sociais, psicológicos e ambientais. Não existe um instrumento capaz de mensurar a dor de forma exata, como um termômetro ou uma régua, por exemplo. Apesar disso, existem formas de se fazer esta medida por meio de instrumentos que levem em conta o aspecto emocional da dor e suas variáveis pessoais⁽¹³⁾. Assim, é possível lidar com essa dor tanto com medicações adequadas quanto com tratamentos não farmacológicos.

O segundo item tido como estressante foi “sentir medo de morrer”, diferente do que foi encontrado em estudo desenvolvido em duas UTIs de dois hospitais do interior do estado de São Paulo, o qual evidenciou “sentir medo de morrer” como 11º item estressante no *ranking*⁽⁹⁾. Entretanto, a média dos escores do item teve valor entre 2 e 3 nos dois estudos, isto é, foi classificado entre moderado e muito estressante. O sentimento gerado pela hospitalização, atrelado à urgência associada ao quadro de IAM, traz à tona o imaginário social associado à UTI, como um ambiente que se relaciona com a possibilidade de morte iminente⁽¹⁴⁾.

O paciente com doença coronária, ao se deparar com o diagnóstico envolvendo um órgão cercado de significado simbólico como o coração, pode sentir insegurança sobre o futuro e medo de morrer a qualquer momento. A forma

que ele encontrará para lidar com o estresse sofrido pelo diagnóstico pode interferir no curso da doença, na adesão ao tratamento e na adequação aos novos hábitos de vida. Assim, estudo⁽¹⁵⁾ esclarece que o atendimento multiprofissional ao paciente submetido a procedimentos intervencionistas em cardiologia, de forma a esclarecer suas dúvidas e questionamentos acerca dos seus sintomas, com foco no indivíduo e não na doença, mostrou-se efetivo na redução do estresse emocional do paciente e no aumento da sua expectativa sobre o sucesso do tratamento.

“Estar incapacitado para exercer o seu papel na família” foi avaliado como o terceiro item mais significativo, fato que corrobora resultado de outro estudo⁽⁹⁾. O IAM é um quadro agudo, que faz com que o paciente seja hospitalizado com urgência e sofra uma ruptura abrupta no seu viver diário. De repente, o indivíduo deixa de trabalhar e de realizar suas atividades de rotina, rompendo o vínculo com sua família e seus amigos⁽¹⁶⁾. Este fato pode explicar o estresse sentido pelo paciente, por não estar cumprindo seu papel na família. O sujeito não teve tempo de se adaptar à situação de doença e à necessidade de ser hospitalizado, sendo retirado de forma inesperada do seu círculo social.

“Não ter controle sobre si mesmo” foi caracterizado o 4º item mais estressante para os pacientes deste estudo. No trabalho de tradução do ESQ⁽⁹⁾, este item ocupou a 28ª posição no *ranking*, porém obteve a mesma classificação para os escores, quando comparado com o presente estudo, sendo considerado um item que se encontra entre moderado e muito estressante. Já em estudo desenvolvido em uma Unidade Coronariana de um hospital de ensino localizado no interior do estado de São Paulo, o qual utilizou a Escala de Estressores em Terapia Intensiva (EETI), este item foi pontuado como o quinto no *ranking*⁽⁴⁾. Isto pode ser explicado ao se considerar as características dos pacientes encontrados nesse setor. São pacientes conscientes, orientados e acordados, atentos ao que acontece ao seu redor e participando de todas as questões relativas ao seu tratamento. Apesar de não estarem sujeitos a tantos procedimentos invasivos

quanto um paciente típico de terapia intensiva, esses sofrem pela perda de sua autonomia, sendo submetidos a banhos de leito, repouso e dependência da equipe para atividades simples, como escovar os dentes e alimentar-se⁽¹⁷⁾. A perda de independência pode levar o paciente a uma sensação de angústia e incapacidade, aumentando sua percepção de estresse, ao caracterizar este item do ESQ.

“Ser furado por agulhas” foi apontado como o 5º item mais estressor neste estudo e classificado como de moderado a muito estressante, assemelhando-se com resultados encontrados em outros estudos^(4,9,11). Está relacionado ao item “Sentir dor”, no sentido de ser um procedimento doloroso e desconfortável para o paciente.

O item “Não conseguir dormir”, em estudo realizado em São Paulo⁽⁹⁾, que objetivou adaptar o ESQ, obteve a segunda colocação no *ranking*, diferente do que foi encontrado no presente estudo, que o apontou como na 18ª posição, sendo classificado como não estressante. Diante disso, pode-se sugerir que, na UCO estudada, tem sido dada a devida atenção aos cuidados que visem melhorar a qualidade do sono dos pacientes.

Ressalta-se que alguns itens neste estudo foram classificados como “não se aplica”, como foi o caso de “Estar preso por tubos e drenos” e “Ficar com tubos e sondas no nariz e/ou boca”, uma vez que os pacientes analisados não foram submetidos a procedimentos como intubação, sondagem gástrica ou cirurgia. Este dado diverge do encontrado em outras pesquisas, as quais apresentaram esses itens como estressantes^(9,11). Outros itens que foram avaliados como não aplicáveis a este estudo, já que existem relógios que podem ser visualizados por todos os pacientes, facilitando sua percepção da passagem do tempo, foram: “Não conseguir se comunicar”, “Não ter a noção de onde você está”, além de “Não saber que horas são”.

Sugere-se a realização de novos estudos nesse ambiente de internação, a fim de que, por meio da identificação dos estressores, seja possível a implementação de medidas que minimizem o impacto do estresse na UCO, reduzindo os aspectos negativos da internação na vida dos

pacientes, por meio de um cuidado de fato integral e humanizado.

Conclusão

Conclui-se que a internação na UCO estudada foi considerada, pela maioria dos pacientes, como uma experiência “não estressante” ou “moderadamente estressante” (média dos itens: 1,28). Além disso, foi possível levantar que “Sentir dor”, “Sentir medo de morrer”, “Estar incapacitado para exercer o seu papel na família” “Não ter controle sobre si mesmo” e “Ser furado por agulhas” foram os principais fatores estressantes nesse ambiente. Destaca-se “Sentir dor” como o item mais estressante, sendo necessário, portanto, que a dor seja mensurada, considerando-se que ela é o 5º. sinal vital, possibilitando, assim, seu manejo, de forma a reduzir possíveis danos físicos e psicológicos nos pacientes.

A assistência da equipe multiprofissional em terapia intensiva deve estar voltada para um atendimento restabelecedor da saúde dos pacientes, mas sem deixar de lado questões relativas à humanização, ao acolhimento e à identificação das necessidades dos sujeitos, tanto objetivas quanto subjetivas.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Sílvia Aiala Membrive, Luís Paulo Souza e Souza e Selme Silqueira de Matos;
2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Sílvia Aiala Membrive, Luís Paulo Souza e Souza, Miguir Terezinha Vieccelli Donoso, Salette Maria de Fátima Silqueira, Allana dos Reis Corrêa e Selme Silqueira de Matos;
3. aprovação final da versão a ser publicada: Sílvia Aiala Membrive, Luís Paulo Souza e Souza e Selme Silqueira de Matos.

Referências

1. Macena CS, Lange ESN. A incidência de estresse em pacientes hospitalizados. *Psicol hosp.* 2008;6(2):20-39.

2. Gois CFL, Dantas RAS. Estressores em uma unidade pós-operatória de cirurgia torácica: avaliação da enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(1):22-7.
3. Linch GFC, Guido LA, Pitthan LO, Lopes LFD. Stressors identified for the patient submitted to myocardial revascularization and percutaneous transluminal coronary angioplasty-quantitative study. *Online braz j nurs* [internet]. 2008 [cited 2014 Nov 20];7(2):7 telas. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1432/371>
4. Marosti CA, Dantas RAS. Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. *Acta paul enferm*. 2006;19(2):190-5.
5. Santos FLMM, Araujo TL. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003;11(6):742-8.
6. Schneider DG, Manschein AMM, Ausen MAB, Martins JJ, Albuquerque GL. Acolhimento ao paciente e família na unidade coronariana. *Texto contexto-enferm*. 2008;17(1):81-9.
7. Nunes SS, Lima Santos LSR, Ungaretti RAS, Araújo IJ, Vasconcellos SC. Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. *Rev SBPH* [internet]. 2011 [citado 2014 nov 19];14(2):50-66. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200005&lng=pt
8. Loures DL, Sant'Anna I, Baldotto CSR, Sousa EB, Nóbrega ACL. Estresse mental e sistema cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2002;78(5):525-30.
9. Rosa BÂ, Rodrigues RCM, Gallani MCBJ, Spana TM, Pereira CGS. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Rev esc enferm USP*. 2010;44(3):627-35.
10. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Ficam revogadas as Resoluções CNS n. 196/96, 303/2000 e 404/2008. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde; 2012.
11. Bitencourt AGV, Neves FBCS, Dantas MP, Albuquerque LC, Melo RMV, Almeida AM et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev bras ter intensiva*. 2007;19(1):53-9.
12. Mussi FC, Ferreira SL, Menezes AA. Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. *Rev esc enferm USP*. 2006;40(2):170-8.
13. Silva JA, Ribeiro-Filho NP. A dor como um problema psicofísico. *Rev dor*. 2011 abr-jun;12(2):138-51.
14. Stumm EMF, Kuhn DT, Hildebrandt LM, Kirchner RM. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. *Cogitare enferm*. 2008;13(4):499-506.
15. Soares R, Meireles GCX, Abreu Filho LM, Forte AAC, Sumita MK, Moraes EO. Intervenção psicológica em pacientes submetidos a angioplastia coronária: ensaio randomizado. *Rev Bras Cardiol Invasiva*. 2010;18(3):311-5.
16. Proença MO, Agnolo CMD. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2011 [citado 2014 nov 20];32(2):279-86. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16953/12772>
17. Heidemann AM, Cândido APL, Kosour C, Costa ARO, Dragosavac D. Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. *Rev bras ter intensiva*. 2011;23(1):62-7.

Recebido: 5 de junho de 2016

Aprovado: 6 de março de 2017