



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM MEDICINA E SAÚDE**



CONSTANZA ASPE DÍAZ

**FATORES ESTRESSORES PERCEBIDOS PELOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Salvador

2018



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM MEDICINA E SAÚDE**



CONSTANZA ASPE DÍAZ

**FATORES ESTRESSORES PERCEBIDOS PELOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde, da Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de mestre em Medicina e Saúde.

Orientador: Prof^o. Dr^o. Dimitri Gusmão Flores

Salvador

2018

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Aspe Diaz, Constanza
Fatores estressores percebidos pelos pacientes
hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva / Constanza
Aspe Diaz. -- Salvador, 2018.
86 f.

Orientador: Dimitri Gusmão Flores.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação de Medicina
e Saúde) -- Universidade Federal da Bahia, 2018.

1. Fatores estressores. 2. Environmental Stressor
Questionnaire . 3. Unidade de Terapia Intensiva.
4. Estresse. I. Gusmão Flores, Dimitri.

CONSTANZA ASPE DÍAZ

**FATORES ESTRESSORES PERCEBIDOS PELOS PACIENTES
HOSPITALIZADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação de autoria de Constanza Aspe Díaz intitulada “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva” apresentada a Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Medicina e Saúde.

Salvador, 05 de Abril de 2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Manoel Sarno
Doutor, UFBA

Prof. Bruno Martinez
Fisioterapeuta, UFBA

Prof. Rodrigo Morel
Doutor, UFBA

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, eu quero agradecer a meus pais por ter me dado a possibilidade de crescer em um ambiente cheio de amor e de me criar sem vendas nos olhos, mostrando-me a realidade toda. Elsa Díaz e Juan Carlos Aspe, estou infinitamente agradecida e devo isto a vocês. Ao resto da minha grande família, que constantemente me ensinam o que significa a palavra união, muito obrigada.

A meus amigos chilenos, que foram os primeiros em me apoiar incondicionalmente e estiveram mais que presentes, apesar da distância. Obrigada por sempre sentir orgulho de mim e meus logros.

Para chegar onde eu estou agora, devo agradecer muito à Universidade Del Desarrollo e a cada um dos professores que formaram parte da minha aprendizagem, os que me guiaram e abriram meus olhos para continuar no caminho da enfermagem. Foram eles, Patricio Arellano, Marcia Aragay, Viviana Vásquez, Victor Pedrero, entre outros, que junto com meus pais, me entregaram as ferramentas cognitivas para chegar até aqui, os que me incentivaram para crescer academicamente e me esforçar dia a dia a entregar cuidados humanizados aos meus pacientes.

Agradeço imensamente à Organização dos Estados Americanos (OEA) por ter me escolhido como beneficiária da bolsa acadêmica de estudos de mestrado, onde através de sua parceria com o Grupo Coimbra de Universidades Brasileiras (GCUB), eu tive a grande oportunidade de vir pro Brasil e aprender deste maravilhoso país. Senti-me acolhida demais pelos soteropolitanos e pelos brasileiros em geral, reparei que eles não fazem diferença alguma com quem é estrangeiro, por isso e muito mais, obrigada.

Quero destacar o que tem sido para mim conhecer a cultura baiana. Aprendi deles a força que tem a palavra diversidade, o corajoso que são os negros ao se impor diariamente contra a discriminação pela sua raça, a importância de ser parte da luta pelo preconceito e racismo, e quão urgente é fazer reformas educacionais nas universidades latino-americanas para entregar conhecimentos médicos específicos da população negra. Prometo ser um aporte e lutar pelo que acho injusto.

Agradeço pela experiência acadêmica que a Universidade Federal da Bahia me proporcionou, pelos intercâmbios culturais que a gente fez nas aulas e pela oportunidade de mostrar minha cultura.

Para mim, o mais significativo de ganhar esta bolsa foi uma oportunidade de conhecer maravilhosas pessoas as quais ganharam um espaço gigante no meu coração neste momento. Obrigada a minhas companheiras de quarto, Carolina Castro e Elizabeth Bertini pelas incansáveis conversas no nosso apartamento, me sinto um pouco mais colombiana e um pouco mais argentina agora.

Obrigada Matheus Passos por você ter me incentivado a ser uma melhor pessoa em todos os sentidos, por ser parte da minha vida e agora querer caminhar junto a mim. Agradeço de coração você ter me mostrado a beleza do seu povo.

Finalizo agradecendo a todas as pessoas que estiveram envolvidas nesta investigação. Aos pacientes do Hospital Padre Hurtado, obrigada por querer contar sua experiência para levar a cabo este trabalho. Obrigada Professor Dimitri Gusmão, meu orientador, pela paciência e por querer me estimular a aprender cada vez mais.

Obrigada vida por esta gratificante experiência.

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço de alta complexidade onde seus pacientes vivenciam desconfortos físicos e psicológicos decorrentes das características do ambiente, ameaçando sua saúde e tornando-o vulnerável e predisposto ao estresse. **Objetivo:** Identificar os fatores percebidos pelos pacientes adultos que produzem alterações emocionais neles após hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Padre Hurtado, Santiago do Chile. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, observacional e transversal, utilizou-se o questionário “*Environmental Stressor Questionnaire*” na sua versão ao espanhol. A amostra, de conveniência, foi composta por 58 participantes. Para analisar os dados, calcularam-se as médias dos valores atribuídos a cada um dos 45 itens da escala para conhecer o escore total de estresse percebido por cada paciente, assim como também os escores médios de cada pergunta. Classificaram-se as médias dos itens em ordem decrescente, do mais ao menos estressante. **Resultados:** O nível de estresse geral percebido nesta UTI foi catalogado como moderadamente estressante por 48% da amostra, e muito estressante por 35% da mesma. O maior fator estressor foi “sentir falta do marido, esposa ou amigos”, seguido por “sentir dor” e “ter medo de morrer”. **Conclusão:** O nível de estresse geral percebido pelos pacientes internados na UTI variou entre moderadamente estressante a muito estressante, onde os maiores fatores estressores relacionavam-se ao item emocional, demonstrando assim o grande impacto psicológico que esta experiência pode ter e causar sobre uma pessoa gravemente doente.

Palavras-chave: Estresse. Fatores estressores. Unidade de Terapia Intensiva. *Environmental Stressor Questionnaire*.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit (ICU) is a highly complex service where patients experience physical and psychological discomforts due to the characteristics of the environment, threatening their health and making them vulnerable and predisposed to stress. **Objective:** Identify the factors perceived by the adult patients who produce emotional changes in them after hospitalization in the Intensive Care Unit of Padre Hurtado Hospital, Santiago, Chile. **Methods:** This was a descriptive, observational and cross-sectional study, using the “*Environmental Stressor Questionnaire*” in the Spanish version. The convenience sample consisted of 58 participants. To analyze the data, the mean values assigned to each of the 45 items of the scale were calculated to know the total stress score perceived by each patient, as well as the mean score of each question. The averages of the items were classified in decreasing order, from the major to minor stressor. **Results:** The perceived general stress level in this ICU was classified as moderately stressful by 48% of the sample, and very stressful by 35% of them. The biggest stressor was “missing your husband, wife or friends,” followed by “feeling pain” and “being afraid to die”. **Conclusion:** The general stress level perceived by patients hospitalized in the ICU ranged from moderately stressful to very stressful, where the major stressors were related to the emotional item, which demonstrates the high psychological impact that this experience can have and cause on a seriously ill person.

Key words: Stress. Stressors. Intensive Care Unit. *Environmental Stressor Questionnaire*.

LISTAS DE GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

Figura 1- Fluxograma representativo do processo de seleção dos artigos na revisão sistemática.....	58
Gráfico 1- Porcentagem do nível de estresse percebido pelos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.....	35
Tabela 1- Características clínicas e demográficas dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado	34
Tabela 2- Escore médio dos fatores estressores percebidos pelos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.....	36
Quadro 1- Cumprimento das etapas metodológicas para realização de uma adequada adaptação cultural do “ <i>The Environmental Stressor Questionnaire-ESQ</i> ”.....	64
Quadro 2- Escore médio da dimensão 1: “fatores estressores emocionais e os relacionados à perda de controle” percebidos pelos pacientes na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado	38
Quadro 3- Escore médio da dimensão 2: “fatores estressores relacionados ao ambiente” percebidos pelos pacientes na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.....	39
Quadro 4- Escore médio da dimensão 3: “fatores estressores relacionados com os estímulos sensoriais” percebidos pelos pacientes na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.....	40
Quadro 5- Escore médio da dimensão 4: “fatores estressores relacionados com a necessidade de comunicação e orientação” percebidos pelos pacientes na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.....	41
Quadro 6- Teste estatístico de ANOVA das dimensões do “ <i>The Environmental Stressor Questionnaire-ESQ</i> ”	41
Quadro 7- Média do escore total de estresse ambiental segundo via de ingresso dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANOVA	Analysis Of Variance
AVC	Acidente Vascular Cerebral
ESQ	Environmental Stressor Questionnaire
ETE	Escore Total de Estresse
FONASA	Fondo Nacional de Salud
HPH	Hospital Padre Hurtado
IASP	International Association for the Study of Pain
ICUESS	Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
OMS	Organização Mundial da Saúde
SICU	Surgical Intensive Care Unit
SPSS	Statistical Package for Social Science
UPC	Unidade de Paciente Crítico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. Introdução.....	8
2. Objetivos.....	10
3. Revisão de literatura.....	11
4. Metodologia.....	29
5. Resultados.....	33
6. Discussão.....	43
7. Conclusão/Considerações finais.....	49
8. Artigo de revisão.....	52
Referências bibliográficas.....	73
Anexos.....	78
✓ Anexo A: Questionário de estresse ambiental em Unidade de Terapia Intensiva. Versão em espanhol do “Environmental Stressor Questionnaire”.....	78
✓ Anexo B: Ficha de coleta de dados pessoais do paciente (em espanhol).....	79
✓ Anexo C: Aprovação do Comitê de Ética do hospital Padre Hurtado para realização da pesquisa.....	80
✓ Anexo D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço de alta complexidade onde se concentra uma equipe de saúde multidisciplinar especializada nos cuidados de doentes graves, com o objetivo de minimizar os danos ou sequelas produzidas pelas suas doenças, e assim também restabelecer total ou parcialmente a saúde dos pacientes ^a. Este serviço caracteriza-se por ser um local gerador de estresse para os pacientes, que vivenciam desconforto físico e psicológico decorrentes das características do ambiente, onde o grande número de equipamentos, de profissionais e de procedimentos invasivos frequentemente interrompem o ciclo circadiano, o sono e o bem-estar ^b. Segundo a investigadora Beatriz Ângelo, a resposta ao estresse é uma reação fisiológica causada pela percepção de situações aversivas e amedrontadoras que inclui respostas em vários sistemas somáticos, sendo dependente da intensidade e qualidade dos estressores ^c. Em uma UTI, misturam-se vários elementos do ambiente e também próprios da atenção da equipe de saúde que geram uma atmosfera psicológica especial e pouco comum, com elementos e/ou estímulos ambientais que ameaçam a saúde do paciente, tornando-o vulnerável e predisposto ao estresse ^a. Esses elementos são chamados de estressores, fatores de risco ou fatores de estresse em uma UTI, que podem gerar efeitos negativos no paciente, trazer “exaustão emocional” e afetar a sua recuperação física ^d. A evolução do paciente vai depender da intensidade dos sentimentos, sensações e sintomas que podem emergir com sua hospitalização ^e.

^a BERNAL, Diana. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del “environmental stress questionnaire –ESQ”. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia, 2015.

^b LUSK, Brigid; LASH, Ayhan. The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, v. 24, n. 1, 2005. 25-31 p.

^c ÂNGELO, Beatriz et al. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, v.44, n.3, 2010.

^d BAENA, Victoria; LEÓN, Sandra. El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo. Universidad de Antioquia, Medellín, 2007.

^e ANDRADE, Raphael; DE RESENDE, Marineia. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Perspectivas em Psicologia*, v. 18, n. 1, 2014. 194-213 p.

Esses possíveis efeitos têm uma relação forte entre o desenvolvimento do estresse e as consequências psicológicas observadas após internação. Além disso, afeta a qualidade de vida do paciente após o seu egresso ^f.

Diante do exposto, é importante identificar e avaliar o impacto dos fatores ambientais nas dimensões física e emocional das pessoas internadas, devido às múltiplas alterações que causa a hospitalização no período agudo da doença quanto a qualidade de vida após sua alta hospitalar.

Portanto, todo profissional de saúde deve ter ciência das necessidades tanto físicas, psicológicas, sociais e espirituais que afetam o paciente grave. Conhecer os fatores estressores através da percepção dos pacientes é uma tarefa fundamental, para assim lograr o objetivo de entregar uma atenção integral. Isto impactará positivamente no estado de saúde, no ânimo e na percepção subjetiva do bem-estar do paciente ^g.

^f BITENCOURT, Almir et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Revista brasileira de terapia intensiva, v.19,n.1, 2007. 53-59 p.

^g GIL, Beatriz et al. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, v. 18, n. 2, 2013. 129-138 p.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar os fatores percebidos pelos pacientes adultos que produzem alterações emocionais neles após hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Padre Hurtado, Santiago do Chile.

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o grupo de fatores estressores mais comuns presente durante a internação dos pacientes na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Padre Hurtado.
- Revisar de forma sistemática o instrumento de medição de estresse ambiental “*Environmental Stressor Questionnaire*”.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O uso da palavra estresse é amplamente utilizado; fala-se de estresse na casa, no trabalho, na educação, na rua. Utiliza-se a palavra como verbo, substantivo ou adjetivo que surge como uma resposta orgânica, social, organizacional, ambiental ou emocional frente a estímulos externos que representam para a pessoa uma ameaça¹. Quando a homeostase é comprometida, as pessoas precisam de um processo de adaptação para voltar ao seu equilíbrio, e esse processo gera desgaste². Assim, cada ser humano pensa, sente e age diante de um estressor de forma diferente, o que permite entender o estresse como um processo interativo entre indivíduo e seu ambiente.

De forma geral, Sandin (2002) o define como uma interação entre um fenômeno do entorno externo (fatores estressantes) e a resposta do indivíduo (fisiológica, emocional) frente ao que ele considera estressante³.

Segundo o estudo “*Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do “The Environmental Stressor Questionnaire”*”, é considerado um estressor qualquer evento ou situação que exija adaptação física e psicológica, isto é, que represente uma ameaça ou desafio⁴. Assim, a resposta de uma pessoa frente ao estresse é uma reação fisiológica causada pela percepção de situações aversivas e amedrontadoras que inclui respostas em vários sistemas somáticos, sendo dependente da intensidade, quantidade e qualidade dos estressores.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o estresse é a resposta frente a uma demanda intensa e prolongada que perpetua no tempo, e que produz uma série de respostas além da capacidade de resistência do organismo, podendo prejudicar a saúde e causar transtornos psicofisiológicos⁵.

O nível de estresse vai depender da adequação entre as demandas do meio e os recursos que cada pessoa tenha para responder frente a elas⁶. Portanto, não existem situações universalmente estressantes, se não que elas existem quando são definidas como tal pela pessoa afetada.

É reconhecido pela literatura que uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um lugar gerador de estresse, no qual os pacientes com doenças graves vivenciam desconfortos físicos e psicológicos decorrentes das características do ambiente⁷. Neste serviço concentra-se uma equipe interdisciplinar especializada e altamente técnica nos cuidados das doenças potencialmente recuperáveis¹, com finalidade de minimizar os danos ou sequelas, e restabelecer total ou parcialmente a saúde.

Culturalmente, esses espaços estão vinculados ao sofrimento, mortalidade, mecanicismo e à falta de sensibilidade humana⁸. Com o surgimento de novas tecnologias inseridas às UTIs, exige-se maior qualificação dos profissionais para operá-las, além de manter os valores éticos e humanísticos que norteiam ao profissional de saúde⁹. A conciliação entre um atendimento de qualidade técnica, e ao mesmo tempo humana, que faz com que o usuário se sinta assistido de forma integral, é um grande desafio multidisciplinar.

Existem diversas situações e/ou ocasiões que são vividas pelos pacientes da UTI, experiências inesperadas que podem causar um grande impacto na vida deles¹⁰, tais como:

- Interrupção da rotina familiar: separação dos entes queridos, da família e do trabalho, com dificuldade de ver os familiares (restrições nos horários rígidos do serviço), podendo gerar perda de controle sobre as atividades diárias do paciente².
- Alteração do ciclo circadiano: mudanças nos horários de vigília, sono e descanso. Além disso, a iluminação durante 24 horas pode causar desorientação temporal.
- Ausência de atividades de distração e recreativas, que possam mudar o ambiente monótono e rotineiro da UTI.
- Permanente estimulação sensorial: alarmes das equipes, barulhos e gemidos dos outros pacientes ao redor, odores desconhecidos e diferentes tipos e intensidades de dores¹¹ devido aos frequentes procedimentos médicos invasivos aos que são submetidos.
- A mobilidade é comprometida pela presença de tubos, acessos venosos e arteriais, e uma quantidade significativa de máquinas ao redor, sondas, dentre outros, o que gera desconforto e limitação da autonomia¹². As necessidades básicas do paciente passam depender da equipe de profissionais que o atendem, para fazer a higiene pessoal, alimentação, entre outras¹³.
- Constante transgressão da privacidade quando forem submetidos a procedimentos médicos invasivos que precisam de exposição do corpo¹. Geralmente o paciente fica deitado na cama, despido e coberto somente por um lençol. Tudo isso, sem o consentimento consciente por parte do paciente.

Todas as características antes mencionadas são chamadas de estressores, fatores de risco ou fatores de estresse em uma UTI. São elementos e/ou estímulos ambientais que ameaçam a saúde do paciente, tornando-o vulnerável e predisposto ao estresse¹.

Assim, os pacientes tornam-se vulneráveis em todos os sentidos. As novas experiências ao seu redor são percebidas como ameaçadoras, desconhecidas e intensas. Além disso, afeta-se a autonomia e liberdade, principalmente nas tomadas de decisões¹⁴.

Contudo, como dito anteriormente, pode-se assumir uma forte relação entre o desenvolvimento do estresse e as consequências psicológicas que poderiam apresentar os pacientes depois da hospitalização em uma UTI, e, além disso, afetar a sua qualidade de vida pós-internação⁹. Dentro dos sintomas que podem aparecer, destacam-se o medo, ansiedade, psicoses leve/grave com alucinações e alterações do sono^{8, 15}.

O processo de hospitalização pode trazer “exaustão emocional” nos pacientes, e afetar a sua recuperação física¹². Os sentimentos que podem emergir durante e após esta experiência intensa são a desvinculação, ressentimento, desamparo, raiva, negação, medo da morte, etc., como também perda de autonomia, dependência física e separação da sua família^{10, 12, 15, 16}.

Além das grandes modificações e alterações que uma doença pode gerar em um paciente hospitalizado neste tipo de serviço, os familiares também são afetados. Ansiedade, depressão, angústia e raiva são alguns dos principais sintomas que podem vivenciar, como também incerteza e impotência diante do inevitável e do desconhecido^{8, 17}.

Quando um dos integrantes da família está longe, com uma situação de saúde “incerta” e sem ter a possibilidade de uma comunicação efetiva com ele, a família pode experimentar uma crise. No núcleo familiar aparece desorganização nas relações interpessoais devido à distância física do paciente, problemas financeiros e o medo de perder a pessoa amada¹⁸.

Os fatores estressores percebidos pelos pacientes e que se encontram com maior frequência na literatura são:

3.1 Medo de morrer

Apesar dos avanços da medicina científica nos cuidados críticos, uma UTI ainda é uma unidade onde muitas pessoas morrem, na qual são realizadas decisões difíceis em relação ao uso de tratamentos para sustentação da vida em pacientes em situações graves¹⁹.

A sensação de morte é experimentada mais de uma vez dentro da sua internação, e é caracterizada por medo e vulnerabilidade, principalmente pelo desconhecimento da sua doença, evolução e possíveis consequências na saúde¹⁴.

O estudo de Ratzler et al. (2014), com o objetivo de avaliar as sequelas psicológicas em pacientes após seis meses de terem sido hospitalizados em uma UTI por lesões traumáticas, mostrou que 61,2% dos entrevistados relataram ter sentido medo da morte e/ou completamente indefesos e impotentes em relação à sua internação neste tipo de serviço²¹.

Portanto, estar hospitalizado nestes serviços é uma situação traumática. Nos pacientes surgem sentimentos de incerteza, solidão e tristeza, todos eles misturados, o que gera um sofrimento gigante e constante²².

3.2 Isolamento/ Solidão

É evidenciado que os pacientes internados em UTI enfrentam momentos de solidão, pois o tempo autorizado a passar com seus familiares é reduzido²³. A maioria das UTI não permite acompanhantes e conta com horários pré-estabelecidos, geralmente com intervalos pequenos para as visitas²⁴.

É por isto que a solidão deve-se em parte à falta de contato físico com os entes queridos, à entrega de afeto e à comunicação verbal a que estavam acostumados²². Apesar da equipe de saúde sempre ter contato físico com os pacientes devido aos procedimentos médicos que devem realizar, os pacientes realmente sentem solidão, já que a presença deles não necessariamente significa uma verdadeira companhia.

A ansiedade e/ou medo em pacientes está fortemente ligado ao horário de visitas e o sentimento de solidão, já que estar em contato ativo com pessoas com quem possa compartilhar agradavelmente o tempo, representa um importante alívio psicológico²⁶. Assim, o dia do paciente internado torna-se longo, com muito “tempo livre”, onde o silêncio, a falta de com quem conversar e a solidão gera um maior nível de ansiedade e angústia, o que pode deprimi-lo²⁵.

3.3 Ansiedade, medo e suas consequências

Segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), o medo como diagnóstico de enfermagem é a resposta à percepção de uma ameaça reconhecida como um perigo, de maneira consciente, e que pode ser identificado/interpretado através dos seguintes achados: anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, aumento da transpiração, palidez, aumento da pressão arterial, dilatação pupilar, aumento da frequência respiratória, entre outras²⁷.

A ansiedade, conceito frequentemente confundido com medo ou fobias, é definida como uma resposta vaga a uma ameaça não especificada ou desconhecida, diferenciando-se do medo na capacidade de reconhecer a ameaça²⁶. Aqueles que estão ansiosos não estão conscientes dos motivos de seus medos, não conhecem com precisão a causa das suas preocupações, mas se apresenta também com uma elevada atividade do sistema nervoso autônomo, com sinais como palpitações cardíacas, sudorese, dificuldade para respirar normalmente e tensão muscular²⁸.

Os estressores de tipo biológicos, psicológicos e sociais afetam geralmente de forma aguda e frequente na internação do paciente, podendo ser um processo esmagador. Desses estressores, principalmente a dor, a diminuição do sono, a depressão, o medo e/ou ansiedade estão associados à diminuição da competência imunológica, que tem uma conexão estreita e complexa com o sistema nervoso central e o sistema endócrino²⁹.

Todos os sintomas mencionados anteriormente que um paciente desenvolve durante sua estadia nestes serviços, de alguma ou outra forma, podem desencadear anomalias psicológicas, popularmente conhecidas como "síndrome de cuidados intensivos"²⁸.

A síndrome da unidade de terapia intensiva é um conjunto de sintomas psiquiátricos que são exclusivos do ambiente deste serviço, caracterizado por má orientação, delírios e alucinações,

alterações na memória e anomalias comportamentais como agressão, de aparição rápida e de duração transitória³⁰.

O desenvolvimento da síndrome parece depender de uma interação complexa entre os problemas psicológicos prévios dos pacientes, o trauma psicológico causado pela doença, o estresse induzido pelo meio ambiente e o tratamento e cuidados da UTI⁸. Segundo McGuire et al. (2000), o nome “síndrome da UTI” não difere do termo delirium, que é a palavra técnica mais conhecida e amplamente aceita³⁰.

Assim, o tratamento em UTI pode ser estressante e traumático para os pacientes, podendo deixar sequelas físicas, psicológicas e cognitivas. Esses efeitos negativos podem alterar o bem-estar físico e psicológico dos pacientes em longo prazo, mantendo-se os sintomas psíquicos vivenciados na sua internação, assim como também gerar atrasos na sua recuperação física²⁹. O “estresse pós-traumático” caracteriza-se pela re-experimentação das vivências que os pacientes tiveram durante sua permanência na UTI, através de pesadelos²⁶, delírios paranoicos²⁹ e *flashbacks*⁸, chegando a ter também mudanças na personalidade, perda de habilidades sociais, disfunções sexuais, privação do sono, entre outros.

Outro termo importante de definir é a depressão. Os sintomas de ansiedade são encontrados com frequência na depressão, e se faz necessário diferenciar os diagnósticos para determinar cuidados personalizados no objetivo da manutenção da estabilidade psicológica do paciente³⁶. Caracteriza-se por apresentar humor triste (choro fácil, melancolia), redução da energia e diminuição da atividade, perda de interesse e prazer, diminuição da capacidade de concentração, fadiga importante mesmo após fazer um esforço mínimo, alterações no sono, diminuição da autoestima e da autoconfiança, lentidão psicomotora importante, entre muitas outras⁵. Estas infinidades de sintomas podem variar de indivíduo para indivíduo, e não existem, até agora, causas específicas de base etiológica da depressão³⁶, porém, o ambiente da UTI é um fator de risco para o desenvolvimento desta doença psíquica^{23,26,29}; isolamento da família, limitações físicas, perda da autonomia, dependência total nas atividades básicas, etc.

Em resumo, os sintomas de ansiedade, depressão e o transtorno de estresse pós-traumático não só podem afetar a saúde mental dos pacientes e seus familiares, também podem influenciar na sua

saúde física, no tempo de recuperação e na qualidade de vida do paciente no processo agudo da doença como também ao seu egresso²⁹.

3.4 Dor

O conceito de dor, segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP em inglês) é definido como uma experiência subjetiva, sensorial e emocional desagradável, associada à lesão real ou potencial dos tecidos³¹.

De um modo geral, a dor aguda ou crônica leva o indivíduo apresentar alterações nos padrões de sono, manifestações de irritabilidade, diminuição da capacidade de concentração e restrições físicas e mentais em atividades familiares, profissionais e sociais, entre outras³². A manutenção dessas alterações durante a estadia do paciente no serviço poderia determinar um aumento na sedação e do tempo de ventilação mecânica, sequelas psicológicas, aumentar os dias de internação na UTI, aumentar os custos, a morbidade e a mortalidade³⁴.

A dor na UTI tem sido amplamente estudada, já que atualmente considera-se um quinto sinal vital, e como tal, deve ser avaliado com a mesma atenção quanto os outros. A tarefa de avaliar a dor em uma UTI é particularmente complexa, porque a maioria dos pacientes é incapaz de se comunicar verbalmente com os profissionais, e aliviar a dor exige habilidade, conhecimento e bom senso por parte da equipe clínica³³. Realizar essa tarefa é precisamente uma das principais dificuldades, já que a comunicação pode ser alterada pela inconsciência da pessoa, os déficits neurológicos derivados do próprio processo médico, a sedação profunda, a presença do tubo orotraqueal na ventilação mecânica, ou até barreiras culturais ou religiosas e a compreensão e avaliação própria da dor por parte do paciente³⁴.

O objetivo deste processo de avaliação não é só identificar a causa, pois a dor deve ser entendida como um fenômeno multidimensional, o que envolve conhecer a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva que a dor representa para o paciente^{19, 35}.

Dentre as múltiplas causas da dor na UTI, destaca-se a própria doença que originou a internação, os procedimentos invasivos realizados no paciente, tais como instalação e retirada de drenagem^{8,14,30}, cateteres centrais e arteriais^{2,8,30}, aspiração de secreções traqueais^{2,8,14}, múltiplos curativos em feridas^{20,30}, lesões e incisões cirúrgicas^{14,20}.

A dor na UTI é vista como um fator de maior gravidade ou uma evolução negativa da saúde, ela faz com que o paciente hospitalizado pense sobre o agravamento da sua doença, o que gera um aumento da ansiedade²⁸. Assim, o processo transforma-se em um círculo vicioso, já que ao ter ansiedade, aumenta a sensação de dor, aumentam os pensamentos negativos sobre sua doença, reaparece a ansiedade, e assim sucessivamente.

Dor e sofrimento são companheiros da humanidade desde tempos imemoriais¹⁹. Atualmente, seu controle e alívio é uma responsabilidade ética fundamental por parte dos profissionais de saúde, e forma parte dos parâmetros de qualidade do cuidado na assistência integral ao paciente. Diferenciar ambos os conceitos é essencial para a entrega de tratamento nos serviços críticos de saúde.

Um dos perigos mais comuns é confundí-los e tratar somente os sintomas e as dores físicas, pensando que protegerá também de todos os outros aspectos, inclusive a angústia do paciente. O conceito de sofrimento é uma experiência humana profundamente complexa, e é fundamental diferenciá-lo da dor. Este envolve o significado e sentido da vida, em contraste à dor, que pode ser tratada com o uso de medicamentos analgésicos. Por tanto, sofrer não é somente um fenômeno físico, e deve ser visto e cuidado nas suas outras dimensões fundamentais; psíquica, social e espiritual.

Em resumo, avaliar a dor ainda é uma tarefa desafiadora, considerando o quadro clínico e a incapacidade da pessoa internada em se comunicar na maioria das vezes, mas oferecer um alívio efetivo para a dor humaniza os cuidados, satisfazendo as necessidades da pessoa doente, e no final das contas, se faz uma contribuição importante para a qualidade de vida do mesmo³⁵.

3.5 Perda de privacidade e independência

O fato de estar internado em uma UTI é muitas vezes rígido e inflexível, o que pode gerar desconforto no paciente, isolamento de sua família e sociedade, falta de privacidade, perda de identidade, autonomia, entre muitos outras³⁷. Geralmente, o grau de dependência é total, devido às alterações das necessidades fisiológicas, psicológicas, sociais e espirituais da pessoa hospitalizada³⁸. No nível físico, a independência funcional é diretamente afetada pelo uso de bloqueadores neuromusculares³⁹, o tempo prolongado de estadia na cama devido ao internamento, pelo uso de ventilação mecânica invasiva, limitações físicas devido a patologias traumatológicas, assim como também a presença de sondas, cabos, conexões³⁸, cateteres,

monitores, múltiplos medicamentos endovenosos e dispositivos impedem a movimentação do paciente. Assim, o ambiente os obriga a adotar um papel passivo e dependente para a equipe médica do serviço e as máquinas e equipamentos ao seu redor⁸.

A privacidade é uma necessidade e um direito de todo ser humano, sendo indispensável para a manutenção da dignidade. Quando é invadida, a pessoa demonstra vergonha, temor e nervosismo ao serem tocadas na realização de procedimentos, e no início, quando o paciente desconhece a rotina dos cuidados no serviço, a nudez torna-se algo desagradável e incômodo⁴⁰.

Privacidade envolve estar em contato com os outros, e o desejo por interação social altera-se com as circunstâncias da UTI, o que afasta o paciente, de maneira temporária, da sociedade em geral. Além do afastamento inato da pessoa internada, devido às rotinas, horários de visitas e os cuidados especializados 24 horas por dia, o paciente perde sua privacidade física, onde muitas vezes seus corpos são expostos e invadidos em sua intimidade³⁷.

Uma característica essencial do cuidado em uma UTI é a vigilância constante, onde se torna necessário que o paciente permaneça somente vestido com a roupa hospitalar, pela necessidade de manuseio de equipamentos, administração de medicamentos, revisão de mudanças patológicas no corpo, para a manutenção hemodinâmica, entre outras^{38,40}. Assim, o paciente se sente indefeso e sem muitas opções de escolha, o que fragiliza sua condição de saúde, onde sua identidade e autonomia são afetadas⁴¹ já que é considerado incapaz de escolher, decidir, opinar e expressar-se⁴⁰. O dito anteriormente contribui na alteração das capacidades de comunicação do paciente, na perda de confiança na equipe médica, dificultando o seu relacionamento com os profissionais, comprometendo sua recuperação e, até mesmo, aumentando o seu estresse e sofrimento^{40,41}.

Outro termo importante de destacar é a privacidade no espaço emocional, que também é afetada. A estrutura arquitetônica de uma UTI favorece a perda de intimidade, o paciente não conta com um espaço privado, próprio e adequado para expressar seus sentimentos de raiva, tristeza, frustração, a vontade de chorar e/ou gritar⁴². Existem hospitais onde os quartos são compartilhados, que não contam com um espaço individual para resguardar a privacidade e os pacientes são obrigados a compartilhar o desconforto físico e psicológico que suas doenças implicam.

A privação da independência do paciente está associada com a restrição de seu direito de ir e vir, limitando-se a ficar 24 horas no seu leito, perdendo a capacidade de se movimentar, realizar

necessidades básicas, incluindo o lazer²⁵. Aliás, a sua relação com os profissionais baseia-se na dependência imposta pela doença, o que o deixa em uma situação de vulnerabilidade frente à tomada de decisões, autocuidado e satisfação de suas necessidades⁴². Na UTI é frequente achar que os pacientes, devido à gravidade do seu estado de saúde e aos efeitos da sedação, não podem participar da sua terapia médica⁴³.

Diante desta privação, o paciente hospitalizado sente-se mais carente, frágil, inseguro, desprotegido e solitário, o que pode resultar em angústia e sensação de abandono, causando uma possível instabilidade psicológica⁴⁴.

Sentir-se privado da sua independência traz consigo limitações pessoais, familiares e no trabalho. As limitações pessoais são iniciadas por sentimentos de frustração devido às barreiras físicas e aos sentimentos de subestimação ao não poder realizar por si só suas atividades¹⁴. No âmbito familiar, os pacientes são afetados por sentimentos de incapacidade e preocupação ao ter que abandonar seu papel, principalmente se ele é o sustentador econômico da família⁸. E no trabalho, pode ocorrer um forte impacto ao deixar de render tanto como o faziam previamente, ainda mais se sua doença traz consequências de limitação física¹⁴.

3.6 Comunicação entre profissionais de saúde e o paciente

A comunicação interpessoal, que é um processo bidirecional que depende tanto do emissor quanto do receptor da mensagem, torna-se complexa na UTI devido à influência dos inúmeros fatores que interferem na compreensão e expressão dos sentimentos por parte dos pacientes¹⁷. Dentro desses fatores encontra-se a presença do tubo endotraqueal. Ter um tubo endotraqueal pode ser considerado como uma situação estressante, associada ao sofrimento, já que além do impacto de não poder se comunicar verbalmente e comer, gera sentimentos de angústia e desespero no paciente³⁸. Com frequência, a gravidade do estado de saúde do internado associa-se com a ventilação mecânica como suporte vital mais a sedação⁴³.

O processo de sedação faz que o paciente, estando inconsciente, não tenha a capacidade de saber o que está acontecendo com seu corpo e muito menos poder tomar uma decisão sobre aquilo. Porém, existem pacientes que, de acordo com as necessidades terapêuticas na saúde e decisões médicas, encontram-se conectados a ventilação mecânica, mas sem sedação. Isto permite que eles desempenhem algum grau de funções cognitivas com as quais possam realizar uma boa comunicação verbal⁴; no entanto, a via aérea artificial dificulta ou não permite este processo.

No estudo de Henao (2010) foram entrevistados nove pacientes com o objetivo de obter uma descrição da experiência de serem ventilados mecanicamente sem sedação contínua e as diferentes formas de comunicação empregadas pelos pacientes⁴⁵. Os participantes descreveram o processo de comunicação como "muito difícil", devido a não poder se comunicar, o que restringiu sua autonomia para a tomada de decisões e para certas atividades do cotidiano. Alguns deles não puderam usar a escrita como ferramenta de comunicação já que suas condições de saúde não o permitiam, vendo-se obrigados a adotar novas maneiras de fazer-se entender (sinais com mãos, olhos, dedos, choro, fazer barulho, etc.). A autora destaca também o esforço que devem fazer os profissionais de saúde no processo de descobrir novas alternativas de comunicação, descrevendo-o como um trabalho árduo, contínuo, sensível e intuitivo.

Outro ponto relevante no processo de comunicação dentro da UTI é o tipo de informação que é dada e a qualidade da mesma. O uso de múltiplas máquinas, o desenvolvimento de novas tecnologias e avanços científicos, a assistência interrupta da equipe médica e recursos humanos especializados em cuidar o paciente em estado grave pode complicar o processo de comunicação. Tudo isso absorve a atenção da equipe de saúde, fazendo que o paciente passe a ser segundo plano, dando protagonismo à relação entre seu corpo e os dispositivos tecnológicos²². O contato com o paciente muitas vezes é relegado a segundo plano, passando a ser tratado como mais um caso clínico²⁵, sem atribuir ou associar a patologia com um ser humano que tem sentimentos, que sofre e que tem crenças. Ou seja, a pessoa internada é despojada de sua identidade. A atenção da equipe de saúde é focada geralmente ao aspecto biológico, deixando de lado outros aspectos pessoais que não são devidamente abordados.

A investigadora Roig (2014) justifica o problema em parte à falta de habilidade e sutileza dos profissionais para canalizar os sentimentos dos pacientes e seus familiares, como também a falta de habilidades e treinamento específico especialmente quando se devem comunicar notícias desagradáveis²².

Os pacientes entrevistados no estudo de Stumm et al. (2008) descreveram que a informação recebida durante sua internação tinha sido “pouco esclarecedora”²⁵. Eles, ao se preocupar com seu estado clínico e buscar informações, ficavam insatisfeitos com as respostas recebidas e as descreveram como “evasivas” por parte da equipe médica, sobretudo no momento da sua admissão. Nesta mesma investigação, muitos dos participantes consideraram bastante estressante não ter explicações sobre o tratamento recebido e sua evolução, assim como as decisões tomadas

pela equipe frente a seu estado de saúde, o que fez sentirem-se excluídos do seu próprio tratamento e ficar expostos ao controle total da equipe.

O desafio dos profissionais de saúde é grande, já que devem ser capazes de transmitir informações muito técnicas e complexas em uma linguagem simples e compreensível para o paciente e família⁴⁶. Isto envolve informar o diagnóstico, prognóstico e evolução, que muitas vezes é triste e cheio de alto conteúdo emocional.

Estar atento às crenças e percepções do paciente deve ser uma prioridade, pois o que para a equipe de saúde é “normal” e cotidiano, para o paciente pode ser um mundo totalmente desconhecido²⁵. Portanto, e em concordância com Roig (2014), é importante estabelecer uma relação profissional personalizada e individualizada, explicando, informando e incluindo o paciente nas decisões quanto for possível, fazendo dele parte do seu próprio cuidado e sentindo-se compreendido e apoiado pela equipe de saúde²².

3.7 Família do paciente internado

A internação na UTI é um evento abrupto, inesperado e assustador para o paciente e seus familiares⁴⁷, que implica sofrimento e mudanças na vida cotidiana. Os pacientes não são os únicos afetados, os membros da família correm o mesmo risco de desenvolver alterações afetivas e emocionais devido aos intensos momentos de estresse que viverão²⁹. Para eles, o ambiente deste serviço também é totalmente desconhecido⁴⁸ e gera estresse devido à falta de intimidade, a falta de controle sobre a situação, a incerteza nos tempos de espera, sobre o futuro do paciente²⁹, uso de linguagem técnica e a falta de informação, o elevado número de profissionais que atendem ao paciente¹² e a falta de confiança nos serviços de saúde.

Assim, o ambiente da UTI frequentemente leva a uma quebra dos vínculos afetivos entre os pacientes e suas famílias devido ao momento de fragilidade emocional pela situação de adoecimento, afeta a dinâmica das relações familiares e há uma mudança de papéis, o que agrava a situação do estresse^{12, 48}.

Para o paciente, o afastamento dos seus entes queridos desencadeia uma perda importante de apoio afetivo, já que eles representam o principal suporte, incentivo e fonte de força^{14, 42}. Por outro lado, o tempo que passam junto a sua família é fundamental, pois o fato de estar em contato

ativo com uma ou várias pessoas permitindo ouvir e receber suas confidências representa um importante alívio psicológico²⁶.

Outro sentimento que surge nos pacientes é o medo de se sentir como um fardo para a família, devido à incapacidade de apoiá-los emocionalmente, fisicamente e/ou economicamente²⁶ diante as situações adversas que possam ocorrer na sua estadia nestes serviços¹². No círculo familiar, esse sentimento de medo relaciona-se com o fato de ser responsáveis na tomada de possíveis decisões na saúde do ente querido internado, e que muitas vezes envolve risco vital, tal como o estabelecimento, manutenção ou suspensão de medidas de suporte de vida²⁶.

Uns dos seus maiores temores é o medo da morte do seu familiar ou a agonia de vê-lo sofrendo, tanto no nível físico quanto psíquico^{29, 47}. Precisam saber se o seu ente querido sente dor, medo ou solidão, necessitando assim ficar o maior tempo possível ao seu lado⁴⁸.

Visitar diariamente uma UTI gera desconforto físico ao ficar fora de casa varias horas no dia, passando grande parte do tempo em um ambiente estranho e pouco acolhedor estruturalmente⁴⁷. Além disso, produz uma descontinuidade no processo de viver em família, de ter suas rotinas e de curtir momentos importantes juntos, o que gera desgaste emocional¹². Como consequência a isto, e com o passar do tempo, as relações entre os membros familiares são afetadas devido à falta de paciência e irritabilidade que gera a situação⁴⁷. É importante destacar que não somente o âmbito familiar fica afetado, o trabalho, amigos e lazer são algumas das áreas “abandonadas” de forma abrupta pelos familiares, muitas vezes tendo que ajustar suas vidas profissionais, interromper estudos, mudar metas e objetivos pessoais no curto e médio prazo, tudo em razão das demandas que traz a hospitalização do seu ente querido⁴⁷. Às vezes, devido à preocupação e medo do estado de saúde e evolução do paciente, os entes queridos não abandonam a sala de espera do serviço, deixando de satisfazer suas próprias necessidades básicas de dormir e comer. Pelo exposto anteriormente, parece ser necessário maior ênfase em atender as demandas familiares. As instituições médicas hospitalares poderiam proporcionar uma estrutura ambiental confortável, onde os entes queridos do paciente possam ficar em salas de espera com mobiliário confortável⁴⁷, e que tenham disponibilidade de se alimentar e hidratar em locais adequados que ofereçam alimentos nutritivos.

Portanto, estar hospitalizado em uma UTI pode gerar uma grande ruptura na unidade familiar do paciente, neles se produz sentimentos de ansiedade^{47,48}, angústia⁴⁹, estresse emocional, desorganização da vida cotidiana^{12,47} e em alguns casos um comportamento agressivo²²,

distúrbios comportamentais⁴⁷ e afastamento do entorno, o que dificulta ainda mais o desenvolvimento de um bom relacionamento com a equipe de saúde¹⁷.

As possíveis manifestações de alterações psicológicas na família podem se apresentar não somente durante a internação. No estudo de Anderson et al. (2008) achou-se que 35% dos familiares participantes da pesquisa apresentaram sintomas de estresse pós-traumático após seis meses de haver tido um membro da família internado numa UTI⁵⁰. Assim, a doença grave de um membro da família pode desarticular parcial ou totalmente a vida profissional, social, financeira e emocional do núcleo familiar, tanto no ingresso do familiar ao serviço crítico, quanto durante sua estadia e/ou seu retorno a casa.

A comunicação paciente-equipe-família fica totalmente afetada e vulnerável neste processo. Muitas vezes, todos os sentimentos relatados anteriormente se exacerbam pelo alto grau de complexidade técnica do ambiente da UTI, além da falta de informação oferecida numa linguagem entendível por parte dos profissionais⁴⁹.

Variadas investigações sobre a comunicação da família com os profissionais neste tipo de serviço refletem a urgência de fazer mudanças neste âmbito, precisa-se uma comunicação efetiva e clara, e que seja prioridade dentro dos cuidados de enfermagem. As necessidades que a família reconhece como as mais importantes de serem atendidas são a segurança, informação e proximidade com seu ente querido internado^{17,51}. Ao entrevistar os familiares de pacientes internados nestes serviços, e com o objetivo de investigar a comunicação e satisfação de suas necessidades por parte dos profissionais de saúde, a autora Puggina et al. (2014) identificou que 74% das necessidades consideradas importantíssimas ou muito importantes estavam relacionadas à informação e à segurança, o que se relacionava com sentir-se seguro, menos ansioso e temeroso quanto ao estado de saúde do seu familiar hospitalizado¹⁷.

A quebra dos vínculos afetivos entre os familiares e profissionais deve-se principalmente à fragilidade pela situação de extremo poder emocional que estão vivendo, aonde se veem obrigados a equilibrar seus sentimentos com a compreensão de explicações complexas sobre o curso da doença do paciente⁴⁹. Portanto, a dinâmica desta relação está envolvida por múltiplos sentimentos: raiva, medo, ansiedade, angústia e até vergonha de expressar verbalmente suas necessidades à equipe¹⁷.

Da mesma forma, a relação família-profissionais pode ser tornar distante e dificultosa. Assim o corroborou Pérez et al. (2004) ao entrevistar familiares de pacientes internados em uma UTI, obtendo que apenas 40% dos participantes conheciam o nome do profissional de enfermagem que cuidava de seu parente, e 87% não sabiam com quem se comunicar em caso de houver problemas⁴⁹.

Para a família é mais fácil comunicar com os enfermeiros devido a que são os profissionais que passam o maior tempo ao lado do paciente, porém às vezes é visto como alguém muito ocupado e que tem menos tempo para estabelecer uma conversa. Assim o corrobora Magdalena Roig (2014), quem diz que isto acontece, em grande parte, devido à cultura fechada da UTI, que impede a proximidade com os familiares e os exclui dos cuidados proporcionados pela equipe²². É habitual que a enfermeira concentre-se principalmente no paciente como foco de seu trabalho e tente evitar certos laços emocionais com a família. A autora explica que muitos desses comportamentos evasivos vêm de não saber o que fazer ou como se comportar frente ao sofrimento, dor e angustia do familiar. Assim também o manifesta Puggina et al. (2014) na sua investigação, que atribui essa dificuldade da equipe em estabelecer uma comunicação efetiva aos próprios medos de se envolver emocionalmente ou até mesmo pelo despreparo em lidar com situações de perda¹⁷. Em um estudo espanhol feito no ano 2009 foram entrevistados os enfermeiros de uma UTI com o objetivo de conhecer a qualidade da comunicação entre equipe e a família do internado, os que relataram que a informação oferecida na fase inicial da internação no serviço existe um déficit comunicacional atribuído à falta de consenso dentro da equipe multidisciplinar sobre quais informações entregar, já que, geralmente, a equipe de enfermagem não conhece o que o médico disse aos parentes, devido a que os tempos designados por cada profissional de saúde com a família são distintos⁵¹. Os autores desta investigação também descreveram como causas a falta de competências e/ou habilidades sociais e de comunicação para lidar com situações difíceis, falta de treinamento e experiência específica na área e falta de consciência do impacto desses processos na família.

Assim, é essencial adicionar à família do paciente aos cuidados de enfermagem e de toda a equipe médica, já que a presença dos membros familiares e amigos é muito positiva, pois reafirma os laços afetivos, fortalece o reencontro com a vida e é fundamental para a retomada da identidade nos pacientes⁵². Em concordância com Rodriguez, Arias e Carreño (2016), as famílias

não devem ser vistas apenas como visitantes no ambiente da ICU, mas como uma extensão do paciente, que também necessitam satisfazer suas carências e ser parte do processo de cuidados da enfermagem⁵³.

Após expor anteriormente a grande lista de alterações físicas, psíquicas e emocionais que ocorrem nos familiares, deve-se tentar humanizar ao máximo possível algumas práticas de cuidados, promover habilidades comunicacionais adequadas frente a situações difíceis e minimizar a maior quantidade de desconfortos nos familiares. O objetivo é criar e manter uma comunicação fluida entre os participantes, onde os familiares se sintam acolhidos e assegurados da qualidade técnica e científica do atendimento, que recebam informações entendíveis e realistas, e que no possível, com mensagens de confiança e solidariedade⁴⁷.

Se conscientizar com a repercussão psicológica que traz uma internação em um serviço crítico obriga os profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, a humanizar seus cuidados, desde um enfoque integral, com um olhar sensível e atento às necessidades individuais do paciente^{49, 52}.

3.8 Fatores relacionados ao ambiente da UTI

Diversos estudos têm demonstrado que o ambiente de terapia intensiva é gerador de estresse para os pacientes hospitalizados^{13, 52, 54}, pois eles ficam expostos constantemente a diversos sons provenientes dos pacientes e/ou dos equipamentos²³, que são luminosos e tem alarmes sonoros⁵⁵. A estrutura física de uma UTI considera-se perturbadora do padrão de sono dos pacientes⁵⁶, e sua causa tem sido atribuída à medicação utilizada (opióides, ansiolíticos, sedativos), aos distúrbios do ritmo circadiano devido à doença subjacente do paciente⁵⁴, perda da referência espaçotemporal¹³, presença de dor, dentre outros.

Durante a prática clínica do cuidado de pacientes internados nestes serviços, observam-se interrupções do sono tanto durante a noite quanto o dia, derivados dos cuidados contínuos realizados pelos profissionais de saúde. Os pacientes são acordados para a realização de intervenções assistenciais, alterando e interrompendo seu descanso durante a noite⁵⁶. Para Vargas (2016), o sono é considerado fundamental tanto para a manutenção da saúde física e mental como sua recuperação, porque, entre outros efeitos, favorece a função imunológica e, desta forma, o

risco de infecção é reduzido⁵⁴. Assim também o descreve Achury-Saldaña e Achury (2010), o sono tem uma série de importantes funções fisiológicas devido à produção e regulação de diferentes hormônios do ciclo circadiano que acontecem durante as horas de sono, como também modula o sistema imunológico, repara e favorece a homeostase dos diferentes sistemas orgânicos⁵⁷. Adicionalmente, o desequilíbrio entre o sistema nervoso simpático e o sistema nervoso parassimpático aumenta o risco do paciente de apresentar alterações cardíacas; taquicardia, hipertensão, aumento do consumo de oxigênio e fadiga muscular⁵⁸.

Dentro os estudos de fatores estressores dos pacientes internados em um UTI, os fatores ambientais tiveram um papel principal na valoração de estresse. Para Andrade e Resende (2014), “*não conseguir dormir*” foi o item apontado como primeira causa de estresse na UTI ao aplicar o questionário “*Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale*” (ICUESS) a 17 pacientes que foram internados neste serviço¹².

O estudo de Heidemann et al. (2011) demonstra que o ruído na UTI é de elevado nível e que esteve acima do preconizado pelas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), no período do início da noite, entre as 19 e 24 horas, o que contribui para o aumento no nível de estresse dos pacientes internados¹³.

Os dados obtidos no estudo de Silva et al. (2013) mostram que os 4 maiores fatores estressores relatados pelos pacientes tinham relação ao ambiente; “olhar para o teto”, “não ter privacidade”, “não saber que dia é hoje” e “escutar gemidos de outros pacientes”²³. Esses dados concordam com os achados na revisão sistemática de Vasconcelos e Cortez (2009), onde se revisaram 10 publicações de fatores estressores de pacientes não sedados internados em um serviço crítico, encontrando-se que os principais fatores eram a dor, a presença de tubos na boca e/ou nariz, os barulhos decorrentes do ambiente e a falta de sono e descanso²⁰. Um dos fatores importantes descritos neste estudo foi a perda de temporalidade, devido à luminosidade constante e artificial dos quartos, a ausência de janelas, relógios e/ou calendários para dar uma referencia de espaço e tempo ao paciente. As autoras descrevem que a perda do referencial dia e noite está determinada por variados fatores ambiental decorrentes do serviço, tais como iluminação artificial constante, a presença de pessoas 24 horas por dia, horário de medicações e realização de procedimentos durante a noite, ausência de janelas, entre outros. Para Guirardello et al. (1999) a questão da atemporalidade é mais complexa; os autores a relacionam com o significado simbólico que o tempo tem para os pacientes⁵². Quando o paciente perde o seu referencial frente a esta nova

situação de gravidade, perde o controle sobre sua vida, tendo dificuldade para situar-se, e dificultando-se sua maneira de reorganizar-se, reestruturar-se e reconhecer-se diante da vida.

Desta forma, é importante identificar e avaliar o impacto dos fatores ambientais nas dimensões física e emocional das pessoas internadas, devido às múltiplas alterações que causa durante o período agudo da doença quanto na sua qualidade de vida após hospitalização. É aí onde os profissionais de enfermagem devem atuar, tomando consciência e tentando minimizar o desenvolvimento de atividades que interrompem os períodos de sono do indivíduo⁵⁷, implantando medidas que minimizem o nível de ruídos, educando a equipe multidisciplinar a fim de reduzir o tom de voz e conversas durante as noites¹³, e assim promover um ambiente tranquilo e adequado para o descanso dos pacientes.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamentos do estudo

O estudo é do tipo descritivo, observacional e transversal. Foram avaliados pacientes após serem trasladados desde a UTI para um serviço de menor complexidade do Hospital Padre Hurtado (HPH), San Ramón, Santiago do Chile.

4.2 Populações de referência

Pacientes atendidos na UTI do Hospital Padre Hurtado, onde a unidade recebe o nome de Unidade de Paciente Crítico (UPC). Este hospital público é de atendimento exclusivo aos usuários do Fundo Nacional de Saúde chileno (FONASA; atenção pública a pacientes que pagam o 7% do seu salário para serem atendidos nos serviços de atenção médica chilena), e abrange três grandes bairros do setor sudeste da cidade de Santiago, mas é considerado de média complexidade.

A unidade de paciente crítico deste complexo hospitalar recebeu 7.094 pacientes no ano 2016 e 4.524 nos primeiros sete meses do ano 2017. Este conta com 16 camas para adultos, sendo três a quatro camas destinadas a cada enfermeira. No ano 2017, a média de estadia dos pacientes no serviço foi de 9,25 dias.

4.3 Amostra

O tipo de amostra é por conveniência, pois dependeu da disponibilidade da avaliadora e dos pacientes que, liberados da UTI para uma unidade de menor complexidade, tiveram vontade e as condições físicas e psicológicas de responder o instrumento de avaliação. Foram entrevistados 58 pacientes da UTI do hospital HPH.

4.4 Instrumento

A coleta de dados foi através da aplicação de dois questionários; o ESQ (*Environmental Stressor Questionnaire*) – Anexo A- ou também chamada Escala de Estresse Ambiental, já validada ao espanhol, e uma ficha de coleta de dados – Anexo B. A coleta foi feita nos meses de dezembro 2016 e julho 2017.

A escala de medição do estresse ambiental conta com cinquenta perguntas ou itens que exploram os âmbitos físicos, psicológicos e emocionais do paciente internado em uma UTI. Para sua avaliação, o instrumento usa uma escala tipo Likert de cinco possíveis respostas; muito estressante (4 pontos), moderadamente estressante (3 pontos), pouco estressante (2 pontos), nada estressante (1 ponto) e não aplica (0 pontos). Quanto maior é a pontuação, maior é o estresse percebido pelos participantes. É importante destacar que o questionário não conta com uma classificação dos níveis de estresse de acordo à pontuação obtida por cada entrevistado, entretanto, é possível inferir que quanto maior pontuação encontrada, maior é o estresse percebido pelo participante.

Além disso, o questionário ESQ (na sua versão ao espanhol) divide os fatores estressores em quatro dimensões, agrupando-os de acordo com o que está medindo cada item. As dimensões são (1) fatores estressores relacionados ao ambiente, (2) estímulos sensoriais, (3) fatores estressores emocionais e os relacionados à perda de controle, e (4) os relacionados com a necessidade de comunicação e orientação.

Prévio ao início da coleta de dados, uma revisão sistemática de literatura foi realizada com o objetivo de estudar detalhadamente a validade e confiabilidade do questionário ESQ, para assim também comparar suas adaptações culturais. No ano 1981, nos Estados Unidos, publicou-se pela primeira vez um estudo relacionado à importância da pesquisa de estressores ambientais em um serviço de terapia intensiva, chamado “*Identification of environmental stressors for patients in a Surgical Intensive Care Unit (SICU)*”⁵⁹, com a criação de uma escala de avaliação do estresse percebido pelos pacientes. Através dos anos, o instrumento tem sido modificado, traduzido e validado em diferentes idiomas. Sua última versão, o “*Environmental Stressor Questionnaire*”⁶⁰ é o instrumento de avaliação mais atualizado e com maiores provas de confiabilidade e validade¹, em comparação às anteriores. Atualmente, o original escrito em inglês⁶⁰, encontra-se traduzido nas línguas bahasa⁶¹, chinesa⁶², portuguesa⁶³, turca⁶⁴ e espanhola⁶⁵.

Após examinar os critérios de validade e confiabilidade das diversas adaptações culturais existentes do instrumento, obteve-se que as versões em espanhol e português foram as com maior porcentagem de cumprimento das etapas requeridas nas provas psicométricas do processo de validade e confiabilidade. Porém, dentre das cinco versões analisadas, nenhuma delas contou com a realização do total das provas psicométricas requeridas para obter um instrumento de medição

válido e confiável na sua totalidade. Maiores detalhes deste estudo podem ser revisados no artigo de revisão sistemática na página 54.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão para fazer parte do estudo foram: idade igual ou superior aos 18 anos; permanência mínima de 48 horas na UTI; nível de consciência normal, portanto: consciente, alerta e bem-informado (se aplicou a escala de Glasgow para conhecer seu estado neurológico e foi incluído o paciente com Glasgow 14-15 pontos); capacidade de comunicação verbal efetiva e assinatura livre do consentimento informado.

Os critérios de exclusão foram relacionados com a incapacidade cognitiva e/ou neurológica diagnosticada no paciente. Foram excluídos os pacientes analfabetos, os que tiveram confusão mental e/ou agitação psicomotora durante sua estadia hospitalar, os pacientes que usaram sedativos, opioides, benzodiazepínicos e/ou antidepressivos nas últimas 24 horas, e os com diagnóstico atual de acidente vascular cerebral (AVC), Alzheimer, demência, transtorno bipolar, esquizofrenia, delirium, encefalopatias, tumor cerebral, alterações secundárias a infecções como Meningites, Encefalites, Ventriculitis, Tuberculose, além de pacientes com danos neurológicos posteriores às suas doenças.

4.6 Coleta de dados

A maioria dos dados clínicos e demográficos dos pacientes foi obtida do livro de traslados de pacientes da UTI, onde também se encontravam as informações das pessoas que foram internadas no serviço crítico. Após selecionar os participantes que cumpriram com os critérios de inclusão, a pesquisadora convidou-os a participar do estudo, explicando seu propósito e a confidencialidade da investigação. Cinquenta e oito de 60 pessoas aceitaram ser entrevistados, as duas pessoas que o rejeitaram, relataram vulnerabilidade frente ao tema e incapacidade emocional de responder as perguntas do instrumento. Os dois questionários foram aplicados aos 58 participantes. Em média cada entrevista levou entre 20 a 30 minutos.

Os participantes do estudo foram entrevistados no período máximo de cinco dias após a alta da UTI, para diminuir o risco de perder algum tipo de informação e/ou lembranças da sua estadia com o passar dos dias.

4.7 Aspectos éticos

O estudo seguiu a orientação da declaração de Helsinki de 1989 e os artigos 1,2,10 e 11 da Lei n° 20.120 sobre pesquisa envolvendo seres humanos da Subsecretaria de Saúde Pública do Chile. A pesquisa iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética do Hospital Padre Hurtado (Anexo C), em novembro 2016, e após consentimento de cada participante com seu respectivo termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo D), assinado.

4.8 Orçamento

O projeto não teve financiamento, portanto não precisou de orçamento. A pesquisadora não recebeu nenhum valor para participar do estudo e os pacientes também não.

4.9 Análise estatística

Os dados coletados foram transcritos através do programa Microsoft Excel, e em seguida foram analisados no pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 21.0 (SPSS Inc. Chigago, Illinois, USA). Foi realizada uma análise descritiva para conhecer as características da amostra de acordo com suas variáveis clínicas e sociodemográficas. Foram calculadas as médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas e as frequências absolutas e seus percentuais para as variáveis categóricas. Para verificar se a distribuição das variáveis contínuas era normal, foram feitos os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. As variáveis que tiveram distribuição normal foram analisadas através do teste t de Student ou ANOVA (*Analysis Of Variance*), enquanto os dados não paramétricos foram estudados através dos testes Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis. O nível de significância estatística determinado para este estudo foi de 5% ($\alpha = 0,05$).

Para conhecer o estresse total percebido pelos participantes, calculou-se o escore total de estresse (ETE) de cada entrevistado, somando as respostas de cada item, e obtendo assim a média do ETE. Além disso, um escore médio foi feito para cada uma das perguntas do questionário, com o intuito de obter uma ordem dos fatores mais estressantes.

5 RESULTADOS

A amostra foi composta por 28 homens (48,3%) e 30 mulheres (51,7%), com uma média de idade de $60,95 \pm 12,24$ anos. 81% dos pacientes estiveram hospitalizados entre um a cinco dias, com uma mediana de quatro dias. Dos 58 participantes, 51,8% deles tinham três e mais comorbidades prévias a esta hospitalização. O motivo mais comum de admissão foi por doenças cardíacas, com 36,2%, seguido de causas respiratórias. As demais características clínicas e demográficas se encontram descritas na Tabela 1.

Estresse ambiental elevado foi observado nos participantes, com uma média do escore total de estresse de 142,12. De acordo com o percebido pelos entrevistados, o maior fator estressor foi “sentir falta do marido, esposa ou amigos”, seguido por “sentir dor” e “ter medo de morrer”.

Os fatores estressores com menor escore de estresse relatados pelos participantes foram “ter homens e mulheres internados no mesmo quarto”, “enfermagem e médicos falando muito alto” e “estar em um quarto muito quente ou muito frio”. O último item mencionado foi classificado como “não aplica” em muitas ocasiões pelos pacientes, relatando que mudanças de temperaturas não aconteciam frequentemente.

Tabela 1 - Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.

Características	N	%	Média (DP)	Mediana
Sexo				
Feminino	30	51,7		
Masculino	28	48,3		
Idade			60,95 (12,24)	
Estado civil				
Casado	46	79,3		
Separado	6	10,3		
Viúvo (a)	6	10,3		
Nível de escolaridade				
Fundamental incompleta	9	15,5		
Fundamental completa	17	29,3		
Médio incompleto	7	12,1		
Médio completo	23	39,7		
Superior incompleto	-	-		
Superior completo	2	3,4		
Nº de integrantes na família				
1-3	10	17,2		
4-6	47	81,0		
Acima de 6	1	1,7		
Nº de comorbidades				
1-3	52	89,7		
Acima de 3	6	10,3		
Motivo de admissão				
Cardíaca	21	36,3		
Respiratória	14	24,1		
Hepato-gastrointestinal	16	27,6		
Urinaria	2	3,4		
Metabólica	2	3,4		
Hematológica	2	3,4		
Outras	1	1,7		

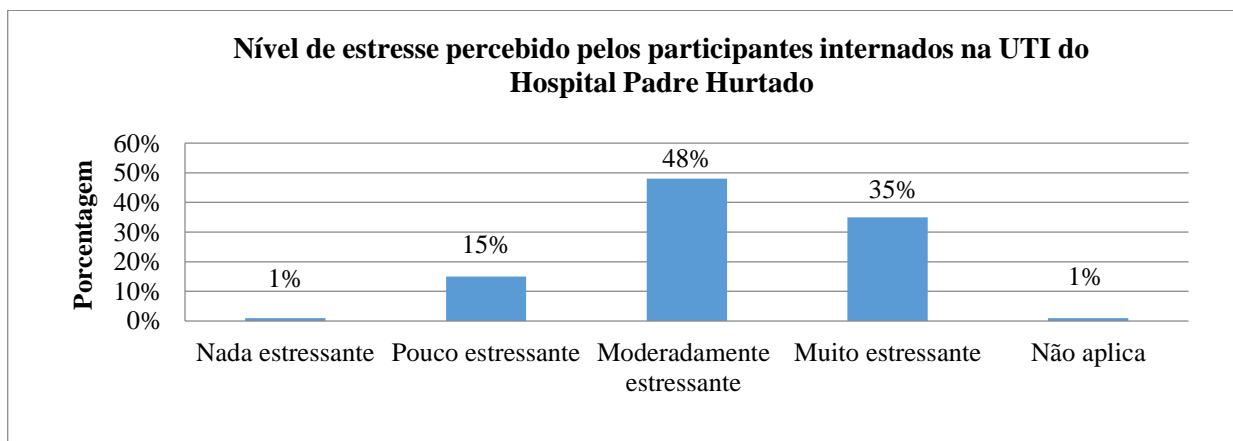
Tabela 1 - Características clínicas e sócio-demográficas dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado (continuação).

Características	N	%	Média	Mediana
Via de ingresso				
Urgência	37	63,8		
Traslado desde outros serviços do hospital	21	36,2		
Dias de internação na UTI				4
1-5 dias	47	81		
6-10 dias	8	13,8		
Acima de 10 dias	3	5,1		

Fonte: Dados da pesquisa “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva”

O nível de estresse geral percebido nesta UTI foi catalogado como moderadamente estressante por 48% da amostra, e muito estressante por 35% da mesma. O Gráfico 1 mostra as porcentagens de estresse relatado pelos participantes, de acordo com sua classificação na escala likert do questionário.

Gráfico 1- Porcentagem do nível de estresse percebido pelos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.



Fonte: Dados da pesquisa “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva”

“Sentir falta do marido, esposa ou amigos” foi percebido como muito estressante por 74,1% dos participantes (n=43), enquanto seu 25,9% restante (n=15) o classificou como moderadamente estressante. O segundo maior fator estressor, “sentir dor”, foi considerado muito estressante por 72,4% da amostra (n=42), e essa mesma porcentagem de participantes perceberam o item “ter medo de morrer” como muito estressante.

A Tabela 2 mostra os fatores estressores com seu respectivo escore médio em cada item do questionário ESQ. O instrumento foi usado na sua versão ao espanhol, pois a população de referência fala essa língua.

Tabela 2 - Escore médio dos fatores estressores percebidos pelos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.

Escore médio dos fatores estressores percebidos pelos pacientes internados na UTI do Hospital Padre Hurtado			
Fatores estressores	Ordem	Média	Desvio Padrão
13. Sentir falta do marido, esposa ou companheiro (a)	1	3,74	0,44
25. Sentir dor	2	3,72	0,45
37. Sentir medo de morrer	3	3,71	0,50
38. Desconhecer o tempo de permanência em cuidados intensivos	4	3,67	0,47
39. Estar incapacitado para exercer seu papel na família	5	3,60	0,49
40. Estar preocupado pela sua saúde e as repercussões dela na sua vida diária	6	3,60	0,49
26. Ser furado por agulhas	7	3,59	0,62
28. Escutar a equipe falar termos que eu não entendo	8	3,57	0,53
36. Não conseguir se comunicar	9	3,53	0,68
09. Ter máquinas estranhas ao seu redor	10	3,52	0,60
35. Ouvir pessoas falando sobre você	11	3,41	0,62
21. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	12	3,40	0,59
22. Não conseguir dormir	13	3,40	0,70
29. Não ter controle sobre si mesmo	14	3,40	0,67
08. Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem	15	3,36	0,67
12. Ficar com tubos e sondas no nariz e/ou na boca	16	3,34	0,74
31. Estar aborrecido	17	3,34	0,48
07. Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos	18	3,33	0,74
24. Ter luzes acesas constantemente	19	3,33	0,69
45. Não conseguir ir ao banheiro	20	3,33	0,60

04. Ter sede, não conseguir expressá-la e/ou acalmá-la	21	3,31	0,78
10. Sentir que a enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que a você	22	3,29	0,77
16. Não saber que horas são	23	3,22	0,53
43. Saber/ ver morrer um paciente	24	3,17	1,29
06. Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis	25	3,16	0,62
19. Ser acordado pelo pessoal de saúde que o atende	26	3,14	0,69
03. Sentir que a enfermagem está muito apressada	27	3,12	0,73
01. Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia	28	3,10	0,59
44. Sentir fome e não conseguir expressá-la e/ou acalmá-la	29	3,03	0,68
17. Escutar gritos ou gemidos de outros pacientes	30	3,02	0,71
32. Não ter privacidade	31	2,97	0,70
30. Não saber que dia é hoje	32	2,95	0,76
02. Membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome	33	2,95	0,61
15. Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito e que você não seja informado	34	2,93	0,62
05. Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia	35	2,86	0,77
20. Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes	36	2,84	0,45
23. Sentir cheiros estranhos ao seu redor	37	2,83	0,70
42. Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento	38	2,83	0,73
27. Não ter a noção de onde você está	39	2,78	0,86
41. Ter medo de se contagiar com doenças dentro do hospital	40	2,71	0,68
14. Não receber explicações sobre seu tratamento recebido	41	2,69	0,86
33. Receber cuidados de pessoas que eu não conheço	42	2,55	0,54
18. Ter homens e mulheres internados no mesmo quarto	43	2,53	0,54
11. Profissionais de saúde falando muito alto	44	2,41	0,56
34. Estar em um quarto muito quente ou muito frio	45	1,83	1,16
Score total		3,16	0,40

Fonte: Dados da pesquisa “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva”

De acordo com a classificação do estresse ambiental na escala de Likert do questionário, o estresse geral percebido pelos participantes variou entre moderadamente estressante a muito estressante (ETE médio $3,16 \pm 0,4$).

A dimensão percebida como mais estressante foi a relacionada com os estressores emocionais e a perda de controle, com um score médio de 3,48 (Quadro 2). O item mais estressante dessa dimensão percebido pelos participantes foi o nº13: “sentir falta do marido, esposa ou amigos”

(escore médio 3,74), fator que também foi considerado o mais estressante entre todas as perguntas do questionário. Na segunda dimensão relacionada aos fatores ambientais, o item “escutar a equipe médica falar termos que eu não entendo” foi o percebido como o mais estressante dentro deste grupo (Quadro 3). Na dimensão que avalia os estímulos sensoriais, dois itens tiveram a maior pontuação; “Ter que ficar olhando para o teto” e “não conseguir dormir”, ambos com um escore médio de 3,40 (Quadro 4). Na última dimensão, que avalia os fatores estressores relacionados com a necessidade de comunicação e orientação, a pergunta 36 “Não conseguir se comunicar” foi considerada a mais estressante, com um escore médio de 3,53 (Quadro 5). A continuação se mostram as quatro dimensões com seus respectivos escores médios de estresse percebidos pelos pacientes, nos meses de dezembro 2016 e agosto 2017.

Quadro 2 - Escore médio da dimensão 1: “fatores estressores emocionais e os relacionados à perda de controle” percebidos pelos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.

Escore médio dos fatores medidos na dimensão 1		
	Média	Desvio Padrão
Pergunta 13: Sentir falta do marido, esposa ou companheiro (a)	3,74	0,44
Pergunta 25: Sentir dor	3,72	0,45
Pergunta 37: Sentir medo de morrer	3,71	0,50
Pergunta 38: Desconhecer o tempo de permanência em cuidados intensivos	3,67	0,47
Pergunta 39: Estar incapacitado para exercer seu papel na família	3,60	0,50
Pergunta 40: Estar preocupado pela sua saúde e as repercussões dela na sua vida diária	3,60	0,50
Pergunta 26: Ser furado por agulhas	3,59	0,62
Pergunta 29: Não ter controle sobre si mesmo	3,40	0,67
Pergunta 08: Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem	3,36	0,67
Pergunta 45: Não conseguir ir ao banheiro	3,33	0,60
Pergunta 44: Sentir fome e não conseguir expressá-la e/ou acalmá-la	3,03	0,67
Pergunta 32: Não ter privacidade	2,97	0,70
Escore total	3,48	0,26

Fonte: Dados da pesquisa “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva”

Quadro 3- Escore médio da dimensão 2: “fatores estressores relacionados ao ambiente” percebidos pelos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.

Escore médio dos fatores estressores medidos na dimensão 2		
	Média	Desvio Padrão
Pergunta 28: Escutar a equipe falar termos que eu não entendo	3,57	0,53
Pergunta 09: Ter máquinas estranhas ao seu redor	3,52	0,60
Pergunta 35: Ouvir pessoas falando sobre você	3,41	0,62
Pergunta 10: Sentir que a enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que a você	3,29	0,78
Pergunta 43: Saber/ver morrer um paciente	3,17	1,29
Pergunta 03: Sentir que a enfermagem está muito apressada	3,12	0,73
Pergunta 15: Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito e que você não seja informado	2,93	0,62
Pergunta 23: Sentir cheiros estranhos ao seu redor	2,83	0,70
Pergunta 42: Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento	2,83	0,73
Pergunta 41: Ter medo de se contagiar com doenças dentro do hospital	2,71	0,68
Pergunta 14: Não receber explicações sobre seu tratamento recebido	2,69	0,87
Pergunta 33: Receber cuidados de pessoas que eu não conheço	2,55	0,54
Pergunta 18: Ter homens e mulheres internados no mesmo quarto	2,53	0,54
Pergunta 11: Profissionais de saúde falando muito alto	2,41	0,57
Escore total	2,97	0,38

Fonte: Dados da pesquisa “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva”

Quadro 4 - Escore médio da dimensão 3: “fatores estressores relacionados com os estímulos sensoriais” percebidos pelos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.

Escore médio dos fatores estressores medidos na dimensão 3		
	Média	Desvio Padrão
Pergunta 21: Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	3,40	0,60
Pergunta 22: Não conseguir dormir	3,40	0,70
Pergunta 12: Ficar com tubos e sondas no nariz e/ou na boca	3,34	0,74
Pergunta 07: Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos	3,33	0,74
Pergunta 24: Ter luzes acesas constantemente	3,33	0,69
Pergunta 04: Ter sede, não conseguir expressá-la e/ou acalmá-la	3,31	0,78
Pergunta 06: Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis	3,16	0,62
Pergunta 19: Ser acordado pelo pessoal de saúde que o atende	3,14	0,69
Pergunta 01: Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia	3,10	0,58
Pergunta 17: Escutar gritos ou gemidos de outros pacientes	3,02	0,71
Pergunta 02: Membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome	2,95	0,61
Pergunta 05: Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia	2,86	0,76
Pergunta 34: Estar em um quarto muito quente ou muito frio	1,83	1,16
Escore total	3,09	0,42

Fonte: Dados da pesquisa “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva”

Quadro 5 - Escore médio da dimensão 4: “fatores estressores relacionados com a necessidade de comunicação e orientação” percebidos pelos pacientes internados na unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.

Escore médio dos fatores estressores na dimensão 4

	Média	Desvio Padrão
Pergunta 36: No poder comunicarse	3,53	0,68
Pergunta 16: No saber qué hora es	3,22	0,53
Pergunta 30: No saber qué día es	2,95	0,76
Pergunta 27: No saber dónde está	2,78	0,86
Escore total	3,12	0,33

Fonte: Dados da pesquisa “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva”

Embora o escore médio das dimensões tenha mostrado diferenças entre os grupos, ao analisar os dados através do teste estatístico ANOVA, obteve-se que não existe diferença estatisticamente significativa entre as dimensões enquanto ao estresse percebido ($p > 0,05$) (Quadro 6).

Quadro 6- Teste estatístico de ANOVA das dimensões do questionário ESQ

Teste ANOVA						
	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.	
Dimensão 1	Entre Grupos	1,61	11	0,15	1,03	0,59
	Nos grupos	0,28	2	0,14		
	Total	1,89	13			
Dimensão 2	Entre Grupos	1,20	10	0,12	0,27	0,94
	Nos grupos	0,89	2	0,45		
	Total	2,09	12			
Dimensão 3	Entre Grupos	0,76	10	0,08	30,96	0,14
	Nos grupos	0,00	1	0,00		
	Total	0,76	11			
Dimensão 4	Entre Grupos	0,32	3	0,11	.	.
	Nos grupos	0,00	0	.		
	Total	0,32	3			

Fonte: Dados da pesquisa “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva”

Ao comparar o estresse total percebido com o gênero, idade, escolaridade, dias de internação na UTI, dias sem sedação e o tipo de doença diagnosticada ao ingresso, não se obteve diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p > 0,05$). No entanto, a comparação da via de ingresso à UTI teve significância estatística entre os grupos ($p < 0,001$), o que demonstra que o estresse total percebido pelos pacientes que ingressaram por urgência é estatisticamente maior que os que ingressaram ao serviço trasladados desde outros serviços do hospital e de maneira programada (Quadro 7).

Quadro 7- Média do escore total de estresse ambiental segundo via de ingresso dos pacientes à unidade de terapia intensiva do Hospital Padre Hurtado.

Média do escore total segundo via de ingresso à UTI

VIA DE INGRESSO		N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Traslado desde outros serviços do hospital	ESCORE TOTAL POR PACIENTE	21	119	146	134,90	7,49
	N válido (de lista)	21				
Urgencia	ESCORE TOTAL POR PACIENTE	37	134	159	146,22	5,81
	N válido (de lista)	37				

Fonte: Dados da pesquisa “Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva”

6 DISCUSSÃO

Após aplicar o questionário aos pacientes internados no serviço UPC do Hospital Padre Hurtado, identificou-se que os principais fatores estressores percebidos se relacionavam com o âmbito emocional e todos os sentimentos que uma hospitalização envolve. Os três maiores fatores vinculados ao estresse foram “sentir a falta do marido, esposa ou amigos”, “sentir dor” e “medo de morrer”. Dentre as características sócio-demográficas e clínicas estudadas, somente a via de ingresso pela urgência associou-se significativamente com uma percepção maior de estresse.

O maior fator compreendido como estressante foi “sentir falta do marido, esposa ou amigos”, item que tem sido encontrado em múltiplos estudos dentre os maiores fatores estressantes¹. Isto destaca a importância e urgência em fazer mudanças na atenção de saúde para a inclusão dos familiares nos serviços críticos^{2, 42, 47, 48}.

Aliás, mostra o indispensável que é a família neste processo de internação. Os achados do estudo de Guidardello et al. (1999) descreveram que a presença dos membros familiares e amigos é muito positiva para a pessoa doente, pois reafirma os laços afetivos, fortalece o reencontro com a vida e é fundamental para a retomada da identidade nos pacientes⁵².

Destaca-se assim o essencial que é a entrega de cuidados humanizados por parte dos profissionais de saúde aos pacientes e suas famílias. Em concordância com Rodriguez, Arias e Carreño (2016), os familiares não devem ser vistos apenas como visitantes, mas também como um participante indispensável dentre do processo dos cuidados médicos⁵³.

Considerando o fato que todos os desconfortos já descritos não podem ser abolidos em razão da condição inerente do paciente com risco de vida, recomenda-se tentar minimizá-los ao máximo possível. Além disso, e em conformidade a Freitas, Mussi e Menezes (2012), os cuidados devem assegurar a qualidade técnica e científica da atenção, assim como também oferecer informações realísticas e claras, com mensagens de confiança. Com isto, pode-se lograr segurança nos pacientes e seus familiares, os que perceberão os cuidados centrados na qualidade e a dignidade da vida da pessoa internada⁴⁷.

A dor foi considerada neste estudo o segundo principal estressor dentro do ambiente da UTI, fator muito importante que pode encontrar-se presente na maioria das pesquisas relacionadas ao estresse neste tipo de unidade. Ao analisar o conceito de dor, ele é visto como um conjunto de alterações não somente físicas, como o relata Bottega e Fontana no seu estudo “a dor como quinto

signo vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral”, as que consideram que o conceito é um fenômeno multidimensional e necessita ser entendido como tal, devido à influência emocional positiva e/ou negativa que esta causa sobre o indivíduo³⁵. Neste trabalho, a dor pode ter sido compreendida como um conceito físico, psicossocial, cultural e/ou comportamental, o que explicaria a alta porcentagem de pacientes que relataram a dor como um fator estressor durante sua internação.

A compreensão do “conceito dor” visto como um aspecto psicológico e emocional é também considerado assim pelo questionário ESQ na sua adaptação ao espanhol, já que o item “sentir dor” faz parte da dimensão “fatores estressores emocionais e os relacionados à perda de controle”. A sua correlação com os outros construtos da dimensão demonstrou-se através do cálculo estatístico da análise fatorial feito no estudo da adaptação cultural ao espanhol da ferramenta¹. Portanto, esta adaptação demonstrou que as perguntas da dimensão relacionada aos fatores emocionais mede o construto que pretende quantificar.

Para os pacientes do estudo de Linch et al. (2008), que foram submetidos a cirurgias cardíacas, a dor foi relatada como a primeira e maior fonte de estresse². Apesar da baixa média obtida no ranking da escala (2,68), seus resultados e percepções concordam com os achados neste estudo. Como possíveis atuações frente à dor, os investigadores do estudo mencionado anteriormente aconselham buscar fatores que pudessem estar causando maior dor, como desconforto no leito do paciente, além de disponibilizar tempo para conversar e orientar esse paciente. Os autores descrevem a apresentação da dor nos pacientes como uma possível manifestação da sua carência e fragilidade pela própria experiência da internação.

A avaliação da dor é um tema complexo que causa controvérsia entre os profissionais, já que muitas vezes os pacientes encontram-se incapazes ou impossibilitados de se comunicar de maneira verbal, e seu alívio exige habilidade, muita experiência e bom senso por parte da equipe clínica. Dentre das contribuições para detecção da dor, Sakata (2010) recomenda que a equipe da UTI detecte outros sinais não tão comuns que expressam a dor, tais como testa franzida, rigidez, pálpebras e punhos cerrados e apertados, nariz franzido e/ou lábio superior levantado³³. Para Contreras e Palacios (2014), a dor precisa ser avaliada e trabalhada em conjunto, tanto no paciente quanto sua família, já que eles são uma fonte ativa na sinalização da dor, e, portanto, podem ser contribuintes do seu alívio²⁹.

Ao oferecer alívio efetivo à dor, se contribui à entrega de cuidados humanizados, processo que para Caetano et al. (2007) considera-se tão importante quanto a medicação e os procedimentos instrumentais utilizados durante o cuidado do paciente⁶⁶. Portanto, humanizar os cuidados vai além de aliviar a dor e outras múltiplas aflições, e de acordo com Pessini (2016), a equipe de saúde precisa buscar o “humano” que ali se encontra internado, o humano singular que vivencia uma doença que envolve toda a sua totalidade, e não vê-lo apenas como um paciente que precisa ser constantemente monitorado¹⁹.

O terceiro fator considerado como mais estressante pelos participantes foi o “medo de morrer”, que coincide com os resultados do estudo de Rosa et al., onde perguntou-se aos participantes quais eram os seis fatores mais estressantes dentre os 50 itens do questionário ESQ na sua versão ao português, os que classificaram o “sentir medo de morrer” em segundo lugar⁶³.

Na Turquia, no estudo de Yava et al. aplicou-se o instrumento a 155 participantes com o objetivo de conhecer as percepções dos pacientes internados na UTI, assim como também a 152 enfermeiras que trabalhavam nesse serviço⁶⁴. O fator considerado mais importante foi o medo de morrer, tanto para os participantes (média de 3,21) como para as enfermeiras (média de 3,59).

A elevada porcentagem de participantes que perceberam altamente estressante o medo de morrer na UTI pode ser explicada pela significância cultural do conceito “morte”. Segundo Combinato e Queiroz, estamos inseridos em um contexto sócio-histórico de negação da morte, onde o corpo humano é visto como um instrumento de produção, e nesse contexto, adoecer significaria deixar de produzir, além de ser uma ameaça a sua subsistência⁶⁷. Além disso, a visão do serviço de cuidados críticos ainda permanece como uma unidade em que muitos pacientes morrem, e onde se experimentam sentimentos de temor e vulnerabilidade, principalmente pelo desconhecimento da doença, evolução e possíveis consequências irreversíveis na saúde^{14,19}.

Existe pouca evidência do significado atribuído à morte pelo próprio paciente. Em contraste, múltiplos estudos têm investigado sobre a visão da família e dos profissionais de saúde que vivenciam de perto essa experiência. Pelo mesmo, e em concordância com Gutierrez e Ciampone, se propõe a construção de novos estudos das concepções culturais e sociais da morte, para possibilitar aos profissionais de enfermagem compreender e atuar frente a esses valores e crenças no processo de uma doença do paciente que esta sendo cuidado⁶⁸.

Apesar do escore médio das dimensões ter mostrado que o âmbito emocional obteve maior pontuação, ao analisar os dados e comparar os grupos através do teste ANOVA, observou-se que

não existe diferença estatisticamente significativa entre eles. Portanto não se pode assumir que a dimensão relacionada com os estressores emocionais e a perda de controle é a mais estressante. Devido a que a adaptação ao espanhol do questionário é a única que conta com os itens separados em dimensões, não existem estudos prévios com os quais se possam comparar os dados obtidos.

O fato de ser hospitalizado de maneira inesperada (sendo admitidos pela urgência do serviço) gera estresse, e neste estudo esse fator foi percebido como estressante, em comparação aos pacientes que foram internados na UTI após serem trasladados de um serviço de menor complexidade.

Apesar de não haver pesquisas prévias que tenham estudado a diferença de estresse percebido em ambos os grupos mencionados e que esclareçam sua relação, neste estudo o nível de estresse elevado pode explicar-se pela via de ingresso que o paciente foi internado. Dentre os múltiplos fatores já descritos que fundamentam a percepção elevada de estresse, o ingresso inesperado do paciente à UTI pode estar entre eles. Ao redor de 64% dos participantes deste estudo foram admitidos pela urgência do HPH, o que demonstra a assimilação da experiência como repentina, desconhecida e súbita. A falta de estudos que comparem o estresse percebido em ambos os grupos corrobora a necessidade de futuras pesquisas que avaliem e analisem esse fator, com o intuito de procurar quão relevante pode ser a via de ingresso de um paciente no desenvolvimento de estresse.

Enquanto ao motivo de ingresso e o diagnóstico pelo qual o paciente foi hospitalizado, 60,4% foram por causa cardiorrespiratória, dado que reflete a informação epidemiológica da população chilena entregue por Aguilera et al. (2016), quem expõe que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Chile e no mundo⁶⁹.

As doenças cardiovasculares, além de ter uma explicação fisiopatológica, relacionam-se com o componente emocional. Assim o descreve Santos (2017), quem diz que o coração é visto como o órgão essencial do corpo humano, que não pode se separar da psique e a emoção⁷⁰. Pelo mesmo, ele tem uma grande carga psicológica e carrega um importante significado simbólico. Zavala, Verdejo e Díaz- Loving (2015), através do seu estudo, mostraram que o estresse é percebido como causa de infarto do miocárdio, já que todos os participantes entrevistados relataram essa associação⁷¹.

Seria importante conhecer estudos focados na busca da relação entre o estresse percebido na internação no serviço crítico e o significado simbólico que a doença representa para a pessoa.

Após analisar todos os fatores que são considerados estressores, percebe-se que os maiores fatores que geram estresse não derivam precisamente do ambiente da UTI, e sim, associam-se ao aspecto psicológico que o paciente vivencia nesta unidade. Em geral, os elementos ambientais, tais como luz, temperatura, barulho e a infraestrutura não foram os que geraram maior estresse nos participantes. Assim, é importante prestar maior atenção aos fatores psicológicos que podem afetar o âmbito emocional do paciente, prevalecendo a visão e percepção do paciente frente à equipe de saúde. Para isso, recomenda-se incluir na atenção psicólogos, tal como o aconselha Gómez-Carretero et al. (2007), já que eles têm um treinamento que lhes dá as ferramentas necessárias para uma intervenção adequada nas diferentes etapas do processo que vivencia a pessoa doente⁸. Contreras e Palacios (2014) concordam com o mesmo no seu estudo “Contribuições da psicologia para o gerenciamento interdisciplinar do paciente na unidade de terapia intensiva”, onde descrevem que o paciente da UTI merece uma atenção psicológica de qualidade embora esteja muito doente, e que a presença de um psicólogo que trabalhe com o paciente e sua família, permitirá enfrentar adequadamente a situação difícil em que eles se encontram²⁹.

Em discordância com os achados de esta investigação, Garrido, Álvarez e González encontraram que os aspectos físicos ter sede, sono e tubos no nariz ou boca foi o mais preocupante para os pacientes⁷². Tal discrepância pode explicar-se pela diferença de percepção no grau de estresse, que cada pessoa vê de maneira diferente, assim como também pela subjetividade do conceito. Tal como dito por Linch et al., cada ser humano pensa, sente e age diante de um estressor de forma distinta, o que permite entender o estresse como um processo pessoal de interação entre a pessoa e seu ambiente². Pelo mesmo, o grau de estresse é difícil de quantificar e pode variar de estudo em estudo.

Após analisar os resultados obtidos na revisão sistemática de literatura feita, e devido à rigorosidade que deve ter uma adaptação cultural e suas provas psicométricas, é difícil determinar se as diferentes adaptações do questionário ESQ são aptas para serem utilizadas, devido à falta de realização de alguma ou várias das etapas recomendadas. Porém, a versão portuguesa e espanhola do instrumento são as que contam com maior porcentagem de cumprimento, destacando-se a adaptação ao espanhol por sua análise fatorial nos itens das diferentes dimensões do questionário. Assim, isto faz que exista nela maior evidência estatística na estrutura interna do instrumento, em comparação às outras versões.

As limitações deste estudo relacionam-se com a validade externa do mesmo, devido às particularidades culturais e sociais dos participantes. Portanto, os dados obtidos podem não ser generalizados a outros tipos de amostras. Outra limitação é a não aleatoriedade da amostra e a sua quantidade, pois um número pequeno de participantes limita a representatividade e pode não refletir as características da população. Enquanto ao tipo de amostra, decidiu-se obter os dados por conveniência, considerando que o estudo contou com só um avaliador e com um tempo determinado para realização da pesquisa. A seleção dos participantes dependeu da acessibilidade do pesquisador ao serviço e aos pacientes.

Em contraposição, as contribuições desta investigação são valiosas. Forneceram-se informações relevantes sobre a experiência que um paciente vivencia em uma unidade crítica, entendendo assim o grande impacto psicológico que esta realidade pode causar sobre uma pessoa doente.

Até o ano 2015, os países de língua espanhola não contavam com o instrumento adequadamente traduzido, pelo que sua adaptação foi um grande passo para a comunidade de profissionais de saúde da América Latina. Porém, após sua adaptação, não foram feitos estudos utilizando-a, pelo que esta investigação posiciona-se como pioneira dentre os estudos do seu tipo. Assim, para a equipe de profissionais de saúde de uma UTI não será difícil à mensuração da percepção dos fatores estressores nos pacientes, tendo já com que comparar.

7 CONCLUSÃO

Diante de uma situação estressora, o tipo de resposta de cada indivíduo pode diferir totalmente de outro, já que não depende somente da magnitude e frequência do evento estressor, também se afeta pelos recursos internos que cada pessoa tem. Com o objetivo de conhecer como são percebidos os estressores de uma UTI por parte dos internados, aplicou-se o questionário ESQ e obteve-se que o nível de estresse geral percebido pelos pacientes internados na UTI do Hospital Padre Hurtado variou entre moderadamente estressante a muito estressante (48% e 35% da amostra, respectivamente).

É relevante destacar que o significado que as pessoas atribuem à palavra “estresse” é diverso, e tende a confundir-se com outros conceitos, como ansiedade, angústia e medo, o que há popularizado a palavra, entregando-lhe um significado com múltiplos enfoques. Assim, se faz imprescindível contar com novos estudos na busca do significado e as atribuições que a população chilena dá para o conceito estresse, assim como este se relaciona com a significação que a UTI gera neles.

Os maiores fatores percebidos como estressantes neste estudo estavam relacionados ao item emocional e suas consequências derivadas deste ambiente. Sentir falta dos familiares e/ou amigos, sentir dor e ter medo de morrer foram os três principais fatores estressores que os participantes os relacionaram com o estresse.

Enquanto às características sociodemográficas, o estresse total percebido segundo gênero, idade, escolaridade não teve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,05$), pelo que não se podem associar esses fatores à percepção de maior estresse. Dentre das características clínicas, os dias de internação na UTI, dias sem sedação e o tipo de doença diagnosticada ao ingresso também não mostraram associação significativa com o estresse total percebido. No entanto, ao comparar via de ingresso à UTI, ambos os grupos mostraram diferença com significância estatística ($p < 0,001$), o que evidencia que uma admissão não planejada, por um serviço de urgência, onde os procedimentos rápidos prevalecem frente à comunicação e entrega de informação detalhada, foi percebido com maior estresse em comparação aos pacientes que foram admitidos na UTI trasladados desde uma unidade de menor complexidade (de maneira programada).

Os principais resultados deste estudo mostraram a importância da família e/ou amigos dentro do processo de doença de um paciente crítico, e comprova a urgência de fazer mudanças na atenção,

visando à entrega de cuidados humanizados enfocados principalmente na saúde mental e não somente na recuperação física do paciente. Pelo mesmo, recomenda-se contar com um psicológico dentre do staff de profissionais de saúde do serviço, quem trabalhe com o paciente e sua família, para ter as ferramentas e poder enfrentar adequadamente a situação difícil em que eles se encontram.

O segundo fator considerado mais estressante pelos participantes foi “sentir dor”, conceito que tem uma interpretação variada, subjetiva e é difícil de ser avaliado na UTI. Sua compreensão pode depender da cultura e a sociedade em que a pessoa está imersa e das suas experiências previas, pelo que a alta porcentagem de pacientes que perceberam a dor como um fator estressante pode ser explicada pela interpretação subjetiva da mesma. Apesar que sua avaliação ainda seja uma tarefa desafiadora, considerando o quadro clínico e possivelmente a incapacidade de comunicação do paciente, se deve constantemente buscar e entregar um alívio efetivo para a dor, sempre diferenciando-a do sofrimento. Assim, se humanizam os cuidados e se contribui à qualidade de vida do paciente, quem além de sentir múltiplas dores físicas, também sofre psicologicamente.

O conceito e simbolismo que as pessoas têm da morte também pode responder e aclarar a importante taxa de pacientes que relataram sentir medo da morte, e como consequência um alto estresse.

Ao revisar o instrumento de medição de estresse ambiental “Environmental Stressor Questionnaire”, que era um dos objetivos específicos desta investigação, obteve-se que sua versão em espanhol, a qual foi utilizada com os participantes deste estudo, conta com uma validade e confiabilidade adequada, cumprindo 81,8% das etapas requeridas, apesar de não ter feita a totalidade das provas psicométricas recomendadas internacionalmente. Independente das pequenas mudanças que teve o instrumento na sua adaptação cultural ao espanhol, a escala é semântica, idiomática e conceitualmente semelhante ao questionário original. Apesar de que a versão portuguesa e espanhola do instrumento são as que contam com maior porcentagem de cumprimento, é difícil determinar completamente sua qualidade, devido à falta de realização de algumas das etapas recomendadas nestes tipos de estudos. Porém, destaca-se a adaptação ao espanhol por sua análise fatorial nas dimensões do questionário, o que entrega maior evidencia estatística na estrutura interna do instrumento, em comparação às outras versões. Recomendam-

se futuras investigações com o objetivo de totalizar as provas psicométricas adequadas ao tipo de questionário, o que é imprescindível para a melhoria da qualidade das adaptações.

Este estudo pretendeu entregar informações e implicações para os enfermeiros e o resto de profissionais que trabalham neste tipo de serviço, para que assim possam planejar seu atendimento focado na redução dos efeitos negativos e as consequências que o ambiente da UTI gera nos pacientes. Além disso, os cuidados devem-se focar e projetar também nos fatores socioculturais e religiosos específicos que podem influenciar na percepção de estresse dos pacientes, visando cultivar um ambiente de UTI mais humano que possa efetivamente diminuir o estresse.

Assim também, através dos resultados obtidos, pretende-se lograr uma reflexão sobre como estamos trabalhando com estes pacientes, refletindo como é que nós, profissionais de saúde, estamos contribuindo para um cuidado humanizado do paciente que vivencia todo o manifesto anteriormente, e de que maneira podemos instaurar novas mudanças. Sugerem-se atenções que sejam totalmente individualizadas, atendendo às necessidades específicas de cada paciente e sua família, o que favorecerá sua recuperação e melhorará sua qualidade de vida.

Uma das perspectivas futuras desta investigação é realizar novas pesquisas aumentando a amostra, com o objetivo de acrescentar sua validade externa. Além disso, um estudo multicêntrico poderia trazer novos pontos de vista ao fazer comparações entre os resultados. Recomendam-se novas investigações observacionais, mas do tipo longitudinal, fazendo um seguimento dos pacientes que perceberam como estressante a UTI, com o objetivo de conhecer a frequência das consequências psicológicas que podem apresentar após três a seis meses pós-egresso, devido à vulnerabilidade que eles têm para desenvolver estresse pós-traumático e outras doenças psicológicas. Também, sugerem-se estudos de intervenção que diminuam a percepção de estresse nos serviços críticos.

8. ARTIGO DE REVISÃO

Artigo n°1

“Validade e confiabilidade das adaptações culturais do instrumento de avaliação de estresse ambiental em unidade de terapia intensiva”

Validity and reliability of cultural adaptations of the Environmental Stress Assessment instrument

Nursing in Critical Care Journal

Submetido

“Validade e confiabilidade das adaptações culturais do instrumento de avaliação de estresse ambiental em unidade de terapia intensiva”

Resumo

Objetivo: avaliar a confiabilidade e validade das adaptações culturais do questionário de estresse ambiental utilizado nos pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Método:** Realizado busca sistemática da literatura nas bases de dados Lilacs, Scielo e MEDLINE, selecionando artigos em língua espanhola, inglesa e/ou portuguesa. Foram incluídos artigos publicados até o mês de setembro de 2017. **Resultados:** 193 artigos foram identificados e 10 estudos selecionados para análise qualitativa. Cinco deles descreviam as diferentes versões do questionário e suas modificações através dos anos, e os outros cinco estudos restantes continham as diferentes adaptações culturais do “*Environmental Stressor Questionnaire*” (ESQ) nas línguas bahasa, chinesa, portuguesa, turca e espanhola. Nas provas psicométricas de confiabilidade e validade do instrumento, a versão bahasa e chinesa são as que têm menor porcentagem de cumprimento das etapas metodológicas recomendadas, com 36,4% e 54,5% respectivamente, enquanto a versão espanhola e portuguesa são as que contam com maior porcentagem de cumprimento, com o 81,8% do requerido. **Conclusões:** As diferentes adaptações do questionário ESQ não cumpriram com a totalidade das provas psicométricas recomendadas internacionalmente.

Palabras claves: *Environmental Stressor Questionnaire*, Unidade de Cuidados Intensivos, adaptação cultural, estrés.

Validity and reliability of cultural adaptations of the environmental stress assessment instrument in an intensive care unit

Abstract

Objective: To evaluate the reliability and validity of the cultural adaptations of the environmental stress questionnaire used in patients hospitalized in an Intensive Care Unit (ICU).

Method: Systematic review of literature in the Lilacs, Scielo and MEDLINE databases, selecting articles in spanish, english and/or portuguese. Articles published until September 2017 were included.

Results: Of the 193 identified articles, 10 of them were selected for qualitative analysis. Five of them contained the different cultural adaptations of the "Environmental Stressor Questionnaire- ESQ" in the bahasa, chinese, portuguese, turkish and spanish languages, and the remaining others showed the different versions of the questionnaire. In the psychometric tests of reliability and validity, the bahasa and chinese versions had the lowest percentage of compliance, with 36.4% and 54.5% respectively, as the spanish and portuguese versions complied with 81.8% of the required. **Conclusions:** The different adaptations of the ESQ questionnaire did not comply with all the psychometric tests recommended internationally.

Keywords: *Environmental Stressor Questionnaire*, Intensive Care Unit, cross-cultural adaptation, stress.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um serviço de alta complexidade onde se concentra uma equipe de saúde multidisciplinar especializada no cuidado de doentes graves¹. O objetivo da unidade é minimizar os danos ou sequelas produzidas pelas suas doenças, e assim também restabelecer total ou parcialmente a saúde dos pacientes.

Porém, culturalmente, a UTI tem se vinculado com o sofrimento, a morte e com o mecanicismo da equipe de saúde e sua falta de sensibilidade humana², apesar dos esforços dos profissionais no sentido de humanizar o cuidado integral do paciente¹⁸.

O paciente hospitalizado neste tipo de serviço está exposto a experiências inesperadas, onde se vivenciam desconfortos físicos e psicológicos decorrentes das características do ambiente³. Nessas unidades misturam-se vários elementos do ambiente e também próprios da atenção da equipe de saúde que geram uma atmosfera psicológica especial e pouco comum. Esta experiência pode gerar efeitos negativos no paciente⁴, trazendo “exaustão emocional” e afetando a sua recuperação física⁵, o que vai depender da intensidade dos sentimentos, sensações e sintomas que podem emergir com sua hospitalização. Dentre dos principais estão os sentimentos de desvinculação, ressentimento, raiva, negação, medo a morrer, perda de autonomia, dependência física e solidão pela sua separação com sua família^{4,5}. Os sintomas associados a esses sentimentos são ansiedade, psicoses leve/grave com alucinações e alterações do sono, que até podem surgir após sua hospitalização⁶.

Portanto, a UTI é um lugar gerador de estresse³ e seu desenvolvimento tem impacto psicológico observado nos pacientes após sua hospitalização, podendo também afetar sua qualidade de vida⁷.

Com o objetivo de conhecer os fatores estressores percebidos pelos pacientes, o questionário *Environmental Stressor*⁸ foi criado e tem sido modificado, traduzido e validado em diferentes idiomas. A última versão, chamado “*Environmental Stressor Questionnaire — ESQ*” é o instrumento de avaliação mais atualizado e com maiores provas de confiabilidade e validade¹, em comparação às anteriores. Este instrumento já foi traduzido para alguns idiomas^{13,14,15,16,22}.

O objetivo desta revisão sistemática é avaliar a validade e confiabilidade das adaptações culturais do ESQ.

Método

Uma busca sistemática da literatura foi realizada com o objetivo de avaliar os critérios de validade e confiabilidade das diversas versões existentes do instrumento e as adaptações culturais do questionário de Estresse Ambiental. A busca eletrônica de artigos indexados foi feita nas bases de dados de Lilacs, Scielo e Pubmed. Os seguintes termos foram utilizados para a busca: “*Intensive Care Unit Environmental Stressor Escala*” (ICUESS), “*Environmental Stressor Questionnaire*” (ESQ), “Escala de Estresse Ambiental”, “Unidade de Terapia Intensiva”, “adaptação cultural”, “tradução” e “fatores estressores”.

Os critérios de inclusão foram artigos escritos em língua espanhola, inglesa e/ou portuguesa. Foram excluídos os artigos onde era utilizado o questionário ICUESS, por ser a versão antiga do questionário de Estresse Ambiental utilizado neste estudo (ESQ).

A estratégia de busca identificou artigos publicados até o mês de setembro de 2017. Após a seleção dos artigos e uma pré-leitura dos resumos anexados, foi feita uma leitura exploratória de cada artigo com o objetivo de identificar aqueles que realizaram adaptações culturais em diferentes idiomas. Para uma maior organização dos dados, foi classificada cada publicação de acordo aos autores, língua e país de publicação, ano, tipo de estudo e as provas psicométricas de validade e confiabilidade realizadas.

Para que uma adaptação cultural logre uma qualidade necessária, deve cumprir uma série de etapas recomendadas. De acordo com vários estudos e suas recomendações internacionais, e após uma extensa revisão das diferentes etapas que devem ser atendidas, foi escolhida a Federação Mundial para Educação Médica, “Standards”²¹, como fonte principal de informação devido a seu reconhecimento internacional nesta área. No entanto, nesta revisão foram levadas em consideração as referências teóricas do ISPOR²⁰, as diretrizes do autor Ramada-Rodilla¹² e as recomendações da American Association of Orthopedic Surgeons¹⁷ (AAOS).

Assim, as etapas consideradas relevantes para avaliar cada um dos artigos são aquelas que compõem as fases: 1 - tradução e 2- validade e confiabilidade.

1. Tradução: traduzir o questionário à língua desejada, mantendo a equivalência semântica, idiomática, conceitual e experiencial em comparação com o questionário original (12). Suas etapas são: tradução direta, síntese de traduções, tradução reversa, comitê de especialistas e pré-teste.

2. Validade e confiabilidade:

2.1. Validade de conteúdo; representada pela base teórica do estudo, deve ser detalhada o máximo possível.

2.2 Processo de resposta; evidência da integridade dos dados, onde se tenta controlar ao máximo os erros na administração do teste.

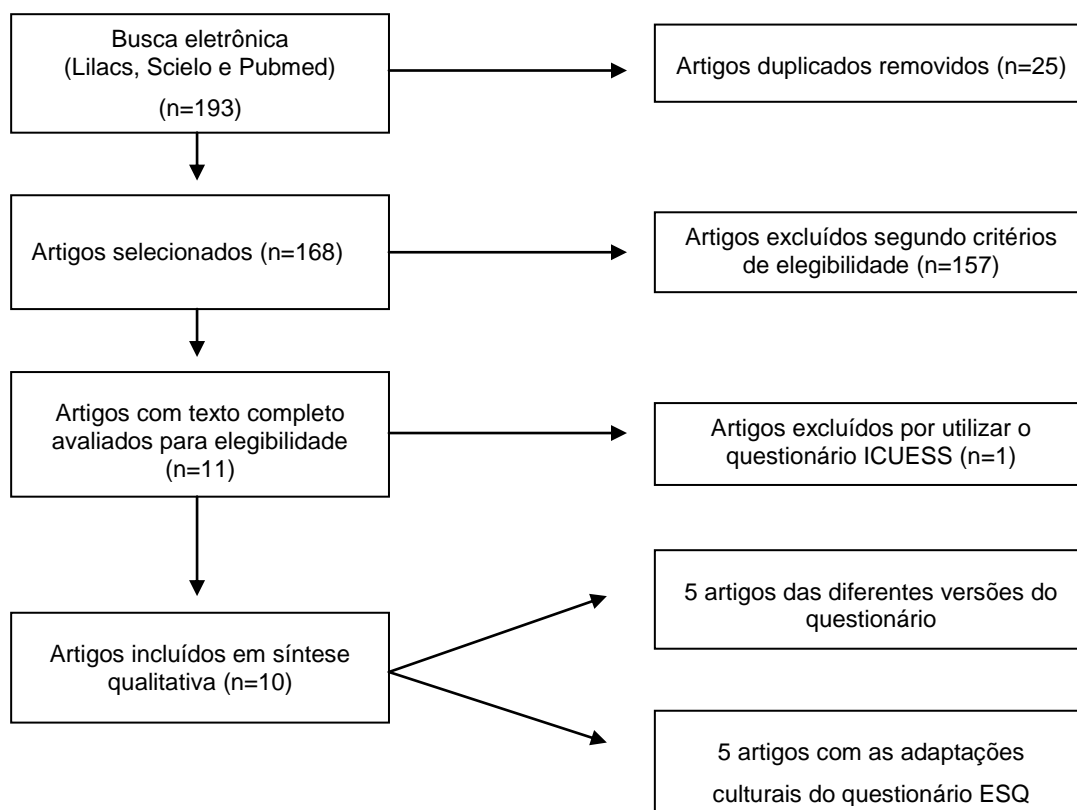
2.3 Estrutura interna; relaciona-se com as provas estatísticas ou psicométricas das dimensões do instrumento, onde deve se demonstrar a relação estatística que existe entre as perguntas e os construtos.

2.4 Relação com outras variáveis; correlação dos resultados com variáveis externas ao teste.

Resultados

Dos 193 artigos encontrados com as palavras chaves, foram selecionados 10 deles por serem adequados ao tema e objetivo da busca, assim como também cumpriam com os critérios de inclusão (Figura 1). Cinco desses artigos continham informação das diferentes versões do questionário que tem sido atualizados e modificados através dos anos, e os outros cinco restantes são as adaptações culturais do ESQ, que serão descritas a continuação.

Figura 1 - Fluxograma representativo do processo de seleção dos artigos na revisão sistemática.



Questionário ESQ na sua língua original

O trabalho feito por Cornock¹¹ na Inglaterra foi uma replicação do estudo norte-americano de Cochran e Ganong¹⁰, onde se fizeram pequenas modificações ao ICUESS, porém o objetivo principal deste estudo foi investigar a percepção de enfermeiros e pacientes sobre os estressores percebidos pelos pacientes no ambiente da UTI.

No novo questionário modificado, chamado “*The Environmental Stressor Questionnaire—ESQ*”¹¹ adicionaram-se oito itens que as enfermeiras do estudo de Cochran e Ganong concluíram após estudos que deveriam ser incluídos. Finalmente, ficou um novo questionário de 50 itens em língua inglesa, conta com uma escala tipo Likert de 5 possíveis respostas, que vão desde “extremadamente estressante” até “não aplica” (n/a).

Na avaliação das provas psicométricas de confiabilidade do instrumento, observa-se uma consistência interna aceitável, com um alfa de Cronbach calculado entre 0.94¹⁵ e 0.97¹⁶, e um coeficiente de correlação intra-classe (etapa teste-reteste) entre 0.861¹⁵ e 0.97¹⁴. Além disso, o instrumento conta com validade de conteúdo, porém a etapa do processo de resposta na validade é difícil de avaliar; sua realização não está escrita de maneira explícita no texto, mas os autores descrevem um pré-teste feito (prova piloto) com modificações na redação das perguntas ao passar do inglês americano ao britânico. O restante das outras etapas da validade não aplica devido ao tipo de questionário utilizado.

Questionário ESQ em língua Bahasa

O idioma Bahasa é a língua nacional da Indonésia e da Malásia, porém muitos indonésios, além de falar a língua nacional, são fluentes em outras línguas da região, como o sundanês e o javanês.

No ano 2007 foi feito o primeiro estudo na Malásia para identificar os fatores estressores sentidos por pacientes em UTI. Para poder utilizar o questionário ESQ na população malaia, indonésia e outros que falassem a língua oficial, o questionário de Cornock (1998), escrito originalmente em inglês, foi traduzido para bahasa¹³.

Na primeira etapa de tradução, duas enfermeiras com dez anos de experiência na UTI e duas outras de um serviço de menor complexidade fizeram revisões ao questionário traduzido. Elas concordaram com as perguntas, mas sugeriram algumas mudanças para a língua bahasa na estrutura de duas frases: “se sentir atrapalhado com agulhas, tubos no nariz/boca” e “incapaz de

mover as mãos/braços devido à linha intravenosa”. Um pré-teste foi realizado em um hospital terciário, aplicando o questionário a cinco pacientes.

Em relação às provas psicométricas necessárias para obter adequada adaptação cultural à língua bahasa, ela só conta com provas de validade de conteúdo¹, e não foi possível identificar se foram feitas as provas de confiabilidade.

Questionário ESQ em língua chinesa

No estudo de Pang e Suen (2008) foi utilizado o ESQ para comparar as percepções dos fatores estressores da UTI entre os pacientes e seus familiares¹⁴. Segundo os investigadores, o instrumento foi traduzido para o chinês, mantendo os 50 itens originais com sua escala tipo Likert de 5 pontos, e modificou-se unicamente o item "medo da AIDS" para "medo de doenças transmitidas no hospital".

Após o processo de tradução, foi formado um comitê de especialistas bilíngües (com experiência em tradução) para avaliar a equivalência da escala e a relevância do seu conteúdo, o qual foi constituído por três enfermeiros da UTI, uma enfermeira da área administrativa, uma enfermeira praticante avançada, um médico e dois funcionários acadêmicos da universidade chinesa de Hong Kong. No pre-teste, a ferramenta foi administrada a dois pacientes para avaliar a compreensão das questões.

De acordo com as provas psicométricas do estudo, para avaliar a consistência interna, foi feito o cálculo da média das correlações entre os itens do questionário, e obteve-se um alfa de Cronbach de 0,97. Além disso, a confiabilidade teste-reteste do instrumento teve como resultado uma correlação intra-classe de 0,97.

Questionário ESQ em língua portuguesa

Rosa et al¹⁵ fizeram o estudo de adaptação cultural do ESQ para o idioma português do Brasil, baseado nas recomendações internacionais para levar a cabo um estudo deste tipo. Dentro das etapas realizadas, primeiramente foi feita a tradução por dois tradutores com fluência na língua inglesa e nativos na língua portuguesa do Brasil. As versões traduzidas foram analisadas pelos pesquisadores e por um mediador-tradutor profissional, até a obtenção de um consenso.

Após o questionário ser submetido à retro-tradução, por outros dois novos tradutores nativos em inglês, foi feita a análise pelo Comitê de Juízes para avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, onde se obteve uma versão final do instrumento que foi aplicada em 30 pacientes internados em UTI como pré-teste. Nesta etapa, um 16,6% dos pacientes apresentaram dificuldade na compreensão do item nº 39: “*Estar entediado (a)*”, pelo que o item foi modificado para “*Estar aborrecido (a)*”. Sua mudança foi bem acolhida e constatou-se aceitabilidade por parte dos pacientes.

No referente à confiabilidade, sua análise foi feita através do cálculo do coeficiente de alfa de *Cronbach*, para verificar sua consistência interna e do coeficiente de correlação intra-classe para verificar a confiabilidade obtida por meio do teste-reteste. Foi constatado um Alfa de Cronbach de 0,94 (n=106), evidenciando a correlação dos itens entre si, e um coeficiente de correlação intra-classe de 0,86, demonstrando uma elevada estabilidade.

Finalmente, para obter validade no estudo, foi feita a prova de validade convergente. Nela, relacionou-se o escore total do ESQ com a pontuação média obtida na resposta à questão genérica sobre estresse em UTI (“quanto estressante foi para você permanecer internado na UTI?”), obtendo-se um coeficiente de Correlação de Pearson de 0,70.

Questionário ESQ em língua turca

O estudo de Yava et al. foi o primeiro em usar o questionário de medição do estresse ambiental na Turquia¹⁶, já que até o ano 2011 não existiam investigações desse tipo no país. O objetivo do autor foi comparar as diferenças na percepção dos estressores de pacientes e enfermeiros nas UTI, além de fazer a adaptação cultural do ESQ devido as significantes diferenças culturais e linguísticas.

Primeiramente, dois bilíngües nativos traduziram o instrumento original para o turco, e após a primeira versão, um enfermeiro (a) bilíngüe traduziu a versão turca para o inglês. Após isto, os dois tradutores realizaram uma comparação entre a versão original e a tradução inversa do ESQ, onde um pesquisador monolíngüe nativo do inglês examinou a consistência dialética do instrumento.

O comitê de especialistas composto por dois enfermeiros da UTI, três professores enfermeiros experientes e dois acadêmicos da universidade avaliaram a equivalência da tradução e a relevância do seu conteúdo.

A implementação do piloto do questionário foi realizada com 10 pacientes e 10 enfermeiros que não foram incluídos na amostra final. Nove desses pacientes declararam que não tinham problemas para ler e entender a escala, assim como o declararam também o total dos enfermeiros.

Como prova de confiabilidade, o cálculo da consistência interna do instrumento foi de $\alpha=0,96$ para o grupo de pacientes e $\alpha=0,97$ para o grupo de enfermeiros, obtendo um alfa geral de 0,97, valores que são considerados elevados.

Dentre das provas estatísticas para avaliar a validade do estudo, foi feito o cálculo do índice de validade de conteúdo, obtendo-se 73,5% para pacientes e 72,5% para enfermeiros, demonstrando uma validade de conteúdo aceitável.

Questionário ESQ em língua espanhola

Até o ano 2014, os países de língua espanhola não contavam com o instrumento adequadamente traduzido e para a equipe de profissionais de saúde de uma UTI dificultava a mensuração da percepção dos fatores estressores nos pacientes. A enfermeira Diana Bernal²² (2015) fez a adaptação cultural do instrumento no seu mestrado na Universidade Nacional da Colômbia com o objetivo de entregar à comunidade hispano falante esta ferramenta culturalmente adaptada. Seguindo as recomendações internacionais da Associação Americana de Cirurgias Ortopédicas¹⁷ e as etapas estabelecidas por Ramada-Rodilla et al¹², foram feitas duas traduções em espanhol com suas devidas traduções inversas, onde não houve dificuldade nas expressões em espanhol. Após isto, a síntese de informação e abordagem da versão pré-final foi realizada, para logo o questionário ser avaliado pelo comitê de especialistas formado por 18 pessoas; catorze enfermeiros especialistas em cuidados críticos e quatro tradutores intérpretes (dois nativos em língua inglesa e dois da língua espanhola). Nove do total de profissionais de saúde trabalhavam em uma UTI e eram professores universitários com experiência em investigação. A média de anos de experiência do comitê era de nove anos.

Nas provas psicométricas de validade, foi feita uma análise fatorial exploratória para determinar a estrutura interna do questionário. É importante destacar que a versão em espanhol é a única que tem análise fatorial como medida estatística na sua estrutura interna (em comparação às outras

adaptações culturais), demonstrando assim que o instrumento mede o construto que pretende quantificar. Além disso, o índice de concordância simples (ICS) foi maior a 0,8, o que confirmou a clareza, compreensão, precisão e forma da escala.

Na validade de conteúdo calculou-se o índice modificado de Lawshe (CVR; Content Validity Ratio por suas siglas em inglês), o qual estabelece o acordo que os especialistas têm para cada item nas categorias de pertinência e relevância²². Assim, ao consultar os 10 especialistas envolvidos neste trabalho, todos os itens obtiveram um valor maior que 0,58, o que os torna aceitáveis para o teste e representativos da unidade de medida. Porém, foram eliminados cinco itens por serem redundantes, ficando o instrumento finalmente com 45 perguntas, mas mantendo-se a escala tipo likert para suas respostas.

Dentre das provas de confiabilidade, foi calculado o coeficiente de Alpha de Cronbach para evidenciar a consistência interna do teste ($\alpha=0,877$), assim como também o cálculo do coeficiente de Spearman pelo método das divisões em metades (0,811) na confiabilidade intraobservador, o que indicou correlação e homogeneidade do instrumento em geral.

Para obter uma maior organização da informação, o quadro I mostra uma comparação das cinco adaptações culturais descritas anteriormente, com as etapas de tradução recomendadas por Ramada-Rodilla et al¹² e as provas psicométricas de validade e confiabilidade segundo a Federação Mundial de Educação Médica Standards²¹.

Quadro 1 - Cumprimento das etapas metodológicas para realização de uma adequada adaptação cultural do "The Environmental Stressor Questionnaire-ESQ".

Cumprimento das etapas metodológicas para realização de uma adequada adaptação cultural do "The Environmental Stressor Questionnaire-ESQ"																
Autor	Língua	Ano	Adaptação cultural					Estrutura interna				Validade				Cumprimento das etapas (%)
			Tradução direta	Síntese de traduções	Tradução inversa	Comité de especialistas	Pré-teste	Confiabilidade			Análise fatorial	Conteúdo	Processo de resposta	Relação com outras variáveis	Consequências*	
								Consistência interna	Confiabilidade intraobservador	Confiabilidade interobservador*						
Soh et al.	Bahasa	2008	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não aplica	Não	Sim	Não avaliatível	Não	Não aplica	36,4%
Fang e Suen	Chinesa	2008	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não aplica	Não	Sim	Não avaliatível	Não	Não aplica	54,5%
Rosa et al.	Portuguesa (Brasil)	2010	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não aplica	Não	Sim	Não avaliatível	Sim	Não aplica	81,8%
Yava et al.	Turca	2011	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não aplica	Não	Sim	Não avaliatível	Não	Não aplica	63,6%
Bernal	Espanhol	2015	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não aplica	Sim	Sim	Não avaliatível	Não	Não aplica	81,8%

*Essas etapas não aplicam para este tipo de questionário

Discussão

Dentre os artigos analisados, a maioria deles cumpriu com as etapas de adaptação cultural que têm a ver com a tradução do questionário à língua desejada. Porém, nas provas psicométricas feitas para obter um instrumento de qualidade, nenhum deles contava com o total delas. As versões em português e espanhol foram as com maior porcentagem de cumprimento (81,8% cada uma). A continuação será descrita a evolução do questionário ESQ através dos anos, seguido da análise e discussão dos resultados obtidos.

O questionário através dos anos

No ano 1981, a enfermeira Karen A. Ballard publicou o primeiro artigo relacionado aos estressores ambientais em um serviço de terapia intensiva, chamado “*Identification of environmental stressors for patients in a Surgical Intensive Care Unit (SICU)*”⁸. Nele, descreviam-se os principais estressores observados em 22 pacientes que precisaram de grandes cirurgias e foram internados nesse serviço. Na criação desta lista de estressores ambientais percebidos pelos pacientes, foram adicionados 40 itens após avaliação de um painel de especialistas.

Oito anos depois, Jane Cochran e Lawrence Ganong¹⁰ (1989) modificaram a lista de Ballard e criaram o questionário ICUESS: “*Intensive Care Unit Environmental Stressor Escala*”, ao comparar a percepção dos enfermeiros e pacientes sobre os fatores estressores de uma UTI¹⁰. Neste questionário adicionaram-se dois novos itens, ficando um total de 42 perguntas, e uma escala tipo Likert para classificar o nível de estresse percebido pelo paciente (não estressante, ligeiramente estressante, moderadamente estressante ou muito estressante). Sua língua original é o inglês e conta com validade de conteúdo e uma consistência interna adequada para fazer válido o instrumento.

No estudo de Marc Cornock¹¹, o questionário ICUESS foi discretamente modificado, adicionando-se oito novos itens e outra opção de resposta na escala tipo Likert (“não aplicável”). Assim, este novo questionário chamado “*Environmental Stressor Questionnaire*” conta com 50 perguntas, onde cada uma delas pode ser classificada como: extremamente estressante, muito estressante, medianamente estressante, não estressante e não aplica. Portanto, a revisão de literatura dos fatores estressores percebidos pelos pacientes em uma UTI reporta a existência de três instrumentos de avaliação, com uma estrutura basicamente a mesma, que tem sido

modificada através dos anos, adicionando-se alguns itens e mudando seu nome. A última versão do questionário “*Environmental Stressor Questionnaire*” é o instrumento de avaliação mais atualizado e com maiores provas de confiabilidade e validade¹, em comparação à suas versões anteriores, e que tem sido traduzido ao chinês, basaha, português, turco e espanhol.

A tarefa de fazer que a adaptação cultural do instrumento seja tão válida quanto sua versão original não é fácil, já que deve cumprir com todas as etapas internacionalmente recomendadas; tradução, adaptação cultural, validade e confiabilidade. Uma simples tradução pode levar a uma errada interpretação dos dados devido a diferenças culturais e de linguagem¹².

A validade e confiabilidade de um questionário são essenciais para definir quão fiáveis e idôneas chegaram a ser suas adaptações culturais.

Confiabilidade refere-se à reprodutibilidade de tais medições quando o procedimento de teste é repetido em uma população de indivíduos ou grupos²¹, incluindo a identificação das principais fontes de erro e as estatísticas resumidas sobre o tamanho de tais erros. Uma alta confiabilidade indica que se o teste fosse repetido ao longo do tempo, seriam obtidos aproximadamente os mesmos resultados em comparação à primeira vez. As técnicas para estimar a confiabilidade de um instrumento serão utilizadas dependendo da natureza do instrumento e do aspecto de maior interesse. As principais e mais conhecidas são: consistência interna, confiabilidade intra-observador ou teste-reteste, e a confiabilidade inter-observador.

A validade refere-se à evidência cientificamente sólida apresentada para apoiar ou refutar o significado ou a interpretação atribuída aos resultados da avaliação²¹. Na atualidade, a validade é um conceito unitário, chamado validade de construto, que busca múltiplas fontes de evidência. Segundo Standards²¹, existem cinco fontes distintas de evidência de validade, que serão descritas brevemente:

1. Validade de conteúdo: Contem a documentação da evidência de validade relacionada ao conteúdo do estudo, o que deve ser suficientemente detalhado, descrevendo subcategorias e subclassificações, a proporção de perguntas de teste em cada categoria e o nível cognitivo dessas questões.
2. Processo de resposta: É definido como a evidência da integridade de dados, tentando controlar e/ou eliminar todas as fontes de erro associadas à administração do teste ao máximo possível. Relaciona-se com o controle de qualidade de todos os dados que

decorrem das avaliações e a precisão das perguntas do questionário fornecidas aos examinados.

3. Estrutura interna: Relaciona-se com as características estatísticas ou psicométricas das dimensões do instrumento. A análise estatística é necessária para apoiar ou refutar a evidência da estrutura interna do teste, para responder à pergunta “as relações estatísticas entre as perguntas do questionário concordam com os construtos?”.
4. Relação com outras variáveis: É correlacionar os resultados do questionário com variáveis externas ao teste, que podem incluir medidas de algum critério que o teste deve prever, bem como sua relação com outros testes para medir os mesmos construtos. Assim, esta etapa aborda questões sobre o grau em que essas relações são consistentes com a construção subjacente às interpretações do teste propostas.
5. Consequências: Este aspecto refere-se ao impacto nos examinados dos escores de avaliação, decisões e resultados, e o impacto das avaliações no ensino e na aprendizagem. As consequências das avaliações em examinados, professores, pacientes e sociedade podem ser positivas ou negativas, intencionais ou não intencionais.

Validar uma versão de um questionário em um idioma diferente do original é fazer sua adaptação à cultura¹⁹, com a peculiaridade de reter as características psicométricas apropriadas para medir aquilo para o que foi desenhado, e assim ser tão válido quanto ao original. As propriedades de validade e confiabilidade do instrumento são essenciais para determinar a qualidade de sua medição, e vão se tornando mais consistentes enquanto mais dessas provas são medidas em diferentes culturas, populações e pessoas.

É essencial que as adaptações culturais de instrumentos em saúde contem com as etapas recomendadas, para obter dados confiáveis e fidedignos, e assim comparar os resultados obtidos com o mesmo instrumento a nível nacional e internacional entre diferentes culturas. Se este processo não for realizado de maneira rigorosa, podem ocorrer importantes erros, com implicações no diagnóstico, possíveis decisões a tomar em relação à terapia no paciente, dentre outros. Por tanto, não contar com questionários equivalentes, válidos e confiáveis diminui e limita as possibilidades de comparar populações¹², línguas ou culturas.

Dentre das cinco adaptações culturais analisadas, três delas cumpriram com o total de etapas requeridas no processo de tradução (tradução direta, síntese de traduções, tradução inversa, comitê espertos e pré-teste). Na versão chinesa e bahasa não foram feitas as etapas de síntese de traduções e tradução inversa, cumprindo assim com 60% do requerido na tradução. Ao revisar as provas psicométricas de confiabilidade e validade do instrumento dessas últimas versões mencionadas, o estudo bahasa só conta com validade de conteúdo, enquanto no estudo de Pang e Suen¹⁴ foram feitas as provas de consistência interna, teste-reteste e validade de conteúdo. Assim, ambos os estudos contam com a menor porcentagem de cumprimento do total das etapas metodológicas recomendadas²¹, com 36,4% (bahasa) e 54,5% (chinesa).

Embora a versão turca tenha logrado 63,6% de cumprimento de todas as etapas, só conta com duas provas psicométricas; de consistência interna e validade de conteúdo. É importante dizer que o questionário utilizado no estudo de Yava et al.¹² está nomeado de maneira errônea, já que o autor utilizou na pesquisa o instrumento de avaliação do estresse ambiental que contém 50 itens (questionário ESQ), mas ele o chama de ICUESS.

As duas maiores porcentagens de cumprimento das etapas são as adaptações em português e espanhol (ambas com 81,8%). O estudo português do Brasil tem sido validado no seu conteúdo e na relação com outras variáveis, assim como também na sua consistência interna e na confiabilidade intraobservador. Enquanto na versão espanhola, somente não foi feita a etapa “relação com outras variáveis”.

Após analisar a rigorosidade que deve ter uma adaptação cultural e suas provas psicométricas, é difícil determinar se as diferentes adaptações do questionário ESQ são aptas para serem utilizadas pela equipe de saúde nos pacientes, devido à falta de realização de alguma ou várias etapas das recomendadas nestes tipos de estudos. Porém, a versão portuguesa e espanhola do instrumento são as que contam com maior porcentagem de cumprimento, destacando-se o estudo de Bernal por sua análise fatorial nos itens das diferentes dimensões do questionário, entregando assim maior evidência estatística na estrutura interna do instrumento, em comparação às outras versões. Note-se que a confiabilidade interobservador e a etapa de consequências não aplicam neste questionário, e não foram feitas em nenhuma das diferentes adaptações.

A fiabilidade interobservador (grau de concordância entre os avaliadores que valorizam os mesmos participantes com o mesmo instrumento¹²) não é possível de avaliar neste tipo de

questionário auto-aplicável, pois é o próprio indivíduo que fornece as respostas sem interferência dos pesquisadores.

As consequências do teste não foram avaliadas já que o objetivo do estudo dos cinco artigos não se baseia em medir as consequências causadas após sua adaptação cultural. Considera-se importante fazer novas investigações para conhecer o impacto que os escores de avaliação do questionário causariam nos examinados, assim como também na atenção de saúde após sua implementação.

É importante destacar que a etapa “processo de resposta” não foi possível avaliar devido à dificuldade de achar o conceito dentro dos estudos. O objetivo desta evidencia de validade é controlar as fontes de erro associadas à administração do teste ao máximo possível, onde se deve perguntar ao participante “o que você pensa quando lê essa pergunta?”. Nenhum dos artigos faz referência ou menciona se foi feita essa pergunta para cada item, portanto a realização da etapa foi difícil de determinar e classificada como “não avaliável”.

Outro ponto relevante de analisar são as dimensões do questionário ou grupo de fatores estressores que medem construtos similares. Ao observar as cinco adaptações culturais, somente duas delas contavam com a descrição das dimensões (turca e espanhola), podendo identificar uma matriz de correlações das variáveis do questionário. Yava et al¹⁶ menciona os nomes das dimensões (desconforto físico, estresse psicológico, procedimentos relacionados ao tratamento e os fatores associados ao ambiente da UTI) e os itens que compõem cada uma delas. Porém, somente é feita a descrição dessas dimensões e não analisadas através da estatística da análise fatorial, o que demonstra que a versão turca não conta com uma estrutura interna adequada para evidenciar a validade do instrumento.

O processo de análise fatorial foi feito unicamente na adaptação cultural ao espanhol no estudo de Bernal¹. O objetivo desta prova é explicar a correlação dos itens do questionário dentre das dimensões estabelecidas. O cálculo permitiu obter finalmente quatro dimensões (estressores ambientais, estimulação sensorial, emocionais e os relacionados com a comunicação e orientação) e sua correlação foi explicada pelo 32,248% da variância acumulada do teste. Assim, a versão espanhola é a única que conta com essa prova estatística para confirmar que o teste realmente está medindo o construto que busca medir.

Conclusões

Ao avaliar todas as adaptações culturais do questionário ESQ, é difícil determinar a qualidade destas, pois nenhuma delas cumpriu com a realização da totalidade das provas psicométricas recomendadas internacionalmente. É complexo definir se as diferentes adaptações do questionário ESQ são aptas para serem aplicadas, por causa da rigorosidade que deve ter uma adaptação cultural e cada uma de suas fases. Aliás, as deficiências detectadas na estrutura interna (análise psicométrica) na maioria das versões adaptadas, dificultam a avaliação da sua qualidade. As adaptações ao espanhol e português, apesar de contar com mais de 80% de realização das provas requeridas, não podem ser classificadas acima das outras, devido à falta de cumprimento na totalidade das suas provas psicométricas. Conclui-se assim a impossibilidade de determinar a qualidade metodológica dos artigos estudados.

Em concordância com o estudo de Rosa et al¹⁵, existe uma ausência de estudos sobre as propriedades psicométricas do questionário ESQ, posicionando esta revisão como pioneira, porém com a necessidade de que futuras investigações relacionadas ao tema sejam feitas. Aumentar as provas psicométricas adequadas ao tipo de questionário é imprescindível para a melhoria da qualidade das próximas adaptações, devido à relevância do instrumento na avaliação de fatores estressores nos pacientes internados em uma UTI.

Referências do artigo: “Validade e confiabilidade das adaptações culturais do instrumento de avaliação de estresse ambiental em unidade de terapia intensiva”

1. BERNAL, Diana. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del “Environmental Stress Questionnaire –ESQ”. Revista cubana Enfermería, v. 32, n. 2, 2016.
2. GÓMEZ-CARRETERO, P. et al. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. Revista Medicina Intensiva, v. 31, n. 6, 2007. 318-325 p.
3. LUSK, Brigid; LASH, Ayhan. The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. Dimensions of Critical Care Nursing, v. 24, n. 1, 2005. 25-31 p.
4. BAENA, Victoria; LEÓN, Sandra. El temor y la experiencia del paciente adulto críticamente enfermo hospitalizado en la Unidad de Cuidado Intensivo. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, 2007.
5. ANDRADE, Raphael; RESENDE, Marineia. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. Revista Perspectivas em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, v. 18, n.1, 2014. 194-213 p.
6. GIL, Beatriz et al. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, v. 18, n. 2, 2013. 129-138 p.
7. BITENCOURT, Almir, et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. Revista brasileira de terapia intensiva, v.19, n.1, 2007. 53-59 p.
8. BALLARD, Karen. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. Issues Mental Health Nursing, v.3, 1981. 89-108 p.
9. VOLICER, Beverly; BOHANNON, Mary. A hospital stress rating scale. Nursing Research, v. 24, n.3, 1975. 53-359 p.
10. COCHRAN, Jane; GANONG, Lawrence. A comparison of nurses’ and patients’ perceptions of Intensive Care Unit stressors. Journal of Advanced Nursing, v.14, n.12, 1989. 1038-1043 p.
11. CORNOCK, Marc. Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. Journal of Advanced Nursing, v.27, 1998. 518-527 p.
12. RAMADA-RODILLA, José; SERRA-PUJADAS, Consol; DELCLÓS-CLANCHET, George. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. Salud pública de México, v.55, n.1, 2013. 57-66 p.

13. SOH, Kim et al. Perception of Intensive Care Unit stressors by patients in Malaysian Federal Territory hospitals. *Contemporary Nurse*, v.31, n.1., 2008. 86-93 p.
14. PANG, Pounds; SUEN, Lorna. Stressors in the intensive care unit: comparing the perceptions of Chinese patients and their family. *Stress and Health*, v.25, n.2, 2009. 151–159 p.
15. ROSA, Beatriz et al. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo*, v.44, n.3, 2010.
16. YAVA, Ayla et al. Patient and Nurse Perceptions of Stressors in the Intensive Care Unit. *Stress and Health*, v.27, 2011. E36–E47 p.
17. BEATON, Dorcas et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-reports measures. *Spine*, v.25, n°24, 2000. 3186-3191 p.
18. DA SILVA, Vanilson; MAIA, Maria. Humanização em unidades de terapia intensiva: a importância da análise de estressores para pacientes internados. Revisão de literatura. *Revista Amazônia Science & Health*, v.3, n°2, 2015. 32-35 p.
19. CARVAJAL, Ana et al. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, v.34, n°1, 2011.
20. EDDY, David et al. Model Transparency and Validation: A Report of the ISPOR-SMDM Modeling Good Research Practices Task Force-7. *Revista Value in Health*, v.15, 2012. 843– 850 p.
21. DOWNING, Steven. Validity: on the meaningful interpretation of assessment data. *WFME Global Standards*, v.37, 2003. 830-837 p.
22. BERNAL, Diana. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del “Environmental Stress Questionnaire –ESQ”. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia, 2015.

Referências

1. BERNAL, Diana. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del “Environmental Stress Questionnaire –ESQ”. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia, 2015.
2. LINCH, Graciele et al. Estressores identificados por pacientes submetidos à revascularização do miocárdio e angioplastia coronária transluminal percutânea - estudo quantitativo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 7, n. 2, 2008.
3. SANDIN, Bonifacio. El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, v.3, n.1, 2002. 141-157 p.
4. ÂNGELO, Beatriz et al. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista Esc. Enf. USP* , v.44, n.3, 2010.
5. Organização Mundial da Saúde. CIE-10. Classificação dos transtornos mentais: F43 Reações a estresse grave e transtornos de adaptação. Ginebra: OMS. Atualização e revisão.
6. FOLKMAN, Susan. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 46, n.4, 1984. 839-852 p.
7. LUSK, Brigid; LASH, Ayhan. The stress response, psychoneuroimmunology, and stress among ICU patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, v. 24, n. 1, 2005. 25-31 p.
8. GÓMEZ-CARRETERO, P. et al. Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Medicina Intensiva*, v. 31, n. 6, 2007. 318-325 p.
9. DA SILVA, Vanilson; MAIA, Maria. Humanização em unidades de terapia intensiva: a importância da análise de estressores para pacientes internados. Revisão de literatura. *Revista Amazônia Science & Health*, v. 3, n. 4, 2015. 32-35 p.
10. BITENCOURT, Almir et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista brasileira de terapia intensiva*, v.19, n.1, 2007. 53-59 p.
11. BIANCOFORE, Gianni et al. Stress-Inducing Factors in ICUs: What Liver Transplant Recipients Experience and What Caregivers Perceive. *Liver Transplantation*, v.11, n.8, 2005. 967-972 p.
12. ANDRADE, Raphael; RESENDE, Marineia. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Perspectivas em Psicologia*, Universidade Federal de Uberlândia, v. 18, n.1, 2014. 194-213 p.
13. HEIDEMANN, Aline et al. Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 23, n. 1, 2011. 62-67 p.
14. LEIVA, Viviana. Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, v. 25, n. 4, 2010. 199-203 p.
15. GIL, Beatriz et al. Afectación emocional de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, v. 18, n. 2, 2013. 129-138 p.

16. CHAHRAOUI, K. Psychological experience of patients 3months after a stay in the intensivecare unit: A descriptive and qualitative study. *Jornal Critical Care*, v. 30, n. 3, 2015. 599-605 p.
17. PUGGINA, Ana et al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. *Esc Anna Nery R Enferm*, v. 18, n. 2, 2014. 277-283 p.
18. URIZZI, Fabiane et al. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista brasileira de terapia intensiva*, v. 20, n. 4, 2008. 370-375 p.
19. PESSINI, Leo. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. *Revista Bioética*, v. 24, n. 1, 2016. 54-63 p.
20. VASCONCELOS, Renata; CORTEZ, Elaine. Os estressores nos clientes críticos: estudo de revisão de literatura. *Revista de Enfermagem UFPE*, v.3, n°4, 2009. 1095-1100 p.
21. RATZER, Mette et al. Posttraumatic stress in intensive care unit survivors – a prospective study, *Health Psychology & Behavioral Medicine*,v.2, No. 1, 2014. 882–898 p.
22. ROIG, Magdalena. La comunicaci3n como estrategia de intervenci3n en las necesidades psicoemocionales del usuario de la UCI. Tesis para la obtenci3n del grado, Universitat de les Illes Illes Balears, 2014.
23. SILVA, Leticia. Estresse do paciente em UTI: vis3o do paciente e equipe de Enfermagem. *Enfermería Global*, v. 12, n. 32, 2013.
24. ANDRADE, Raphael; DE RESENDE, Marineia. Avalia3o dos agentes estressores e da resili3ncia em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Perspectivas em Psicologia*, v. 18, n. 1, 2014. 194-213 p.
25. STUMM, Eniva et al. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 13, n. 4, 2008. 499-506 p.
26. BAENA, Victoria; LE3N, Sandra. El temor y la experiencia del paciente adulto cr3ticamente enfermo hospitalizado en una Unidad de Cuidado Intensivo. Universidad de Antioquia, Medell3n, 2007.
27. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagn3sticos Enfermeros: Definiciones y Clasificaci3n 2003-2004*. Elsevier Science; 2003. 193-194 p.
28. HUAM3N, Liliana. Nivel de ansiedad del familiar del adulto cr3tico hospitalizado en la Unidad de Vigilancia Intensiva del Hospital II Carlos Tupppia Garcia Godos de Essalud, Ayacucho – 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Per3, 2016.
29. CONTRERAS, Ana; PALACIOS, Ximena. Contribuciones de la Psicolog3a al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). *Revista. Universitaria. Ind. Santander. Salud*, v.46, n°1, 2014. 47-60 p.
30. MCGUIRE, Brian et al. Intensive care unit syndrome: a dangerous misnomer. *Arch Intern Med.*, v. 160, n.7, 2000. 906-909 p.

31. IASP. Part III: Pain Terms, a current list with definitions and notes on usage: Classification of Chronic Pain, Second Edition. Seattle, 1994. 209-214 p.
32. KRELING, Maria; DA CRUZ, Diná; PIMENTA, Cibele. Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.59, n°4, 2006. 509-513 p.
33. SAKATA, Rioko. Analgesia y sedacao em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Anesthesiol*, v.60, n°6, 2010. 648-658 p.
34. FERNÁNDEZ, Lorena. Valoración de las escalas de dolor en pacientes con ventilación mecánica en Unidad de Cuidados Intensivos. Universidade da Coruña, 2014.
35. BOTTEGA, Fernanda; FONTANA, Rosane. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto Contexto Enfermagem*, v.19, n°2, 2010. 283-290 p.
36. TORRATI, Fernanda. Ansiedade, depressão, senso de coerência e estressores nos períodos pré e pós-operatório de cirurgias cardíacas. 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009. doi:10.11606/D.22.2009.tde-18082009-124545. Acesso em: 2017-09-29.
37. BAGGIO, Maria et al. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.64, n°1, 2011. 25-30 p.
38. CASTRO, Betty. Vivencia de la persona adulta con tubo endotraqueal: Contribución para un cuidado humanizado. Trujillo, Perú: Universidad Católica Los Angeles, 2015.
39. MATURANA, Maíra et al. Escalas de avaliação funcional em Unidade de Terapia Intensiva (UTI): Revisão sistemática. *Revista Inspirar*, v.13, n°2, 2017. 21-29 p.
40. BETTINELLI, Luiz; POMATTI, Dalva; BROCK, Jordana. Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. *Revista Bioethikos- Centro Universitário São Camilo*, v.4, n°1, 2010. 44-50 p.
41. PUPULIM, Jussara; SAWADA, Namie. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, v.19, n°1, 2010. 36-44 p.
42. AMORÓS, Sylvia et al. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*, v.19, n°4, 2008.193-203 p.
43. HENAO, Angela; ADARVE, Sandra; TRUJILLO, Juan. Estar sin sedación, es saber que uno está vivo. Universidad de Antioquia, Universidad de Antioquia, Medellín, 2010.
44. SILVA, Luís; NEPOMUCENO, Balbino. A percepção do paciente sobre a Unidade de Terapia Intensiva: Revisão de literatura. *Revista Bahiana Escola de Medicina e Saúde Pública da Universidade Bahiana*, v.4, 2016.

45. HENAO, Angela. Hacerse entender: la experiencia de pacientes sometidos a ventilación mecánica sin efectos de sedación. *Revista Investigación y Educación en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia*, v. 26, n.2, 2008. 236-242 p.
46. ESCUDERO, Dolores; VIÑA, Lucia; CALLEJA, Clementina. Por una UCI de puertas abiertas, más confortable y humana. Es tiempo de cambio. *Revista Med Intensiva*, v. 38, n.6, 2014. 371-375 p.
47. FREITAS Kátia; MUSSI Fernanda, MENEZES Igor. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. *Esc Anna Nery R Enferm*, v. 16, n.4, 2012. 704 – 711 p.
48. GUTIERREZ, Blanca et al. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Revista Enfermería Global*, v. 12, 2008. 1-14 p.
49. PÉREZ, María et al. Valoración del grado de satisfacción de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Med Intensiva*, v. 28, n. 5, 2004. 237-249 p.
50. ANDERSON, Wendy et al. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the intensive care unit. *Journal of Generic Internal Medicine*, v. 23, n. 11, 2008. 1871-1876 p.
51. ZAFORTEZA, Concha et al. Mejorando el cuidado a los familiares del paciente crítico: estrategias consensuadas. *Revista Med Intensiva*, v.21, n.1, 2010. 11-19 p.
52. GUIRARDELLO, Edinêis et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Revista Esc. Enf.USP*, v.33, n.2, 1999. 123-129 p.
53. RODRIGUEZ, bautista; ARIAS, María; CARREÑO, Zury. Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte, Universidad de Santander, Colombia*, v.7, n.2, 2016. 1297-1309 p.
54. VARGAS, Camilo. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos hospitalizados en UCI: Revisión de la literatura. *Universidad de la Sabana, Cundinamarca, Colombia*, 2016.
55. PICCINI, Júlia et al. Distanciamento dos familiares como principal fator estressor em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Revista da AMRIGS*, v. 60, n. 1, 2016. 1-5 p.
56. HAMZE, Fernanda; DE SOUZA, Cristiane; CHIANC, Tânia. Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, v. 23, n. 5, 2015. 789-796 p.
57. ACHURY-SALDAÑA, Diana; ACHURY, Luisa. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. *Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, v. 12, n. 1, 2010. 25-42 p.
58. ACHURY-SALDAÑA, Diana; RODRÍGUEZ, Sandra; ACHURY, Luisa. El sueño en el paciente hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo. *Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, v.16, n.1, 2014. 49-59 p.
59. BALLARD, Karen. Identification of environmental stressors for patients in a surgical intensive care unit. *Issues Mental Health Nursing*, v.3, 1981. 89-108 p.

60. CORNOCK, Marc. Stress and the intensive care patient: perceptions of patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, v.27, 1998. 518-527 p.
61. SOH, Kim et al. Perception of Intensive Care Unit stressors by patients in Malaysian Federal Territory hospitals. *Contemporary Nurse*, v.31, n.1., 2008. 86-93 p.
62. PANG, Pounds; SUEN, Lorna. Stressors in the intensive care unit: comparing the perceptions of Chinese patients and their family. *Stress and Health*, v.25, n.2, 2009. 151–159 p.
63. ROSA, Beatriz et al. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista Esc. Enf. USP*, v.44, n.3, 2010.
64. YAVA, Ayla et al. Patient and Nurse Perceptions of Stressors in the Intensive Care Unit. *Stress and Health*, v.27, 2011. E36–E47 p.
65. BERNAL, Diana. Adaptación transcultural, validez y confiabilidad del “Environmental Stress Questionnaire –ESQ”. *Revista cubana Enfermería*, v. 32, n. 2, 2016.
66. CAETANO, Joselany et al. Cuidado humanizado em terapia intensiva: um estudo reflexivo. *Esc Anna Nery R Enferm*, v. 11, n. 2, 2007. 325 – 330 p.
67. COMBINATO, Denise; QUEIROZ, Marcos. Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia*, v. 11, n. 2, 2006. 209-216 p.
68. GUTIERREZ, Beatriz; CIAMPONE, Maria. O processo de morrer e a morte no enfoque dos profissionais de enfermagem de UTIs. *Rev Esc Enf. USP*, v. 41, n. 4, 2007. 660-667 p.
69. AGUILERA, Ximena et al. Serie de salud poblacional. Las enfermedades no transmisibles en Chile, Aspectos Epidemiológicos y de Salud Pública. Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad de Desarrollo, 2016.
70. SANTOS, Lúcia; PEREIRA, Maria; MARTINS, Caio. As doenças do coração e as emoções: conversações entre a psicossomática e a psicologia analítica. *Self - Revista do Instituto Junguiano de São Paulo*, v. 2, 2017. 1-9 p.
71. ZAVALA, Larizza; VERDEJO, Marcos; Díaz-Loving, Rolando. Relación entre estrés y estilos de afrontamiento con el desarrollo de la cardiopatía isquémica. *Psicología Iberoamericana*, v. 23, n. 1, 2015. 7-15 p.
72. GARRIDO, N; ÁLVAREZ, M; GONZÁLEZ, M. Factores ambientales estresantes percibidos por los pacientes de una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*, v.18, n. 4, 2007. 159-167 p.

Anexo A

Questionário de estresse ambiental em Unidade de Terapia Intensiva

Versão em espanhol do “Environmental Stressor Questionnaire”

Ítem	Mucho	Moderado	Poco	Nada	No aplica	Comentarios
1. No poder mover alguna parte del cuerpo por tener cables, sondas, tubos de drenaje o catéteres en las venas						
2. Desconocer el nombre de las personas que lo atienden y que estas no lo saluden						
3. Sentir que el personal que lo atiende no tiene suficiente tiempo para su cuidado						
4. Tener sed , no poder expresarla y/ o calmarla						
5. Que su tensión arterial sea tomada con mucha frecuencia						
6. Sentirse incómodo por la almohada o cama						
7. Escuchar frecuentemente sonidos inusuales y/o desconocidos hechos por las máquinas que hay a su alrededor						
8. Ser examinado en muchas ocasiones						
9. Estar rodeado por máquinas extrañas						
10. Sentir que las personas que lo atienden prestan más atención a las máquinas que hay a su alrededor que a usted						
11. Sentir que el personal que lo atiende habla con un tono de voz demasiado fuerte						
12. Tener que usar para su tratamiento tubos o mascarar en la nariz y/o en la boca						
13. Extrañar a su familia o amigos						
14. No tener explicación de los procedimientos que a usted le hacen como parte de su tratamiento						
15. Que el personal que lo atiende haga cosas alrededor de su cama constantemente sin infórmale						
16. No saber qué hora es						
17. Escuchar a otros pacientes gritar o quejase						
18. Estar hombres y mujeres hospitalizados en el mismo espacio						
19. Ser despertado por las personas del hospital que lo atienden						
20. Ver como se realizan tratamientos a otros pacientes						
21. Por la posición de su cuerpo ver siempre lo mismo						
22. No poder dormir						
23. Percibir olores raros a su alrededor						
24. Tener luces a su alrededor permanentemente encendidas						
25. Sentir dolor						
26. Ser pinchado con agujas						
27. No saber dónde está						
28. Que se utilicen palabras que usted no entiende						
29. No tener control de sus actividades						
30. No saber qué día es						
31. Sentirse aburrido						
32. No tener privacidad						
33. Ser cuidado por personas desconocidas						
34. Estar en una habitación que es demasiado caliente o fría						
35. Escuchar a las personas hablar sobre usted						
36. No poder comunicarse						
37. Tener miedo de morir						
38. No saber cuánto tiempo va a estar en cuidados intensivos						
39. No poder cumplir con su papel en la familia						
40. Tener preocupaciones por su salud y las repercusiones de esta en su vida diaria						
41. Sentir temor de contagiarse de enfermedades dentro del hospital						
42. Ser presionado para aceptar la realización de tratamientos						
43. Saber o ver que algún paciente fallece						
44. Tener hambre y no poder expresarla y/ o calmarla						
45. No poder ir al baño						

Anexo B

Ficha de coleta de dados pessoais do paciente (em espanhol)

<p>Edad:</p> <p>Sexo: Femenino ____ Masculino ____</p> <p>Escolaridad:</p>	<p>Estado civil:</p> <p>Soltero(a) __ Casado(a) __</p> <p>Viudo(a) __ Separado(a) __</p>
<p>Cantidad de personas en el grupo familiar:</p>	<p>Fecha de admisión: _____</p> <p>Fecha de alta de UPC: _____</p>
<p>Motivo de admisión:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Enfermedades previas/ asociadas:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Complicaciones médicas en la hospitalización:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Días de hospitalización en UTI:</p> <p>_____</p>

Anexo C

Aprovação do Comitê de Ética do hospital Padre Hurtado para realização da pesquisa

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL PADRE ALBERTO HURTADO
DIRECCION
DRA. MIGB/RMV/mgc

AUTORIZA REALIZACION DE ESTUDIO CLINICO EN EL
HOSPITAL PADRE ALBERTO HURTADO.

RESOLUCION EXENTA N° 003693 *29.12.2016

SAN RAMON,

VISTOS, las atribuciones que me confieren los artículos 3, 7, 8, 9 letras a) e i) del Decreto con Fuerza de Ley N°29/2000, del Ministerio de Salud; los artículos 1, 2, 10 y 11 de la ley N°20.120 y su reglamento contenido en el DS N°114/2011 del Ministerio de Salud; Acta de Aprobación de 17 de noviembre de 2016 del Comité de Evaluación Ético Científico del Servicio Salud Metropolitano Oriente, respecto del Protocolo "FACTORES ESTRESORES PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS", a cargo de la Investigadora principal EU Constanza Aspe Díaz; el Reglamento Orgánico del Hospital Padre Alberto Hurtado; la Resolución N°1600/2008 de la Contraloría General de la República; y el Decreto Supremo N°06/2016 del Ministerio de Salud,

CONSIDERANDO

Que de conformidad al artículo 3 inciso final del DFL N°29/2000 de Salud corresponde al Hospital Padre Alberto Hurtado propender al fomento de la investigación científica y al desarrollo del conocimiento de la medicina;

Que el estudio materia de la presente resolución cuenta con las autorizaciones legales y su ejecución en el Establecimiento requiere también ser autorizada formalmente;

RESUELVO

AUTORIZASE expresamente la realización en el Hospital Padre Alberto Hurtado de la Investigación "FACTORES ESTRESORES PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS", a cargo de la Investigadora principal EU Constanza Aspe Díaz.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE y ARCHIVESE



[Handwritten Signature]
DRA. MARIA INES GOMEZ BRADFORD
DIRECTORA
HOSPITAL PADRE ALBERTO HURTADO

[Handwritten Signature]
TRANSCRITO FIELMENTE
JULIA PEREZ RIQUELME
MINISTRO DE FE

Distribución:
Gerencia de Calidad
Asesoría Jurídica
Interesado
Of. de Partes



Anexo D

Termo de Consentimiento Libre e Esclarecido



Consentimiento Informado Estudio "Factores estresores percibidos por los pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos"

Hospital Padre Hurtado

A continuación, se le dará a conocer la información que le ayudará a decidir su participación en el proyecto de tesis de postgrado que realizará la alumna Constanza Aspe Díaz: "Factores estresores percibidos por los pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos"

Introducción

Una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio de salud de alta complejidad, que tiene características funcionales, estructurales y organizativas para garantizar que las condiciones de su salud sean las óptimas y adecuadas cuando existan alteraciones importantes y críticas en su salud.

La intensidad de la experiencia de ser hospitalizado en una unidad como esta no se puede negar; conlleva vivir un proceso nuevo, desconocido, con vivencias inesperadas para usted. A esto se le añade las limitaciones que surgen dentro de ésta, como lo son la restricción de las visitas familiares, la constante exposición a ruidos y alarmas de equipos y monitores y principalmente el desconocimiento de su enfermedad y su evolución.

La literatura médica describe que durante el proceso de hospitalización en UCI existen factores que se asocian al desarrollo de estrés tanto físico como psicológico en los pacientes, pudiendo generar consecuencias significativas como sentimientos de miedo, angustia, ansiedad y depresión, las que se consideran que influyen directamente con su recuperación posterior y la percepción que tiene de su experiencia vivida en el hospital. Todo lo descrito anteriormente depende de las estrategias de afrontamiento que utilice el individuo para con la enfermedad, y que, en suma, determinarán su proceso adaptativo y con ello su calidad de vida posterior a su hospitalización en la unidad intensiva.



El objetivo de la realización de este estudio es conocer los factores identificados por los pacientes, que producen alteraciones emocionales en ellos, tras ser hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Padre Hurtado.

Instrumento a utilizar

Se le aplicará un cuestionario utilizado a nivel internacional y validado al español llamado "Escala de Estresores Ambientales" (Environmental Stressor Questionnaire), compuesto por 50 preguntas que abordan distintos ámbitos de su vivencia hospitalaria.

Además, se le aplicará un cuestionario simple para conocer sus antecedentes personales (edad, sexo, enfermedades previas, etc.)

Antes de comenzar con el cuestionario, la autora del proyecto de investigación le explicará con mayor detalle el objetivo del estudio, sus características y aclarará todas las dudas que Ud. pudiese tener, para así disminuir todo tipo de confusiones y errores.

La información obtenida en este programa será tratada como confidencial, por lo tanto no se le preguntará su nombre, rut ni otros datos específicos. Además la información será compartida sólo con los profesionales de salud involucrados en el estudio, y utilizada en forma anónima con fines investigativos.

En caso que tenga más dudas sobre el estudio, la investigadora estará a completa disposición para responderlas y aclararlas, a través de su email personal conitaspe@hotmail.com y al celular 982247065.

Otros Derechos del participante

En caso de duda sobre sus derechos puede comunicarse con el Presidente del "Comité Ético Científico" Dr. Patricio Michaud, al teléfono 225762401 o mail, comiteeticocientifico@ssmsso.cl



Consentimiento Informado Estudio "Factores estresores percibidos por los pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos"

Yo, paciente, don/doña:..... RUT:.....

O representante: Yo,..... RUT:.....
Parentesco.....

Declaro haber recibido y/o leído la información, se me ha explicado el objetivo del estudio a realizar y sus características. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas, estoy informado que puedo revocar y retirar mi consentimiento en el momento que estime pertinente.

Por lo anteriormente expuesto, manifiesto que estoy conforme y acepto ser incluido en el estudio "Factores estresores percibidos por los pacientes hospitalizados en una UCI", y doy voluntariamente mi consentimiento para la realización del cuestionario "Estresores ambientales" (anexo 1)

Acepto, además que los datos obtenidos puedan ser utilizados con fines de investigación siempre y cuando se realicen los resguardos pertinentes a mi identidad.

Nombre y Firma investigadora del estudio

Firma Paciente o su representante

En Santiago, a.....de.....de 20.....

Denegación/ Revocación

Yo, paciente, don/doña:..... RUT:.....

O representante:

Yo,..... RUT:.....

Parentesco.....

Declaro haber recibido y/o leído la información, se me ha explicado el objetivo del estudio a realizar y sus características. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas, estoy informado que puedo revocar y retirar mi consentimiento en el momento que estime pertinente.

Por lo anteriormente expuesto, no acepto ser incluido en el estudio "Factores estresores percibidos por los pacientes hospitalizados en una UCI".

Nombre y Firma investigadora del estudio

Firma Paciente o su representante

Nombre del Director o delegado de la institución

Firma

Fec

Rut.

En Santiago, a.....de.....de 20.....

