

OMNIA

SAÚDE

Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI)
www.fai.com.br

MELO, Thais Oliveira; LEMOS, Carolina Rodrigues Bueno; CORTELO, Fernando M. Principais Agentes Estressores sob a perspectiva de pacientes internados em uma Unidade Terapêutica Intensiva com especialidade coronariana. *Omnia Saúde*, v.13, n.2, p.27-40, 2016.

ISSN versão Online 2236-188X
ISSN versão Impressa 1806-6763

Recebido em: 20/08/2016

Revisado em: 18/12/2016

Aceito em: 21/12/2016

Principais Agentes Estressores sob a perspectiva de pacientes internados em uma Unidade Terapêutica Intensiva com especialidade coronariana

Main Stress Agents from the perspective of patients hospitalized in an Intensive Therapeutic Unit with coronary specialty

Thais Oliveira Melo

Psicóloga - Universidade São Francisco (USF)

Carolina Rodrigues Bueno Lemos

Psicóloga - Universidade São Francisco (USF)

Fernando M. Cortelo

Prof. Dr. do curso de Psicologia da Universidade São Francisco (USF)

RESUMO

O presente estudo objetivou conhecer e discutir os principais agentes estressores em uma Unidade Terapêutica Intensiva com especialidade Coronariana sob a perspectiva dos pacientes. Trata-se de um relato de experiência cuja análise dos dados se deu por meio da análise de conteúdo proposta por Bardin. Os principais resultados foram classificados em uma categoria maior denominada: Principais agentes estressores, contendo duas subcategorias: Frustração frente à hospitalização e Necessidade de conversar. Os resultados apontam para a necessidade de se pensar o hospital como um ambiente acolhedor do sofrimento psíquico oriundo a internação. A intervenção do psicólogo faz-se fundamental. Também há de se pensar recursos terapêuticos alternativos como a inserção da risoterapia, o contar histórias, atividades lúdicas, bem como pranchas de comunicação para pacientes com dificuldades de expressão através da fala.

Palavras Chaves: Unidade de Terapia Intensiva; sentimentos; estresse; hospital;

ABSTRACT

The present study aimed at knowing and discussing the main stressors in an Intensive Therapeutic Unit with Coronary Specialty under the perspective of the patients. It is an experience report whose analysis of the data occurred through the content analysis proposed by Bardin. The main results were classified into a major category called: Main stressors, containing two subcategories: Frustration in hospitalization and Need to talk. The results

point to the need to think of the hospital as a welcoming environment of psychic suffering from hospitalization. The intervention of the psychologist is fundamental. Alternative therapeutic resources such as the insertion of laughter therapy, storytelling, play activities, as well as communication boards for patients with speech difficulties can also be thought of.

Key words: Intensive Care Unit; feelings; stress; hospital;

INTRODUÇÃO

Quando um paciente é internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), diversos sentimentos surgem em relação a essa hospitalização, expondo-o a diversos agentes estressores que podem ocasionar sentimentos e percepções variadas, impactando tanto no bem-estar do próprio paciente quanto no bem-estar de sua família, amigos e na equipe médica.

Atualmente o modelo de UTI tem como objetivo reter recursos humanos e materiais para o atendimento de pacientes graves com necessidade de assistência constante, da mesma maneira que da utilização de recursos tecnológicos corretos para a observação e monitorização contínua das condições vitais dos pacientes (LEITE e VILLA, 2005).

Diante disso, pode-se afirmar que a UTI surgiu através da necessidade de proporcionar suporte avançado de vida, ou seja, é o atendimento de pacientes graves ou com risco que são potencialmente recuperáveis através de um sistema de vigilância contínua pessoal e tecnológica, sendo que estes recursos tecnológicos representam a oportunidade de uma assistência com qualidade e considerando que estas sejam cada vez mais sofisticadas, a fim de fazerem a diferença a favor da vida (MOLIN, 2008; RIBEIRO, 2009).

No entanto, o cuidado prestado na UTI não deve ser focado apenas na tecnologia de ponta, aparelhos sofisticados e a prevalência do modelo biológico, o qual se refere ao domínio da técnica e aquisição de conhecimento das ciências biológicas, como um cuidar tecnicista e mecânico, carente da consideração dos sentimentos dos pacientes e seus familiares, mas sim uma dialética entre o cuidar do ser humano e o domínio da técnica para que ambos empenhem-se em recuperar vidas (LUCENA e CROSSETTI, 2004; NASCIMENTO e TRENTINI, 2004).

O cuidar do ser humano em uma UTI implica no envolvimento da expressividade deste, bem como sua singularidade, isto é, a equipe médica, principalmente a enfermagem, deve compreender o paciente, se colocar no lugar dele com o propósito de entender suas dificuldades e necessidades. Trazendo o conceito do cuidar humanizado, este seria quando passa a ter um envolvimento existencial entre enfermagem e paciente/seus familiares, compartilhando experiências e reconhecendo as subjetividades de ambos (LUCENA e CROSSETTI, 2004; NASCIMENTO e TRENTINI, 2004).

É importante refletir sobre as tensões psicológicas e eventos estressores nas situações em que a doença está presente, pois pacientes submetidos a tratamentos e internações vivenciam separações e cortes em ligações afetivas com o mundo (MACENA e LANGE, 2008). É isso que dificulta o paciente a lidar com a hospitalização, fazendo com que este sinta-se frustrado de estar ali, incapaz de realizar suas atividades rotineiras e de executar seu papel na sociedade.

Segundo Haddad, Alcantara e Praes (2008), pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca demonstram medo da morte e se acham incapacitados para o trabalho. Isso porque os problemas que afetam os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca estão relacionados ao desempenho pelo coração na vida psíquica do homem, centro de sentimentos e emoções, fazendo com que esse tipo de cirurgia seja vivenciado como uma experiência única, qualitativamente diferente de qualquer outro procedimento médico conhecido.

Vila e Rossi (2002) trazem que o paciente internado precisa de cuidados também para questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam profundamente relacionados à doença física. Ressaltam que a humanização se estende tanto para os pacientes quanto a todos aqueles envolvidos no processo de saúde-doença. As autoras ainda apresentam a UTI como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do ambiente hospitalar, atingindo não somente o paciente, mas a equipe médica que convive com cenas frequentes de emergência, isolamento, morte, entre outros (BARRETO et al. 2016).

Neste sentido percebe-se que há uma necessidade de conversar com o paciente no pós-operatório imediato, bem como estar sempre ao seu lado, orientando-o e tranquilizando-o quanto as suas sensações, oferecendo apoio aos pacientes, minimizando o sentimento de morte através do diálogo, conforto, estabelecendo confiança, sendo de fundamental importância para a plena recuperação do paciente (HADDAD, ALCANTARA e PRAES, 2008).

Diversas pesquisas apontam que este ambiente é gerador de estresse, principalmente para os internados, por conta dos ruídos, luminosidade forte e constante, muita movimentação de pessoas e aparelhos, falta de janelas, ausência do espaço temporal e da privacidade, procedimentos invasivos, ausência da família e amigos, odores desconhecidos, imobilidade, intervenção permanente da equipe multidisciplinar e a sensação de morte (KOSOUR e COSTA, 2011; FONSECA e SOARES, 2016; MOREIRA e CASTRO, 2016; SILVA, 2016).

O conjunto desses fatores pode ter interferência direta em diversos aspectos da hospitalização e recuperação, como aumento da ansiedade e da percepção dolorosa, diminuição do sono, má adequação a alimentação, alteração da pressão arterial e função intestinal, crescimento da irritação, aborrecimento e estresse. Modificações de ordem psicológica, como medo e ansiedade, já são frequentes em pacientes graves, porém os agentes estressores do ambiente hospitalar maximizam o desenvolvimento destes, por isso a tentativa de controlar o estresse pode levar à melhor recuperação dos pacientes (KOSOUR e COSTA, 2011; VEIGA, VIANNA e MELO, 2013).

O estresse é uma circunstância de tensão, ocasionado tanto de forma fisiológica quanto psicológica, e a resposta a este irá depender da intensidade, duração e âmbito do agente estressor. Considerando a UTI, o estresse está principalmente associado ao aspecto psicológico, tais como ansiedade, medo, depressão, dependência e sensação de morte, fatores estes que afetam a qualidade de vida durante e após a internação dos pacientes e agem diretamente nos resultados dos tratamentos (KOSOUR e COSTA, 2011; MOREIRA e CASTRO, 2016).

Uma pesquisa, feita por Bento, Prado e Gardenghi (2012), realizada em uma UTI Coronariana (UCO), tendo uma amostra constituída por 10 pacientes, com idade entre 30 a 90 anos internados por mais de 12 horas na unidade, constitui-se em uma pesquisa analítica, experimental e aleatória, resultando em classificar os principais agentes estressores, “Não conseguir dormir”, “Ter que ficar olhando para o teto e “Ter luzes acesas constantemente”.

Rosa, Rodrigues, Gallani, Spana e Pereira (2010) fizeram um estudo com objetivo de aplicar um teste inglês traduzido pelos autores, testando sua confiabilidade e validade. Este foi aplicado em 106 pacientes internados na UTI de dois hospitais, um público e um privado, do interior de São Paulo. Os autores chegaram ao resultado de que os pacientes consideram a experiência como muito estressante e moderadamente estressante, bem como classificaram os agentes estressores, do modo que o mais citado foi "*Sentir medo de morrer*", seguido de "*Desconhecer o tempo de permanência na UTI*" e "*Estar incapacitado para exercer seu papel na família*".

Dessa forma, percebe-se a importância de estudar esse ambiente hospitalar tão gerador de estresse, que concentra pacientes graves, porém com chances de se recuperar, tendo cuidados pelos profissionais que procuram maximizar a possibilidade de vida do paciente internado (SALICIO e GAIVA, 2006).

Logo, considerando o papel do psicólogo nesta unidade, é claro um novo objetivo além de recuperar o paciente, recuperá-lo de forma mais saudável e humanizada, com uma assistência de qualidade para ele próprio, para sua família e para a equipe médica, minimizando e até eliminando alguns agentes estressores (STUMM et al. 2008).

Em vista disso, o presente trabalho visa conhecer e discutir os principais agentes estressores sob a perspectiva de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO).

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, cujos dados foram obtidos através da observação participante. De acordo com Queiroz, Vall e Vieira (2007), esta tem como propósito obter uma compreensão profunda de um tema ou situação particular através dos significados atribuídos ao fenômeno pelos indivíduos que o vivem e experimentam, o que permite a

interação envolvendo conversas para descobrir as interpretações dos participantes nas situações que estão envolvidos.

Foram observadas as intervenções psicológicas de uma graduanda do curso de Psicologia do décimo semestre no atendimento de 28 pacientes cardíacos de ambos os sexos, com idades entre 34 e 85 anos internados na Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) de um Hospital e Maternidade localizado em uma cidade do interior do Estado de SP.

Enfocou-se neste estudo aspectos da intervenção referentes a aspectos emocionais e de inter-relacionamento dos pacientes e equipe médica inseridos na Unidade.

Os critérios utilizados para tal observação foram: estar internado no hospital por pelo menos 24 horas, não ter sido triado e/ou ter solicitação para acompanhamento psicológico e com condições mínimas para conversar com a estagiária. A composição dos atendimentos se deu predominantemente pela presença do paciente, a estagiária do décimo semestre e outras duas estagiárias do oitavo semestre do curso de Psicologia, que realizaram a observação participante, também a família e a equipe médica quando presentes.

As anotações referentes aos atendimentos observados foram realizadas depois da finalização das intervenções. Foram categorizados os aspectos emocionais que mais se sobressaíram durante as observações. A análise de conteúdo seguiu os passos recomendados por Bardin (1977). Essa concepção de análise dos dados define que as categorias para serem consideradas boas devem possuir determinadas características, onde os elementos mais comuns devam ser agrupados, estabelecendo categorias que seguiram as etapas do inventário, onde isola-se elementos comuns e classifica-os, dividindo os elementos e dando ordenação a eles. Isso foi possível a partir da leitura dos relatórios semanais que aconteciam junto a um psicólogo supervisor.

Foram observados os conteúdos que se destacavam, anotando-se nos próprios relatórios em cores distintas, utilizando o preceito de contagem da frequência que apareciam, bem como a intensidade e aparição. Em seguida, usou-se o critério da semântica a fim de agrupar os elementos comuns, determinando suas categorias em duas etapas, as quais são: isolar os componentes em comum e reparti-los dando ordenação.

Em seguida foram classificados os elementos comuns em uma categoria geral que se desdobrava em duas outras subcategorias intituladas de: Frustração frente à hospitalização e Necessidade de conversar. O tratamento dos dados dessa maneira nos permitiu estabelecer um diagnóstico mais preciso da situação hospitalar vivenciada pelos pacientes de uma unidade fechada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados serão apresentados a partir de uma categoria maior intitulada: Principais Agentes Estressores em uma Unidade Terapêutica Intensiva com especialidade Coronariana, dividida em duas outras subcategorias: *Frustração frente à hospitalização* e *Necessidade de conversar*.

Frustração frente à hospitalização

Durante as observações na UCO foi perceptível a dificuldade dos pacientes em lidar com a internação. Estar no hospital surge nos relatos investigados como condição geradora de grande incômodo, os pacientes relatam não compreender o ocorrido. Um dos pacientes relata que sua saúde sempre foi ótima e que mesmo não entendendo o que aconteceu, segue direito o que os médicos e enfermeiros dizem, para sair mais rápido da unidade. O profissional de enfermagem precisa esclarecer o estado de saúde para seu paciente, estando preparado e sabendo como se comunicar, bem como conhecer profundamente o conteúdo que irá passar, a fim de que facilite a colaboração do seu paciente frente ao tratamento e processo de cura (SILVA, 2005).

O ser humano adoecido, ainda mais quando está hospitalizado, perde posições que ocupava até então na sociedade, seja como profissional, familiar e amigo, passando a ser integrante de um grupo específico, doentes internados, com características impostas, espaço limitado, dependência, retirada dos objetos pessoais, perda de suas atividades prazerosas e horários estabelecidos pela instituição hospitalar (SILVA e GRAZIANO, 1996).

Em muitos casos observou-se que a frustração se agrava ainda mais pelo fato dos pacientes se sentirem distantes de tarefas e rotinas habituais. Um dos pacientes verbaliza seu gosto pela pescaria e que deseja muito voltar para casa para retomar essa atividade prazerosa, mesmo necessitando tomar mais cuidado quando for sozinho. Dessa forma, percebe-se o quanto os pacientes sentem falta das suas atividades e relações sociais afetivas, o que pode ser considerado uma ameaça a sua identidade social (SILVA e GRAZIANO, 1996).

De uma maneira geral, os pacientes observados relatam serem bem tratados por todos no hospital, não havendo do que reclamar, mas diz que não aguenta mais ficar deitado, que isso é algo muito ruim.

Vale ressaltar que, devido às especificações técnicas da própria UTI, sendo uma área restrita, tendo a equipe médica comprometida em monitorar e observar cada evolução e/ou involução dos pacientes, preferem a restrição do leito destes, porém os pacientes sentem isso como perda de autonomia de seu próprio corpo e de suas vontades (FAQUINELLO e DIÓZ, 2007).

Diversos relatos sugerem que o temor referido frente a hospitalização está relacionado a experiências condicionadas, relatam que tiveram mãe, avó, entre outros entes que morreram do coração, ainda que em muitos casos julguem sua situação como um caso diferente. Dois deles garantem que não possuem nada, que não estão doentes, e que o que está acontecendo é algo pontual, isolado. Diante da hospitalização, percebe-se que existem diversas reações frente à hospitalização e para preservar a integridade do ego, o paciente pode recorrer aos mecanismos de defesa, sendo um deles a negação do seu estado de saúde. Essa negação consiste quando o ser humano se depara frente a uma situação de dificuldade, negar pode

mascarar os sintomas presentes da doença, além de ser uma defesa contra o medo de enfrentá-la e ter que lidar com o pensamento da finitude. Observa-se um desconforto maior quando os médicos os informam que o quadro pode se agravar caso não seja feito um tratamento rigoroso. As atividades realizadas na UTI podem fazer parte da rotina dos profissionais da saúde, porém para os pacientes ali internados podem ser desconhecidos e transformados em pavor. Ou seja, é necessário intensificar as orientações sobre os tratamentos e procedimentos a serem realizados, esclarecendo o motivo da utilização das aparelhagens e decisões dos tratamentos/procedimentos escolhidos, a fim de evitar temores e contribuir para a minimização dos agentes estressores (BIANCHINI e DELL'AGLIO, 2006; REGIS e SIMÕES, 2006; MOREIRA e CASTRO, 2016).

Observou-se também que em alguns casos a frustração estava diretamente ligada à idade dos pacientes, considerando que a maioria tinha idade superior a 50 anos, assim como com a condição de impotência frente à situação da hospitalização, seja por cancelamento de compromissos externos quanto pelo sentimento de limitação. Tal situação observada neste estudo está em acordo com outros estudos Nunes Santos, Santos, Rodrigues, Rossi, Lélis & Vasconcellos, 2011, já enfatizavam que quando o paciente é admitido em uma unidade fechada, este fica exposto a diversos agentes estressores que podem ocasionar reações emocionais em variados níveis, como ansiedade, medo, conflitos, insegurança, irritabilidade, frustração, dentre outras comumente relacionadas ao contexto de internação. A exemplo, um dos pacientes recém-chegado ao hospital por infarto no miocárdio (CID: I21.9), comentou que havia um bom atendimento médico e mostrou-se tranquilo frente ao tratamento, mas esboçou certa frustração em ter que estar internado, pois precisou cancelar uma viagem que faria.

Outro relato pertinente a esta categoria enfatiza sua dificuldade em dormir e trouxe para as estagiárias sua rotina de aposentado, demonstrando vontade em retornar a ela. Enquanto relatava seu desejo, a paciente ressaltou que pessoas “normais” tem dificuldade em ficar na cama de um hospital, e em vários momentos disse querer ficar “normal”. Assim foi notado que sua ansiedade/frustração estava diretamente ligada a vontade de voltar para sua casa.

Noutro relato o paciente demonstrou acreditar que seu tratamento o impedirá de muitas atividades, além de demonstrar sentimento de impotência e perda de autonomia. O paciente também demonstra acreditar que está sendo punido pela vida, por nunca ter dado atenção suficiente a sua saúde. Tal fato que pudemos ver claramente neste relato o qual o paciente dizia não gostar de hospitais, mesmo sendo bem tratado e bem cuidado, e quando questionado sobre o que sente frente à sua internação ele diz que está tudo bem, mas que se existisse a possibilidade de fazer acompanhamento em domicílio ele preferiria, porque não se sente bem em hospitais, dando ênfase em uma relação negativa com o ambiente. Porcu et al. (2008) trazem que a doença na terceira idade tem significados especiais, pois traz consigo o receio da dependência física, a desesperança em obter melhoras e a percepção do inexorável destino que se aproxima, a morte. Além de que a pessoa idosa na UTI provavelmente possui menos recursos para lidar com o estresse, dificultando mais ainda sua adaptação ou aceitação com o ambiente hospitalar (MARTINS e NASCIMENTO, 2005).

Notou-se neste atendimento que o paciente estava com sequelas emocionais frente a sua internação devido a manifestações como perspectiva negativa, dificuldade de adequação a hospitalização, frustração e apatia. O que traz ao pensamento de que a irreversibilidade de suas fraquezas é, para o idoso, um forte motivo para uma descompensação funcional no plano psicológico e a hospitalização na velhice aproxima ainda mais essa realidade (PORCU et al. 2008).

Por muitas vezes, além do incômodo causado pela própria doença, de se ver hospitalizado e afastado das suas atividades e família, o paciente enfrenta a ameaça do desconhecido e do risco pré e pós-operatório (GORAYEB, 2001).

Segundo Salci, Sales e Marcon (2009), pacientes em unidades de terapia intensiva sofrem fortes impactos psicológicos ao receberem o diagnóstico ou se verem no papel de "doente", pois vários sentimentos como medo, dúvidas, angústia, ansiedade, raiva, entre outros podem se manifestar, dificultando a aceitação do mesmo. Receber e entender essa nova realidade, mesmo o paciente já estando melhor, sem sinais e sintomas iminentes, este se depara com a hipótese da morte como algo mais próximo do que o esperado, criando uma incerteza do futuro, prejudicando a elaboração da aceitação da nova circunstância.

Uma internação hospitalar é, em qualquer idade, um momento difícil para o doente e seus familiares. Porém, na velhice assume contornos mais complexos pela associação à morte, dependência e doença, por isso é vivido com elevados níveis de estresse e ansiedade (CARVALHAIS e SOUSA, 2007). Albarello et al. (2013) afirmam que existem pacientes que aceitam mais rápido e enfrentam positivamente a situação do diagnóstico, outros demoram em assimilar e também há aqueles que negam a doença, havendo uma mistura de sentimentos, principalmente a frustração, e estigmas sociais que contemplam a doença.

Foi notado um forte abalo emocional nos pacientes que apresentaram frustração frente à hospitalização, por isso fazia-se a indicação de acompanhamento psicológico, para que estes tivessem mais respaldo em seu tempo hospitalizado.

Necessidade de Conversar

Em diversas falas dos pacientes pôde ser observado a necessidade que os mesmos têm de serem ouvidos, de ter alguém com quem conversar durante o período de internação, para expressarem seus sentimentos frente a esse momento que estão vivenciando. Inaba, Silva e Telles (2005), destacam que somente pela comunicação efetiva é que o profissional pode ajudar o paciente a organizar seus problemas e enfrentá-los, além de auxiliá-lo a encontrar novos meios de lidar com suas angústias. Pott et al. (2013), trazem que o cuidar não se restringe somente a atividades técnicas, mas envolve o paciente como um todo, com histórias, sentimentos e expectativas. Para cuidar é preciso que se entenda a importância dos aspectos emocionais e psicológicos, além do físico. Sendo assim, o cuidado é feito com e para o outro e, dessa forma, a comunicação é fundamental no cuidado daqueles que vivenciam um processo de hospitalização.

Alguns pacientes comentam que conversar é bom para se manter distraído, demonstram suas necessidades em falar, expor seus pensamentos, sobre várias coisas, referem que falar é algo que os fazem esquecer do fato de estar em um ambiente hospitalar.

Observou-se também que em alguns casos se fazia necessária uma comunicação não verbal, e o silêncio era o comunicador principal. Tal intervenção se mostrou bastante positiva, ainda que em silêncio e fazendo o uso de gestos e pranchas a psicóloga conseguia uma interação que visivelmente deixa os pacientes confortáveis. A literatura aponta que essa modalidade de atenção no cuidado humano é essencial, por resgatar a capacidade do profissional de saúde de perceber, com maior precisão, os sentimentos do paciente, suas dúvidas e dificuldades de verbalização, além de ajudar a potencializar sua própria comunicação (INABA, SILVA e TELLES, 2005).

A ansiedade, o desconforto, e a insegurança sentidas pelos pacientes em situação de internação, principalmente quando em unidade de tratamento intensivo, podem ser maximizadas para aqueles cuja capacidade de comunicação se encontra limitada (INABA, SILVA e TELLES, 2005).

Houve um caso em que a paciente não falava português e compreendia muito pouco da nossa língua. Esta tinha como única opção um “dicionário” de apenas uma página com as palavras mais usadas no âmbito médico, para quem tivesse interesse em uma possível tentativa de contato com ela, porém mesmo com a dificuldade a estagiária tentou se comunicar, mas a paciente demonstrou com os dedos que não conseguia compreender, o que a deixou sem o procedimento da "Triagem Psicológica". Almeida Junior (2014) afirma que uma das responsabilidades do psicólogo é possibilitar a fala, mesmo nos casos em que os pacientes estão impossibilitados de se comunicar, utilizando assim técnicas adaptativas, como Lousa Mágica, a qual pode escrever e apagar sem muito esforço, e Pranchas de Comunicação, que possui 6 lâminas (comunicação não oral, assuntos importantes, sentimentos, sensações, preocupações e comunicação não verbal). Sobre esses recursos apontados pela literatura, notou-se certa defasagem por parte da instituição hospitalar, em discussão dos aspectos falhos observados no hospital, foi apontado para a necessidade de aprimorá-los.

Foi possível visualizar também que muitas vezes o paciente, idoso principalmente, não precisa de um acompanhamento psicológico e sim de alguém que os ouça, pois por muitas vezes o paciente apresenta uma sensação de solidão, mesmo que a equipe médica esteja de forma ininterrupta na unidade, uma vez que o que este realmente sente falta é de ter alguém para conversar (FAQUINELLO e DIÓZ, 2007). Inaba, Silva e Telles (2005) trazem que a comunicação é considerada importante variável no cuidado ao paciente, é por meio desta que o ser humano pode satisfazer suas necessidades de inclusão, controle e afeição.

Outro fator importante para ser considerado nesse tópico de discussão foi que alguns pacientes enfatizaram que o processo cirúrgico como um todo como "*bem difícil*", pois consideram a cirurgia "*agressiva*". Demonstrando a importância da escuta psicológica a fim de favorecer a expressão dos sentimentos referentes aos procedimentos cirúrgicos. Sebastiani e Maia (2005) apontam que muitos pacientes não estão preparados para realizar uma cirurgia, sendo cada vez mais importante o auxílio do psicólogo no objetivo de minimizar a angústia

e ansiedade do paciente, por muitas vezes por meio da fala e simplesmente do ouvir, demonstrando que o que este nos traz é de extrema importância, para que por fim possamos ajudá-los na compreensão da situação ali vivenciada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se a partir dos casos estudados que a Unidade de Terapia Intensiva com especialidade coronariana é um ambiente que desperta nos pacientes, reações em diferentes níveis emocionais, causando-lhes angústias e impactando diretamente no seu processo de reabilitação. Nota-se que o tempo ocioso influencia drasticamente a percepção do paciente, propiciando momentos de tensões agravados pelo incessante pensamento a respeito de sua patologia. A UTI é tida como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do ambiente hospitalar. Neste sentido a Psicologia Hospitalar mostra-se indispensável devido a demanda dos pacientes em termos de acolhimento e escuta atenta, uma vez que há oscilações em suas condições psicológicas, principalmente em pacientes inseridos em ambiente de unidade fechada.

A partir desse levantamento diagnóstico apontamos para a necessidade de intervenção com objetivos de minimizar os agentes estressores identificados como os mais comuns nos pacientes desta unidade, sendo eles a frustração frente a hospitalização e a necessidade de ter alguém com quem conversar sugere-se que a organização hospitalar propicie um ambiente mais humanizado, utilizando condutas terapêuticas tradicionais como a escuta clínica e também condutas alternativas como a risoterapia, contação de história, e atividades lúdicas que possam auxiliar a elaboração da internação dos pacientes, facilitando a melhora no quadro clínico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARELLO, R.; LABER, A. C. F.; DALEGRAVE, D.; FRANCISCATTO, L. H. G.; ARGENTA, C. Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Enfermagem**, v. 8 n.8, p. 31-41, 2013.

ALMEIDA JUNIOR, W. N. Técnicas e práticas psicológicas no atendimento a pacientes impossibilitados de se comunicarem pela fala. **Psicologia Hospitalar**, v. 12, n. 2, p. 24-44, 2014.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, B. M. F.; VALENTE, G. S. C.; SILVA, R. P.; CAMACHO, A. C. L. F.; de OLIVEIRA, B. G. R. B. A interferência do estresse no trabalhador de enfermagem no ambiente hospitalar e sua relação como fator de risco para a ocorrência de câncer. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4154-4167, 2016.

BENTO, D. C.; PRADO, A. P.; GARDENGHI, G. Estudo dos níveis de estresse dos pacientes submetidos à angioplastia durante a internação na unidade de terapia intensiva. **Revista Eletron Saúde Ciência**, v. 2, n. 1, p. 7-21, 2012.

BIANCHINI, D. C. S.; DELL'AGLIO, D. D. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. **Paidéia**, v. 16, n. 35, p. 427-436, 2006.

CARVALHAIS, M.; SOUSA, L. Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 596-616, 2007.

FONSECA, A. M.; SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 7, n. 1, 2016.

FRAQUINELLO, P.; DIÓZ, M. A UTI na ótica de pacientes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 41-47, 2007.

GORAYEB, R. A prática da psicologia hospitalar. **Psicologia Clínica e da Saúde**, p. 263-278, 2001.

HADDAD, M. D. C. L.; ALCANTARA, C.; PRAES, C. S. Sentimentos e percepções do paciente no pós-operatório de cirurgia cardíaca vivenciados em unidade de terapia intensiva. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 1, p. 65-74, 2008.

INABA, L. C.; SILVA, M. J.; TELLES, S. C. Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 4, p. 423-429, 2005.

KOSOUR, A. R. D. O.; COSTA, D. D. Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, v. 23, n. 1, p. 62-67, 2011.

LEITE, M. A.; VILA, V. D. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 145-150, 2005.

LUCENA, A. D. F. CROSSETTI, M. D. G. O. Significado do cuidar na unidade de terapia intensiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 243-256, 2004.

MACENA, C. S.; LANGE, E. S. N. A incidência de estresse em participantes hospitalizados. **Psicologia Hospitalar**, v. 6, n. 2, p. 20-39, 2008.

MARTINS, J. J.; NASCIMENTO, E. R. P. Repensando a tecnologia para o cuidado do idoso em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 2, 2005.

MOLIN, G. Z. D. **Estudo sobre o uso de meropenem e vancomicina na UTI do HU-UFSC**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

MOREIRA, M. L.; CASTRO, M. E. Percepção dos pacientes em Unidade de Terapia Intensiva frente à internação. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 7, n. 1, 2016.

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. A UTI e a objetividade do cuidado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 250-257, 2004.

SANTOS, S. N.; SANTOS, L.; RODRIGUES, L. S.; ROSSI, A. S. U.; LÉLIS, J. D. A.; VASCONCELLOS, S. C. Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 2, p. 50-66, 2011.

PORCU, M.; SCANTAMBURLO, V. M.; ALBRECHT, N. R.; SILVA, S. P.; VALLIM, F. L.; ARAÚJO, C. R.; FAIOLA, R. V. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Acta Scientiarum, Health Sciences**, v. 24, p. 713-717, 2008.

PORR, F. S.; STAHLHOEFER, T.; FELIX, J. V. C.; MEIER, M. J. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 174, 2013.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J.; VIEIRA, N. F. C. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

REGIS, M. D. F. S.; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 7, n. 1, 2006.

RIBEIRO, K. R. B. **O sofrimento do paciente na UTI: escutando a sua experiência**. [Dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

ROSA, B. Â.; RODRIGUES, R. C. M.; GALLANI, M. C. B. J.; SPANA, T. M.; PEREIRA, C. G. D. S. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, p. 627-635, 2010.

SALCI, M. A.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. **Revista de Enfermagem UERJ**, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2009.

SALICIO, D. M. B.; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 3, p. 370-376, 2006.

SEBASTIANI, R. W.; MAIA, E. M. C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v. 20, n. 1, p. 50-55, 2005.

SILVA, M. J. P.; GRAZIANO, K. U. A abordagem psico-social na assistência ao adulto hospitalizado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 2, p. 291-296, 1996.

SILVA, V. C. E. D. **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. [Tese]. Universidade de São Paulo, 2005.

SILVA, V. P. D.; CASTRO, J. G. D.; MAIA, M. Z. B. Estressores para o paciente da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional Público de Gurupi-Tocantins. **Revista Cereus**, v.8, n.3, p.133-153, 2016.

STUMM, E. M. F.; KUHN, D. T.; HILDEBRANDT, L. M.; KIRCHNER, R. M. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 499-506, 2008.

VEIGA, E. P.; VIANNA, L. G.; MELO, G. F. Fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Kairós Gerontologia*. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 65-77, 2013.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 137-144, 2002.