

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “ENFERMAGEM NO
CONTEXTO AMAZÔNICO”.
MESTRADO PROFISSIONAL DO PPGENF-MP**

**TECNOLOGIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM PARA
REDUÇÃO DE ESTRESSE EM PACIENTE INTERNADOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

SILVANI VIEIRA CARDOSO

MANAUS- AM

2020

SILVANI VIEIRA CARDOSO

**TECNOLOGIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM PARA
REDUÇÃO DE ESTRESSE EM PACIENTE INTERNADOS EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico – MP, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como requisito para etapa de qualificação. Área de concentração: Enfermagem. Linha de pesquisa: Cuidado de Enfermagem Aplicado aos Povos Amazônicos.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Alaidistania Aparecida Ferreira

Profa. Dr. José Ricardo Ferreira da Fonseca

**MANAUS-AM
2020**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C268t Cardoso , Silvani Vieira
Tecnologia de cuidados em enfermagem Para a redução de
estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva
/ Silvani Vieira Cardoso , Alaistania Aparecida Ferreira . 2020
69 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Alaidistania Aparecida Ferreira
Coorientador: Jose Ricardo Ferreira da Fonseca
Dissertação (Mestrado em Enfermagem no Contexto Amazônico)
- Universidade Federal do Amazonas.

1. Tecnologia. 2. Enfermagem . 3. Estresse. 4. Saúde Mental. I.
Ferreira, Alaistania Aparecida. II. Universidade Federal do
Amazonas III. Título

SILVANI VIEIRA CARDOSO

**TECNOLOGIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM PARA REDUÇÃO DE
ESTRESSE EM PACIENTE INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas da Escola de Enfermagem de Manaus para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: __22/_12/_2020__

BANCA EXAMINADORA:



Documento assinado eletronicamente por **Alaidistânia Aparecida Ferreira, Professor do Magistério Superior**, em 22/12/2020, às 17:43, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Profa. Dra. Alaidistania Aparecida Ferreira
Presidente da Mesa



Documento assinado eletronicamente por **Rizioléia Marina Pinheiro Pina, Professor do Magistério Superior**, em 22/12/2020, às 17:31, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Profa. Dra. Rizioléia Marina Pinheiro Pina
Membro Avaliador Interno



Documento assinado eletronicamente por **David Márcio de Oliveira Barreto, Professor do Magistério Superior**, em 22/12/2020, às 17:22, conforme horário oficial de Manaus, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).

Prof. Dr. David Márcio de Oliveira Barreto
Membro Avaliador Externo

Dedico este trabalho a Deus e a Nossa Senhora, por terem escutado minhas preces e me proporcionado a oportunidade de estudar. Sou grata a Deus por tudo o que fez, faz e ainda fará em minha vida, por guiar o meu caminho, proteger e conceder sabedoria e discernimento.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a estudar e a lutar pelos meus sonhos.

Ao meu esposo, pela paciência, compreensão e incentivo diário. Por estar ao meu lado em todos os momentos.

Aos pacientes estiveram internados em Unidade de Terapia Intensiva e que contribuíram para a elaboração desta Tecnologia de Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a **Deus**, pela vida, por tudo e por tanto que Ele me proporcionou e abençoou.

A **Nossa Senhora Aparecida e de Nazaré**, por escutarem minhas orações e intercederem por mim.

Aos meus pais, **Dório Vieira da Silva e Osmarina do Socorro Barbosa**, minha fonte de inspiração, por terem me concedido a “educação” como herança. Por abdicarem de seus sonhos para realizarem os meus. Por tantos exemplos e testemunhos de vida cristã.

A minha tia, **Maria do Rosario Barbosa**, por ter me acolhido em sua casa durante a graduação, por me amar como filha e ter contribuído com a minha formação acadêmica.

Ao meu esposo amado, **Sérgio Cardoso Emiliano**, pelo apoio, incentivo, paciência e compreensão. Por ser meu melhor amigo e porto seguro.

As minhas alunas, **Nailu, Fabiana e Sandy**, que contribuíram na coleta.

As minhas **amigas da pós-graduação** por todo o apoio, carinho, incentivo e parceria.

A minha orientadora, **Dra. Alaidistania Aparecida Ferreira** pela paciência, ensino e dedicação, por me conduzir e orientar. Por acreditar mais em mim do que eu mesma.

Ao **Dr. José Ricardo Ferreira da Fonseca**, meu co-orientador, por aceitar participar da minha orientação e pela contribuição nessa pesquisa.

A profa. **Dra. Rizioléia Marina Pinha Pinheiro**, por aceitar participar da minha banca de defesa, por todo o incentivo, carinho e confiança durante essa caminhada.

Ao **Dr. David Márcio de Oliveira Barreto**, pela disponibilidade em participar da minha banca de qualificação e defesa, pelas orientações e conhecimento transmitidos.

Aos pacientes que participaram desse estudo, que disponibilizaram seu tempo, memórias e recordações.

*Louvarei ao SENHOR em todo o tempo; o seu louvor
estará continuamente na minha boca.
A minha alma se gloriará no Senhor; os mansos o
ouvirão e se alegrarão.
Engrandeci ao Senhor comigo; e juntos exaltemos o seu
nome.*

*Busquei ao Senhor, e ele me respondeu; livrou-me de
todos os meus temores. Olharam para ele, e foram
iluminados; e os seus rostos não ficaram confundidos.
Clamou este pobre, e o Senhor o ouviu, e o salvou de
todas as suas angústias. O anjo do Senhor acampa-se ao
redor dos que o temem, e os livra. Provai, e vede que o
Senhor é bom; bem-aventurado o homem que nele confia.
Temei ao Senhor, vós, os seus santos, pois nada falta aos
que o temem.*

Salmos 34: 1-9.

CARDOSO, Silvani Vieira. **Tecnologia de cuidado para redução de estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, 74 p.** Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas-UFAM, Manaus, 2020.

RESUMO

Introdução: O cuidar em enfermagem no ambiente de UTI pode tornar-se tecnicista, principalmente por se tratar de um setor fechado e de alta complexidade. A equipe de enfermagem intensivista direciona os cuidados para os procedimentos, focando no processo de recuperação e alta do paciente. **Objetivo:** Propor uma tecnologia de cuidados em enfermagem para redução de estresse em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Trata-se de um estudo metodológico, que utilizou dados qualitativos e quantitativos e elaborou tecnologia de cuidados de enfermagem para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. O estudo foi em duas etapas: 1. Etapa: Análise dos prontuários de internação para investigar a causa e tempo da internação e condições socioeconômicas, por meio Formulário Semiestruturado (APÊNDICE 1); Aplicação do questionário validado em versão português Environmental Stressor Questionnaire – ESQ (ANEXO 1); 2. Etapa: Elaboração da tecnologia de cuidado de enfermagem para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Resultados:** Após a aplicação do questionário validado ESQ e análise das respostas, elaboramos protocolo assistencial de cuidados em enfermagem para a redução do estresse em pacientes internados em UTI, O protocolo foi dividido em 5 Eixos introdutórios que pretendem apresentar as evidências em relação ao fator estressor, 12 Diagnósticos NANDA-I, 12 Intervenções NIC e Implementações, seguidos de orientações para a prática e profissionais executores. **Considerações finais:** As práticas assistências precisam ser repensadas se partirmos do pressuposto do cuidado holístico, tratar a doença do paciente é diferente de proporcionar cuidado durante a internação, ambos se complementam.

Palavras-chaves: Unidades de Terapia Intensiva; Cuidados Críticos; Cuidados de Enfermagem; Estresse Psicológico.

ABSTRACT

Introduction: Nursing care in the ICU environment can become technician, mainly because it is a closed and highly complex sector. The intensive care team directs care to the procedures, focusing on the patient's recovery and discharge process. **Objective:** To propose a technology of nursing care to reduce stress in patients admitted to the Intensive Care Unit. **Methodology:** This is a methodological study, which will use qualitative and quantitative data, for the development of nursing care technology to reduce stress in patients admitted to the Intensive Care Unit. The study will be carried out in two stages: 1. Stage: Analysis of hospitalization records to investigate the cause and length of hospitalization and socioeconomic conditions, through Semi-structured Form (APPENDIX 1); Application of the questionnaire validated in Portuguese version Environmental Stressor Questionnaire - ESQ (ANNEX 1) ;. 2. Stage: Development of nursing care technology to reduce stress in patients admitted to the Intensive Care Unit. **Results:** After applying the validated ESQ questionnaire and analyzing the responses, the stressors during ICU admission that obtained the highest score were: being awakened by the nursing staff, having lights on constantly, missing the partner, not having control over oneself, seeing family and friends for just a few minutes a day, listening to unknown sounds and noises, feeling afraid of dying and not being able to sleep were identified as the main causes of stress. **Final considerations:** Care practices need to be rethought if we start from the assumption of holistic care, treating the patient's disease is different from providing care during hospitalization, both complement each other.

Descriptors: Intensive Care Units; CriticalCare; Nursingcare; Stress, Psychological

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Número de pacientes por Idade	22
Tabela 2	Número de pacientes por Tempo de Internação	23
Tabela 3	Número de pacientes por Mês de Internação	24
Tabela 4	Número de pacientes por Escolaridade	24
Tabela 5	Número de pacientes por Cor	25
Tabela 6	Número de pacientes por Sexo	25
Tabela 7	Número de pacientes por Estado Civil	26
Tabela 8	Número de pacientes por Religião	26
Tabela 9	Número de pacientes por Ocupação	27
Tabela 10	Número de pacientes por Renda	28
Tabela 11	Número de pacientes por Benefício	28
Tabela 12	Número de pacientes por Número de Filhos	28
Tabela 13	Número de pacientes por Diagnóstico	29
Tabela 14	Número de pacientes por Tabagista	29
Tabela 15	Número de pacientes por Ex-Tabagista	30
Tabela 16	Número de pacientes por Alcoólatra	30
Tabela 17	Número de pacientes por Ex-Alcoólatra	30
Tabela 18	Número de pacientes por Consumo de Bebida Alcoólica	30
Tabela 1	Medidas de Resumo da Soma Total	31
Tabela 1	Medidas de Resumo da Soma Total	32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Número de pacientes por Escolaridade	24
Gráfico 2:	Número de pacientes por Cor	25
Gráfico 3:	Número de pacientes por Sexo	25
Gráfico 4:	Número de pacientes por Estado Civil	26
Gráfico 5:	Número de pacientes por Religião	27

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
1.INTRODUÇÃO	12
2.OBJETIVO GERAL	14
2.1Objetivos Específicos	14
3.JUSTIFICATIVA	14
4.REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Política Nacional De Saúde Mental	15
4.2 A Unidade De Terapia Intensiva	16
4.3 O Estresse	17
4.4 Fatores Estressores	19
4.5 Tecnologias Em Saúde	20
5.METODOLOGIA	22
5.1 Tipo de Estudo	22
5.2 Período de realização do estudo	22
5.3 Lócus da Pesquisa	22
5.4 Participantes	22
5.5 Método	23
5.6 Análise dos dados	24
5.7 Critério de Inclusão e Exclusão	24
5.8 Contribuições	24
5.9 Aspectos éticos na pesquisa envolvendo seres vivos	25
6.IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	25
7.RESULTADOS	26
8. DISCUSSÃO	37
9. RESULTADO DO PROTOCOLO	38
10. DISCUSSÃO DO PROTOCOLO	52
13. CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
14.REFERÊNCIA	55
APÊNDICES 1	63
APÊNDICE 2	65
ANEXO 1	66
ANEXO 2	68
ANEXI 3	71

1. INTRODUÇÃO

O tema Saúde Mental foi abordado no meu trabalho de conclusão de curso da graduação em Enfermagem, a pós-graduação lato sensu em Transplante de Órgãos e Tecidos e Enfermagem em Terapia Intensiva.

Durante a pós-graduação em Terapia Intensiva tive a oportunidade de aproximar do tema “estresse em pacientes internados terapia intensiva”, por meio, de disciplinas, e de participação em Simpósios e Congressos sobre Segurança do Paciente, os quais destacavam a necessidade de desenvolver medidas para reduzir o estresse do paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva. Durante os estágios da pós-graduação e no exercício da profissão, pude perceber o estresse que é originado pelo ambiente da Terapia Intensiva e que o cuidar de paciente crítico faz com que o profissional foque no processo de tratamento, recuperação e alta do paciente. Fatores relacionados ao bem-estar psíquico não recebiam a atenção necessária, alguns profissionais ignoravam e outros não compreendiam. A posterior, ao ser alocada em um setor de cuidados críticos ao recém-nascido, pude perceber que o cuidado de enfermagem tinha atenção qualificada e humanizada para a redução do estresse do recém-nascido internado, proporcionando melhora em padrões hemodinâmicos, ganho de peso e diminuição do tempo de internação. E que este cuidado era orientado por meio de protocolos, check-list's, manuais de orientações, dentre outros. Com isso, comecei a estudar ainda mais a respeito do tema “redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulta”, e desta forma surgiu a ideia de propor uma Tecnologia de Cuidados em Enfermagem para a Redução do Estresse em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva”.

Um dado digno de nota é que entre o Hospital que pesquisamos, a UTI é composta por profissionais de enfermagem de cooperativa e processo seletivo simplificado. Ambas são lotadas por profissionais de excelência, que possuem formação na área, porém há o advento do déficit de direitos trabalhistas e atrasos salariais, no caso de vínculos a cooperativas.

O cuidar em enfermagem no ambiente de UTI pode tornar-se tecnicista, principalmente por se tratar de um setor fechado e de alta complexidade. A equipe de enfermagem intensivista direciona os cuidados para os procedimentos, focando no processo de recuperação e alta do paciente. Nesse período, pela cronicidade e risco do paciente, cuidados voltados a redução do estresse deste paciente pode passar

despercebido, principalmente em se tratando de profissionais cooperativistas que exercem suas atividades e não recebem em dia os salários, o que se configura como um ponto a mais estressante para o profissional, gerando sobrecarga, descontentamento e insatisfação.

A partir da situação apresentada, estresse é considerado um grave problema de saúde e as suas reações compromete diversos órgãos e sistemas, provocando consequências fisiológicas e multissistêmicas (MARQUES; PINTO; FIGUEIRA, 2016). Além das consequências fisiológicas e multissistêmicas, o estresse compromete a saúde mental. Em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, foi constatado, por meio de experiências e recordações, sintomas de transtorno pós-traumático, especialmente aqueles que se submeteram à ventilação artificial e à sedação e vem constituindo foco de vários estudos. (COSTA e MARCON 2009). Estes são considerados fatores estressores dentro dos cuidados intensivos, estado que se for mantido por um período prolongado pode levar a danos irreversíveis (FREITAS; MUSSI; MENEZES, 2011).

Em estudo que comparou o estresse entre unidade coronariana e pós-operatória gera que o estresse em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva podem desencadear diversos riscos à saúde dependendo do tempo e da intensidade dos fatores estressores e, reforçam a necessidade da utilização de métodos que eliminem os fatores estressores modificáveis e reduzam os não modificáveis (DIAS; RESENDE; DINIZ, 2015).

Sendo assim, na prática de enfermagem notamos, por meio da vivencia, que a Unidade de Terapia Intensiva é um setor estressante, devido ao isolamento social, temperatura do ar, sons de equipamentos, dentre outros, tanto para os profissionais quanto para os pacientes. No caso dos pacientes, percebemos que a ociosidade, a imobilidade no leito, o uso de equipamentos, contribuem ainda mais para o desenvolvimento do estresse. No entanto, percebe-se que os (as) enfermeiros (as) têm dificuldade para identificar e implementar medidas para, assim como, um escassez de tecnologias que orientem a nossa prática para a redução do estresse e suas morbidades. Não ter uma tecnologia que oriente esta conduta compromete a estruturação, a padronização do cuidado e a sensibilização da equipe.

Enfatizando esta necessidade, estudos demonstraram que tecnologias em saúde têm papel fundamental no empoderamento de práticas desempenhadas pelos profissionais de saúde, paciente e família/cuidadores. Este empoderamento influencia no processo resoluções de conflitos e problemas, a prática crítico reflexiva e otimiza a implementação e avaliação de ações para a promoção da saúde (TEIXEIRA e BARBIERI-FIGUEIREDO, 2015).

Sintomas depressivos e de estresse foram identificados, numa escala de alta incidência, após alta, de pacientes que ficaram internados no período mínimo de, 72 horas em Unidade de Terapia Intensiva (VESZ et al, 2013)

Desta forma, indaga-se: Quais cuidados de enfermagem podem ser implementados para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva?

2. OBJETIVO GERAL

Propor uma tecnologia de cuidados em enfermagem para redução de estresse em pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva.

2.1 Objetivos específicos

- a) Identificar o perfil sociodemográfico dos pacientes estudados
- b) Identificar os fatores estressores em paciente durante a internação em Unidade de Terapia Intensiva, por meio de um questionário validado.
- c) Elaborar os cuidados de enfermagem, para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva para realização do Protocolo de Cuidados de enfermagem.

3. JUSTIFICATIVA

No que concerne, não é encontrado na literatura uma Tecnologia de Cuidados em Enfermagem para a Redução do Estresse em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva, que oriente a sua prática e a sua implementação. Assim como, no Contexto Amazônica não foi encontrado estudos que caracterizem o paciente internado em UTI, bem como não foi encontrado estudos a respeito do estresse deste paciente internado. Por isso, justificasse que a identificação dos estressores ao paciente é de

extrema importância para promover a humanização do ambiente da Unidade de Terapia Intensiva, assim como a utilização de ferramentas que orientem a nossa assistência em enfermagem para reduzir danos ao paciente, familiares e equipe de saúde. O avanço científico e tecnológico proporciona o desenvolvimento de tecnologias que promovem a orientação da nossa prática, facilitando o processo assistencial, de recuperação, de prevenção de morbidades e o tempo de internação.

A partir da situação apresentada, percebe-se o impacto do estresse na saúde do paciente e também a necessidade de utilizar tecnologias que orientem e otimizem a assistência de enfermagem. Porém, observa-se na literatura científica ausência de um instrumento sobre cuidados de enfermagem para a redução de estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, principalmente quando referido ao contexto amazônico, e por compreendermos a necessidade de implementações de medidas científicas, que propormos este projeto de inovação tecnológica de Construção de uma tecnologia de Cuidados de Enfermagem para a Redução de Estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, o qual visa padronizar e orientar a assistência de enfermagem por meio de embasamento científico.

4.REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Política Nacional de Saúde Mental

A política de saúde mental no Brasil e o Sistema Único de Saúde sempre caminharam lado a lado, para ambos houve a necessidade da descentralização administrativa, a participação dos profissionais, poder público e sociedade civil, e dos diversos setores da sociedade. A descentralização dos hospitais psiquiátricos para unidades ambulatoriais especializadas destinadas ao tratamento de transtornos é reconhecido a nível internacional, sendo esta a intervenção que proporciona um atendimento eficiente (ALMEIDA, 2019)

O acolher o paciente não pode ser um processo burocrático e padronizado, mas individualizado, personalizado, voltado a entender o outro, por meio da comunicação humanizada, com informações claras, estabelecendo um vínculo terapêutico com o paciente (FERNANDES, et al, 2020)

A Reforma Psiquiátrica ao romper com o modelo centrado na internação em instituições, introduz o paciente como protagonista da saúde nos diversos segmentos sociais, produzindo novos conceitos e assistência. Reforçando a necessidade de medidas de prevenção e redução de danos e agravos, sobrepondo a prática de modelos biomédicos, propondo um conjunto de medidas de humanização para transformar o cuidar a saúde mental (Brasil, 2015).

Dados do Instituto Nacional do Seguro Social apresentaram que o benefício mais concedido no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2017, foi o de auxílio a doença, representando 42% das concessões. Ao extrair e analisar os dados, os Transtornos Mentais e Comportamentais ocuparam a terceira posição, dentre estes o transtorno de humor em primeira posição, seguido de estresse, somatoformes, uso de substâncias psicoativas e esquizofrenia (MACEDO; SILVA, 2018).

4.2 A Unidade de Terapia Intensiva

A Unidade de Terapia Intensiva é destinada a assistir pacientes considerados críticos e que necessitam de um atendimento contínuo, sistemático, preciso e multiprofissional. Devido a gravidade assistencial, o corpo técnico é composto por profissionais qualificados e com formação específica. O setor dispõe de tecnologias, principalmente, tecnologias duras, as quais são destinadas a monitorar e manter órgãos vitais (PUGGINA, et al, 2020)

Por ser um setor onde a assistência precisa ser desenvolvida por técnicas avançadas, os pacientes internados, em sua maioria, dependem de máquinas para a sua sobrevivência. Há um resultado benéfico para a recuperação biológica, porém, o cuidado não pode limitar-se a promover a cura física. O distanciamento promovido pelo modelo biomédico, precisa ser refletido. As necessidades psicossociais são indissociáveis a reabilitação da saúde, partindo da reflexão que a UTI promove um adoecimento psicoemocional (SILVA; FERREIRA; APOSTOLIDI, 2014).

O ambiente da UTI promove sofrimento, associado a diversos aspectos relacionados ao medo, a dor, distanciamento familiar e social, dependência de cuidado, mas também é promotor de reflexões sobre os sentidos da vida, por meio, de análises pessoais. Em estado de coma ou com comunicação e compreensão comprometidos, e desorientação, as decisões e escolhas são tomadas por terceiros,

pois sua condição clínica o impede de manifestar seus desejos (OHTAKE, et al, 2017).

Os desafios enfrentados pelos profissionais que atuam em UTI são diversos tais como dor, sofrimento, terminalidade, vida, perda, e necessitam integrar-se como equipe interdisciplinar que podem possuir diferentes julgamentos e compreensões do sentido da vida e do cuidado humano (MEDEIROS, et al, 2012).

O drama vivenciado e influenciado pelo ambiente da UTI perpassa por uma linha tênue da vida e morte. Um estado permanente de atenção, preocupação, aperfeiçoamento, afim de recuperar o problema de saúde. Os procedimentos empregados nem sempre promovem conforto ao paciente, mas são implementados para homeostase (MONTEIRO; MAGALHÃES; FÉRES-CARNEIRO; MACHADO, 2016).

Cuidados intensivos requerem tomadas de decisões rápidas, precisas e assertivas, que são aplicadas com agilidade, destreza e qualidade, e ao mesmo tempo ponderar relação interprofissionais, paciente e famílias. Ambos com o objetivo de proporcionar a manutenção da vida e refletindo sobre questões éticas. Necessidades plurais que envolve diversos agentes constantemente, tornando o ambiente estressor (SIQUEIRA; PESSINI; SIQUEIRA, 2013)

4.3 O Estresse

O estresse é resultante da exaustão por exposição prolongada a fatores que superem a capacidade de adaptação. O indivíduo é submetido a convivência com os fatores estressores, então o processa e busca interpretações sobre estes. Atribui-se um reconhecimento e elabora-se estratégias com a finalidade de resistir e superar, porém, nem sempre este objetivo é alcançado (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

É consequência de tentativa de adaptação a fatores estressores que ao excederem o seu potencial de resistência resulta em um colapso que compromete a homeostase (ANDOLHE, et al, 2015).

Selye descreveu a Síndrome Adaptação Geral (SAG) ou do Estresse Biológico, atendo uma dimensão biológica, que divide em três categorias: Fase de Alarme, Fase de Resistência e Fase de Exaustão (SELYE, 1978).

A Fase de Alarme é caracterizada por um mecanismo de defesa ao fator estressor, mediado por ativação do sistema nervo autônomo, o qual libera neurotransmissores que estimulam a secreção de adrenalina e noradrenalina, por isso, os

primeiros sintomas são taquicardia, cefaleia, aumento da pressão artéria, alteração do humor, fadiga e também alterações gastrointestinais (SANTOS; CASTRO, 1998).

Na Fase de Resistência o organismo tenta se adaptar ao fator estressor para reestabelecer e promover a homeostase. Há uma ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), que estimula o hipotálamo e secreção de cortisol e aldosterona, por meio do córtex adrenal. Os sintomas tem menor intensidade, porém o indivíduo pode apresentar um bom desempenho cognitivo e físico, devido aos estímulos (SANTOS; CASTRO, 1998).

Na Fase de Exaustão, o organismo está em uma estimulação prolongada, devido a super exposição e não consegue neutralizar os estressores. Há um comprometimento do sistema imunitário e endócrino, das funções fisiológicas e comportamentais, levando uma sobrecarga e que ocasiona a exaustão do organismo, dos órgãos e suas funções. Podem surgir doenças e lesões físicas e psicológicas, um desequilíbrio que pode levar o sistema há falência e o indivíduo a morte (SANTOS; CASTRO, 1998).

O adoecimento emocional apresenta-se com a alteração do padrão de sono repouso, ansiedade, irritabilidade, déficit de concentração, alteração do humor, fadiga, dentre outros (CARVALHO; ANDRADE; VALIM-ROGATTO; ROGATTO, 2014). Podendo comprometer a saúde biológica, por meio de alterações do sistema endócrino e imunológico, deixando o paciente mais susceptível a infecções, dentre outras doenças (SOUSA; SILVA; GALVÃO-COELHO, 2015). Em uma fase crônica, onde vivencia-se a exaustão, surge as doenças psíquicas e emocionais, alterando o comportamento e a sociabilidade (NATARAJAN; NORTHROP; YAMAMOTO, 2020).

A interpretação do estresse pode variar entre os indivíduos, assim como a capacidade de resistir e enfrentar. Um determinado fator estressor pode provocar reações distintas em indivíduos diferente, nem sempre causará adoecimento, alguns indivíduos possuem estratégias de superação, por meio da resiliência (MENEZES-SILVA, et al, 2016).

A habilidade de adaptação, recuperação e superação a eventos estressantes é suscetível as experiências emocionais, resultante de respostas de adoecimento ou enfrentamento (SCHERMANN, et al., 2014).

De acordo com Selye, o estresse é uma reação adaptativa do corpo à exposição de fatores estressores, sofrendo influência de acordo com o meio ambiente. Essa

adaptação ocasiona esgotamento por não conseguir suportar a esta exposição, provocando assim o comprometimento da saúde mental e física (SOUZA, 2014).

Por ser uma reação do meio ambiente, o estresse se desenvolve em paciente internados, e o setor da Unidade de Terapia Intensiva se configura como um ambiente hospitalar propício devido aos ruídos, imobilidade no leito, isolamento social e familiar, restrição à comunicação, utilização de equipamentos e dispositivos médicos, a doença, medo da morte, oscilação de temperatura, dor, desconforto, exames dentre outros (FAUSTINO, 2015).

4.4 Fatores Estressores

Os fatores estressores são considerados eventos que propiciam a manifestação do estresse, o qual pode se desenvolver de maneiras distintas comprometendo não somente a saúde mental, mas a física, social e familiar (GRADY, et al, 2013).

O estresse pode manifestar-se de diversas formas, a ansiedade é oriunda de fatores estressores. A mudança nos hábitos, as preocupações, a dependência de cuidados, o medo e o prognóstico incerto são situações que geram a ansiedade do paciente, podendo ser prejudicial dependendo do tempo e o período de exposição (PARVAN, et al, 2013)

Alteração no padrão de sono, isolamento social e distanciamento familiar, associados e o déficit de orientação a respeito do prognóstico e do tratamento são fatores estressores que ocasionam o desenvolvimento da ansiedade, nota-se então a necessidade da assistência de enfermagem voltada para a aplicação de cuidados que compreendam e orientem o paciente (NESAMI, et al, 2016).

O processo de internação provoca ruptura de vínculos, alterando hábitos e rituais do paciente. O ambiente que o isola do meio externo por ser um fator estressor, pode causar adoecimento, porém, as experiências externas é que irão determinar o enfrentamento ao estresse (LEE; LEE; KIM, 2011).

O estresse pode manifesta-se de diversas formas, alterando padrão de sono repouso, interferindo no conforto e relaxamento, causando raiva, oscilação de emoções e do humor, cefaleias e dores generalizadas (KO; JUNG; PARK, 2013).

Os fatores estressores em unidades de terapia intensiva são variáveis e envolve vários agentes. Pode-se identificar enquanto agentes ambientes a alteração do padrão de

sono repouso, temperatura do ambiente que pode provocar hipertermia e hipotermia e ruídos diversos. Os agentes sociais pelo afastamento familiar, isolamento social e dependência do cuidado. Os agentes fisiológicos pela dor, imobilidade e comunicação comprometida. Os agentes psicológicos pelo medo da morte, autonomia comprometida e ansiedade (LANA; MITTMANN; MOSZKOWICZ; PEREIRA, 2018).

4.5 Tecnologias Em Saúde

No Brasil, em 2011, foi criada a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. As tecnologias em saúde configuram-se em atividades, ações, sistema de informação, produtos e materiais, que ao serem inseridas nos serviços de saúde proporcionam uma assistência qualificada, segura e ampla ao paciente. Devem-se ser planejadas e implementadas de acordo com o contexto social e econômico do cenário ao qual está inserido. Para seu desenvolvimento necessita-se avaliar os benefícios ao paciente e ao processo de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

As tecnologias em saúde são caracterizadas em três classificações: leve, leve-dura e dura. A leve está relacionada a comunicação e a relação interpessoal entre profissionais e paciente. A leve-dura configura-se pela estruturação do processo das atividades e ou cuidado, embasada em saberes baseados em evidências científicas. A dura vincula-se a equipamentos propriamente ditos, máquinas, aparelhos e recursos materiais (MERHY, 2002).

As tecnologias em enfermagem possibilitam um novo olhar sob a ótica do cuidado, a fim de atender integralmente e holisticamente com qualidade e humanização. O investimento nesta temática já contribuiu para muitos saberes e estratégias de trabalho. A tecnologia pode ser compreendida como um instrumento que facilita o cuidado, a comunicação e a interação do paciente e enfermeiro (a) (SILVA; FERREIRA, 2014).

No processo de cuidado em enfermagem, as tecnologias têm papel fundamental e positivo, pois, otimizam a assistência e proporcionam qualidade de vida ao paciente (CROZETA et al, 2010). Ao otimizar, orientar e organizar o trabalho, a tecnologia permite a aproximação e a interação, possibilitando que a enfermagem dedique maior tempo à assistência do cuidado e comunicação efetiva ao paciente (SILVA; FERREIRA, 2014).

Para redução dos agravos à saúde provocados, é necessário adotar intervenções de enfermagem que reduzam seus fatores de risco, porém, no Brasil, há uma carência de tecnologias que orientem a prática de cuidados e que assegurem a qualidade de vida do paciente, e conseqüentemente situações que ocasionam maior tempo de internação (FREITAS, et al, 2014). As tecnologias em enfermagem proporcionam inovação na área da saúde e não estão limitadas no conceito de equipamentos e máquinas. A sua utilização aperfeiçoou o cuidado de enfermagem ao produzir novas teorias e processos, tornando-se uma ferramenta de cuidado (NIETSCHE et al, 2012).

Pretende-se com esta pesquisa a elaboração de uma tecnologia leve-dura, a qual orienta a enfermagem por meio da estruturação, organização do cuidado direcionado para as prioridades do paciente (SABINO, et al, 2015). Por meio de estruturação do conhecimento, normas, protocolos e instrumentos de cuidado (MERHY, 2005).

A tecnologia leve-dura propicia um cuidado de dimensão objetiva, estruturado, planejado, orientado por conhecimento e prática clínica, o qual implementado proporciona a maior segurança e aperfeiçoamento do cuidado ao profissional de enfermagem (SABINO, et al, 2015).

O emprego das tecnologias é atribuído como uma ferramenta do cuidado em enfermagem, contribuindo para o aperfeiçoamento e inovação da assistência, da comunicação entre os profissionais e dos profissionais com os pacientes, interferindo positivamente na transformação do ambiente e do sujeito, permitindo a reestruturação de práticas (NIETSCHE et al, 2012).

O protocolo é uma tecnologia leve-dura que contribui para a padronização da assistência em saúde e a sua continuidade, preveni possível erros e eventos adversos, pois orienta a prática profissional (AMAYA; PAIXÃO; SARQUIS; CRUZ, 2017).

Em Unidades de Terapia Intensiva a tecnologia proporciona a avaliação dos pacientes que encontram-se em coma e estão utilizando equipamentos que promovem a manutenção da vitalidade e também a mensuração de sinais e estado clínico (SILVA; FERREIRA, 2014).

A enfermagem, portanto, é uma profissão que assiste, por meio de embasamento científico, ao paciente em todas as fases da vida a paciente prestando serviço para prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, este estudo será aplicado,

mediante o entendimento que o paciente internado em unidade de terapia intensiva que sofre com o estresse, possuem comprometimento da saúde mental e necessitam de apoio da enfermagem.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo metodológico, que utilizou dados qualitativos e quantitativos, para elaboração de tecnologia de cuidados de enfermagem para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. A pesquisa metodológica implica métodos sofisticados que investigam, organizam e gera dados fidedignos, utiliza métodos mistos e desenvolve a validação e avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK; OWEN, 2011).

5.2 Período de realização do estudo

O período de realização do estudo foi de 2019 e abril 2020.

5.3 Lócus da Pesquisa

Setor de Clínica Médica do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

5.4 Participantes

Paciente que ficaram internados na Unidade de Terapia Intensiva durante 72 horas, no mínimo, e que receberam alta da Unidade de Terapia Intensiva no período máximo de 72 horas e, durante a entrevista, estivessem internados na Clínica Médica do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto. Pois trabalhamos com memórias e recordações recentes

No período de dezembro de 2019 a abril de 2020, para isso utilizou-se o critério temporal para seleção dos participantes, que estabelece o período em que o fenômeno pesquisado foi abordado. Define-se o período de pesquisa, sendo que este pode ocorrer no tempo passado ou presente (GIL, 2004).

5.5 Método

O estudo foi realizado em duas etapas: 1. Etapa: Análise dos prontuários de internação para investigar a causa e tempo da internação e condições socioeconômicas, por meio Formulário Semiestruturado (APÊNDICE 1); Aplicação do questionário validado em versão português Environmental Stressor Questionnaire – ESQ (ANEXO 1);. 2. Etapa: Elaboração da tecnologia de cuidado de enfermagem para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. Conforme descrito abaixo:

1. Etapa: Análise dos prontuários de internação para investigar a causa e tempo da internação e condições socioeconômicas, por meio Formulário Semiestruturado (APÊNDICE 2). Após, iremos aplicar o questionário Environmental Stressor Questionnaire – ESQ: A pesquisadora aplicará o questionário validado em versão português Environmental Stressor Questionnaire – ESQ (ANEXO 1), em pacientes que ficaram internados na Unidade de Terapia Intensiva durante 72 horas, no mínimo, e que tenham recebido alta da Unidade de Terapia Intensiva no período máximo de 72 horas e, durante a entrevistas, internados estejam na Clínica Médica, do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

A aplicação do questionário tem como finalidade verificar os fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva com maior escore.

O ESQ consiste 50 itens que são avaliados por meio de escala tipo likert de cinco pontos: (1) não estressante; (2) moderadamente estressante; (3) muito estressante e (4) extremamente estressante e (0) não se aplica. O escore total é realizado por meio da soma das respostas aos 50 itens, podendo haver uma variação de 0-200, assim quando maior o valor, maior é o estresse percebido. A média do escore é calculada para cada um dos 50 itens e ranqueada desde a mais estressante até a menos estressante (ROSA, et al, 2010). O ESQ é um instrumento que traduziu e validou o Intensive Care Unit Environmental Scale (ICUESS), o qual possui 42 itens, porém durante a tradução e adaptação o ESQ finalizou com 40 itens. A tradução e validação foi publicada na Revista da Escola de Enfermagem da USP, tendo como autora, a docente da Universidade Paulista, Msc. Beatriz Ângelo Rosa, contando com mais quatro autoras, sendo estas enfermeiras e docentes do curso de enfermagem. A publicação ocorreu em setembro de 2009.

2. Etapa: Elaboração da tecnologia de cuidado de enfermagem para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva: Nessa etapa verificamos quais os pacientes que atingiram maior escore de fatores estressantes e deste selecionaremos os itens do instrumento ESQ que tiveram os maiores escores, e elaboraremos os cuidados de enfermagem que irão compor o Protocolo de Cuidados de Enfermagem para Redução do Estresse em Pacientes Internados em UTI.

Os cuidados de enfermagem que irão compor o Protocolo serão baseados em evidências científicas, para isso realizamos uma revisão integrativa para identificamos quais cuidados são recomendados para cada item do instrumento ESQ que obtiveram maiores escores.

O Protocolo de Cuidados para Redução do Estresse em Paciente internados em UTI, será composto por cuidados de enfermagem baseados em evidências científicas e as implementações, de forma a orientar a prática do cuidado.

O protocolo é composto pelos cuidados de enfermagem baseados em evidências científicas, para ser de fácil acesso, resumido, o qual pode ser integrado ao prontuário do paciente.

5.6 Análise dos dados

Ao final os dados foram transferidos para o programa Office Excel® 2010, codificados e tabulados e analisados por meio de estatística descritiva.

5.7 Contribuições

Espera-se contribuir para a autonomia do enfermeiro e proporcionar inovação que possa fortalecer a enfermagem amazonense, enquanto ciência e instigar o aprofundamento nas tecnologias, ao implementar esta tecnologia nas UTI's de Manaus.

5.8 Critério de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão para os pacientes participantes foram os seguintes: ter recebido alta, não ultrapassando 72 horas, da Unidade de Terapia Intensiva e estar internado na unidade de Clínica Médica dos Hospitais: Hospital e Pronto Socorro 28 de

Agosto e ter mais de 18 anos. Os critérios de exclusão para os pacientes participantes serão os seguintes: Paciente com dificuldade de comunicação.

5.9 Aspectos éticos na pesquisa envolvendo seres vivos

A pesquisadora cumpriu os termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, comunicou o Comitê de Ética em Pesquisa as alterações e relatórios. Este projeto foi submetido ao Comitê de ética e pesquisa – CEP da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) obtendo a aprovação sob o CAEE Nº 21224619.3.0000.5020, sendo aprovado pelo Parecer Nº 3.664.603 no dia 27 de Outubro de 2019 (ANEXO 3). O pesquisador garante ainda que arcará com qualquer ônus para a realização desta pesquisa. Para participar os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1) em duas vias.

Entendemos como riscos as recordações dos momentos estressantes vivenciados durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva. E como benefícios que este instrumento servirá para reduzir os danos causados, pelo estresse em paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva.

6 IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Com o passar dos anos, a enfermagem vem cada vez mais se apropriando do cuidado centrado no paciente e no cuidado científico, diante disso, ao propor a elaboração de uma tecnologia de cuidados para a redução de estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, pretende-se promover a autonomia do profissional de enfermagem nas intervenções de cuidado, agregando conhecimento e inovação, contribuindo para o empoderamento no seu exercício diário. Além de fornecer aos pacientes cuidados holísticos, humanizados e científicos que contribuirão para a redução de danos e tempo de internação, bem como a qualidade de vida do paciente.

No contexto da enfermagem amazonense, esse estudo será pioneiro na elaboração de uma tecnologia de cuidado direcionada à redução de estresse em paciente internados em Unidade de Terapia Intensiva, a qual irá contribuir para o fomento e fortalecimento dos profissionais de enfermagem. Enquanto os benefícios físicos e

psicológicos promovem a melhoria da qualidade e da integralidade da assistência na perspectiva da saúde do paciente.

7. RESULTADOS

A tecnologia proposta trata-se de um protocolo assistencial baseado em evidências. A extração dos dados foi obtida por meio de uma pesquisa de mestrado profissional em enfermagem. O objetivo da pesquisa foi de 'Propor uma tecnologia de cuidados para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI'. A coleta de dados ocorreu em um hospital de grande porte no município de Manaus-AM, durante os meses de janeiro a abril de 2020, por meio de um questionário validado denominado ESQ, o qual se propõem a avaliar o nível do estresse dos pacientes internados ou que receberam alta da UTI em até 72 horas.

Para perceberem o estresse estes pacientes estiveram internados na UTI por um período igual ou superior a 3 (três) dias e estavam internados no setor de clínica médica há no máximo 72 horas. A proposta inicial do projeto era realizar a coleta de dados em três hospitais com perfis distintos de assistência, porém, quando iniciamos as visitas de campo, identificamos que no hospital A, os pacientes permaneciam na UTI por um período menor do que 72 horas. No hospital B, os pacientes após 72 horas de alta da UTI permaneciam em uso de drogas sedativas e opioides, os quais alteravam o nível de consciência e lucidez. Por fim, optou-se pela coleta apenas no hospital C, o qual os pacientes preenchiam os critérios de inclusão.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a abril de 2020, no setor de clínica médica do hospital C. Sendo interrompida devido a pandemia de COVID-19. Finalizou-se com a coleta de 103 pacientes, por atingir o número mínimo de participantes orientado no questionário ESQ.

Após a seleção dos pacientes elegíveis para a pesquisa, 48 pacientes foram excluídos. Destes, 17 estavam de alta da UTI há mais de 73 horas, quatorze optaram por não responder ao questionário proposto; dez estavam em uso de traqueostomia e tinham déficit de comunicação verbal; cinco não se apresentavam lúcidos e orientados e 2 não alcançaram o escore mínimo no teste de fluência verbal.

Participaram da coleta 103 pacientes, maiores de 18 anos, que falam e compreendem o português e que aceitaram a participar da pesquisa e assinaram o TCLE.

Do total de 103 pacientes, 33,7% tem entre 50 e 59 anos, seguidos de 25,0% entre 60 e 69 anos e 16,3% entre 40 e 49 anos. Em média, a idade dos pacientes é de 52 anos, aproximadamente. O paciente mais novo tem 20 anos e o mais velho 77 anos, e metade dos pacientes tem 53 anos ou mais. O desvio padrão observado é de 13,0.

Tabela 1: Número de pacientes por Idade. Manaus - 2020

Idade	Frequência
20-29	6 (5,8%)
30-39	13 (12,5%)
40-49	17 (16,3%)
50-59	35 (33,7%)
60-69	26 (25,0%)
70-79	6 (6,7%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Em relação ao tempo de internação na UTI 47,6% ficaram entre 15 e 24 dias, seguidos de 20,4% entre 25 e 34 dias e 17,5% entre 5 e 14 dias. Em média, o tempo de internação foi de, aproximadamente, 22 dias. Com tempo mínimo de 5 dias e máximo de 58 dias. A metade dos pacientes ficaram internados durante 21 dias ou mais.

Tabela 2: Número de pacientes por Tempo de Internação. Manaus - 2020

Tempo de internação	Frequência
5-14	18 (17,5%)
15-24	49 (47,6%)
25-34	21 (20,4%)
35-44	10 (9,7%)
45-54	3 (2,9%)
55-64	2 (1,9%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Em relação ao mês de internação, dos 103 pacientes, 35,0% foi internado em fevereiro e outros 35,0% entre fevereiro e março, seguidos de 23,3% internados entre janeiro e fevereiro. (Ver Tabela 3)

Tabela 3: Número de pacientes por Mês de Internação. Manaus - 2020

Mês de internação	Frequência
Fevereiro	36 (35,0%)
Março	4 (3,9%)
Janeiro – Fevereiro	24 (23,3%)

Janeiro – Março	3 (2,9%)
Fevereiro – Março	36 (35,0%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

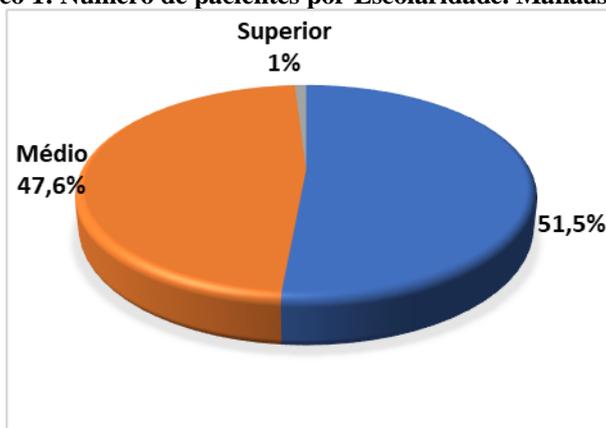
Observe na Tabela 4, do total de 103 pacientes, 51,5% tem nível fundamental, seguidos de 47,6% com nível médio e apenas 1% com nível superior. Observe o comportamento no Gráfico 1.

Tabela 4: Número de pacientes por Escolaridade. Manaus - 2020

Escolaridade	Frequência
Fundamental	53 (51,5%)
Médio	49 (47,6%)
Superior	1 (1,0%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Gráfico 1: Número de pacientes por Escolaridade. Manaus - 2020



Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

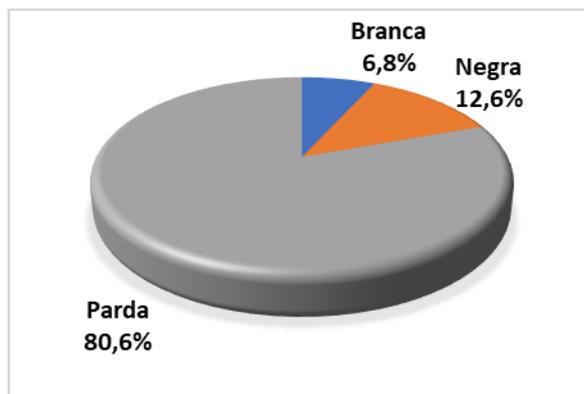
Na Tabela 5 temos o número de pacientes por cor, temos que 80,6% afirmaram ter cor parda, seguidos de 12,6% cor negra e 6,8% branca. Observe o comportamento no Gráfico 2.

Tabela 5: Número de pacientes por Cor. Manaus - 2020

Cor	Frequência
Branca	7 (6,8%)
Negra	13 (12,6%)
Parda	83 (80,6%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Gráfico 2: Número de pacientes por Cor. Manaus - 2020



Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

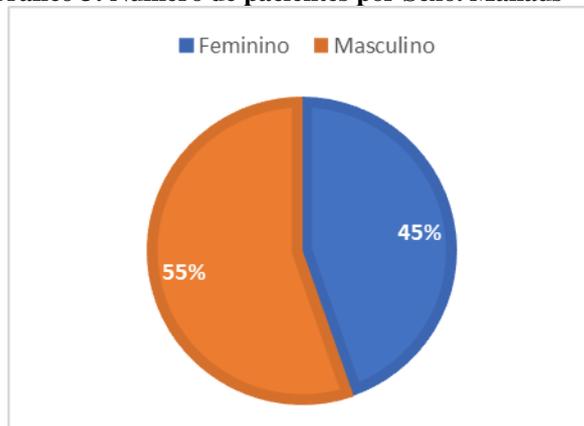
Observe na Tabela 6, do total de 103 pacientes, 55,3% são do sexo masculino e 44,7% são do sexo feminino. Observe o comportamento no Gráfico 3.

Tabela 6: Número de pacientes por Sexo. Manaus - 2020

Sexo	Frequência
Feminino	46 (44,7%)
Masculino	57 (55,3%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Gráfico 3: Número de pacientes por Sexo. Manaus - 2020



Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Na Tabela 7, temos que do total de 103 pacientes, 55,3% são do sexo masculino e 44,7% feminino. Observe o comportamento no Gráfico 4.

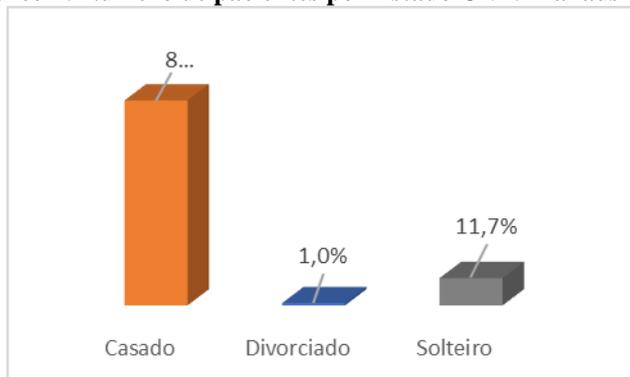
Tabela 7: Número de pacientes por Estado Civil. Manaus - 2020

Estado Civil	Frequência
Casado	90 (87,4%)

Divorciado	1 (1,0%)
Solteiro	12 (11,7%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Gráfico 4: Número de pacientes por Estado Civil. Manaus - 2020



Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

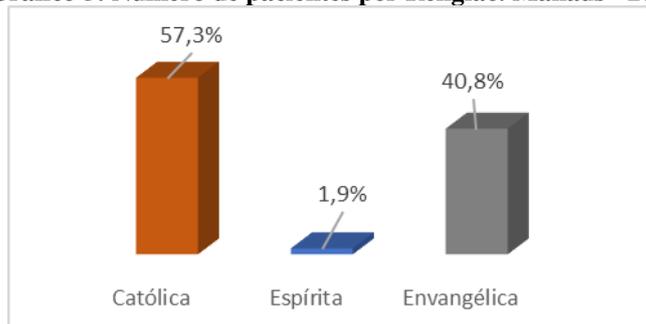
Observe na Tabela 8, em relação a religião declarada, dentre os 103 pacientes, 57,3% são católicos, 40,8% evangélicos e 1,9% espírita. Observe o comportamento no Gráfico 5.

Tabela 8: Número de pacientes por Religião. Manaus - 2020

Religião	Frequência
Católico	59 (57,3%)
Espírita	2 (1,9%)
Evangélico	42 (40,8%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Gráfico 5: Número de pacientes por Religião. Manaus - 2020



Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Na Tabela 9 temos o número de pacientes por Ocupação. Entre os 103 pacientes que declararam sua ocupação, vale ressaltar 27,2% afirmaram ser autônomos, 11,7% aposentados, 6,8% do lar, 5,8% microempresários e 2,9% motoristas. E ainda, 7,8% estão desempregados.

Tabela 9: Número de pacientes por Ocupação. Manaus - 2020

Ocupação	Frequência
Açougueiro	1 (1,0%)
Agente Imobiliário	1 (1,0%)
Aposentado	12 (11,7%)
Atendente	1 (1,0%)
Autônomo	28 (27,2%)
Auxiliar de produção	4 (3,9%)
Auxiliar de serviços gerais	5 (4,9%)
Auxiliar cozinha	1 (1,0%)
Carpinteiro	1 (1,0%)
Cobradora	1 (1,0%)
Confeiteira	1 (1,0%)
Corretora	1 (1,0%)
Cozinheira	3 (2,9%)
Desempregado	8 (7,8%)
Do lar	7 (6,8%)
Estoquista	2 (1,9%)
Estudante	2 (1,9%)
Fotógrafa	1 (1,0%)
Garçonete	1 (1,0%)
Manicure	1 (1,0%)
Mecânico	2 (1,9%)
Microempresário	6 (5,8%)
Motorista	3 (2,9%)
Operador de caixa	2 (1,9%)
Pedreiro	2 (1,9%)
Professor	1 (1,0%)
Repositor	2 (1,9%)
Servente	1 (1,0%)
Vendedora	2 (1,9%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Em relação a renda, 48,5%, quase a metade dos pacientes entrevistados, declararam ter renda de um salário mínimo, seguidos de 26,2% 1,5 salário mínimo e 11,7% dois salários mínimos, representando 86,4% dos pacientes com renda inferior ou igual a 2 salários mínimos. Apenas 1,0% tem a renda maior declarada entre os entrevistados, 4 salários mínimos. (Ver Tabela 10)

Tabela 10: Número de pacientes por Renda. Manaus - 2020

Renda	Frequência
--------------	-------------------

1	50 (48,5%)
1,5	27 (26,2%)
2	12 (11,7%)
2,5	9 (8,7%)
3	4 (3,9%)
4	1 (1,0%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Observe na Tabela 11, do total de 103 pacientes, 60,2%, mais da metade, declararam receber benefício.

Tabela 11: Número de pacientes por Benefício. Manaus - 2020

Benefício	Frequência
Não	41 (39,8%)
Sim	62 (60,2%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Na Tabela 12 temos o número de filhos de cada paciente, tal que, 2,9% não tem filhos, 23,3% têm dois filhos, seguidos de 21,4% que tem três filhos e o mesmo percentual, 21,4%, para quatro filhos. Apenas um paciente tem 12 filhos. Em média, os pacientes têm aproximadamente 3 filhos e metade dos pacientes tem 3 filhos ou mais.

Tabela 12: Número de pacientes por Número de Filhos. Manaus - 2020

Número de Filhos	Frequência
0	3 (2,9%)
1	8 (7,8%)
2	24 (23,3%)
3	22 (21,4%)
4	22 (21,4%)
5	14 (13,6%)
6	5 (4,9%)
8	3 (2,9%)
9	1 (1,0%)
12	1 (1,0%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Observe a Tabela 13, em relação ao diagnóstico dos pacientes, 33,8% tem IAM, seguidos de 14,6% com AVC, 4,9% com insuficiência respiratória e o mesmo percentual, 4,9%, com Sepse.

Tabela 13: Número de pacientes por Diagnóstico. Manaus - 2020

Diagnóstico	Frequência
Aci diab	3 (2,9%)
Apen perfura	2 (1,9%)
AVC	15 (14,6%)
Cetoa diab	2 (1,9%)
Colelitíase	1 (1,0%)
Coma hipogli	3 (2,9%)
Diabetes	4 (3,9%)
Embo pulmo	1 (1,0%)
IAM	34 (33,8%)
ICC	1 (1,0%)
Infecção Generalizada	3 (2,9%)
Infecção Urinária	1 (1,0%)
Insuficiência Cardíaca	4 (3,9%)
Insuficiência Respiratória	5 (4,9%)
IRA	4 (3,9%)
Miocardite	1 (1,0%)
Pancreatite	3 (2,9%)
Pielonefrite	4 (3,9%)
Pneumonia	4 (3,9%)
Sepse	5 (4,9%)
Trombose	3 (2,9%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Na Tabela 14 temos o número de pacientes que se declararam tabagistas ou não. Do total de 103 pacientes, a maioria, 65,0% declarou ser não tabagista.

Tabela 14: Número de pacientes por Tabagista. Manaus - 2020

Tabagista	Frequência
Não	67 (65,0%)
Sim	36 (35,0%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Na Tabela 15 temos o número de pacientes que declararam ser ou não ex-tabagista. Do total de 103 pacientes, mais da metade, 57,3% declarou ser ex-tabagista.

Tabela 15: Número de pacientes por Ex-Tabagista. Manaus - 2020

Ex-Tabagista	Frequência
Não	59 (57,3%)
Sim	44 (42,7%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Na Tabela 16 temos o número de pacientes que declararam alcoolismo. Observe a Tabela 16, do total de 103 pacientes, quase a totalidade, 94,2% declarou não ser alcoólatra.

Tabela 16: Número de pacientes por Alcoólatra. Manaus - 2020

Álcool	Frequência
Não	97 (94,2%)
Sim	6 (5,8%)
Total	103 (100,0%)

Observe na Tabela 17, do total de 103 pacientes, 55,3% declarou ser ex-alcoólatra.

Tabela 17: Número de pacientes por Ex-Alcoólatra. Manaus - 2020

Álcool	Frequência
Não	57 (55,3%)
Sim	46 (44,7%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Do total de 103 pacientes, 67,0% declarou fazer consumo de bebida alcoólica. (Ver Tabela 18)

Tabela 18: Número de pacientes por Consumo de Bebida Alcoólica. Manaus - 2020

Álcool	Frequência
Não	69 (67,0%)
Sim	34 (33,0%)
Total	103 (100,0%)

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

Na Tabela 1 temos as medidas de Resumo obtidas das somas totais de cada questionário aplicado. Temos que, em média, a soma observada foi 117,5 aproximadamente. Pelo mínimo e o máximo podemos observar que, a menor soma obtida foi 90 e a maior foi 141. A soma que ocorreu com maior frequência, a moda, foi 119. E pela mediana podemos afirmar que metade das somas calculadas foi inferior ou igual a 118. Ou, da mesma forma, metade foi maior ou igual a 118. O desvio-padrão encontrado foi de 9,4. Note que o valor da soma pode variar entre 0 e 200 e quanto mais próximo de 200, maior é o estresse percebido.

Apenas 2 pacientes não atingiram o valor do escore de 100, esse achado pode ser compreendido por meio da resiliência e capacidade do indivíduo durante as limitações e desafios da doença e ou aceitação da submissão a procedimentos,

atendimentos e tratamentos pelo fato de estarem internados. Evidenciamos isso por meio da resposta discursiva desses pacientes “estou recebendo atendimento e por isso não posso reclamar de nada” e “o que eles fazem é para o meu bem”.

Tabela 1: Medidas de Resumo da Soma Total. Dados descritivos obtidos com a aplicação do The Environmental Stressor Questionnaire - ESQ em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Manaus - 2020

Medidas de Resumo	Soma Total
Média	117,5
Moda	119
Mediana	118
Mínimo	90
Máximo	141
Desvio-Padrão	9,4

A média dos escores foi calculada para cada um dos 50 itens e ranqueadas desde a mais estressante até a menos estressante. Na Tabela 2 temos as médias dos escores para cada uma das 50 perguntas aplicadas, ranqueadas.

As perguntas 24, 31, 14, 37, 22, 25, 45 e 28 foram as que apresentaram maior estresse, com escore aproximadamente igual a 4. Isto é, ser acordado pela enfermagem, ter luzes acesas constantemente, sentir falta do companheiro, não ter controle sobre si mesmo, ver família e amigos apenas por alguns minutos por dia, escutar sons e ruídos desconhecidos, sentir medo de morrer e não conseguir dormir foram apontados como os principais causadores de estresse.

Tabela 1: Medidas de Resumo da Soma Total Dados descritivos obtidos com a aplicação do The Environmental Stressor Questionnaire - ESQ em pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva. Manaus - 2020

Pergunta	Escore Médio
50. Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento	0,0
36. Escutar a equipe de enfermagem falar termos que eu não entendo	0,3
15. Não receber explicações sobre o seu tratamento	0,5
41. Receber cuidados de médicos que não conheço	0,5
35. Não ter a noção de onde você está	0,5
30. Sentir cheiros estranhos ao seu redor	0,7
2. Membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome	0,9
10. Sentir que a enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que a você	1,1
39. Estar aborrecido	1,1
12. Enfermagem e médicos falando muito alto	1,2
3. Sentir que a enfermagem está muito apressada	1,2

33. Ver bolsas de soro penduradas sobre sua cabeça	1,3
23. Não saber quando vão ser feitos procedimentos em você	1,4
8. Ser freqüentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem	1,5
43. Ouvir pessoas falando sobre você	1,5
17. Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito	1,6
7. Escutar o telefone tocar	1,7
29. Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia	1,9
32. Sentir dor	1,9
5. Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia	1,9
1. Estar preso por tubos e drenos	2,0
46. Desconhecer o tempo de permanência na UTI	2,1
13. Ter que usar oxigênio	2,2
9. Ter máquinas estranhas ao seu redor	2,5
26. Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes	2,6
19. Não saber que horas são	2,8
21. Ter homens e mulheres no mesmo quarto	2,8
6. Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis	2,9
20. Escutar o gemido de outros pacientes	2,9
34. Ser furado por agulhas	2,9
49. Ter medo de pegar AIDS	2,9
18. Ficar com tubos/sondas no nariz e/ou na boca	3,0
38. Não saber que dia é hoje	3,1
42. Estar em um quarto muito quente ou muito frio	3,2
4. Ter sede	3,2
48. Ter preocupações financeiras	3,2
47. Estar incapacitado para exercer o seu papel na família.	3,3
11. Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos	3,3
44. Não conseguir se comunicar	3,3
16. Escutar o alarme do seu monitor cardíaco disparar	3,4
27. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	3,4
40. Não ter privacidade	3,5
24. Ser acordado pela enfermagem	3,6
31. Ter luzes acesas constantemente	3,7
14. Sentir falta do marido, esposa, ou companheiro (a)	3,7
37. Não ter controle sobre si mesmo	3,8
22. Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia	3,9
25. Escutar sons e ruídos desconhecidos	3,9
45. Sentir medo de morrer	4,0
28. Não conseguir dormir	4,0

Fonte: Dados primários levantados por meio de questionário aplicado aos sujeitos do estudo.

8. DISCUSSÃO

Ao investigar os principais estressores percebidos pelos pacientes que estiveram internados em uma Unidade de Terapia Intensiva adulta, por um período de tempo igual ou superior a 72 horas, verificamos que os itens avaliados como mais estressantes ser acordado pela enfermagem, ter luzes acesas constantemente, sentir falta do companheiro, não ter controle sobre si mesmo, ver família e amigos apenas por alguns minutos por dia, escutar sons e ruídos desconhecidos, sentir medo de morrer e não conseguir dormir foram apontados como os principais causadores de estresse. Nossos resultados corroboram outros estudos disponíveis na literatura.

Em estudo que avaliou a percepção do estresse em 32 pacientes durante três dias de internação, observou-se que os fatores estressores do primeiro dia e que permaneceram nos dias subsequentes foram “sentir falta do marido e/ou esposa” e “não ter controle de si mesmo”. No terceiro foram citados o fator “não conseguir dormir” item que não havia sido observado nos dois primeiros dias (HEIDEMANN, et al, 2011). Resultados estes da literatura que corroboram com o nosso presente estudo que identificou os fatores de maior estresse “sentir falta do marido/esposa ou companheiro”, “não conseguir dormir” e “não ter controle de si mesmo”.

Em outro estudo realizado em pacientes internados em Unidades de Internação de Clínica Cirúrgica e Médica, após a alta da UTI, o item “não conseguir dormir”, foi considerado o 2º mais estressante, sendo “Sentir falta do marido, esposa, ou companheiro (a)” o 4º fator mais estressante e “Ter luzes acesas constantemente” e “Não ter controle sobre si mesmo”, considerados os 5º mais estressantes (DESSOTTE, et al, 2016)

Sentir medo de morrer foi classificado como extremamente estressante pelo maior número de participantes em estudo que analisou 106 pacientes entre 72 horas e sete dias de internação em UTI de adultos (ROSA, et al, 2009). Este é um item encontrado em nosso estudo como segunda maior causa do estresse.

Ser acordado pela enfermagem foi identificado como um dos sete fatores de maior estresse, em uma pesquisa que avaliou 40 pacientes internados em UTI, o qual pode transmitir a sensação de estar sendo acordado para receber uma notícia ruim ou de

comprometer o padrão sono repouso (VEIGA; VIANA; MELO, 2013), corroborando com nosso estudo, onde o mesmo item ocupou o oitavo lugar no ranking.

Não conseguir dormir pode ser ocasionado por diversos motivos, o ambiente da UTI, a causa da internação, tratamento, dentre outros. A privação do sono pode comprometer a saúde mental, e este fator estressor tem sido encontrado em diversos estudos (BITENCOURT, et al, 2007).

Não ter controle de si mesmo, foi identificado como o segundo fator de maior estresse em pacientes internados em UTI, observando que ser totalmente dependente do cuidado e não ter autonomia, compromete a saúde mental do paciente (SILVA, 2016), foi considerado em nossa pesquisa o 5º fator de maior estresse.

Ver a família e os amigos por apenas alguns minutos por dia ocupou o 5º lugar no ranking dos fatores estressores, vínculo afetivo este que ao ser rompido ou distanciado proporciona adoecimento (SILVA, 2016), corroborando com nosso estudo em que este item foi o 4º maior estressor.

Ambiente com ruídos proporciona o estresse, pois compromete o padrão sono repouso, promove ansiedade e predispõem o paciente ao uso de medicações para controlar seus efeitos (CVACH, 2012).

Comparativo ao nosso estudo, ter a luz constantemente acessa foi evidenciado o sétimo fator de maior estresse em pacientes internados. A luminosidade constante compromete o sono repouso e a percepção de manhã e noite, deixando-o confuso e irritado (DIAS; RESENDE; DINIZ, 2015).

9. RESULTADO DO PROTOCOLO

Após a aplicação do questionário validado ESQ e análise das respostas, os fatores estressores durante a internação em UTI que obtiveram maior escore foram: ser acordado pela enfermagem, ter luzes acesas constantemente, sentir falta do companheiro, não ter controle sobre si mesmo, ver família e amigos apenas por alguns minutos por dia, escutar sons e ruídos desconhecidos, sentir medo de morrer e não conseguir dormir foram apontados como os principais causadores de estresse.

Com o intuito de orientar a equipe de enfermagem para o cuidado ao paciente elaborou-se diagnósticos de enfermagem NANDA, intervenções de enfermagem NIC e sugestões para implementação das intervenções baseadas em evidências científicas, por meio de pesquisa prévia em bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF e SCIELO, para cada fator estressor.

O protocolo foi dividido em 5 Eixos introdutórios que pretendem apresentar as evidências em relação ao fator estressor, 12 Diagnósticos NANDA-I, 12 Intervenções NIC e Implementações, seguidos de orientações para a prática e profissionais executores.

PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS EM UTI

TÍTULO: Protocolo assistencial baseado em evidências para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva -UTI

INSTITUIÇÃO: Escola de Enfermagem de Manaus – EEM / Universidade Federal do Amazonas – UFAM

PRODUÇÃO TÉCNICA: Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem no Contexto Amazônico –UFAM

ELABORAÇÃO: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico – Mestranda Silvani Vieira Cardoso, sob a orientação da Prof^a Dr^a Alaidistania Aparecida Ferreira, coorientação da Prof Dr. José Ricardo e colaboração do Prof Dr.David Márcio Barreto.

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Etapas da pesquisa:

1. Aplicação do questionário validado e do instrumento semiestruturado para avaliação sociodemográfica em pacientes que estiveram internados em UTI por, no mínimo, 3 dias; que tivessem recebido alta da UTI em até 72 horas e que estivessem internados em setor de clínica médica durante a entrevista;

2. Análise quantitativa dos dados;

3. Construção do protocolo assistencial por meio do resultado obtido durante a pesquisa.

Público-alvo: Enfermeiros (as) e técnicos (as) de enfermagem que atuam em Unidade de Terapia Intensiva.

Conteúdos: O protocolo é composto por Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem NANDA, Intervenção de Enfermagem NIC, Implementação das intervenções por meio de evidência científica, Orientações para a prática assistencial, Profissionais executores, ambos baseados nos fatores estressores com maior escore identificados na pesquisa. E contribuição para a Enfermagem.

Tipo e natureza da produção técnica: Tecnologia leve-dura estruturado em formato de protocolo assistencial.

Meio de Divulgação: Após a validação o protocolo disponibilizado para as UTI's do estado do Amazonas.

Finalidade do produto: Orientar e fornecer subsídio teórico baseado em evidências para o cuidado, proporcionando melhora e qualidade da assistência ao paciente durante a internação em UTI. Difundir conhecimento e evidências científicas relacionadas as intervenções sugeridas para redução do estresse do paciente, reduzindo danos e traumas futuros. Além de proporcionar reflexão acerca das práticas assistenciais rotineiras e tecnicistas.

Contribuições para a prática de enfermagem: O protocolo assistencial baseado em evidências para redução do estresse em pacientes internados em UTI, possibilita o acesso rápido e orientativo aos profissionais de enfermagem. É uma tecnologia estruturada, planejada e elaborada por meio do processo de enfermagem, contendo histórico, diagnóstico, intervenção e implementação, considerando que a avaliação deverá ser contínua.

O estresse durante a internação expõe o paciente a sofrer impactos que podem repercutir no desencadeamento ou agravamento de doenças, assim como a insatisfação em relação a assistência prestada.

Os benefícios que podem ser gerados por meio da utilização de um protocolo assistencial baseado em evidências estão relacionados ao paciente, a família, ao

profissional de enfermagem e a instituição, por meio de prevenção e redução de danos, e segurança para a instituição. Por meio deste, pode-se padronizar o cuidado, ofertando qualidade de vida biopsicoespiritual ao paciente.

Orientou-se o acompanhamento dos resultados por meio de indicadores de qualidade assistencial, discussão dos casos e programas educacionais que promovam o treinamento e qualificação do profissional.

A implicação para a prática destaca-se o cuidar holístico, observando as nuances e necessidades do paciente que ultrapassam a esfera do tratamento medicamentoso e tecnicista. A padronização das atividades assistenciais garante a sua continuidade e aprimoramento. Fornecer suporte orientativo ao profissional que cuidar é de suma importância, visto que durante a prática podem não ser observados fatores estressores, devido a rotina hospitalar.

Informamos que há conflitos de interesse dos autores.

Foram elaborados eixos introdutórios definidos pelos autores que propõe apresentar as evidências relacionadas ao fator estressor.

INTRODUÇÃO

Este protocolo assistencial baseado nas melhores evidências científicas elaborado por meio do projeto de mestrado titulado “Tecnologia de Cuidado para Redução do Estresse em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI” no qual o objetivo foi propor uma tecnologia de cuidado para redução do estresse do paciente internado em UTI. As intervenções sugeridas estão de acordo com as normas que regem o exercício profissional de enfermagem.

Trata-se de uma tecnologia leve-dura, estruturado em formato de protocolo assistencial com a finalidade de padronizar e orientar as ações da equipe de enfermagem acerca das intervenções e cuidados baseados em evidências para reduzir o estresse do paciente durante a internação em UTI. Difundir o conhecimento e dar suporte metodológico aos profissionais.

A utilização de instrumentos padronizados para avaliar estresse e ansiedade do paciente, favorecem a antecipação dos fatores atenuadores e prevenção dos eventos. (FUENTE-MARTOS, et al, 2018)

O protocolo assistencial de cuidados de enfermagem apresentado para redução do estresse do paciente internado em UTI é um projeto inovador e pioneiro, com potencial para contribuir nas UTI's inseridas no contexto Amazônico.

Pretende-se com este protocolo orientar e oferecer subsídios aos profissionais de enfermagem, assim como proporcionar um cuidado centrado no paciente visando a redução do estresse durante a internação na UTI.

TEORIA DE ENFERMAGEM

Na construção do processo do cuidado a enfermagem utiliza Teorias, que contribuem para a compreensão e descrição da sua atuação, assistindo o paciente em todas as fases da vida e prestando atendimento de prevenção, promoção e reabilitação.

Considerando-se o paciente como um ser holístico, e a Teoria de Wanda Horta corrobora ao afirmar que o indivíduo é dotado de necessidades humanas básicas, dividindo-se em categorias de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (Llapa-Rodriguez, et al, 2017).

O entendimento que os pacientes internados em unidade de terapia intensiva sofre com o estresse e possuem comprometimento das suas necessidades humanas básicas necessitando de apoio da enfermagem, aplicamos esta teoria na elaboração do processo de enfermagem que compõe este protocolo assistencial.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

A coleta de dados sistemáticos, a agregação e análise dos fatores estressores forneceu informações pertinentes e a elaboração de evidências.

Após a aplicação do questionário validado ESQ e análise das respostas, os fatores estressores durante a internação em UTI que obtiveram maior escore foram: ser acordado pela enfermagem, ter luzes acesas constantemente, sentir falta do companheiro, não ter controle sobre si mesmo, ver família e amigos apenas por alguns

minutos por dia, escutar sons e ruídos desconhecidos, sentir medo de morrer e não conseguir dormir foram apontados como os principais causadores de estresse.

Os itens com menor estresse percebido foram, sentir-se pressionado a concordar com o tratamento (0,0), escutar a equipe de enfermagem falar termos que eu não entendo (0,3), não receber explicações sobre o seu tratamento (0,5), receber cuidados de médicos que não conheço (0,5), não ter noção de onde você está (0,5), sentir cheiros estranhos ao seu redor (0,7) e membros da enfermagem não se apresentar pelo nome (0,9).

O item sentir falta do marido, companheiro ou esposa, foi apontado como extremamente estressante por 96 pacientes e moderadamente estressante por 8 pacientes.

Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia foi citado como extremamente estressante por 98 paciente e muito estressante por 6 pacientes.

Ser acordado pela enfermagem foi apontado como extremamente estressante por 68 pacientes, muito estressante por 30 pacientes e moderadamente estressante por 6 pacientes.

Escutar sons e ruídos desconhecidos foi apontado como extremamente estressante por 94 pacientes e muito estressante por 8 pacientes.

Não conseguir dormir foi apontado como extremamente estressante pelos 104 pacientes entrevistados.

Ter luzes acesas constantemente foi citado como extremamente estressante por 75 pacientes e muito estressante por 29 pacientes.

Não ter controle sobre si mesmo foi apontado como extremamente estressante por 90 pacientes e muito estressante por 14 pacientes.

Sentir medo de morrer foi apontado como extremamente estressante por 102 pacientes e muito estressante por 2 pacientes.

Com o intuito de orientar a equipe de enfermagem para o cuidado ao paciente elaborou-se diagnósticos de enfermagem NANDA, intervenções de enfermagem NIC e sugestões para implementação das intervenções baseadas em evidências científicas, por meio de pesquisa prévia em bases de dados MEDLINE, LILACS, BDNF e SCIELO, para cada fator estressor.

O protocolo foi dividido em eixos introdutórios que pretendem apresentar as evidências em relação ao fator estressor.

EIXO 1 - QUALIDADE DO SONO

Distúrbios do sono comprometem a qualidade da saúde do paciente durante a internação hospitalar, ocasionado por fatores estressores relacionados a mudança de ambiente envolvendo ruídos, temperatura, luminosidade, dentre outros.

O tratamento para estes distúrbios ainda é considerado complexo, embora se implemente terapias farmacológicas para tratá-los, nem sempre há uma resposta positiva, devido ao fator a que este distúrbio pode estar relacionado, podendo haver reações adversas ao uso prolongado. A associação de terapia farmacológica com a terapia não farmacológica, como relaxamento muscular profundo e terapia cognitiva comportamental, podem ser utilizados para promover qualidade no sono do paciente (ABAD; GUILLEMINAULT, 2015).

O uso da ventilação mecânica, principalmente no modo com suporte para pressão, é um fator estressor de alteração de padrão de sono repouso, porém é necessário o uso deste suporte ventilatório para manutenção da homeostase. O uso de protetores auriculares máscaras oculares, são cuidados humanizados que promovem o conforto o sono (HU FANG, et al, 2015)

FATOR ESTRESSOR: SER ACORDADO PELA ENFERMAGEM

Diagnóstico NANDA: Privação de sono

Intervenção de Enfermagem NIC: Controle do Ambiente: Conforto

IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO - CUIDADO DE ENFERMAGEM BASEADO NO CONFORTO DO PACIENTE PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE

IMPLEMENTAÇÃO 1. AGRUPAMENTO DE CUIDADOS: O agrupamento de cuidados é uma intervenção necessária para redução do estresse do paciente, o qual durante a internação passa por diversas avaliações e procedimentos, tanto no período matutino como noturno. Agrupar cuidados no período matutino e privilegiar o período

noturno para a assistência na continuidade e qualidade do sono em pacientes internados unidade de terapia intensiva, é um fator atenuante do estresse e melhora a estadia do paciente (HAMZE; SOUZA; CHIANCA,2015)

ORIENTAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO: Preferir o período diurno para realização de procedimentos. Estabelecer horário de pausas de procedimento, toques e cuidados ao paciente, proporcionando o sono repouso do paciente. Atenta-se ao paciente com sedação intermitente, no qual o padrão de sono é alterado ou comprometido devido a estratégia terapêutica. Orienta-se esta intervenção em pacientes sem sedação ou em desmames.

PROFISSIONAL EXECUTOR: Enfermeiros (as) e Técnicos (as) de Enfermagem

FATOR ESTRESSOR: NÃO CONSEGUIR DORMIR

Diagnóstico NANDA: Padrão de Sono Prejudicado

Intervenção de Enfermagem NIC: Controle do Ambiente: Conforto

FATOR ESTRESSOR: TER LUZES ACESAS CONSTANTEMENTE

Diagnóstico NANDA: Conforto

Intervenção de Enfermagem NIC: Melhora do Sono

IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES: CUIDADO DE ENFERMAGEM BASEADO NO CONFORTO DO PACIENTE PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE

IMPLEMENTAÇÃO 1. CONFORTO DO AMBIENTE: O controle da iluminação e leitos confortáveis com colções adequados e de qualidade são medidas de conforto que melhoram a qualidade de vida, o humor e a experiência de estar hospitalizado e dependente de cuidado. (GONGORA; HEREDIA, 2018).

IMPLEMENTAÇÃO 2. TERAPIAS COMPLEMENTARES: A terapia com aromas envolve a utilização de óleos essenciais com aromas diversos que promovem o relaxamento. A aromaterapia do tipo lavanda tem efeito positivo para a redução do

estresse, controle da frequência cardíaca e promoção da qualidade do sono (CHO; LEE; HUR, 2017).

ORIENTAÇÃO PARA A IMPLEMENTAÇÃO: Realizar controle de luminosidade e ruídos, principalmente, no período noturno. Verificar o posicionamento confortável do paciente, por meio de uso de coxins, lençóis sem dobraduras e prevenção de cisalhamento.

PROFISSIONAL EXECUTOR: Enfermeiros (as) e Técnicos (as) de Enfermagem

EIXO 2 - DEFICIT NO AUTOCUIDADO

A enfermagem ao compreender e desenvolver a comunicação e a escuta como sendo cuidado de enfermagem que reduzem o estresse do paciente hospitalizado, desenvolve uma relação de confiabilidade com o paciente, sendo estes cuidados essenciais para a melhoria do quadro do paciente (CASTRO; ROSERO, 2015).

O cuidado com a promoção da autonomia do paciente visa o compartilhamento nas tomadas de decisões, entre paciente e equipe. O cuidado torna-se individualizado e personalizado baseado nos valores, princípios e desejos do paciente (CAI, et al, 2015).

O banho no leito é mais do que mero procedimento e sim cuidado científico dotado de um momento terapêutico e de relaxamento. Valorizando a essencial do outro, respeitando a sua singularidade e sua privacidade, o qual em sua dependência de cuidado pode ter conforto por do cuidado de enfermagem (TAETS, FIGUEIREDO, 2016).

FATOR ESTRESSOR: NÃO TER CONTROLE SOBRE SI MESMO

Diagnóstico NANDA: Risco de dignidade humana comprometida

Intervenção de Enfermagem NIC: Troca de Informações sobre Cuidados de Saúde

Diagnóstico NANDA: Déficit no autocuidado para banho

Intervenção de Enfermagem NIC: Fortalecimento da Autoestima

IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES - CUIDADO DE ENFERMAGEM BASEADO NO CONFORTO DO PACIENTE PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE

IMPLEMENTAÇÃO 1. SINGULARIDADE DO PACIENTE: Valorizando a

essencial do outro, respeitando a sua singularidade e sua privacidade, o qual em sua dependência de cuidado pode ter conforto no cuidado de enfermagem (TAETS, FIGUEIREDO, 2016).

ORIENTAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO: Durante o apoio proporcionar um ambiente calmo e tranquilo. Verificar a temperatura da água para que a mesma esteja morna. Conversar com o paciente, pedir permissão para iniciar o banho, interagir com o paciente, verificar se o paciente tem alguma singularidade de cuidado para o banho e ofertar cuidado baseado nas necessidades do paciente. O novo código de ética do profissional de enfermagem, resolução 564/2017, descreve em seu Capítulo II dos Deveres, no art. 50. Assegurar a prática profissional mediante consentimento prévio do paciente, representante ou responsável legal ou decisão judicial e no Capítulo III das Proibições, no art. 77 – Executar procedimentos ou participar da assistência a saúde sem o consentimento formal da pessoa ou de seu representante ou responsável legal, exceto em iminente risco de morte.

PROFISSIONAL EXECUTOR: Enfermeiros (as) e Técnicos (as) de Enfermagem

Diagnóstico NANDA: Déficit no autocuidado para alimentação

Intervenção de Enfermagem NIC: Assistência no Autocuidado

IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO - CUIDADO DE ENFERMAGEM BASEADO NO CONFORTO DO PACIENTE PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE

IMPLEMENTAÇÃO 1. COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL: O toque, a escuta e o olhar terapêutico, humanização fornecem empatia àquele que está dependente de cuidado (TAETS, FIGUEIREDO, 2016).

ORIENTAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO: Cuidar com empatia. Realizar a alimentação do paciente observando orientações relacionadas a temperatura da

alimentação, tempo de deglutição e higiene oral. Humanizando o cuidado, não tornando-o tecnicista.

PROFISSIONAL EXECUTOR: Enfermeiros (as) e Técnicos (as) de Enfermagem

Diagnóstico NANDA: Déficit no autocuidado para higiene íntima

Intervenção de Enfermagem NIC: Assistência no Autocuidado

IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO - COMUNICAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO 1. CONFIABILIDADE: Desenvolve uma relação de confiabilidade com o paciente, sendo estes cuidados essenciais para a melhoria do quadro do paciente (CASTRO; ROSERO, 2015).

ORIENTAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO: Estabelecer vínculo de confiabilidade com o paciente, para que durante a higiene íntima, ele se sinta cuidado com privacidade e singularidade. Se apresentar, explicar o procedimento, solicitar permissão, utilizar lenços aquecidos e evitar qualquer tipo de comentário que possa constranger no paciente.

PROFISSIONAL EXECUTOR: Enfermeiros (as) e Técnicos (as) de Enfermagem

EIXO 3 - INTERAÇÃO FAMILIAR

Em unidade de terapia intensiva, a promoção da autonomia do paciente pode ser limitada de acordo com o nível de gravidade do quadro, há então a possibilidade realizar abordagens com a família, incluindo-as como parte importante do processo de cuidar (CAI, et al, 2015)

Decisões compartilhadas com a família repercutiu de forma sistêmica, sendo benéfica à equipe, ao paciente e à família, a qual percebe-se integrante do cuidado de seu familiar (FUENTE-MARTOS, et al, 2018)

**FATOR ESTRESSOR: VER FAMÍLIA E AMIGOS APENAS POR ALGUNS
MINUTOS POR DIA**

Diagnóstico NANDA: Interação social prejudicada
Intervenção de Enfermagem NIC: Manutenção do Processo Familiar

Diagnóstico NANDA: Risco de solidão
Intervenção de Enfermagem NIC: Manutenção do Processo Familiar

FATOR ESTRESSOR: SENTIR FALTA DO COMPANHEIRO

Diagnóstico NANDA: Processos familiares interrompidos
Intervenção de Enfermagem NIC: Facilitação da Presença da Família

**IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES - CUIDADO DE ENFERMAGEM
CENTRADO NA FAMÍLIA COMO PLANO DE CUIDADO**

IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO 1. HORÁRIOS DE VISITAS: A flexibilização de horários e períodos de visitas de familiares atenuaram o estresse dos pacientes e de seus familiares, que conseguiram organizar e conciliar o tempo, diminuindo a solidão do paciente e a saudade do familiar. Melhorando o vínculo e a experiência de estar internado em uma unidade de cuidados intensivos (FUENTE-MARTOS, et al, 2018) Isso corrobora com outro estudo realizado com profissionais de enfermagem, os quais atribuem que a privacidade do paciente no leito, a flexibilidade e extensão do tempo de visita, informações claras e compreensivas e um ambiente tranquilo, são cuidados que proporcionam conforto, confiança, reduzindo o estresse do paciente. (BACKES; ERDMANN; BUSCHER, 2015).

ORIENTAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO 1. Discutir com a equipe de coordenação da unidade de terapia intensiva, flexibilização de horário de visitas, proporcionando período de tempo maior ou quantitativo de visitas por dia.

IMPLEMENTAÇÃO 2. TERAPIAS COMPLEMENTARES: A música, a conversação, a interação social, como estratégia de comunicação para pacientes com a comunicação prejudicada reduzem a solidão ocasionada pelo distanciamento social e

familiar, reduz o estresse por meio do respeito e valorização do outro. LANA; et a, 2018)

ORIENTAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO 2: Disponibilizar o acesso a musicoterapias, permitindo ao paciente escutar músicas ou gravações de mensagens da família, estimular o uso de vídeo-chamadas, durante o período de internação. Estimular e orientar a família para o toque, a conversação e a interação familiar.

PROFISSIONAL EXECUTOR: Enfermeiros (as), Técnicos (as) de Enfermagem, Coordenação da Unidade

EIXO 4 - O AMBIENTE

Em momentos estressantes com desgastes emocionais e delirium, estar próximo, demonstrar empatia, fornecer apoio, e exercer uma comunicação terapêutica, tranquiliza e atenua do estresse (CULLINANE; PLOWRIGHT, 2013)

FATOR ESTRESSOR: ESCUTAR SONS E RUÍDOS DESCONHECIDOS

Diagnóstico NANDA: Medo

Intervenção de Enfermagem NIC: Controle do Ambiente

Diagnóstico NANDA: Ansiedade

Intervenção de Enfermagem NIC: Técnica para Acalmar

IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES: CUIDADO DE ENFERMAGEM BASEADO NO CONFORTO DO PACIENTE PARA REDUÇÃO DO ESTRESSE

IMPLEMENTAÇÃO 1. RUÍDOS: O ambiente pode contribuir para o adoecimento ou recuperação, ao influenciar no psicológico do paciente. Ambientes com barulhos, ruídos, conversar e risadas altas, interferem no período de sono repouso do paciente. Ambiente com controle de ruídos, principalmente, em horário de descanso do paciente melhora o conforto e o estresse durante a internação. (CASTRO; ROSERO, 2015).

ORIENTAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO 1: Orientar sobre a restrição do uso de sapatos com salto. Atentar ao fechar a tampa da lixeira. Não arrastar móveis e ou

equipamentos. Não toques ou alarmes de celulares. Atentar para o barulho das conversas e risadas.

PROFISSIONAL EXECUTOR: Enfermeiros (as), Técnicos (as) de Enfermagem e equipe multidisciplinar.
--

EIXO 5 - MORTE

Estar internado em uma unidade de cuidados intensivos pode desencadear o estresse. A perda da noção do tempo, a ansiedade, o medo e a solidão, são fatores estressores que podem ser atenuados por meio da acolhida e qualidade do cuidado, assim como o respeito à crenças, um ambiente tranquilo, o apoio espiritual. (CASTRO; ROSERO, 2015)

FATOR ESTRESSOR: SENTIR MEDO DE MORRER

Diagnóstico NANDA: Ansiedade relacionada à morte
--

Intervenção de Enfermagem NIC: Apoio Emocional
--

IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO: A COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO-VERBAL

IMPLEMENTAÇÃO 1. ESCUTA: A comunicação e a escuta qualificada a pacientes com comunicação verbal presente ou com comunicação verbal prejudicada, sendo um cuidado de enfermagem individualizado com apoio espiritual, reduzem o estresse durante a experiência de internação em uma unidade de terapia intensiva (CASTRO; ROSERO, 2015)
--

IMPLEMENTAÇÃO 2. TERAPIAS DE RELAXAMENTO: A estimulação da cognição por meio de tecnologias de realidade virtuais, que transmitem cenas e vídeos promovem o relaxamento, promoção de conforto, controle da frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial média e melhora do nível de atenção, sendo esta uma tecnologia que restaura as funções cognitivas e reduz o estresse psicológico
--

(GERBER, et al, 2017)

ORIENTAÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÕES 1 e 2: Escutar o paciente em relação as suas dores, tristezas, lamentações e medos. Fornecer apoio emocional e espiritual. Estimular e orientar a família para contribuir com a fé, a esperança e a motivação do paciente.

PROFISSIONAL EXECUTOR: Enfermeiros (as) e Técnicos (as) de Enfermagem

10. DISCUSSÃO DO PROTOCOLO

O protocolo proposto foi elaborado por meio dos fatores estressores que foram evidenciados na pesquisa primária. Os resultados serviram de subsídios para construção.

Optou-se por uma construção orientada pela resolução 358/2009 do COFEN, que dispõem que em todos os ambientes têm assistência de enfermagem, seja público ou privado deve-se implementar o Processo de Enfermagem, o qual é um método científico que orienta, organiza e gerencia a prática. É composto por 5 etapas, sendo elas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem.

Em nosso protocolo utilizamos optamos pela utilizando das taxonomias NANDA-I e NIC.

A taxonomia NANDA-I orienta e fornece apoio de diagnóstico por meio da avaliação sistemática, contribuindo para a melhora da prática. Para construção deste protocolo utilizamos NANDA-I 2018-2020, que possui 244 diagnósticos de enfermagem, agrupados em 13 domínios e 47 classes. Os diagnósticos dividem-se em: diagnóstico com foco no problema; diagnóstico de risco e diagnóstico de promoção da saúde (NANDA-I, 2018).

A taxonomia NIC – Intervenção de enfermagem é baseado no julgamento, raciocínio e decisões clínicas. As intervenções estão relacionadas aos diagnósticos NANDA-I, visando intervir por meio do cuidado nas alterações identificadas ao paciente (BARROS, 2009).

Inicialmente verificou-se quais os fatores estressores que obtiveram maior escore. Para cada fator estressor elaborou-se um diagnóstico de enfermagem NANDA-I, Intervenção de enfermagem NIC, Implementação do Cuidado baseado nas evidências

científicas encontradas previamente em revisão integrativa.

A proposta foi construir um protocolo orientativo para a equipe de enfermagem em relação aos eventos estressores, causas e cuidados para serem implementados para proporcionar melhor qualidade de vida durante a internação.

Esta proposta de protocolo sofreu alterações em seu formato e conteúdo, pois buscou-se construir uma tecnologia de fácil compreensão e aplicação.

A elaboração de um protocolo de cuidados baseado em evidências científicas e taxonomias de enfermagem NANDA-I e NIC, proporciona inovação na prática do cuidado.

A essência da enfermagem é cuidar, nessa complexidade de gerenciamento do cuidar, as tecnologias possuem características que melhoram a comunicação, a padronização da assistência e identificação das funções de cada profissional. O ordenamento assistencial é um subsídio para aplicação do cuidado (KRAUSE, et al, 2018).

O Eixo 1 discorreu a respeito da qualidade de sono, onde percebeu-se no fator estressor a alteração do padrão de sono repouso, ocasionado por fatores modificáveis ter a luz acesa e ser acordado pela enfermagem, sendo fator não conseguir dormir multifatorial, podendo envolver fatores modificáveis e não modicáveis que necessitarão de avaliação e terapia clínica.

O Eixo 2 abordou o déficit do autocuidado, por meio do fator estressor não ter controle de si, o qual percebe-se na prática sendo um fator não modificável, porém, que pode ser refletido e com a abordagem humanística proporcionar melhor enfrentamento do paciente.

O Eixo 3 apresentou a Interação familiar, por meio dos fatores estressores ver a família apenas alguns minutos por dia e sentir falta do companheiro, sendo fatores modificáveis, que necessitam que reflexão administrativa e implementação de práticas flexíveis que proporcionem diminuição do isolamento social e distanciamento familiar, ocasionado no período de internação.

O Eixo 4 abordou o Ambiente, por meio do fator estressor escutar ruídos

desconhecidos, sendo este um fator modificável. Os ruídos podem ser controlados com práticas educativas em relação a como utilizar a tampa da lixeira e outros dispositivos que evidenciem a alteração de parâmetros em monitores e bombas de infusão, a proibição de saltos, de alarmes de celulares ou outros dispositivos. Medidas que podem contribuir para a melhor acomodação do paciente.

Os ruídos constantes ocasionam desconforto e aumento do estresse, a exposição contínua a este estressor pode desencadear surtos e alterações fisiológicas (ANDRADE; RESENDE, 2014).

Alteração no padrão de sono, isolamento social e distanciamento familiar, associados e o déficit de orientação a respeito do prognóstico e do tratamento são fatores estressores que ocasionam o desenvolvimento da ansiedade, nota-se então a necessidade da assistência de enfermagem voltada para a aplicação de cuidados que compreendam e orientem o paciente (NESAMI, et al, 2016)

O processo de internação provoca ruptura de vínculos, alterando hábitos e rituais do paciente. O ambiente que o isola do meio externo por ser um fator estressor, pode causar adoecimento, porém, as experiências externas é que irão determinar o enfrentamento ao estresse (LEE; LEE; KIM, 2011)

O Eixo 5 abordou a Morte, por meio do fator estressor sentir medo de morrer, sendo um fator modificável ao proporcionar ao paciente apoio e a compreensão da morte-morrer. E não modificável em casos de terminalidade. No ambiente hospitalar os pacientes são submetidos a técnicas avançadas de prolongamento da vida, através de tecnologias altamente sofisticadas. No entanto, mesmo em meio a tanta modernidade, os pacientes não escapam à solidão e à impessoalidade do atendimento.

A rejeição da morte pode ser explicada com mitos, como exemplo, a história de Adão e Eva, em que os mesmos foram punidos com a morte por terem comido do fruto proibido. Incorporou-se talvez a idéia de que a morte é um castigo, e esta é a forma mais comum e antiga de os humanos enfrentarem o fim da vida. Afastamos a morte de nós para que não precisemos aceitar a idéia de que um dia também vamos morrer e interiorizamos o pensamento de que “os outros morrem, eu não”. Nascer e morrer são consequências da vida natural, a diferença será na forma de interpretação das mesmas, o que fará deste momento traumático ou harmonioso. Portanto, o problema não é a morte em si, e sim o conhecimento que trazemos sobre ela (ELIAS, 2001)

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreende-se que em sua maioria, os fatores estressores diagnosticados na pesquisa são modificáveis e que necessitam de empenho da equipe para práticas humanizadas.

Em ambiente hospitalar, não se pode perder de vista que o que está sob os cuidados da equipe de saúde é um ser humano, e que as práticas de saúde, constituindo-se num micro-sistema imerso no grande conjunto cultural, crenças e hábitos.

As relações e o cuidado se desenvolvem a partir de atitudes, reflexões e novos paradigmas. Em um ambiente de UTI as práticas efetivamente humanizadas e que respeitem a dignidade do paciente, tornam um ator a ser levado em conta, e que deve presidir respeitado e cuidado.

As práticas assistências precisam ser repensadas se partirmos do pressuposto do cuidado holístico, tratar a doença do paciente é diferente de proporcionar cuidado durante a internação, ambos se complementam.

Pretendemos implementar este protocolo no hospital pesquisado, avaliar juntamente com os (as) enfermeiros (as) assistenciais a sua adesão e após validar.

Almejamos que os resultados obtidos nessa pesquisa de elaboração de tecnologia possa difundir-se e orientar a prática profissional de enfermagem.

12.REFERÊNCIA

ABAD, V.C; GUILLEMINAULT, C. Pharmacological Treatment of Sleep Disorders and Its Relationship With Neuroplasticity. **Current topics in Behavioral Neurosciences**. Vol. 25. 2015 Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-662-46878-4>. Acesso em 05 de maio de 2020.

ADOLHE, R; et al. Estresse, coping e burnout da Equipe de enfermagem de unidades de terapia intensiva: fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol. 49, n. especial.2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000700058. Acesso em 25 de agosto de 2020.

AMAYA MR, Paixão DPSS, SARQUIS LMM, CRUZ EDA. Construção e validação de conteúdo de checklist para a segurança do paciente em emergência. **Revista Gaúcha Enfermagem**. Vol.37. 2017 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500421&lng=en. Acesso em: 15 de maio de 2020.

ALMEIDA, J.K.C de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 35, n. 11. 2019. Disponível em: Acesso em 06 de maio de 2020.

ANDRADE, R.Z; RESENDE, M.C. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Perspectivas em Psicologia**. Vol. 18, N.1. Uberlândia. Jan-Jun 2014. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/29352>. Acesso em 05 de jul de 2020.

BACKES, M.T.S; ERDMANN, A.L; BUSCHER, A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino Americana em Enfermagem**. Vol. 23, n. 3. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf. Acesso em 04 de maio de 2020.

BITENCOURT, A.G.V; et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Vol. 19. N. 01. Jan-Jun 2007. São Paulo. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100007#:~:text=Em%20pacientes%20internados%20em%20UTI,como%20psicose%20da%20UTI7. Acesso em 09 de novembro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno Humaniza SUS – Saúde Mental. vol. 5.2015. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em 10 de junho de 2020.

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paulista**. Vol. 22. São Paulo. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paulista**. Vol. 22. São Paulo. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/03.pdf>. Acesso em: 10 de novembro de 2020.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 354/2017. Código de Deontologia de Enfermagem. Brasília, DF.

CARVALHO, J.C.R; ANDRADE, E.F; VALIM-ROGATTO, P.C; ROGATTO, G.P. Estresse em idosos participantes de um programa de atividades físicas. **Revista Digital Buenos Aires**. Vol. 18, n. 188. 2014. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd188/estresse-em-participantes-de-atividades-fisicas.htm>. Acesso em 20 de junho de 2020.

CAI, X; ROBINSON, J; MUEHLSCHLEGEL, S; WHITE, D.B; HOLLOWAY, R.G; SHETH, K.N; FRAENKEL, L; HWANG, D. Y. Patient Preferences and Surrogate Decision Making in Neuroscience Intensive Care Units. **Neurocrit Care**, vol. 23, n. 1. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4816524/>. Acesso em 20 de maio de 2020.

CULLINANE, J.P; PLOWRIGHT. Patients' and relatives' experiences of transfer from intensive care unit to wards. **British Association Nursing Critical Care**, vol. 18, n.6. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26612360/>. Acesso em 05 de maio de 2020.

CASTRO, E. S; ROSERO, E.V. Experiencia de estar hospitalizado en una unidad de cuidado intensivo coronario de Barranquilla. **Av. Enfermagem**, vol. 33, n. 3. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n3/v33n3a06.pdf>. Acesso em: 01 de maio de 2020.

COSTA, J. B. DA; MARCON, S. S. Elaboração e avaliação de um instrumento para 3. identificar memórias referentes à Unidade de Terapia Intensiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Cascavel, v. 58, n. 4, p. 223–230, 2009.

CHO, E.H; LEE, MY; HUR, MH. The Effects of Aromatherapy on Intensive Care Unit Patients' Stress and Sleep Quality: A Nonrandomised Controlled Trial. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5742427/>. Acesso em: 10 de maio de 2020.

CVACH, M. Monitor Alarm Fatigue: *An Integrative Review*. **Biomed Instrum Technol**. Vol. 46.n. 2. Jul. 2012. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/bit/article/46/4/268/200391/Monitor-Alarm-Fatigue-An-Integrative-Review>. Acesso em 09 de novembro de 2020.

CROZETA, K.; STOCCO. J.G.D.; LABRONICI, L.M.; MEIER, M. J. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem. **Acta Paulista**. Vol 23, n. 02. 2010. Disponível em: Acesso em 21 de junho de 2020.

DIAS, D. de S.; RESENDE, M. V.; DINIZ, G. do C.L. Estresse do paciente na terapia intensiva: comparação entre unidade coronariana e pós-operatória geral. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, Betim, v. 1, n. 27, jan, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v27n1/0103-507X-rbti-27-01-0018.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

DESSOTTE, C. A. M; et al. Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 69, n. 4. São Paulo. jul-ago, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267046623018.pdf>. Acesso em 29 de outubro de 2020.

ELIAS, N. A solidão dos moribundos: seguido de “envelhecer e morrer”. Rio de Janeiro: J. Zahar; 2001.

FREITAS, K. S.; MUSSI, F. C.; MENEZES, I. G. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 704–711, 2011.

FAUSTINO, T.N. **Prevenção e monitorização do delirium no idoso crítico**: Realização de uma intervenção educativa com a enfermagem. PEDREIRA, L.C. 180f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015.

FREITAS, M.R.; et al. Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura da OMS em cirurgias urológicas e ginecológicas, em dois hospitais de ensino de Natal. **Caderno de Saúde Pública**, Natal, v. 1, n. 30, jan, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00137.pdf>. Acesso em: 17 de jan. 2019.

FUENTE-MARTOS, C. de la.; ROJAS-AMEZCUA, M; GOMEZ-ESPEJO, G; LARA-AGUAVO.P; MORÁN-FERNANDEZ,E; AGUILAR-ALONSO, E. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. **Revista Medicina Intensiva**. Vol. 42, n.02. 2018. Disponível em: <https://www.medintensiva.org/es-implantacion-un-proyecto-humanizacion-una-articulo-S0210569117302206>. Acesso em 05 de maio de 2020.

GERBER, S. M, et al. Visuo-acoustic stimulation that helps you to relax: A virtual reality setup for patients in the intensive care unit. **Scientific Reports**. vol. 7, 2017. Disponível em: [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5643433/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5643433/). Acesso em 05 de abril de 2020.

GRADY, K; et al. Factors associated with stress and coping at 5 and 10 years after heart transplantation. **Journal of Heart and Lung Transplantation**. Vol. 32, n. 4. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3602911/#:~:text=Factors%20significantly%20related%20to%20higher,a%20higher%20intensity%20of%20stress>. Acesso em: 06 de abril de 2020.

HAMZE, F.L.; SOUZA, C.C.; CHIANCA, T. C. M. Influência das intervenções assistenciais na continuidade do sono de pacientes em unidade de terapia intensiva. **Revista Latino Americano em Enfermagem**. Vol. 23, n. 5. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692015000500789&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 05 de maio de 2020.

HEIDEMANN, A.M; et al. Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Vol. 23, n. 01. São Paulo. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-507X2011000100011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 09 de janeiro de 2020

HU FANG, R; et al. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. Vol. 10. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6517220/>. Acesso em 06 de maio de 2020

KRAUZER, I.M; et al. A construção de protocolos assistenciais no trabalho em enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. Vol. 22. Minas Gerais, 2018. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1087.pdf>. Acesso em: 09 de novembro de 2020.

KO, Y; JUNG, M; PARK, K. Effects of Aroma Inhalation Method on Test Anxiety, Stress Response and Serum Cortisol in Nursing Students. **Jornal da Academia Coreana de Fundamentos de Enfermagem**. Vol. 20, n. 4. 2013; 20 (4). Disponível em: <http://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201336161063505.page>. Acesso em 25 de maio de 2020

LANA, L.D; MITTMANN, P. S; MOSZKOWICZ, C.I; PEREIRA, C.C. Os fatores estressores em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. **Revista Electrónica Trimestral de Enfermería**. N. 52. 2018. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-580.pdf Acesso em: 01 de maio de 2020.

LLAPA-RODRIGUEZ, E. F et al. Construção reflexiva sobre o processo de enfermagem hospitalar. **COFEN**. Cap. 9. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/Cap%C3%ADtulo-9-CONSTRU%C3%87%C3%83O-REFLEXIVA-SOBRE-O-PROCESSO-DE-ENFERMAGEM-HOSPITALAR.pdf>. Acesso em 22 de outubro de 2020.

LEE, J.E; LEE, Y.W; KIM, H.S. Effects of Aroma Hand Massage on the Stress Response and Sleep of Elderly Inpatients. **Revista Coreana de Fundamentos de Enfermagem**. Vol. 18, n. 4. 2011. Disponível em: <http://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201111436241932.page>. Acesso em 25 de maio de 2020

MARQUES, C.M.; PINTO, A. M.; FIGUEIRA, J. **Alterações fisiopatológicas associadas ao stress**: Implicações na doença. 77f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.

MACEDO, J.W.L; SILVA, A.B. Afastamentos do Trabalho no Brasil por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC): o que revelam os números da Previdência Social?. **Revista Métodos e Pesquisa em Administração**, v. 3, n.1, p. 39-49, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/mepad/article/view/40644/20340>. Acesso em 09 de maio de 2020.

MENEZES-SILVA, R; et al. Inquérito epidemiológico em população idosa (parte II): saúde bucal, ansiedade, depressão, estresse e uso de medicamentos. **Sci Med**. Vol. 26, n. 1. 2016. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/297720644_Inquerito_epidemiologico_em_populacao_idosa_parte_II_saude_bucal_ansiedade_depressao_estresse_e_uso_de_medicamentos. Acesso em 20 de junho de 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Nova comissão nacional de incorporação de tecnologias de saúde e impacto ao sistema único de saúde. 2011 Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_gestao_tecnologias_saude.pdf. Acesso em 19 de jun. 2020.

MERHY, E.E. Saúde: A cartografia do trabalho vivo. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MONTEIRO, M.C; MAGALHÃES, A.S; FÉRES-CARNEIRO, T; MACHADO, R.N. Terminalidade em uti: dimensões emocionais e éticas do cuidado do médico intensivista **Psicologia em Estudo**. v. 21, n. 1. 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28480/pdf>. Acesso em 20 de junho de 2020.

NIETSCHE, E. A.; et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 182-189, jan-abr, 2012.

OHTAKE, P.J; et al. Impairments, activity limitations and participation restrictions experienced in the first year following a critical illness: protocol for a systematic review. **BMJ Open**. Vol. 7, n. 1. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5278234/>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. Delineamento de pesquisa em enfermagem. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem, 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

ROSA, B.A.; et al. Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, Campinas, v. 3, n. 44, set, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/11.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.

NESAMI, M. B; SHOROFI, S.A; JAFARI. A; KHALILIAN, A. R; TABARI, S.Z. The Relationship Between Stressors and Anxiety Levels After CABG in Sari, Iran. **Iranian Red Crescent Medical Journal**. vol. 18, n. 5. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939229/>. Acesso em 15 de maio de 2020.

PARVAN, K; ZAMANZADEH, V; DIZAJI, S.L; MOUSAVI, S. M; SAFAIE, N. Patient's Perception of Stressors Associated with Coronary Artery Bypass Surgery. **Journal of Cardiovascular and Thoracic**. Vol. 5, n. 3.2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3825391/>. Acesso em: 05 de abril de 2020.

PUGGINA, A.C.G; et al. Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Vol. 18, n. 1. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000200277&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em 20 de junho de 2020.

REIS, A.L.P.P; FERNANDES, S.R; GOMES, A.F. Estresse e fatores psicossociais. **Psicologia: ciência e profissão**. Vol. 30, n. 4. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000400004. Acesso em 20 de junho de 2020

SABINO, L.M.M; et al. Uso de tecnologia leve-dura nas práticas de enfermagem: análise de conceito. **Revista Aquichan**, Colombia. vol. 16, nº 2. Jun, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v16n2/v16n2a10.pdf>. Acesso em 25 de jan. 2019.

SELYE. The stress of life. **McGraw-Hill Book Co.** New York, 1978.
SANTOS, A.M; CASTRO, J.J. Stress. **Análise Psicológica**. Vol. 4, n. 16. 1998.
Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a12.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

SILVA, V. P. Estressores para o paciente da unidade de terapia intensiva do Hospital Regional Público de Gurupi – Tocantins. 2016. 50f. Tese (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Tocantins, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Palmas, 2016.

SILVA, R.C; FERREIRA, M.A; APOSTOLIDI, T. Práticas de cuidado dos enfermeiros intensivistas face às tecnologias: análise à luz das representações sociais. **Texto contexto Enfermagem**. vol.23 n.2. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01047072014000200328&script=sci_arttext&tlng=pt#fn02 Acesso em 20 de junho de 2020

SILVA, R.C; FERREIRA, M. A. Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol.67, n. 1. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100111. Acesso em 15 de maio de 2020.

SIQUEIRA, J.E; PESSINI, L; SIQUEIRA, C.E.M. Conflictos morales al final de la vida: aspectos médicos, filosóficos y jurídicos . **Revista Colombiana de Bioética**. Vol. 8, n. 2. 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189230852008.pdf>. Acesso em 20 de junho de 2020.

SCHERMANN, L. B; et al. Stress em adolescentes: Estudo com escolares de uma cidade do sul do Brasil. **Aletheia**. Vol. 160, n. 44. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942014000100012. Acesso em: 30 de agosto de 2020.

SOUZA, M. S. V. B. **Revisitando o significado do estresse no contexto das organizações: uma breve revisão teórico-conceitual**. 2014. 31 f. Artigo acadêmico (Especialização em Gestão de Pessoas e Coaching) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, Brasília, 2014.

TEIXEIRA, A. C; BARBIERI-FIGUEIREDO, M.C. Empoderamento e satisfação profissional em Enfermagem: uma revisão integrativa, em consonância com a Teoria Estrutural. **Revista Enfermagem Referência**. [online], Porto, v. serIV, n. 6. 151-160, jul. ago. set, 2015.

TAETS, G.G.C; FIGUEIREDO, N.M.A. Uma pesquisa quase experimental em enfermagem sobre a dor em pacientes em coma. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 69, n. 5. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0927.pdf>. Acesso em 02 de maio de 2020

VESZ, PS.; et al. Aspectos funcionais e psicológicos imediatamente após alta da unidade de terapia intensiva: coorte prospectiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. Porto Alegre, v. 25, n.3, p. 218-24, mai – ago 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n3/0103-507x-rbti-25-03-0218.pdf>. Acesso em 12 de Outubro de 2019.

VEIGA, E. P; VIANNA, L.G, MELO, G. F. de. Fatores Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Kairós**.vol. 16, n.3. São Paulo. 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18524>. Acesso em 29 de outubro de 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “ENFERMAGEM NO CONTEXTO
AMAZÔNICO”.

MESTRADO PROFISSIONAL DO PPGENF-MP.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá!

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa Tecnologia de Cuidados de Enfermagem para a Redução de Estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, sob a responsabilidade da pesquisadora Alaidistania Aparecida Ferreira, a qual pretende elaborar um instrumento que oriente as intervenções de enfermagem para reduzir o estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva, a partir dos fatores estressantes detectados em entrevistas com pacientes que estão até 72 horas de alta e internados em unidade de clínica médica de um Hospital. A relevância está na evidenciada na importância da redução do estresse, o qual ocasiona comprometimento na saúde mental do paciente internado em unidade de terapia intensiva.

Sua participação é voluntária e seu papel na pesquisa será de entrevistado (a), onde irá responder ao questionário validado em versão português Environmental Stressor Questionnaire - ESQ, o qual tem por objetivo verificar os fatores estressores em Unidade de Terapia Intensiva com maior escore, contribuindo desta forma para a obtenção de achados, para os quais elaboraremos intervenções de enfermagem, que irão compor o protocolo de cuidados. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa serão referentes às recordações dos fatores estressores durante a sua internação na Unidade de Terapia Intensiva, por isso, peço que você me comunique imediatamente para que eu possa tomar todas as providências assistenciais e monitoramento do caso até sua resolutividade final. Se você aceitar participar, estará contribuindo para: Desenvolver uma tecnologia que irá orientar as intervenções de enfermagem,

proporcionando a redução de estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa e sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço Hospital Universitário Getúlio Vargas/Hospital Universitário Francisca Mendes / Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, Alaidistania Aparecida Ferreira no endereço: Av. Mário Ypiranga Monteiro, 1695 – Adrianópolis, Manaus-AM, pelo telefone (92) 99500-6890, ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130. Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____/_____/_____
 dia mês ano

 Assinatura do Participante

 Impressão dactiloscópica do participante

 Assinatura do responsável pelo projeto

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
 PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “ENFERMAGEM NO CONTEXTO
 AMAZÔNICO”.
 MESTRADO PROFISSIONAL DO PPGENF-MP.

Formulário Sociodemográfico/ prontuário

1. Idade: ____ anos Número do prontuário ____
2. Data de internação: ____/ ____/ ____ Data de alta da UTI: ____/ ____/ ____
3. Cor: () Branco () Negro () Pardo () amarelo : 4.sexo: 1.masc 2.fem
4. Escolaridade: 1.analfabeto 2.Qual _____ Curso _____
5. Estado civil:
6. () Solteiro (a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () União
estável
7. Religião: _____
8. Ocupação profissional: _____ Renda familiar: __ Recebe benefício
social: _
9. Número de filhos: ____
10. Causa da internação _____ Diagnóstico _____
11. Fumante (Tabagista) () Sim () Não Ex Tabagista
12. Consumo de bebida alcoólica () Sim () Não

Houve recusa para entrevista () Sim () Não

ANEXOS

**ANEXO 1 – VERSÃO VALIDADA EM PORTUGUÊS DO ENVIRONMENTAL
STRESSOR QUESTIONNAIRE - ESQ**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO “ENFERMAGEM NO CONTEXTO
AMAZÔNICO”.
MESTRADO PROFISSIONAL DO PPGENF-MP.

**VERSÃO VALIDADA EM PORTUGUÊS DO ENVIRONMENTAL STRESSOR
QUESTIONNAIRE - ESQ**

ITENS						
1. Estar preso por tubos e drenos						
2. Membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome						
3. Sentir que a enfermagem está muito apressada						
4. Ter sede						
5. Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia						
6. Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis						
7. Escutar o telefone tocar						
8. Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem						
9. Ter máquinas estranhas ao seu redor						
10. Sentir que a enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que a você						
11. Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos						
12. Enfermagem e médicos falando muito alto						
13. Ter que usar oxigênio						
14. Sentir falta do marido, esposa, ou companheiro (a)						
15. Não receber explicações sobre o seu tratamento						
16. Escutar o alarme do seu monitor cardíaco disparar						
17. Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito						
18. Ficar com tubos/sondas no nariz e/ou na boca						
19. Não saber que horas são						
20. Escutar o gemido de outros pacientes						
21. Ter homens e mulheres no mesmo quarto						
22. Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia						
23. Não saber quando vão ser feitos procedimentos em você						
24. Ser acordado pela enfermagem						
25. Escutar sons e ruídos desconhecidos						
26. Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes						
27. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto						
28. Não conseguir dormir						
29. Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia						
30. Sentir cheiros estranhos ao seu redor						
31. Ter luzes acesas constantemente						
32. Sentir dor						

1. Estar preso por tubos e drenos
2. Membro da equipe de enfermagem não se apresentar pelo nome
3. Sentir que a enfermagem está muito apressada
4. Ter sede
5. Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia
6. Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis
7. Escutar o telefone tocar
8. Ser frequentemente examinado pela equipe médica e de enfermagem
9. Ter máquinas estranhas ao seu redor
10. Sentir que a enfermagem está mais atenta aos aparelhos do que a você
11. Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos
12. Enfermagem e médicos falando muito alto
13. Ter que usar oxigênio
14. Sentir falta do marido, esposa, ou companheiro (a)
15. Não receber explicações sobre o seu tratamento
16. Escutar o alarme do seu monitor cardíaco disparar
17. Ter a enfermagem constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito
18. Ficar com tubos/sondas no nariz e/ou na boca
19. Não saber que horas são
20. Escutar o gemido de outros pacientes
21. Ter homens e mulheres no mesmo quarto
22. Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia
23. Não saber quando vão ser feitos procedimentos em você
24. Ser acordado pela enfermagem
25. Escutar sons e ruídos desconhecidos
26. Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes
27. Ter que ficar olhando para os detalhes do teto
28. Não conseguir dormir
29. Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia
30. Sentir cheiros estranhos ao seu redor
31. Ter luzes acesas constantemente
32. Sentir dor

33. Ver bolsas de soro penduradas sobre sua cabeça
 34. Ser furado por agulhas
 35. Não ter a noção de onde você está
 36. Escutar a equipe de enfermagem falar termos que eu não entendo
 37. Não ter controle sobre si mesmo
 38. Não saber que dia é hoje
 39. Estar aborrecido
 40. Não ter privacidade
 41. Receber cuidados de médicos que não conheço
 42. Estar em um quarto muito quente ou muito frio
 43. Ouvir pessoas falando sobre você
 44. Não conseguir se comunicar
 45. Sentir medo de morrer
 46. Desconhecer o tempo de permanência na UTI
 47. Estar incapacitado para exercer o seu papel na família.
 48. Ter preocupações financeiras
 49. Ter medo de pegar AIDS
 50. Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento
-

ANEXO 2 TERMOS DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FRANCISCA MENDES
CENTRO DE ENSINO E PESQUISA

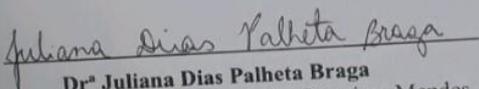


HUFM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
FRANCISCA MENDES

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaração para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "TECNOLOGIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM PARA REDUÇÃO DE ESTRESSE EM PACIENTE INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA", sob a coordenação e responsabilidade da Prof^ª Alaidistania Aparecida Ferreira da Universidade Federal do Amazonas, o qual terá o apoio desta Instituição.

Manaus, 09 de Julho de 2019


Dr^ª Juliana Dias Palheta Braga
Diretora do Hospital Universitário Francisca Mendes

R. Camapuã, N.º 108 - Cidade Nova II - Manaus - Amazonas - 69097-720 / Tel.: 2123-2999



HOSPITAL E PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO

CARTA DE ANUÊNCIA

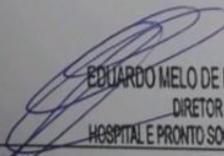
O Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, no uso de suas atribuições, autoriza a realização da pesquisa Intitulada **“TECNOLOGIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM PARA REDUÇÃO DE ESTRESSE EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**, orientado pela professora Doutora Alaidistânia Aparecida Ferreira e executado por Silvani Vieira Cardoso, aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem no Contexto Amazônico – Mestrado Profissional.

A coleta de dados será permitida após entrega do aceite do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) ao Núcleo de Educação Permanente do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto.

Em 08 de 160540 de 2019.

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação


EDUARDO MELO DE MESQUITA JÚNIOR
DIRETOR GERAL
HOSPITAL E PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO

Eduardo Meo de Mesquita Júnior

Diretor Geral do Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto

HOSPITAL E PRONTO SOCORRO 28 DE AGOSTO
CNPJ nº 00.697.295/0061-38 / Av. Mário Ypiranga, 1581 - Adrianópolis
CEP: 69057-002 - MANAUS/AM - Fone: (92) 3643-7100 / 3643-7102
Site: www.susam.am.gov.br E-mail: hps_28agosto@saude.am.gov.br

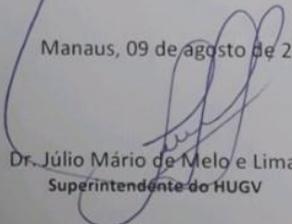




TERMO DE ANUÊNCIA

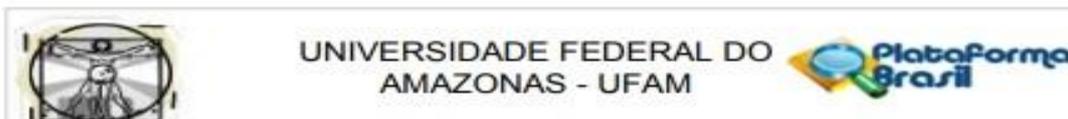
Declaramos para os devidos fins, que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa nº 088/2019-HUGV intitulado "Tecnologia De Cuidados Em Enfermagens Para Redução De Estresse Em Pacientes Internados Em Unidade De Terapia Intensiva" que tem por pesquisadora *Silvani Vieira Cardoso* a ser desenvolvido no Hospital Universitário Getúlio Vargas (Unidade de Terapia Intensiva Unidade de Clínica Médica) - HUGV no período de 01/03/2020 a 30/05/2020. Na oportunidade, solicitamos que após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, seja apresentado a esta Gerência o referido parecer para emissão do documento de autorização destinado ao Serviço em que a pesquisa será realizada.

Manaus, 09 de agosto de 2019


Dr. Júlio Mário de Melo e Lima
Superintendente do HUGV

ANEXO 3

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TECNOLOGIA DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM PARA REDUÇÃO DE ESTRESSE EM PACIENTE INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Pesquisador: Alaidistania Aparecida Ferreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21224619.3.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.664.603

Apresentação do Projeto:

O objetivo do projeto é elaborar uma tecnologia de cuidados em enfermagem para redução de estresse em paciente internados na Unidade de Terapia Intensiva. Trata-se de um estudo metodológico, que utilizará dados qualitativos e quantitativos, para elaboração de tecnologia de cuidados de enfermagem para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. A amostra será composta por pacientes internados no setor de Clínica Médica de três Hospitais de referência da cidade de Manaus, que receberam alta em até 72 horas da Unidade de Terapia Intensiva, no período de fevereiro a maio de 2020. O estudo será dividido em duas etapas, a primeira será a entrevista com aplicação de questionário validado ESQ, para identificação dos fatores estresses em Unidade de Terapia Intensiva com maior escore, análise do prontuário e ficha social do paciente, a segunda etapa será a da confecção do check-list de cuidados a ser utilizado pela equipe de enfermagem para redução de fatores de estresses nos pacientes internados. Os critério de inclusão para os pacientes participantes serão os seguintes: ter recebido alta, não ultrapassando 72 horas, da Unidade de Terapia Intensiva e estar internado na unidade de Clínica Médica dos Hospitais: Hospital e Pronto Socorro 28 de Agosto, Hospital Universitário Getúlio Vargas e Hospital Universitário Francisca Mendes e ter mais de 18 anos. Os critérios de exclusão para os pacientes participantes serão os seguintes: Paciente com dificuldade de comunicação ou não falam ou não compreender a língua portuguesa.

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adriadópolis

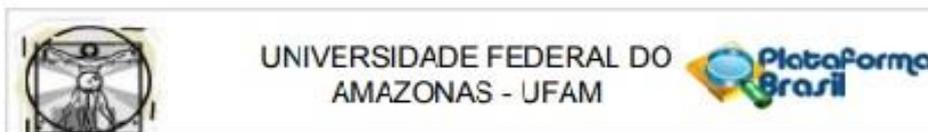
CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.684.633

Objetivo da Pesquisa:

GERAL:

• Elaborar uma tecnologia de cuidados em enfermagem para redução de estresse em paciente internados na Unidade de Terapia Intensiva

ESPECÍFICOS:

Identificar os fatores estressores em paciente durante a internação em Unidade de Terapia Intensiva, por meio de um questionário validado.b) Selecionar os pacientes que atingirem maior escore no questionário validado e fazer o check-list de cuidados para os profissionais que atuam na UTI Adulto.c) Analisar prontuário e ficha social do paciente com maior escore de estresse durante a internação em Unidade de Terapia Intensiva.d) Identificar as intervenções de enfermagem, baseado na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC, para redução do estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos decorrentes da pesquisa serão referentes às recordações dos fatores estressores vivenciados durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva.

Benefícios: Os benefícios são que este instrumento servirá para reduzir os danos causados, pelo estresse em paciente internado em Unidade de Terapia Intensiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o mestrado profissional

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- PB_NFCRMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1409355.pdf–Possui informações básicas sobre o projeto, contendo orçamento e cronograma.

2- PROJETO00310.doc - projeto

3- ANUÊNCIA.pdf – arquivo contendo termo de anuência devidamente datado e assinado

4- Projeto.pcf- apresenta detalhamento do projeto.

5- TCLE.pdf- atende parcialmente a resolução 466/12

6- FR.pdf - devidamente preenchido, assinado e datado pelo pesquisador e assinado, datado e carimbado pela direção da Escola de Enfermagem de Manaus – UFAM

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (52)3306-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com