

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

NÍVEL DE ESTRESSE DE PAIS E/OU RESPONSÁVEIS E PROFISSIONAIS
DE SAÚDE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS DA
CIDADE DE MANAUS

Bolsista: André Luíz de Carvalho Braule Pinto, CNPq

MANAUS

2010

**NÍVEL DE ESTRESSE DE PAIS E/OU RESPONSÁVEIS E PROFISSIONAIS
DE SAÚDE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS DA
CIDADE DE MANAUS**

Relatório final do **Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC**, entregue ao Departamento de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como parte dos requisitos das atividades do bolsista.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB-SA/0014/2009

NÍVEL DE ESTRESSE DE PAIS E/OU RESPONSÁVEIS E PROFISSIONAIS
DE SAÚDE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS DA
CIDADE DE MANAUS

Bolsista: André Luíz de Carvalho Braule Pinto, CNPq

Orientador: Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho

MANAUS

2010

RESUMO

As Unidades de Terapia Intensiva – UTIs concentram recursos materiais e humanos para o atendimento de pacientes graves, em estado crítico, sendo o lugar adequado para o tratamento desses pacientes. Porém pode representar um ambiente agressivo, ameaçador e traumatizante. Essa representação não atinge somente os pacientes, mas também seus familiares e a equipe multiprofissional que lida direta e constantemente com a dor, o sofrimento, a morte e o isolamento. Por essa razão o presente estudo teve como objetivo medir o nível de estresse de pais e/ou responsáveis por pacientes em UTI's pediátricas e dos respectivos profissionais de saúde e fazer estudo comparativo entre os níveis de sintomas (físicos e psicológicos) de estresse dos profissionais e acompanhantes. A amostra foi composta por 20 pais e/ou responsáveis por pacientes internados em UTI pediátrica e 77 profissionais de nível técnico e superior que atuam nessas Unidades, sendo 09 médicos plantonistas, 18 enfermeiros e 50 técnicos de enfermagem. O estudo adotou o Inventário de Sintomas de Stress Para Adultos de Lipp (ISSL) e um questionário sócio-demográfico. Os dados foram analisados através do SPSS, versão 13.0. Os resultados obtidos mostram que a maioria da amostra apresenta sinais indicativos de estresse e encontram-se na fase de Resistência. Os pais (com predominância de sintomas físicos) e os técnicos de enfermagem (com predominância de sintomas psicológicos) foram os grupos com maiores índices de estresse. Partindo da compreensão que as sintomatologias do estresse são multifatoriais, o presente estudo espera produzir informações relevantes nestes segmentos estudados, buscando contribuir para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Palavras chaves: Estresse, UTI pediátrica e Avaliação psicológica.

ABSTRACT

The Intensive Care Unit – ICU concentrate material and human resources for the care of critically ill patients, being the appropriate place for the treatment of these patients. However it can be an aggressive, threatening and traumatizing place. These representations do not reach the patients only, but their families and the multiprofessional team that deals directly and constantly with the pain, the suffering, death and isolation. For this reason, the present study has as a purpose to measure the stress level of parents and/or responsible for ICU's pediatric patients and their respective health care team and make an comparison between the stress symptoms (physical and psychological) of the professionals and escorts. The sample was composed by 20 parents and/or responsible for pediatric ICU patients and 77 professionals of technical and superior level that work on these unities, being 09 medical doctors, 18 nurses and 50 practical nurses. The study adopted the Lipp Inventory of Stress Symptoms for Adults (ISSL), and a socio-demographic questionnaire. The data was analyzed with the Statistic Program for Social Sciences (SPSS), version 13.0. The results obtained show that the majority of the sample presents indicative signs of stress and are on the Resistance phase. The parents (predominantly physical symptoms) and the practical nurses (predominantly psychological symptoms) were the groups with higher levels of stress. Based on the understanding that the general feelings of stress are multifactorial, this study aims to produce information that are relevant on the studied areas, seeking help to the improve of the life quality of these people.

Key-words: Stress, Pediatric ICU, Psychological Evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Indicativo de Estresse.....	31
Gráfico 2 – Fase do Estresse.....	33
Gráfico 3 – Predominância de Sintomas	34

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características sócio-demográficas do grupo de pais	25
Tabela 2 – Características sócio-demográficas do grupo de técnicos de enfermagem	26
Tabela 3 – Características sócio-demográficas do grupo de enfermeiros	28
Tabela 4 – Características sócio-demográficas do grupo de médicos	29
Tabela 5 – Média de sintomas físicos e psicológicos	32

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1. Estresse	13
2.2. Estresse no trabalho	14
2.3. A família e o ambiente hospitalar	18
3. MÉTODO.....	22
3. 1. Tipo de pesquisa.....	22
3. 2. Amostra.....	22
3. 3. Materiais.....	22
3. 4. Procedimentos.....	23
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	25
4.1. Características sócio-demográficas da amostra	25
4.2. Análise dos dados do teste	31
5. CONCLUSÃO.....	36
6. REFERÊNCIAS.....	37
7. ANEXOS.....	40

1. INTRODUÇÃO

A rotina complexa de uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI e sua dinâmica não propiciam aos membros de sua equipe um pensar sobre o seu fazer tampouco privilegiam o aspecto humano do tratamento (VILA & ROSSI, 2002).

As UTIs concentram recursos materiais e humanos para o atendimento de pacientes graves, em estado crítico. É o lugar adequado para o tratamento desses pacientes, porém pode representar um ambiente agressivo, ameaçador e traumatizante (LEITE & VILA, 2005). Essa representação não atinge somente os pacientes, mas também seus familiares e principalmente a equipe multiprofissional, que lida direta e constantemente com a dor, o sofrimento, a morte e o isolamento. A morte, principalmente, pode representar a perda e a impotência dos profissionais.

A principal função da enfermagem em terapia intensiva não se restringe apenas ao ambiente ou aos equipamentos especializados, mas sobretudo ao processo de tomada de decisão envolvendo o conhecimento do estado físico e psicológico do paciente (VILA & ROSSI, 2002). Porém seu foco está mais na tarefa a ser executada do que no próprio paciente.

O ambiente hospitalar é comumente cercado de medos e anseios por parte dos pacientes e seus familiares. Por essa razão deve haver cuidado no que se refere ao acolhimento para essas pessoas, tendo em vista seu grau de sofrimento, condição física limitadora e as próprias implicações decorrentes da internação hospitalar, sendo algumas delas o afastamento do lar, das pessoas de seu convívio, da escola, além de outras atividades rotineiras de lazer e de trabalho, que estão sendo interrompidas (PROCHNOW *et al*, 2009).

Segundo Wallau (2006) a comunicação é um dos principais fatores apontados como causa para a insatisfação dos familiares com o serviço prestado em UTI. Para minimizar essa insatisfação Wallau (2006) sugere que as visitas iniciem pontualmente no horário pré-determinado e apenas um médico fique responsável de informar a família sobre o estado do

paciente, com isso evitando informações desencontradas, além de utilizar termos adequados à condição sociocultural dos familiares, o que pode auxiliar a minimizar o nível de estresse que acomete esses familiares. Alguns autores sugerem até, que as visitas devem ser personalizadas para se adequar as necessidades e especificidades de cada paciente (BITTENCOURT, NEVES & DANTAS *et al*, 2007)

Não é suficiente apenas visitar o enfermo, a família precisa ser acompanhada, ter explicações claras e precisas sobre o real estado do paciente, ter os procedimentos explicitados e idealmente, um apoio psicológico para conseguir se manter saudável nesse momento tão difícil e de tanta dor.

Para a equipe multiprofissional, algumas das causas de estresse são a sobrecarga de trabalho e a rotina intensa da UTI (BATISTA & BIANCHI, 2006). Muitas vezes essa equipe não presta um cuidado humanizado ao paciente para não se envolver emocionalmente e evitar o sofrimento (VILA & ROSSI, 2002). Esse envolvimento é parte importante do cuidado humanizado, mas também é fonte geradora de angústias e sentimento de impotência frente a situações críticas e que muitas vezes leva o paciente a óbito. Como mecanismo de defesa, a equipe utiliza justamente o distanciamento e o não envolvimento com esses pacientes ou seus familiares (BARBOSA *et al*, 2008).

Além desses fatores há ainda a questão do ruído intenso, da instabilidade (dias tranquilos e dias muito sobrecarregados se alternando de forma inconstante), o não reconhecimento pelo trabalho executado e escassez de recursos materiais (leitos e equipamentos) e humanos. Segundo Santos, Oliveira & Moreira (2006) os recursos materiais e humanos insuficientes provocam um nível de estresse significativo em grande parte dos membros da equipe que, precisam administrar essa falta e ainda encontrar uma forma de executar bem o seu trabalho, mesmo não dispondo do material de que necessita para fazê-lo.

O relacionamento com a própria equipe (alguns profissionais não se comprometem com a atividade que executam, o que prejudica o andamento das tarefas como um todo) e o fato de muitos desses profissionais terem mais de um vínculo empregatício também contribuem de forma negativa.

De acordo com Montanholi, Tavares & Oliveira (2006) essa dupla (e muitas vezes tripla) jornada de trabalho influencia na qualidade de vida e na saúde desses profissionais, que abdicam do seu tempo de lazer e descanso, potencializando o cansaço e conseqüentemente, gerando ou aumentando o estresse. No entanto, essa multiplicidade de papéis pode ser um fator de proteção contra o adoecimento causado pela sobrecarga de trabalho. (GUERRER & BIANCHI, 2008)

Segundo Leite & Vila (2005) é importante oportunizar a equipe um espaço para discussão sobre o morrer e a morte, tendo em vista que esse processo é vivenciado constantemente e também é causador de estresse, pois segundo pesquisas das autoras, a equipe percebe a morte não como parte do processo, mas sim como falha do tratamento.

De acordo com Santos, Oliveira & Moreira (2006) também é importante que os profissionais discutam sobre as dificuldades encontradas para a realização de suas atividades, pois esse falar sobre o fazer promove soluções de conflitos e os faz sair do estado de alienação que muitas vezes é imposto pela especificidade da tarefa que executam ritmo intenso, horários e imposições em termos de formação e informação.

Estudos sobre os principais agentes estressores no ambiente de terapia intensiva, mostram que grande parte dos equipamentos e procedimentos são sentidos como fontes de estresse tanto pelos familiares quanto pela equipe de saúde (BATISTA & BIANCHI, 2006). Desta forma se observa que o ambiente das UTIs por si só já é bastante estressante, por isso a necessidade de um olhar sobre a saúde física e psíquica da equipe multiprofissional, tendo em vista que sua atuação é resultado, em grande parte, desses fatores, pois para que o paciente

seja bem cuidado é preciso que esses profissionais estejam bem consigo mesmos e como equipe.

Ainda segundo Leite & Vila (2005) todos os membros da equipe precisam constantemente de estímulo, apoio, informações sobre o que se espera do seu trabalho e ter a certeza de que sua participação é importante para o bom andamento do trabalho como um todo para que essa equipe seja capaz de proporcionar uma assistência de qualidade ao paciente.

Aspectos concernentes à regulamentação da profissão, a formação técnica e acadêmica e os problemas relacionados às deficiências do sistema de saúde pública e privada do país, são fatores estressores extras enfrentados pela equipe de enfermagem (STACCIARINI & TRÓCCOLI, 2002). Historicamente o enfermeiro tem sido preparado para ser bom, dedicado, atencioso e prestativo, e quando apesar desse tratamento o paciente vem a óbito, aumentam as chances de perceber esta situação como mais estressante do que de fato o é (STACCIARINI & TRÓCCOLI, 2002).

O estresse é uma condição psicológica que afeta a percepção e a assimilação de eventos e estímulos, que passam cada vez mais a ser interpretados como estressores (STACCIARINI & TRÓCCOLI, 2002). Sua definição não se baseia nem na situação, nem na resposta da pessoa, e sim na percepção da pessoa sobre a situação. Resulta da diferença entre a exigência da tarefa e os recursos pessoais para cumpri-la. (MONTANHOLI; TAVARES; OLIVEIRA, 2006).

O estresse pode ser mensurado avaliando-se quatro pontos: A) os grandes fatores percebidos como estressantes que tenham ocorrido na vida da pessoa; B) os aspectos cognitivos /emocionais apresentados em seu comportamento; C) a nível fisiológico; e D) acometimento de algumas enfermidades. (LIPP, 2000).

O estresse pode produzir uma série de mudanças psicológicas que vão interferir no estado físico e mental da pessoa. Voltando o olhar para os profissionais de saúde, percebe-se que seu nível de estresse influencia diretamente o seu agir para com o paciente.

O presente trabalho tem como objetivo geral medir o nível de estresse de pais e/ou responsáveis por pacientes em UTIs pediátricas e dos respectivos profissionais de saúde na cidade de Manaus. O objetivo específico é fazer estudo comparativo entre os níveis de estresse dos profissionais e acompanhantes.

Espera-se que os resultados auxiliem na promoção de mudanças positivas nas práticas mais humanizadas e que possam favorecer uma instrumentalização para os profissionais que trabalham nessas Unidades, no que concerne à qualidade do atendimento que prestam ao paciente e a seu familiar e ainda buscar melhorias em suas condições de trabalho. Além disso, com a constatação dos níveis de estresse a que pais e/ou responsáveis e as equipes de saúde estão expostos, torna-se imprescindível a discussão sobre que medidas devem ser tomadas para remediar essa situação, haja vista que o estresse compromete diversos aspectos do dia-a-dia das unidades de saúde.

O presente relatório consta da Fundamentação Teórica utilizada, descrevendo o ambiente das Unidades de Terapia Intensiva, a conceitualização de estresse, suas fases e sintomas. Em seguida aborda-se os aspectos e procedimentos Metodológicos adotados durante a pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão da amostra, bem como suas características, os instrumentos utilizados e os procedimentos estatísticos adotados. Logo após encontra-se os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim as Conclusões.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Estresse

O estresse foi definido em 1936 como uma reação inespecífica do corpo a qualquer demanda interna ou externa. Outros autores caracterizam ainda como um desgaste do corpo e/ou diminuição da capacidade de trabalho ocorrendo quando o indivíduo não consegue responder às exigências psíquicas de seu ambiente. É uma consequência do ato de viver e parte do funcionamento normal do corpo (GUERRER & BIANCHI, 2008). Segundo Abrahão e Cruz (2008) o conjunto de reações fisiológicas e hormonais do corpo buscando adaptar-se as situações de estresse foi designado como Síndrome Geral de Adaptação – SGA.

Esse termo foi facilmente difundido e usado como explicação para quase todas as situações de mal-estar geradas pelo ritmo de vida intenso provocado pelas rápidas mudanças na sociedade. Por um lado buscam-se esclarecimentos para esse mal-estar, mas por outro lado o conjunto econômico e social que se apresenta torna essa compreensão mais difícil. Também é complexa a solução para esse problema que vem atingindo muitas pessoas, em especial trabalhadores, por fatores diversos tais como: falta de autonomia e reconhecimento, sobrecarga de trabalho, conflitos de papel entre outros (ABRAHÃO & CRUZ, 2008).

A definição de estresse pelo modelo interacionista é a mais utilizada e o designa como qualquer estímulo do ambiente interno ou externo que alcance ou ultrapasse as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social. Essa definição contempla a interação entre ambiente e pessoa ou grupo e os coloca como agentes nesse processo.

O estresse pode ser mensurado avaliando-se quatro pontos: A) os grandes fatores percebidos como estressantes que tenham ocorrido na vida da pessoa; B) os aspectos cognitivos /emocionais apresentados em seu comportamento; C) a nível fisiológico; e D) acometimento de algumas enfermidades. (LIPP, 2000).

Segundo Lipp (2000) o estresse divide-se em quatro fases, a saber:

1ª fase (Alerta): o organismo se prepara para a reação de luta ou fuga, preparo do corpo para a preservação da vida.

2ª fase (Resistência): inicia-se após permanência da fase anterior por tempo indeterminado, o organismo procura adaptar-se.

3ª fase (Quase Exaustão): as doenças começam a surgir, mas não são tão graves quanto serão na fase seguinte, a pessoa não consegue mais resistir ou adaptar-se ao agente estressor.

4ª fase (Exaustão): nessa fase aparecem doenças mais sérias, tendo em vista que o organismo não dispõe mais de uma reserva de energia adaptativa e suas estratégias de enfrentamento para suportar o estresse não foram suficientes.

O Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp – ISSL- foi validado em 1994 e é composto por três quadros de sintomas físicos e psicológicos onde a pessoa assinala apenas os sintomas experimentados nas últimas 24 horas, última semana e último mês, respectivamente. O primeiro quadro corresponde à fase de alerta, o segundo diz respeito às fases de resistência e quase exaustão e o último à fase de exaustão.

2.2 Estresse no Trabalho

Trabalhar é mais que executar uma atividade ou aplicar procedimentos, é na verdade enfrentar o real - a realidade que se apresenta de fato durante a tarefa. Implica ainda em constituição e transformação da sociedade e do sujeito (FURTADO, 2003). O trabalho provoca acidentes e incidentes que questionam as previsões e isso exige do trabalhador fazer um investimento grande de recursos pessoais para executar suas atividades a contento. (DEJOURS, 2007)

Essa diferença entre o trabalho exigido e o executado causa sofrimento ao trabalhador. Segundo Dejours (2007) o sofrimento além de consequência dessa disparidade pode ser ainda

um ponto de partida para a manutenção da saúde, apesar de todos os fatores que contribuem para a doença, pois o trabalho tanto pode ser benéfico quanto destruidor da saúde de quem trabalha (HELOANI, 2008).

Os profissionais da saúde estão sempre expostos a fatores desencadeantes de estresse, como riscos ergonômicos, físicos, ambiente fechado e seco, iluminação artificial, ruído constante, exigência de segurança e responsabilidade para com o paciente e seus familiares (FERRAREZE; FERREIRA & CARVALHO, 2006), químicos e psicológicos, além de estarem em contato diário com a dor e o sofrimento alheio (BARBOSA *et al*, 2008). A profissão enfermagem é caracterizada como estressante por demandar interação entre o profissional e o paciente, o que requer mais tempo de trabalho voltado a essa interação. Há também a sobrecarga de trabalho sendo a fadiga física e emocional, a tensão e a ansiedade as principais manifestações desse estresse.

Deve-se considerar ainda a ausência de materiais e equipamentos que exigem do profissional habilidade e criatividade para executar seu trabalho com precisão (BARBOSA *et al*, 2008). O envolvimento afetivo é inevitável e também pode ser fonte de estresse visto que o paciente pode piorar ou até mesmo vir a óbito (SANTINI *et al*, 2005).

Segundo Barbosa *et al* (2008) o trabalho em UTI é um dos mais desgastantes para quem o executa, pois nesses ambientes o contato social é reduzido, além de se exigir do profissional agilidade e eficiência para se trabalhar com situações de urgência e emergência e ainda estar em contato quase que diário com situações de quase morte.

Segundo Guerrer & Bianchi (2008) o estresse favorece o surgimento de doenças e pode ser observado em todas as faixas etárias e depende basicamente do estilo de vida da pessoa e das mudanças sofridas pela sociedade com o passar dos anos (ABRAHÃO & CRUZ, 2008). Também interfere no processo de cuidar.

Santini *et al* (2005) coloca que as reações ao estresse resultam do esforço do organismo em adaptar-se. Segundo Mendes (2008), a organização do trabalho pode ser uma das responsáveis pelos sintomas de estresse. A cultura também pode causar estresse à medida que influencia o modo de organização do trabalho.

Muitos trabalhadores criam estratégias de defesa individuais ou coletivas para manter sua saúde. De acordo com Mendes e Morrone (2002) as defesas são comportamentos de isolamento psicoafetivo e profissional, resignação, indiferença e apatia. Essas estratégias atenuam o sofrimento e colaboram para o equilíbrio psíquico sem necessariamente curar a dor e o sofrimento (DEJOURS, 2007). Uma das formas de resistir a esse sofrimento é justamente tornar-se resistente e indiferente ao sofrimento do outro, o que se contrapõe ao modelo de cuidado humanizado que tem sido difundido. (BARBOSA *et al*, 2008)

O que fazer então para prevenir ou minimizar as conseqüências do estresse? Segundo Mendes (2008) as tarefas realizadas pelo trabalhador percebidas como significantes, desencadeiam menos estresse. O poder e espaço dado ao trabalhador para negociação funcionam como estratégias de proteção contra o estresse, pois perpassa a via do reconhecimento.

O reconhecimento pelos superiores e pelos pares se faz necessário para que o trabalhador saiba da importância da atividade que desenvolve e para sentir-se tão importante quanto esta atividade, tendo em vista que a sociedade reconhece o valor das pessoas de acordo com a tarefa que as mesmas executam. Segundo Dejours (2007) o reconhecimento pode ser na forma de constatação – reconhecer o que representa a contribuição individual e na forma de gratidão pela contribuição dos colaboradores. Sem o reconhecimento o trabalhador não pode transformar o sofrimento em prazer, o que pode levar a pessoa ao adoecimento psíquico ou somático.

Lembrando ainda que em prestação de serviços, especialmente nas áreas de saúde e educação, o reconhecimento por parte dos clientes pode ser igualmente importante, tendo em vista que a atividade executada reflete diretamente na satisfação ou não dessas pessoas.

Outras formas de prevenção do estresse podem ser o prazer no trabalho, satisfação das necessidades e desejos do trabalhador e resignificação do sofrimento. O trabalho funciona como fonte de prazer, liberdade, realização e reconhecimento permitindo que o trabalhador se sinta sujeito de ação e crie estratégias para dominar o trabalho e não ser dominado por ele, apesar das dificuldades e características da organização do trabalho nem sempre permitir esse tipo de ação. Levando em conta a realidade do serviço público e suas características (rigidez nas normas, burocracia, falta de autonomia para o trabalhador) o reconhecimento pode ser uma das principais formas de prevenir o estresse, que é inevitável, porém é perfeitamente passível de enfrentamento (DEJOURS, 2007).

Também é importante oportunizar um espaço para discussão sobre a atividade e as dificuldades enfrentadas em sua execução para a troca de experiências, discorrer sobre os problemas enfrentados e fortalecimento do grupo visto que o trabalhador é quem melhor conhece sua realidade e está mais apto a encontrar soluções para os problemas que se apresentam em especial no ambiente de terapia intensiva, tendo em vista que as pessoas passam muito tempo juntas e seu contato com o restante da equipe do hospital é reduzido. A comunicação é uma ferramenta fundamental nesse processo e precisa ser fortalecida e permitida (MENDES & MORRONE, 2002).

Segundo Martino e Misko (2004) culturalmente a mulher tem o papel de cuidar, proteger e nutrir, por isso a enfermagem é uma profissão basicamente feminina. Não é incomum verificar sempre uma maioria esmagadora de mulheres em quase todos os setores em que essa profissão está inserida. A maior parte dessas mulheres tem mais de um vínculo empregatício e ainda desempenham papel de filha, esposa ou mãe. Essa multiplicidade de

papéis pode ser um fator de proteção contra o adoecimento causado pela sobrecarga de trabalho ou pode ser mais uma fonte geradora de estresse.

2.3 Família e o ambiente hospitalar

O ambiente hospitalar é comumente cercado de medos e anseios, por essa razão o cuidado e o acolhimento dos familiares de pacientes de unidades de terapia intensiva é uma das atividades mais importantes a serem executadas pelos profissionais de saúde (SOARES, 2007). O psicólogo e o assistente social têm um papel muito importante nessa tarefa, mas não exclusivo, sendo de responsabilidade de todos que estão ligados a UTI prestarem informações e acolher os familiares dos pacientes, apesar dos cursos na área de saúde não contemplarem esse aspecto do trabalho.

Segundo Prochnow *et al* (2009) esclarecer as normas e rotinas do hospital e manter a família informada sobre a condição do paciente, tendo em vista que o mesmo nem sempre está desperto, pode auxiliar na adaptação e segurança desses pacientes e de seus familiares.

É necessária cautela no que se refere ao acolhimento para essas pessoas, tendo em vista seu grau de sofrimento, condição física limitadora e as próprias implicações decorrentes da internação hospitalar, sendo algumas delas o afastamento do lar, das pessoas de seu convívio, da escola, além de outras atividades rotineiras de lazer e de trabalho, que estão sendo interrompidas (PROCHNOW, 2009).

Na UTI, em especial a pediátrica, há a dificuldade com relação à alimentação. Muitos bebês ficam internados por um longo período de tempo e surgem os problemas com relação ao aleitamento materno, que fica limitado ou até impossibilitado em certos casos (SERRA & SCOCHI, 2004). As mães são incentivadas a estimular a lactação através da ordenha, porém não recebem incentivo, apoio e principalmente orientação dos profissionais do hospital (SERRA & SCOCHI, 2004).

O estatuto da criança e do adolescente, Lei nº 8.069/90, artigo 12 diz:

Os estabelecimentos de atendimentos à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente. (BRASIL, 1990)

Nos hospitais vê-se essa prática, mas no ambiente de UTI, as visitas se resumem à uma hora diária e em horário fixo, no caso dos Hospitais em que foram realizadas as entrevistas, às 11 horas da manhã. Sendo que muitos dos pais trabalham e nem sempre conseguem estar disponíveis nesse horário para ver seu filho. Segundo Comassetto e Enders (2009) o cuidado humanizado vem sendo praticado nos mais variados ambientes dentro do hospital, porém nem sempre esse cuidado é garantido na UTI. Permitir aos familiares acompanhar mais o paciente poderia ser uma forma de aliviar a tensão e o estresse que permeiam essa situação bem como auxiliaria no fortalecimento do vínculo entre pais e filhos e na própria recuperação do paciente.

Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) em pesquisa com acompanhantes de pacientes pediátricos em internação compreenderam que o cuidado humanizado é percebido em termos de qualidade do relacionamento terapêutico e da interação entre equipe de saúde e família. Essa relação precisa ser vista como parceria, valorizando e incentivando a presença e participação dos pais visando à melhora da criança. Um fator igualmente importante é identificar as crianças pelo nome e não pelo número do leito ou pela doença a que estão acometidas.

Porém muitos profissionais vêem os pais como força de trabalho e se o pai for questionador ou crítico, é percebido pela equipe como não colaborador. Essas percepções influenciam na qualidade da relação estabelecida e pode se constituir como um fator de conflito (FAQUINELLO, HIGARASHI & MARCON, 2007).

De acordo com Soares (2007) apesar do discurso de cuidado humanizado as UTI ainda são muito adaptadas as conveniências dos profissionais de saúde sem levar em conta as necessidades dos pacientes e familiares. Um exemplo é a falta de boxes individuais e a dificuldade de acesso dos familiares aos pacientes, mesmo aqueles em situação terminal. É compreensível que o modelo da UTI foi concebido para satisfazer as necessidades de uma época, mas é importante que se reveja esse modelo levando em conta a saúde física e mental dos trabalhadores e também dos familiares.

Percebe-se que as pessoas têm imagem e expectativas muito negativas com relação ao serviço público de saúde, sendo um fator que contribui para isso a inadequação do comportamento para o ambiente público como risadas e conversas muito altas além da supervalorização das normas hospitalares em detrimento do cuidado e atenção ao paciente. Muitos familiares se surpreendem quando seu filho é bem tratado em um hospital público. De acordo com Faquinello, Higarashi e Marcon (2007) essa surpresa se dá principalmente porque essa é uma idéia bastante difundida pelos meios de comunicação de massa e presente no senso comum, onde o serviço público, seja em que esfera for, é sempre comparado com o privado, com desvantagens acentuadas para o primeiro.

Ainda segundo Comassetto e Enders (2009) para os familiares, ter um filho ou parente internado em UTI é quase sinônimo de morte, apesar da incerteza desta e busca-se minimizar o impacto causado por essa situação evidenciado através de eufemismo, dizendo que o paciente está indo embora ou perdendo o familiar e evitando a palavra morte.

Segundo Wallau (2006) a comunicação é um dos principais fatores apontados como causa para a insatisfação dos familiares com o serviço prestado em UTI. Para minimizar essa insatisfação Wallau (2006) sugere que as visitas iniciem pontualmente no horário pré-determinado e apenas um médico fique responsável de informar a família sobre o estado do paciente, com isso evitando informações desencontradas, além de utilizar termos adequados à

condição sociocultural dos familiares, o que pode auxiliar a minimizar o nível de estresse que acomete esses familiares.

Outra fonte de estresse é a questão do ruído intenso e constante, além da falta de privacidade e de um lugar reservado para a família receber informações sobre o paciente (SOARES, 2007). Uma sugestão para minimizar o descontentamento, segundo Soares (2007), é a possibilidade de flexibilizar os horários de visita a pacientes terminais, visto que essa modificação requer apenas uma desconstrução cultural e não se faz necessária mudança na estrutura física ou na organização do trabalho. Permitir a entrada de mais de um responsável ao mesmo tempo também seria benéfico. Essas mudanças são pequenas a nível de estrutura, mas para quem tem um ente querido em situação terminal pode ser muito significativo.

Outra sugestão é o fornecimento de algum tipo de folheto contendo informações aos familiares sobre a internação, a própria UTI, alguns termos médicos entre outros.

Para que a família tenha condições de estar ao lado e cuidar desse paciente, ela também precisa de suporte para suas próprias necessidades físicas e emocionais (LEITE & VILA, 2005).

Não é suficiente apenas visitar o enfermo, a família precisa ser acompanhada, ter explicações claras e precisas sobre o real estado do paciente, ter os procedimentos explicitados e idealmente, um apoio psicológico para conseguir se manter saudável nesse momento tão difícil e de tanta dor.

3. MÉTODO

3.1. Tipo de pesquisa, abordagem ou método

Esse trabalho caracteriza-se como uma pesquisa de campo do tipo quantitativo-descritivo, utilizando-se questionário sócio-demográfico para levantamento de dados socioeconômicos uma escala psicométrica, de uso privativo do psicólogo, para investigação dos níveis de estresse e levantamento dos tipos de sintomas mais recorrente.

3.2. Amostra

Os participantes da pesquisa foram 97 indivíduos residentes no município de Manaus, divididos em pais e/ou responsáveis (20), técnicos de enfermagem (50), enfermeiros (18) e médicos (9) que acompanham pacientes internados em UTI pediátrica ou nela trabalham. As características de cada subgrupo estão apresentadas mais adiante nos resultados.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão dos participantes: A) pais ou responsáveis por pacientes não crônicos de UTIs; B) aceitar livremente participar da pesquisa, confirmando através da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE; C) profissionais de saúde de nível técnico ou superior trabalhadores de UTI pediátrica. O critério de exclusão da amostra foi: A) pais/responsáveis ou profissionais que desistissem em qualquer fase do estudo; B) solicitassem a retirada dos dados da pesquisa ou c) *Rapport* deficiente durante a coleta dos dados, ou seja, apesar do participante responder os questionários, o mesmo não respondeu com atenção e interesse comprometendo assim, a fidedignidade dos dados.

3.3. Materiais

Para esta pesquisa, foram utilizados os seguintes materiais:

- a) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual o indivíduo confirma sua participação na pesquisa, podendo dela retirar-se a qualquer tempo;
- b) Questionário Sócio-demográfico, que traz aspectos sociais do participante, sendo muito importante para a comparação de dados entre os diversos grupos que compõem a amostra;
- c) Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp – ISSL – composto por três quadros com sintomas físicos e psicológicos de estresse, onde o participante deve assinalar os sintomas experimentados nas últimas 24 horas, na última semana e no último mês, respectivamente;
- d) Notebook e programas computacionais para registro e análise estatísticas dos dados, dentre eles o SPSS versão 13.0.

3.4 Procedimentos

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas e recebeu aprovação no dia 08 de julho de 2009, com o código CAAE - 0098.0.115.000-09. A partir disso, buscamos autorização junto aos Hospitais em que seria realizada a pesquisa para obtermos acesso aos participantes.

Os dados foram coletados de 06/08/2009 a 12/10/2009, em quatro hospitais públicos infantis do município de Manaus, a saber: Prontos Socorros da Criança das Zonas Oeste, Leste, Sul e Hospital Infantil Dr. Fajardo.

Após a aprovação da pesquisa, os funcionários das UTIs foram abordados em seus locais de trabalho e os pais, durante o horário de visita ao paciente. Todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e após sua aceitação em participar, foram direcionados a um espaço específico, dentro do hospital, para a aplicação individual do instrumento.

Posterior a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os participantes respondiam ao Questionário Sócio-demográfico e em seguida ao Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), sendo obedecidas todas as condições éticas para o mesmo. O procedimento levou cerca de 20 minutos em média. Depois das aplicações, cada protocolo recebeu um número a fim de confirmar sigilo aos resultados.

Os dados sócio-demográficos foram transferidos para o SPSS versão 13.0 (programa de análise de dados) e sistematizados nas seguintes categorias: sexo, idade, estado civil, unidade federativa de origem, anos de escolaridade, classe social, número de vínculos empregatícios e anos de atuação na área (para os funcionários).

No ISSL verificou-se o número de sintomas físicos e psíquicos assinalados em cada quadro, que corresponde a um tempo pré-determinado. Para considerar o indicador positivo de estresse o indivíduo apresenta um somatório dos sintomas no primeiro quadro superior a seis, no segundo quadro superior a três e do terceiro superior a oito, todos relativos aos sintomas físicos e psicológicos, respectivamente relacionados às últimas 24 horas, última semana e último mês.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa serão apresentados em tópicos, de acordo com a natureza dos dados: caracterização dos participantes, análises descritivas dos dados do teste e correlações entre eles. A discussão dos dados está apresentada simultaneamente à exposição dos resultados.

4.1. Características sócio-demográficas da amostra

As tabelas a seguir apresentam com especificidade as características gerais do grupo de pais e/ou responsáveis, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos, em relação ao sexo, idade, estado civil, unidade federativa de origem, anos de escolaridade, classe social, grau de parentesco (para os pais), número de vínculos empregatícios e anos de atuação na área (para os funcionários), incluindo média (M), desvio padrão (DP) e porcentagem (%). Utilizou-se a estatística descritiva para os aspectos sócio-demográficos da amostra.

	N	M ± DP	%
Sexo	20		
Feminino	15		75
Masculino	5		25
Idade (anos)		28,95 ± 13,6	
Estado Civil			
Casado	8		40
Solteiro	12		60
Estado			
AM	18		90
PA	2		10
Escolaridade (anos)		9,25 ± 3,61	
Classe Social			

B 2	7		35
C 1	6		30
C 2	3		15
D	3		15
E	1		5
Grau de parentesco			
Avó	1		5
Avô	1		5
Mãe	11		55
Pai	3		15
Prima	2		10
Tia	1		5
Tio	1		5

Tabela 1 - Características sócio-demográficas do grupo de pais

A tabela indica que do grupo de pais e/ou responsáveis 15 pessoas (75 %) são do sexo feminino e 5 pessoas (25 %) do sexo masculino. A idade média é de 28,95 anos e quanto ao estado civil 12 (60 %) são solteiros e 8 (40 %) são casados. Do total da amostra 18 (90 %) são naturais do estado do Amazonas e 2 (10 %) são do estado do Pará. A média de escolaridade em anos é de 9,25 e a quanto à condição econômica estão dispostos nas classes B2 (35 %), C1 (30 %), C2 (15 %), D (15 %) e E (5 %). O grupo é composto em sua maioria por mães (11), seguidas pelos pais (3), primas (2), avó (1), avô (1), tia (1) e tio (1).

	N	M ± DP	%
Sexo	50		
Feminino	48		96
Masculino	2		4
Idade (anos)		35,0 ± 6,4	
Estado Civil			

Casado	29		58
Divorciado	5		10
Solteiro	15		30
Viúvo	1		2
Estado			
AM	41		82
CE	1		2
MA	2		4
PA	6		12
Escolaridade (anos)		13,56 ± 2,54	
Classe Social			
B 1	10		20
B 2	16		32
C 1	18		36
C 2	6		12
Vínculos empregatícios			
01	20		40
02	29		58
Voluntário	1		2
Anos de atuação		10,14 ± 4,74	

Tabela 2 - Características sócio-demográficas do grupo de técnicos de enfermagem

No grupo de técnicos de enfermagem 48 (96 %) são mulheres e 2 (4 %) são homens. Esse é um dado importante tendo em vista que em UTI a maioria dos pacientes está impossibilitada de qualquer esforço físico, o que demanda maior desgaste. A média de idade é de 35 anos e com relação ao estado civil 29 (58 %) são casados, 5 (10 %) divorciados, 15 (30 %) solteiros e 1 (2 %) viúvo. São oriundos dos estados do Amazonas 41 (82 %), Ceará 1 (2 %), Maranhão 2 (4 %) e Pará 6 (12 %). A média de escolaridade é de 13,56 anos e com relação à classe social estão divididos em B1 (20 %), B2 (32 %), C1 (36 %) e C2 (12 %). Do

total de participantes 29 (58 %), possuem dois vínculos empregatícios, 20 (40 %) apenas um vínculo e 1 (2 %) atua como voluntário. A média de anos de atuação é de 10,14.

	N	M ± DP	%
Sexo	18		
Feminino	15		83,3
Masculino	3		16,7
Idade (anos)		42,06 ± 6,94	
Estado Civil			
Casado	9		50
Divorciado	2		11,1
Solteiro	6		33,3
Viúvo	1		5,6
Estado			
AC	1		5,6
AM	7		38,9
CUBA	1		5,6
MG	1		5,6
PA	4		22,2
PB	1		5,6
PERU	1		5,6
RJ	1		5,6
RN	1		5,6
Escolaridade (anos)		17,33 ± 1,49	
Classe Social			
A 2	2		11,1
B 1	10		55,6
B 2	5		27,8
C 1	1		5,6
Vínculos empregatícios			

01	8		44,4
02	7		38,9
03	3		16,7
Anos de atuação		17,11 ± 7,58	

Tabela 3 - Características sócio-demográficas do grupo de enfermeiros

Nesta tabela verificamos que no grupo de enfermeiros 15 (83,3 %) são mulheres e 3 (16,7 %) são homens. A média de idade é de 42,06 anos e com relação ao estado civil 9 (50 %) são casados, 2 (11,1 %) divorciados, 6 (33,3 %) solteiros e 1 (5,6 %) viúvo. São procedentes dos estados do Acre 1 (5,6 %), Amazonas 7 (38,9 %), Minas Gerais 1 (5,6 %), Pará 4 (22,2 %), Paraíba 1 (5,6 %), Rio de Janeiro 1 (5,6 %) e Rio Grande do Norte 1 (5,6 %), há ainda enfermeiros vindo de outros países, sendo um de Cuba e o outro do Peru. A média de escolaridade é de 17,33 anos e com relação à classe social dividem-se em A2 (11,1 %), B1 (55,6 %), B2 (27,8 %) e C1 (5,6 %). Com relação aos vínculos empregatícios 8 (44,4 %) possuem um vínculo, 7 (38,9 %) possuem dois e 3 (16,7 %) possuem três vínculos empregatícios. A média de anos de atuação é de 17,11.

	N	M ± DP	%
Sexo	9		
Feminino	8		88,9
Masculino	1		11,1
Idade (anos)		40,0 ± 6,53	
Estado Civil			
Casado	8		88,9
Solteiro	1		11,1
Estado			
AM	4		44,4
GO	1		11,1
PA	1		11,1

RJ	1		11,1
RS	1		11,1
SP	1		11,1
Escolaridade (anos)		20,11 ± 1,36	
Classe Social			
A 1	1		11,1
A 2	5		55,6
B 1	3		33,3
Vínculos empregatícios			
01	1		11,1
02	2		22,2
03	6		66,7
Anos de atuação		12,78 ± 5,49	

Tabela 4 - Características sócio-demográficas do grupo de médicos

Com relação ao grupo de médicos nota-se que 8 (88,9 %) são mulheres e apenas 1 (11,1 %) é homem. A média de idade é de 40 anos e com relação ao estado civil 8 (88,9 %) são casados e 1 (11,1 %) é solteiro. Naturais do estado do Amazonas são apenas 4 (44,4), o restante da amostra divide-se entre os estados de Goiás, Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo, o que mostra que os profissionais mais qualificados e conseqüentemente com renda e padrão de vida mais elevado não são naturais do Estado do Amazonas. A média de escolaridade é de 20,11 anos e no que se refere à classe social dividem-se em A1 (11,1 %), A2 (55,6 %) e B1 (33,3 %). Com relação aos vínculos empregatícios 1 (11,1 %) possui um vínculo, 2 (22,2 %) possuem dois e 6 (66,7 %) possuem três vínculos empregatícios. A média de anos de atuação é de 12,78.

4.2 Análise dos dados do teste

A seguir, o gráfico 1 apresenta os resultados obtidos por meio do ISSL, com os respectivos indicativos do índice de estresse identificado.

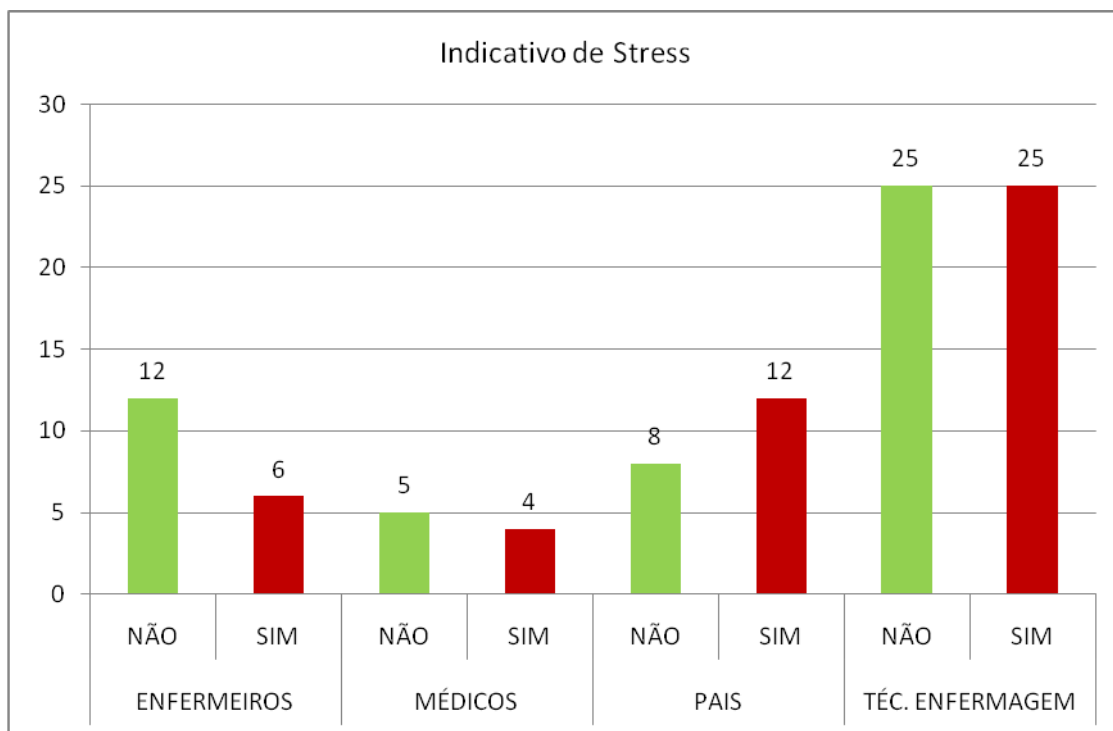


Gráfico 1 – Indicativo de Estresse, segundo o ISSL.

É interessante notar que o estresse atinge todas as pessoas independente de sua situação financeira, idade ou grau de escolaridade. O gráfico indica que nos grupos onde a escolaridade e a classe social são maiores, o nível de estresse é menor e nos grupos de pais e técnicos de enfermagem (cuja escolaridade é menor, bem como o nível sócio-econômico) o nível de estresse é maior, chegando a atingir metade da amostra no caso dos técnicos e mais da metade no caso dos pais.

Esses dados são importantes para ratificar que o ambiente hospitalar pode ser adoeedor e fonte de ansiedade, angústia e estresse. Não só para os pacientes, mas também para seus acompanhantes e principalmente para os profissionais que trabalham neste espaço,

em especial os de nível técnico, que executam a maioria das tarefas rotineiras e que demandam maior desgaste principalmente de ordem física.

Mesmo aquelas pessoas sem indicativos de estresse, apresentam alguns sintomas de ordem física ou psicológica, como mostra a tabela 5:

Participantes	Sintomas Físicos (M)	Sintomas Psicológicos (M)
Pais	10,35	6,9
Técnicos	5,92	3,66
Enfermeiros	5,33	4,39
Médicos	5,67	4,22

Tabela 5 – Média de sintomas físicos e psicológicos

A média de sintomas físicos e psicológicos do grupo de pais é muito expressiva, quando comparada aos demais grupos, demonstrando o grau de sofrimento dessas pessoas, sobretudo em relação aos sintomas físicos. Outro número bastante significativo é a média de sintomas psicológicos dos enfermeiros. O que chama a atenção para esse grupo é o fato de que, além das dificuldades de ordem técnica enfrentadas pelos mesmos, essas pessoas exercem funções administrativas e de chefia, conseqüentemente sendo alvo de muitas cobranças e expectativas por parte de seus superiores.

O gráfico 2 revela a classificação das fases do estresse nas quais os grupos se encontram segundo os dados colhidos com o ISSL.

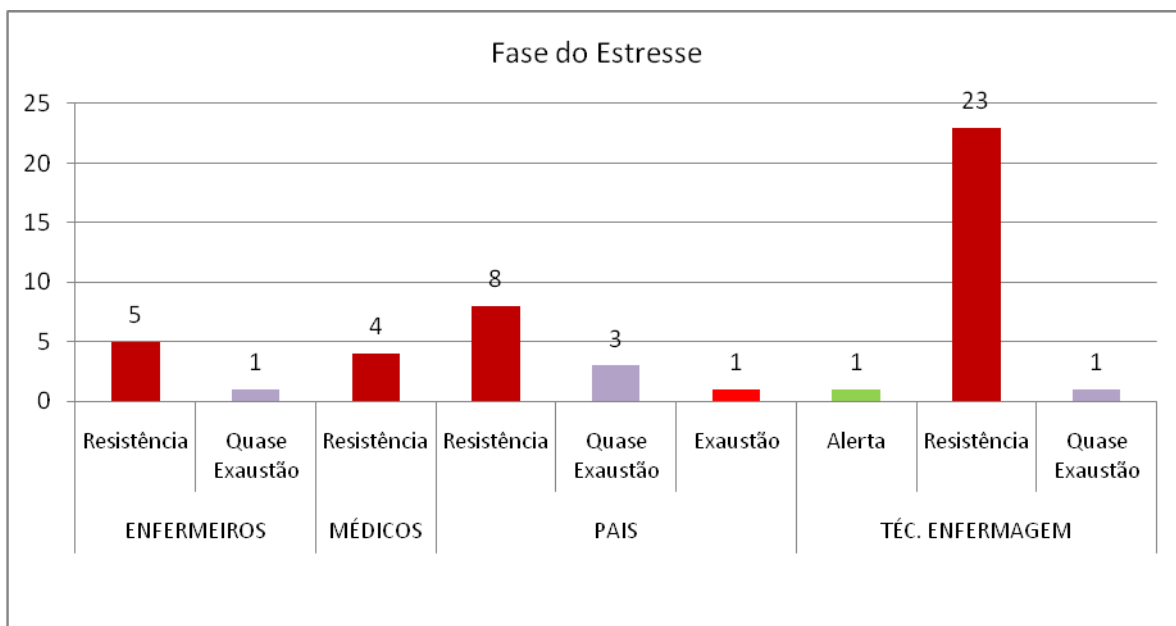


Gráfico 2 – Fase do Estresse

A fase de Alerta é onde o corpo se prepara para suportar o estresse e apenas uma pessoa (técnico de enfermagem), dentre todos os grupos, encontra-se nessa fase. Nota-se que a grande maioria encontram-se na fase de Resistência, onde o organismo procura adaptar-se às situações de estresse já vivenciadas. Em relação a categoria “Quase Exaustão” e “Exaustão”, apesar do número ser pequeno chama a atenção, pelo grau de sofrimento identificado pelo instrumento. Na fase de quase exaustão, a pessoa não está mais conseguindo adaptar-se a situação desencadeadora de estresse e as doenças começam a aparecer, já na fase seguinte, surgem doenças mais sérias, pois o organismo já não possui reservas de energia adaptativa. Especificamente neste caso, observou-se que o participante da pesquisa que encontrava-se nesta fase já apresentava problemas de saúde importante, relatando sintomas expressivos de doenças dermatológicas.

Ferreze, Ferreira & Carvalho (2006) encontraram dados semelhantes em pesquisa com 12 enfermeiros de unidades de cuidados intensivos. Nesta pesquisa foi utilizado o mesmo

instrumento e observou-se que 8 dos 12 enfermeiros apresentavam estresse e estavam na fase de Resistência, que predomina entre todos os grupos do presente estudo.

O gráfico 3, abaixo, mostrará a predominância de sintomas (físicos e psicológicos) entre os grupos estudados:

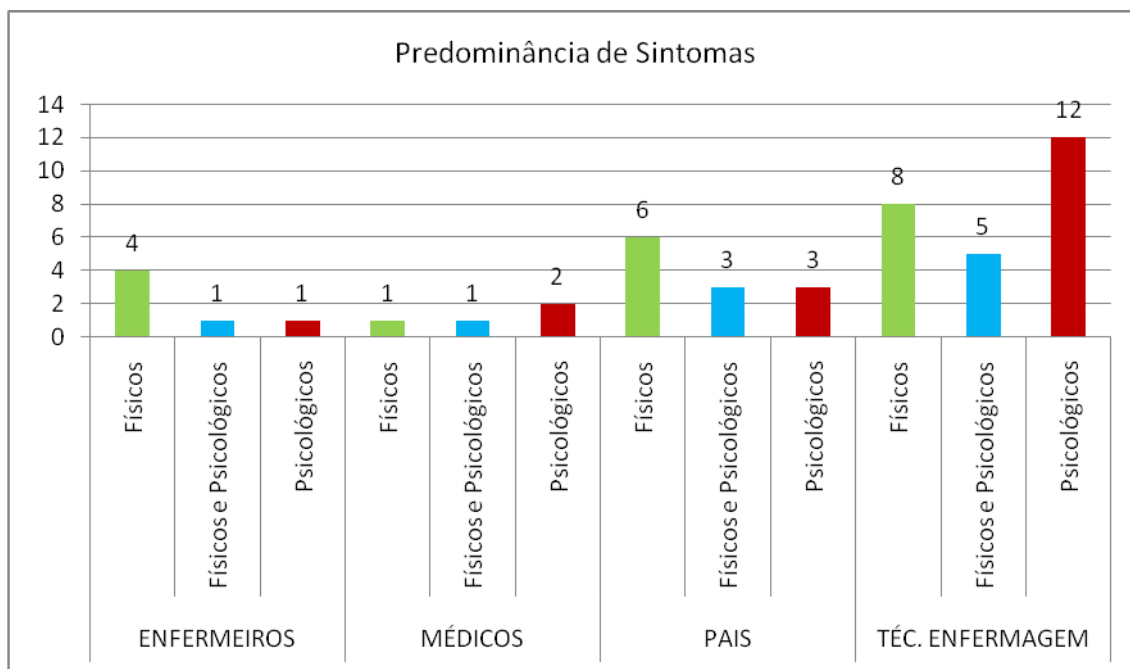


Gráfico 3 – Predominância de Sintomas

Percebe-se que os sintomas físicos são expressivos em todos os grupos. No entanto, ressalta-se que a quantidade de pessoas com predominância de sintomas físicos e psicológicos ou apenas psicológicos é também muito significativa, tendo em vista que denota maior sofrimento e mais dificuldades para tratamento.

Um dado muito importante é o número de médicos com predominância de sintomas psicológicos, pois esse é um grupo que em sua maioria, tem três vínculos empregatícios. Provavelmente estão expostos a um maior nível de cobrança e tempo de lazer reduzido, o que somados as dificuldades próprias do trabalho, propiciam situações desencadeantes de estresse.

Observando-se no grupo de pais os indicadores que apontam para algum nível de sofrimento psicológico (sintomas físicos e psicológicos e apenas psicológicos), encontra-se

exatamente metade da amostra com indicativos positivos para o estresse. O que nos mostra que esse tipo de sofrimento é mais comum do que eles próprios conseguem reconhecer, uma vez que, pelo livre auto-relato, os pais apresentam mais queixas relativas a sintomas físicos.

No grupo de técnicos de enfermagem, 17 pessoas apresentam algum tipo de sofrimento psicológico e somente oito, sofrimento apenas físico. Alguns fatores que causam esse adoecimento são, provavelmente, a sobrecarga de trabalho, a dor do outro, situações constantes de quase morte, fadiga, além das condições pessoais de estilo de vida. Esses trabalhadores provavelmente necessitam de ajuda para manter sua saúde física e mental e essa exposição a fatores estressantes pode interferir diretamente na qualidade do trabalho executado em um ambiente onde esse trabalho é muito importante e necessário.

5. CONCLUSÃO

O estresse atinge todas as pessoas independente de sua idade, classe social ou grau de instrução. Não tem uma causa específica e depende também do grau de tolerância do corpo para se instaurar. É dividido em quatro fases, que variam de acordo com a intensidade e com o surgimento de sintomas físicos e psicológicos que podem levar ao adoecimento. Dessa maneira surge a necessidade de se estudar mais estresse e como ele atinge as pessoas ligadas ao ambiente hospitalar.

O presente estudo teve por objetivo medir o nível de estresse de pais e/ou responsáveis por pacientes em UTIs pediátricas e dos respectivos profissionais de saúde na cidade de Manaus. Para isso foram utilizados um teste psicométrico e um questionário sócio-demográfico. Foi encontrado que os grupos com maior grau de escolaridade e maior nível sócio-econômico sofrem menos com estresse e o contrário também acontece, quanto menor o grau de escolaridade e situação sócio-econômica, maior o nível de estresse. Percebeu-se também que a maioria dos profissionais com nível superior (médicos e enfermeiros) não são naturais do estado do Amazonas.

Os dados encontrados nesta pesquisa encontram-se em consonância com os dados encontrados em outras pesquisas na área e na literatura, em especial Ferrareze et al (2006), deve-se ressaltar, no entanto, seus limites com relação ao número da amostra. Trabalhos futuros serão úteis para complementar os resultados aqui encontrados além de permitir comparações entre o nível de estresse inclusive de outros profissionais do Hospital.

Justificaram-se assim os objetivos propostos e espera-se contribuir de forma muito positiva para a melhoria na qualidade de vida dos usuários e trabalhadores ligados diretamente ao ambiente hospitalar, pois ao identificar os principais fatores relacionados ao nível de estresse e a natureza dos sintomas apresentados, pode-se estabelecer possibilidades de

intervenções eficazes para o manejo adequado desses sintomas. Além disso, pensar em formas de fazer um acolhimento melhor às famílias dos pacientes internados principalmente nas UTIs.

6. REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J; CRUZ, R. M. Perspectivas de investigação do mal-estar no trabalho com base nos modelos teóricos do estresse e da psicodinâmica do trabalho. In: TAMAYO, A. *Estresse e cultura organizacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo: All Books, 2008.

BATISTA, K. M; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2006; Julho-Agosto; 14(4):534-9.

BARBOSA, I. A. et al. *Autopercepção de estresse em equipe de enfermagem de terapia intensiva*. REME – Rev. Min. Enferm.; 2008, Jan/mar, 12(1): 48-53.

BITTENCOURT, A. G. V; NEVES, F. B. C. S; DANTAS, M. T. et al. *Análise de Estressores para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva*. Rev. Brasileira de Terapia Intensiva, Vol 19. N 1, Janeiro – Março, 2007; 19(1): 53-59.

BRASIL. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Estatuto da Criança e do Adolescente*, Manaus: SEMDIH, Julho de 2007, 58 p.

COMASSETTO, I; ENDERS, B. C. *Fenômeno vivido por familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva*. Rev. Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre (RS), 2009, Mar, 30(1):46-53.

DEJOURS, C. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A. M; LIMA, S. C. C; FACAS, E. P. (orgs). *Diálogos em psicodinâmica do trabalho*. Brasília: Paralelo 15, 2007.

FAQUINELLO, P; HIGARASHI, I. H; MARCON, S. S. *O atendimento humanizado em unidade pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada*. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2007, Out/Dez, 16(4): 609-16.

FERRAREZE, M. V. G; FERREIRA, V; CARVALHO, A. M. P. *Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em Terapia Intensiva*. Acta Paul Enferm. 2006; 19(3): 310-15.

FURTADO, O. Psicologia e relações de trabalho: em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada. In: BOCK, A. M (org). *A perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia*. São Paulo: Vozes, 2003.

GUERRER, F. J. L, BIANCHI, E. R. F. *Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva*. Rev. Esc. Enferm. USP; 2008, 42(2): 355-62.

GUERRER, F. J. P. *Estresse dos Enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Brasil*. São Paulo 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo. 2007.

HELOANI, J. R. Saúde mental no trabalho: algumas reflexões. In: MENDES, A. M. *Trabalho e saúde: o sujeito entre emancipação e servidão*. Curitiba: Editora Juruá, 2008.

LEITE, M. A.; VILA, V. S. C. *Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva*. Rev. Latino-am de Enfermagem. 2005, Mar/Abr; 13 (2): 145-50.

LIPP, M. N. *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos – ISSL*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

MARTINO, M. M. F; MISKO, M. D. *Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas*. Rev. Esc. Enferm. USP. 2004, 38(2): 161-7.

MENDES, A. M. A organização do trabalho como produto da cultura e a prevenção do estresse ocupacional. In: TAMAYO, A. *Estresse e cultura organizacional*. São Paulo: Casa do Psicólogo: All Books, 2008.

MENDES, A. M; MORRONE, C. F. Vivências de prazer – sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A. M; BORGES, L. O; FERREIRA, M. C. (orgs). *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília, 2002.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R. *Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar*. Revista Brasileira de Enfermagem. 2006, Set/Out, 59 (5).

PRETO, V. A; *O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidades de Terapia Intensiva*, Ribeirão Preto, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, USP, Ribeirão Peto, 2008.

PROCHNOW A. G. S. J., PRADEBON V. M, SCHIMITH M. D. *Acolhimento no âmbito hospitalar: perspectivas dos acompanhantes de pacientes hospitalizados*. Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre, 2009; 30(1): 11-18.

SANTINI, A. M.; et al. *Estresse: vivência profissional de enfermeiras que atuam em UTI neonatal*. Cogitare Enferm. 2005; Set/Dez, 10(3): 14-22.

SANTOS, J. M.; OLIVEIRA, E. B.; MOREIRA, A. C. *Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva*. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006, Out/Dez; 14(4): 580-5.

SERRA S. O. A; SCOCHI, C. G. S. *Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal*. Rev. Latino-am Enfermagem. 2004, Jul/Ago; 12 (4): 597-605.

SOARES, M. *Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva*. Rev. Bras. de Terapia Intensiva. 2007, Out/Dez; 19(4): 481-84.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Estresse ocupacional. In: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C. (orgs). *Trabalho em Transição, Saúde em Risco*. Brasília, DF: Editora UNB, 2002.

VILA, V. S. C; ROSSI, L. A. *O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”*. Rev Latino-am de Enfermagem, 2002, Mar/Abr; 10(2): 137-44.

WALLAU, R. A.; et al. *Qualidade e humanização do atendimento em medicina Intensiva. Qual a visão dos familiares?* RBTI - Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 2006, Jan/Mar; 18(1): 45 – 51.

ANEXOS

CRONOGRAMA

Descrição	2009										2010					
	<i>Abr</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	<i>Jul</i>	<i>Ago</i>	<i>Set</i>	<i>Out</i>	<i>Nov</i>	<i>Dez</i>	<i>Jan</i>	<i>Fev</i>	<i>Mar</i>	<i>Abr</i>	<i>Mai</i>	<i>Jun</i>	
<i>Levantamento bibliográfico</i>	■	■	■	■		■	■	■	■			■	■	■		
<i>Revisão de Literatura</i>	■	■			■	■	■						■	■		
<i>Elaboração do Projeto</i>	■															
<i>Apresentação ao Comitê de Ética</i>	■															
<i>Coleta de dados</i>					■	■	■	■	■							
<i>Apuração dos Resultados</i>								■	■	■						
<i>Digitação dos dados</i>									■	■						
<i>Análise dos dados</i>											■	■	■	■		
<i>Discussão dos resultados</i>												■	■	■	■	■
												■	■	■	■	■

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

Andamento do projeto - CAAE - 0098.0.115.000-09



Título do Projeto de Pesquisa

NÍVEL DE ESTRESSE DE PAIS E/OU RESPONSÁVEIS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS DA CIDADE DE MANAUS.

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	14/04/2009 12:49:14	10/07/2009 10:56:11		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	15/03/2009 21:36:59	Folha de Rosto	FR248416	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	14/04/2009 12:49:14	Folha de Rosto	0098.0.115.000-09	CEP
4 - Protocolo Aprovado no CEP	10/07/2009 10:56:11	Folha de Rosto	099/09	CEP
3 - Protocolo Pendente no CEP	03/07/2009 14:56:10	Folha de Rosto	099/09	CEP

[Voltar](#)

ANEXO B

Marilda Novaes Lipp

Manual do Inventário de Sintomas
de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)

Venda restrita a psicólogos
mediante apresentação do CRP,
de acordo com a lei federal
nº 4.119/62.

Casa do Psicólogo®

NOTADO EDITOR

Esta nova edição do **INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTOS DE LIPP (ISSL)** apresenta uma série de estudos brasileiros com a técnica, que foram analisados e interpretados pela autora.

Salientamos que a utilização desta obra é reservada ao profissional de Psicologia, de acordo com o Decreto nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964, que regulamenta a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, a qual dispõe sobre a profissão do Psicólogo.

São Paulo, Setembro/2005

SILÉSIA DELPHINO TOSI

Editora do Departamento de Pesquisas e
Produção de Testes da Casa do Psicólogo®