

Stress dos Doentes nos Cuidados Intensivos

Stress of Patients in Intensive Care

Maria Celeste Bastos Almeida*
José Luís Pais Ribeiro**

Resumo

O estudo tem como objectivo conhecer os aspectos que se relacionam com o stress dos doentes dos cuidados intensivos, no sentido de promover intervenções orientadas para o bem-estar e necessidades dos doentes. Os participantes foram 47 doentes, entrevistados na semana seguinte ao internamento numa UCI de um Hospital Central do Porto. A média de idades foi de 45 anos, num intervalo de 16 a 78 anos, sendo 70% do sexo masculino e 30% do sexo feminino. Como instrumentos de avaliação foi utilizado um questionário de stress. Os resultados apontam um nível moderado de stress, sendo identificados os factores causadores de maior nível de stress. Verificamos ainda a influência de factores sócio-demográficos e clínicos sobre a percepção do stress.

Palavras-chave: Cuidados intensivos, stress.

Abstract

The aim of this study is to identify the aspects related to stress of patients in intensive care, in order to promote interventions directed to their needs and well-being. The study includes 47 patients, interviewed one week after the discharge from an intensive care unit located in a General Hospital. This population with an average of 45 years, in a range between 16 and 78 years, integrates 70% of male and 30% of female. We used one evaluation instrument, a stress inquiry. The results obtained show a moderate level of stress, and we identify the agents that cause a high stress level. We also detected an influence of social-demographic and clinical factors in patient's perception of stress.

Keywords: Intensive care, stress.

* Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto

** Professor Associado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto

Recebido para publicação em: 19-01-2007

Aceite para publicação em: 29-07-2008

Introdução

As Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são um contexto específico de prestação de cuidados de saúde. Diferenciam-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos doentes que aí são atendidos. São precisamente estas características que se destacam nas vivências dos doentes, porque são potencialmente indutores de stress e interferem no seu bem-estar.

A imagem que o cidadão comum tem de uma UCI, e que também é veiculada pelos meios de comunicação, é de um ambiente tecnológico onde se prestam cuidados de saúde de "fim de linha". Isto é, dentro dos vários departamentos das instituições de saúde identificamos as UCI como os locais onde são atendidos os doentes mais graves e onde a distância entre a vida e a morte é ténue. Daí, também a ideia generalizada do sofrimento que acompanha o internamento nestas unidades e que corresponde a estados limite de doença.

A doença grave desencadeia uma variedade de respostas de stress a múltiplos estímulos, para além dos estímulos físicos, como a dor, o trauma, o choque ou a infecção. Desde o aparato tecnológico que o rodeia, o isolamento face ao exterior, o excesso de estímulos auditivos e a privação de estímulos "habituais", os múltiplos cuidados e tratamentos que recebe, e até a própria relação com os profissionais pode ser factor de stress para o doente. Muitos estudos referem a natureza stressante do internamento em cuidados intensivos (Cornock, 1998; Kim, *et al.*, 1999; Lerch & Park, 1999; Novaes, *et al.*, 1999) embora nem sempre exista um consenso em relação aos stressores mais significativos para o doente internado.

No nosso trabalho seguimos o modelo de Lazarus e Folkman (1984) que definem o stress como uma relação particular entre o meio e o indivíduo, que é avaliado por este como ameaçador e excedendo os seus recursos, e põe em causa o seu bem-estar. Este modelo da resposta psicológica de stress enfatiza o controlo percebido sobre o ambiente como um determinante crítico do efeito psicológico dos acontecimentos (Lovallo, 1997).

Há aspectos particulares relativamente aos agentes de stress presentes na UCI que têm influência no impacto biológico e psicológico, bem como na intensidade da resposta de stress: a não previsibilidade

dos acontecimentos e o fraco controlo sobre esses acontecimentos.

Muitos dos factores de stress, senão a sua maioria, não são previsíveis para o doente. Por exemplo, o doente não sabe quando vai ser picado com agulhas, ou quando vai receber outro tratamento doloroso. A não previsibilidade de um agente de stress deixa o doente sempre na expectativa. Experiências em laboratório mostram que os agentes de stress são menos adversos quando previsíveis, e a previsibilidade reduz o impacto na função imunológica (Martin, 2001).

O doente não tem controlo sobre a maior parte dos acontecimentos durante a sua estada na UCI. A própria mobilização no leito e adoptar uma posição mais confortável, está dependente da decisão e ajuda dos profissionais. Não depende de si, na maioria dos casos, a eliminação ou redução dos factores que lhe são nocivos. E o que a investigação mostra é que "o impacto de um determinado agente de stress particular depende em considerável extensão, do grau com que pode ser controlado, isto é, da possibilidade que o receptor tem de alterar o agente de stress, eliminá-lo ou escapar-lhe" (*ibid.*, p. 143).

Tendo em conta a multiplicidade das situações nas UCI, são vários os potenciais agentes de stress que podem pôr em causa o bem-estar e a satisfação das necessidades dos doentes. Lerch e Parck (1999) apontam como factores que contribuem para o stress físico e psicológico nos doentes em estado crítico, o ambiente ameaçador da UCI, a dor e os procedimentos invasivos, entubação endotraqueal e dificuldade de comunicar, privação do sono, entre outros.

Objectivos do Estudo

Procuramos explorar as experiências dos doentes durante o seu internamento em cuidados intensivos, para dar resposta à questão que orienta a nossa pesquisa: **Quais os aspectos que se relacionam com o stress dos doentes internados nos cuidados intensivos?**

Objectivos específicos:

- Determinar o nível de stress dos doentes em relação a aspectos inerentes aos cuidados intensivos;
- Identificar os aspectos que induzem maior nível de stress nos doentes;
- Identificar a relação dos factores pessoais (sexo,

idade, estado civil e escolaridade) com a percepção do stress dos doentes;

- Identificar a relação dos factores clínicos (diagnóstico, tempo de internamento, ventilação, tipo de analgesia, sedação e curarização) com a percepção do stress dos doentes.

Metodologia

Estudo do tipo descritivo exploratório e transversal, uma vez que a amostra é constituída por um grupo da população em estudo "...e os dados são recolhidos num único momento." (Ribeiro, 1999, p. 42).

Consideramos no estudo dois tipos de variáveis:

- Variável principal: stress
- Variáveis secundárias: sexo, idade, estado civil, escolaridade, diagnóstico, tempo de internamento, ventilação, tipo de analgesia, sedação e curarização.

Participantes

Participaram no estudo 47 doentes que estiveram internados em duas Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de um Hospital Central do Porto, no período de 1 de Maio a 31 de Julho de 2001. Os participantes constituem uma amostra não probabilística sequencial, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

- Falar português;
- Primeiro internamento em cuidados intensivos;
- Ter memórias do internamento na UCI;
- Capacidades cognitivas para responder ao questionário;
- Internamento na UCI superior a 12 horas.

O estudo foi previamente autorizado pelo Conselho de Administração e Comissão de Ética do Hospital, e a participação dos doentes foi voluntária, sendo garantida a confidencialidade dos dados.

O número reduzido de doentes incluídos no estudo deve-se essencialmente à elevada taxa de mortalidade e aos défices neurológicos (desde estados de confusão e desorientação, até estados de coma profundo) que comprometiam a resposta ao questionário.

Instrumento

Utilizamos um Questionário de Stress que resulta de uma adaptação do instrumento ESQ ("The Environmental Stressor Questionnaire") de Cornock (1998). O questionário pode ser aplicado por auto ou hetero-preenchimento, demorando em média

10 a 15 minutos a preencher. É um instrumento unidimensional que inclui 51 questões, com resposta numa escala tipo Likert, de 4 posições, pontuadas de 1 a 4 ("nenhum stress" = 1; "algum stress" = 2; "muito stress" = 3; "extremo stress" = 4) e uma opção "não se aplica" pontuada com o valor 1, uma vez que se o sujeito considera não se aplicar a si a situação descrita então não pode ter experimentado stress, pelo que recebe a mesma pontuação que "nenhum stress".

A pontuação máxima do questionário é 204, se todos os itens são considerados como extremamente stressantes (pontuação 4 em todos os itens), a pontuação mínima é 51, se em todos os itens os respondentes apontam a opção "nenhum stress" ou a situação "não se aplica" (pontuação 1 em todos os itens).

A fim de avaliar a fidelidade do questionário, procedemos ao cálculo da sua consistência interna através do coeficiente de alpha (α) de Cronbach. O questionário de stress apresenta um valor de $\alpha = 0,93$.

Colheita de Dados

Iniciamos a recolha de dados a 1 de Maio de 2001 e terminamos a 31 de Julho de 2001. Durante este período registamos diariamente todos os doentes admitidos e acompanhamos o seu internamento, o que possibilitava a consulta de dados dos processos clínicos e recolha de informações junto dos profissionais de saúde. O contacto com os doentes só se efectivava após a transferência da UCI para outra enfermaria do hospital, durante a semana seguinte à transferência.

No primeiro contacto procedemos à avaliação sumária relativamente à capacidade de resposta verbal e escrita, limitações físicas e cansaço, orientação espaço-temporal e recordações sobre o período de internamento na UCI. Se na primeira entrevista os doentes não apresentavam condições para responder ao questionário era adiado esse momento até perfazer a semana e só nessa altura seriam excluídos.

O preenchimento dos questionários em alguns casos ocorreu logo na primeira entrevista, noutras casos nos dias seguintes, dependendo da situação clínica do doente, da sua vontade expressa, dos défices neurológicos, das limitações observadas e dos constrangimentos dos próprios serviços. Alguns doentes apresentavam memórias reduzidas do internamento, pelo que também nestes casos era adiada a recolha de dados para excluir o efeito residual dos sedativos, principalmente das benzodiazepinas.

A entrevista iniciava-se pela apresentação do entrevistador e a explicação da natureza do estudo e sua finalidade. Esta apresentação inicial era complementada com informação escrita dando possibilidade ao participante de contactar mais tarde o entrevistador para conhecimento dos resultados da investigação. O entrevistador solicitava a participação do doente mediante a autorização por escrito, com garantia expressa de confidencialidade dos dados, sendo esta autorização assinada apenas no fim da entrevista. As entrevistas foram realizadas sempre pelo mesmo entrevistador e os questionários eram auto-preenchidos sob supervisão ou preenchidos pelo entrevistador, quando os doentes apresentavam défices que comprometiam a leitura e/ou escrita.

Resultados

Após a aplicação dos questionários e a organização de dados dos processos clínicos, utilizamos o programa estatístico SPSS (versão 10.0) para proceder à análise uni e bivariada das variáveis.

QUADRO 1 – Caracterização do grupo de estudo em relação a variáveis pessoais

Variáveis		Amostra N = 47	
		n	%
Sexo	Feminino	14	29,8
	Masculino	33	70,2
Idade Média (45.06 anos)	15 – 30 anos	12	25,5
	31 – 50 anos	15	31,9
	51 – 70 anos	14	29,8
	Superior a 71 anos	6	12,8
Estado civil	Só (solteiro, viúvo, divorciado)	17	36,2
	Casado	30	63,8
Escolaridade	Até 4ª classe	16	34,0
	9º ano ou equivalente	20	42,6
	12º ano ou curso superior	11	23,4

Variáveis clínicas

Nas variáveis de natureza clínica, incluímos o diagnóstico, ventilação artificial, tipo de analgesia, sedação e curarização, tal como é apresentado no quadro 2.

O estudo contempla um número reduzido de participantes, o que desde logo anula a possibilidade de generalização dos resultados. Atendendo à natureza das variáveis optamos pela estatística paramétrica, com o teste t de *Student* e o teste *One-way ANOVA*, para comparação entre grupos, reconhecendo as limitações metodológicas desta opção uma vez que há desigualdade no tamanho dos grupos, pelo que muitos autores aconselham a utilização dos testes não paramétricos. No entanto, recorreremos ao teste não paramétrico, Kruskal-Wallis, para avaliar diferenças nos resultados, o que não se verificou, razão porque apenas são referidos os teste paramétricos, por uma questão de congruência de apresentação dos resultados estatísticos.

Variáveis pessoais

No quadro 1 apresentamos a caracterização do grupo de estudo, de acordo com as variáveis pessoais que pretendíamos estudar: sexo, idade, estado civil e escolaridade.

QUADRO 2 – Caracterização do grupo de estudo em relação a variáveis clínicas

Variáveis		Amostra N = 47	
		n	%
Diagnóstico	Pós-op. Cirurgia electiva	18	38,3 %
	Pós-op. Cirurgia urgente	5	10,6 %
	Transplante	11	23,4 %
	Trauma	3	6,4 %
	Falência respiratória	10	21,3 %
Ventilação	Não ventilados	4	8,5 %
	Ventilação 24 horas	23	48,9 %
	Ventilação > 24 horas	20	42,6 %
Analgesia*	Perfusão contínua	13	27,7 %
	Intervalos regulares	20	42,6 %
	SOS	14	29,8 %
Sedação	Sem sedação	3	6,4 %
	Sedação 24 horas	26	55,3 %
	Sedação > 24 horas	18	38,3 %
Curarização	Não receberam curarizantes	42	89,4 %
	Receberam curarizantes	5	10,6 %

*Nenhum dos doentes recebeu analgesia pela modalidade PCA (Patient Control Administration).

Determinação do Nível de Stress

A fim de calcular o nível de stress foram somados os valores de todos os itens para cada um dos sujeitos. No quadro 3 são apresentadas as estatísticas descritivas em relação aos cálculos efectuados.

QUADRO 3 – Estatística descritiva do nível de stress

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Nível de stress N = 47	55	168	101,94	25,09

Identificação dos Itens mais Stressantes

Dada a variedade de aspectos do questionário de doentes consideraram como mais stressantes. No stress procuramos identificar aqueles itens que os quadro 4 apresentamos a pontuação dos itens.

QUADRO 4 – Itens mais pontuados no questionário de stress

Item	Pontuação	Média	Desvio Padrão
18. Ter tubos na boca e nariz	164	3,49	0,97
45. Medo da morte	142	3,02	1,17
28. Não ser capaz de dormir	139	2,96	1,21
34. Ser picado com agulhas	134	2,85	1,19
44. Não ser capaz de comunicar	133	2,83	1,20
16. Ouvir o alarme do monitor cardíaco	132	2,81	1,27
11. Ouvir os ruídos e alarmes das máquinas	131	2,79	1,19

Os aspectos que recebem a pontuação mais elevada prendem-se com o desconforto e limitações provocados por alguns procedimentos (entubação, punções) e com os sistemas de alarme do equipamento tecnológico de monitorização permanente.

Os itens menos valorizados, apresentados no quadro 5, relacionam-se predominantemente com as actividades/comportamentos da equipa de enfermagem e com aspectos físicos do local (cheiros, ruído do telefone, temperatura).

QUADRO 5 – Itens menos pontuados no questionário de stress

Item	Pontuação	Média	Desvio Padrão
42. Encontrar-se numa sala muito quente ou muito fria	64	1,36	0,67
3. Sentir a enfermeira muito apressada	63	1,34	0,66
2. A enfermeira não se apresentar	59	1,26	0,64
30. Sentir cheiros estranhos ao seu redor	58	1,23	0,63
7. Ouvir o telefone tocar	57	1,21	0,54
10. Sentir que a enfermeira é mais vigilante em relação às máquinas que a si próprio	54	1,15	0,51

Variáveis pessoais – Comparação entre grupos

A fim de analisar a relação das variáveis pessoais com a percepção do stress, utilizamos a estatística paramétrica para estudo da sua variância com o teste *t* de Student para o sexo, estado civil e o teste *One-way ANOVA* para a idade e escolaridade.

Relativamente às variáveis estado civil, idade, e escolaridade não encontramos diferenças significativas entre os grupos.

Para a variável sexo os resultados obtidos indicam que os elementos do sexo masculino apresentam um nível de stress significativamente inferior ao dos elementos do sexo feminino, tal como é apresentado no quadro 6.

QUADRO 6 – Teste *t* de student para o sexo

	Sexo	n	Média	Desvio Padrão	t	p
Stress	F	14	114,86	23,42	2,41	0,02
	M	33	96,45	24,04		

Variáveis Clínicas – Comparação entre grupos

Também para a análise das variáveis clínicas utilizamos a estatística paramétrica com o teste *t* de Student para a variável curarização e a ANOVA, para as variáveis diagnóstico, ventilação, analgesia e sedação.

Os resultados não apontam diferenças significativas entre os grupos, embora seja de referir a média mais elevada de percepção de stress para os indivíduos ventilados, comparativamente aos não ventilados artificialmente. No tipo de analgesia, de salientar a média mais elevada para os indivíduos que receberam analgesia por perfusão contínua, relativamente ao grupo que recebeu analgesia em SOS ou a intervalos regulares, o que pode relacionar-se com o facto de

perfusão contínua estar associada, por norma, a patologia avaliada como mais dolorosa.

Discussão

Globalmente, os resultados do nosso estudo apontam para um nível moderado de stress. Tendo em conta que o valor total das respostas, ao questionário de stress, poderia ascender a 204 e nenhum dos participantes apresenta pontuação superior a 168, partindo de 51 como o valor mínimo possível, a média de 101,94 não constitui um valor elevado. Comparando os valores médios obtidos, o nosso grupo de estudo apresenta valores mais elevados que o grupo estudado por Cornock (1998). Quando utilizamos o mesmo sistema

de pontuação obtemos uma média de 89, sendo a média obtida pelo autor de 67.

Em relação aos valores obtidos não podemos esquecer dois aspectos que podem influenciar os resultados individuais. O primeiro aspecto relaciona-se com o significado da palavra stress. O termo stress é ambíguo e alvo de inúmeras interpretações. A sua natureza subjectiva pode dificultar o posicionamento numa escala. O segundo aspecto é o número elevado de itens para os quais os doentes apontam a opção “não se aplica”, que pode reflectir dificuldades em recordar detalhes da experiência, por efeitos residuais da medicação sobre a memória, ou traduzir um mecanismo de defesa do doente.

A análise dos resultados comparando os grupos só aponta diferenças significativas em relação à variável sexo. Os doentes do sexo feminino consideram o internamento em cuidados intensivos mais stressante do que os doentes do sexo masculino. Na comparação dos restantes grupos não se verificam diferenças significativas, embora as médias apontem para níveis de stress mais elevados nas faixas etárias extremas, isto é, os doentes com idade superior a 71 anos apresentam maior stress, seguindo-se os doentes com idade inferior a 30 anos. Ainda a referir os valores mais elevados para os doentes não casados.

É de referir também as médias mais elevadas para os doentes submetidos a cirurgia urgente e vítimas de trauma, por corresponderem aos sujeitos cujo acontecimento foi mais inesperado e para o qual não tiveram qualquer preparação. Tanto os doentes no pós-operatório de transplante como de cirurgia programada esperavam acordar na UCI após a cirurgia, por isso tiveram uma preparação pré-operatória (com informações mais ou menos detalhadas sobre os cuidados e o desconforto do pós-operatório) que não os deixou completamente indefesos face ao internamento. Mas, dada a baixa representatividade do grupo para quem o internamento constituiu um acontecimento inesperado, não é possível tirar conclusões, somente referir as tendências. O mesmo acontece com o grupo de doentes que recebeu relaxantes musculares, pois apesar de apresentarem os valores mais elevados de stress constituem apenas 10,6% da amostra. Ao analisarmos os aspectos considerados como mais stressantes encontramos como principal aspecto “ter tubos na boca e nariz”, o que vai de encontro ao resultado referido por Cochran e Canong (1989, in Cornock, 1998), estes resultados diferem do estudo de Cornock (1998) que encontrou como item mais referido o “ter sede”, Novaes *et al.* (1999) apontam como factor de maior stress a dor. Ver comparação de resultados no quadro 7.

QUADRO 7 – Comparação dos estudos em relação aos aspectos mais stressantes na UCI

Cochran e Canong (1989) EUA	1º “ter tubos na boca e nariz” 2º “ser picado com agulhas” 3º “ter dor” 4º “não ser capaz de dormir”
Cornock (1998) Reino Unido	1º “ter sede” 2º “ter tubos na boca e nariz” 3º “não ser capaz de dormir” 4º “sentir limitação dos movimentos devido aos tubos/linha”
Novaes (1999) Brasil	1º “ter dor” 2º “não ser capaz de dormir” 3º “ter tubos na boca e nariz” 4º “não ter controle sobre si”
Presente estudo (2002) Portugal	1º “ter tubos na boca e nariz” 2º “medo da morte” 3º “não ser capaz de dormir” 4º “ser picado com agulhas”

Apesar de diferirem na ordem de importância, o estudo partilha aspectos com os estudos desenvolvidos por Cochran e Canong (1989, in Cornock, 1998) nos Estados Unidos, por Cornock (1998) no Reino Unido e por Novaes *et al.* (1999) no Brasil.

A dor é referida em dois dos estudos e é um problema frequentemente associado ao tratamento intensivo e à doença grave. Puntillo (1990) refere um estudo de Jones *et al.* (1979) sobre as reacções dos doentes a uma UCI, e os autores identificam a dor como a

maior preocupação dos doentes e a principal causa de distúrbios do sono. Refere ainda um estudo de Paiement *et al.* (1979), com 100 doentes submetidos a cirurgia cardíaca, dos quais 42% apontam a dor provocada pelos drenos torácicos e pela incisão cirúrgica, como a pior recordação do internamento.

Os dados obtidos no nosso estudo vêm contrariar os resultados esperados. A justificação que encontramos é o tipo de abordagem da dor, isto é, sendo a maioria dos doentes do foro cirúrgico (72,3%), principalmente pós-operatórios de transplante e de cirurgia programada (61,7%), o tratamento da dor está mais protocolizado de acordo com o tipo de cirurgia e o recobro cirúrgico. Os doentes referiram que apesar de terem sentido dor receberam tratamento atempado, razão porque não a apontam como problema.

Ao contrário do que era esperado, o tipo de analgesia não parece ter influência sobre a intensidade do stress. Estes resultados colocam-nos a questão: Independentemente da modalidade terapêutica, o tratamento da dor foi eficaz? Esta é uma questão para a qual não encontramos resposta. Salientamos novamente o facto do grupo ser maioritariamente pós-cirurgia electiva, que pode levar a um enviesamento dos resultados. Dada a heterogeneidade e diferente representatividade dos sujeitos no nosso grupo de estudo, os dados que obtivemos não são passíveis de generalização.

Relativamente ao tratamento da dor, encontramos resultados idênticos ao nosso estudo, num estudo multicêntrico sobre a avaliação e tratamento da dor em doentes em estado crítico (trauma e pós-operatório de grandes cirurgias) relatado por Carroll, *et al.* (1999). Os autores referem que os doentes em geral ficaram satisfeitos com o tratamento da dor, apesar de experimentarem dor moderada a intensa, muitas vezes. Alertam ainda os profissionais de saúde para os seguintes aspectos:

- A avaliação efectiva do processo de tratamento da dor, não se pode restringir apenas à satisfação do doente;
- As explicações sobre a dor "esperada" devem ser realistas;
- Os profissionais devem providenciar o tratamento da dor rapidamente de forma a demonstrar que esta é uma prioridade.

Um aspecto a destacar nas entrevistas foi o reconhecimento, da maioria dos doentes, em relação aos profissionais de saúde das unidades,

salvaguardando sempre a sua competência quando optavam por respostas menos positivas nos questionários. Talvez esta tenha sido outra razão para os doentes, tendencialmente, fugirem aos extremos das posições nas escalas de avaliação.

Finalmente, se a experiência pela qual o doente passou foi traumatizante e hostil, o facto da entrevista acontecer após o acontecimento, pode levar a uma valorização dos aspectos positivos e desvalorização dos aspectos mais negativos. Não apenas como mecanismo de defesa, na tentativa de negar o que viveu, mas também alívio pela sensação de que o perigo já passou. Esta foi uma atitude particularmente visível nos doentes transplantados. Encontrando-se estes doentes em fases avançadas de doença hepática ou pancreática, para quem o transplante era a única saída de sobrevivência, todos os outros aspectos eram minimizados. A atenção do doente fixava-se na alegria de estar vivo e na expectativa face à recuperação. O que verdadeiramente preocupava estes doentes era a possibilidade de rejeição do órgão transplantado, por isso, o internamento para eles não se revestia do mesmo significado encontrado noutros doentes, até porque tinham sido previamente preparados para a situação do pós-operatório e da necessidade de ventilação invasiva.

Actualmente as instituições de saúde são confrontadas com exigências de qualidade em várias dimensões, desde o acesso aos cuidados de saúde, passando pelo processo de atendimento e tratamentos, até aos resultados desses cuidados. Os níveis de qualidade são ditados por directrizes governamentais e organizacionais, com objectivos a curto e longo prazo, como por exemplo, diminuir as listas de espera, diminuir o tempo de internamento, centralizar as emergências, proporcionar um atendimento personalizado, diminuir as taxas de infecção, etc.

Na avaliação dos serviços de saúde, para além dos parâmetros citados, a voz do utente também começa a ser reconhecida. Como diz Hart (1996): "Health care providers are urged to obtain feedback wherever possible in order to monitor and thus to improve service quality" (p. 1235). Na verdade, se os cuidados de saúde são organizados para o doente, é importante o seu contributo na avaliação da qualidade desses serviços.

Não tendo sido nosso objectivo avaliar a prática dos profissionais de saúde, ao focar o estudo na experiência

dos doentes há aspectos que, relacionando-se com essa prática, dão informação aos profissionais sobre possíveis alternativas para melhorar o bem-estar dos doentes.

Há, inevitavelmente, aspectos que causam desconforto e stress ao doente, mas fogem ao controle dos profissionais de saúde. Por exemplo, "ter tubos na boca e nariz" e "ser picado com agulhas", são aspectos considerados como mais stressantes, mas que são imprescindíveis para o tratamento e monitorização do doente grave.

Há outros aspectos para os quais existem alternativas. É o caso do item, "não conseguir dormir", também apontado como mais stressante, e sobre o qual os profissionais podem intervir, por exemplo, diminuir a intensidade da luz e do ruído no período nocturno, e restringir os procedimentos terapêuticos ao indispensável (evitar o desmame do ventilador durante a noite, não prestar cuidados por rotina mas só em função das necessidades individuais, etc.). Relativamente aos itens "ouvir o alarme do monitor cardíaco" e "ouvir os ruídos e alarmes das máquinas", os profissionais podem alterar os alarmes adequando os limites aos parâmetros de cada doente. Também em relação a "não ser capaz de comunicar" é possível intervir encontrando formas alternativas à comunicação oral, por exemplo, combinar pequenos gestos e sons com o doente, usar figuras com imagens ou frases "tipo". Desta forma, é possível diminuir a dificuldade na comunicação oral e em fazer-se entender.

"O medo da morte" é outro aspecto particularmente stressante para muitos doentes, e que pode relacionar-se com o desconhecimento do motivo do internamento e da evolução clínica, com o ambiente da UCI, com suspeitas e desconfianças em relação à gravidade e prognóstico, com os períodos de desorientação, etc. E talvez possa ser atenuado por modificações no tipo de comunicação do profissional com o doente. Os profissionais não devem limitar-se a transmitir informações sobre procedimentos, mas incluir informações sobre o que lhe aconteceu, onde se encontra, orientá-lo no tempo, o seu estado e pequenos progressos, ... E repetir essas informações, mesmo em doentes ventilados ou que aparentemente não comuniquem.

As informações que o doente obtém dos profissionais de saúde tornam as situações mais previsíveis, proporcionando ao doente um "certo controlo"

sobre os acontecimentos, porque estes deixam de ser totalmente desconhecidos.

Para além das recomendações apresentadas, o importante é que os profissionais de saúde reconheçam o stress desencadeado pela doença grave e internamento na UCI, e levem em consideração os factores que os próprios doentes identificam como mais stressantes. Reconheçam ainda a influência que a actuação dos profissionais pode ter sobre o bem-estar dos doentes e sobre a intensidade da resposta de stress, bem como sobre os factores de stress.

Apesar de destacarmos alguns aspectos a partir dos resultados, temos plena consciência de questões que ficam sem resposta. Dada a multiplicidade e, simultaneamente, a complexidade dos factores que interferem na experiência da doença grave e consequente internamento na UCI, sabemos que o seu estudo só pode ser faseado, dificilmente abarcará o todo. Se o nosso estudo levanta questões que vêm alargar o leque da investigação na área da saúde e sugere novas formas de intervenção para promover a satisfação e bem-estar daqueles que se confrontam com uma doença grave, então sentimo-nos compensados por ter dado voz a este projecto.

Bibliografia

- CARROLL, K. C. [et al.] (1999) - Pain assessment and management in critically ill postoperative and trauma patients: a multisite study. *American Journal of Critical Care*. Vol. 8, nº 2, p. 105-117.
- CORNOCK, M. A. (1998) - Stress and intensive care patient: perceptions of the patients and nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 27, nº 3, p. 518-527.
- HART, M. (1996) - Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 24, nº 6, p. 1234-1240.
- KIM, H. ; GARVIN, B. J. ; MOSER, D. K. (1999) - Stress during mechanical ventilation: benefit of having concrete objective information before cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*. Vol. 8, nº 2, p. 118-126.
- LAZARUS, R. S. ; FOLKMAN, S. (1984) - Stress, appraisal and coping. New Cork: Springer Publishing Company.
- LERCH, C. ; PARK, G. R. (1999) - Sedation and analgesia. *British Medical Bulletin*. Vol. 55, nº 1, p. 76-95.
- LOVALLO, W. R. (1997) - Stress & health: biological and psychological interactions. California: Sage Publications.

MARTIN, P. (2001) - A mente doente: cérebro, comportamento, imunidade e doença; trad. de M. A. Costa. Lisboa: Bizâncio.

NOVAES, M. A. [et al.] (1999) - Stressors in ICU: perception of the patient, relatives and health care team. *Intensive Care Medicine*. Vol. 25, nº 12, p. 1421-1426.

PUNTILLO, K. A. (1990) - Pain experiences of intensive care unit patients. *Heart & Lung*. Vol. 19, nº 5, p. 526-533.

RIBEIRO, J. L. (1999) - *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.