



A incidência de eventos estressores em UTIs cirúrgicas

The incidence of stressful events in surgical ICUs

La incidencia de eventos estresantes en las Unidades de Cuidados Intensivos Quirúrgicas

Fernanda Figueiredo COELHO¹  

Caroline da Silva FAVA¹  

Daniel Felipe FRANCO¹  

¹ Hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba/Paraná, Departamento de Psicologia. Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência:

Fernanda Figueiredo Coelho
coelho.ferf@gmail.com

Recebido: 27 mar. 2025

Revisado: 10 fev. 2026

Aprovado: 03 maio 2026

Aprovado para publicação:
08 jun. 2026

Como citar (APA):

Coelho, F. F., Fava, C. S., & Franco, D. F. (2026). A incidência de eventos estressores em UTIs cirúrgicas. *Revista da SBPH*, 29, e026. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2026.v29.847>.

Financiamento:

Financiamento próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.



Resumo

O artigo investiga os fatores estressores vivenciados por pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva – UTI cirúrgicas, destacando os desafios impostos pelo ambiente hospitalar. A pesquisa, realizada com 60 pacientes no hospital Santa Casa de Misericórdia de Curitiba, utilizou o “*Environmental Stressor Questionnaire* – ESQ” para avaliar o nível de estresse percebido. Os principais estressores identificados foram a falta de contato com familiares, dor, medo da morte, privação do sono e restrição de papéis sociais. Os achados sugerem que a internação em UTI varia de pouco a moderadamente estressante, e estratégias como humanização do ambiente, suporte psicológico e melhorias na comunicação podem minimizar esses impactos, favorecendo a recuperação dos pacientes.

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Estresse Psicológico; Psicologia.

Abstract

The article investigates the stressors experienced by patients admitted to surgical Intensive Care Units – ICU, highlighting the challenges imposed by the hospital environment. The research, conducted with 60 patients in hospital *Santa Casa de Misericórdia de Curitiba*, used the “*Environmental Stressor Questionnaire* – ESQ” to assess the perceived stress levels. The main stressors identified were the lack of contact with family members, pain, fear of death, sleep deprivation, and restriction of social roles. The findings suggest that ICU hospitalization ranges from mildly to moderately stressful, and strategies such as humanizing the environment, psychological support, and improved communication can help mitigate these impacts, promoting patient recovery.

Descriptors: Intensive Care Units; Stress, Psychological; Psychology.

Resumen

El artículo investiga los factores estresores experimentados por pacientes internados en Unidades de Cuidados Intensivos – UCI quirúrgicas, destacando los desafíos impuestos por el entorno hospitalario. La investigación, realizada con 60 pacientes en el *Hospital Santa Casa de Misericordia de Curitiba*, utilizó el “*Environmental Stressor Questionnaire* – ESQ” para evaluar el nivel de estrés percibido. Los principales factores estresores identificados fueron la falta de contacto con los familiares, el dolor, el miedo a la muerte, la privación del sueño y la restricción de los roles sociales. Los hallazgos sugieren que la hospitalización en una UCI es percibida como poco o moderadamente estresante, y que estrategias como la humanización del entorno, el apoyo psicológico y las mejoras en la comunicación pueden minimizar estos impactos y favorecer la recuperación de los pacientes.

Descriptores: Unidades de Cuidados Intensivos; Estrés Psicológico; Psicología.

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva – UTI são setores hospitalares dedicados a pacientes com comprometimentos em um ou mais sistemas corporais, que demandam monitoramento constante e cuidados especializados de uma equipe multidisciplinar (Ministério da Saúde [MS], 2010). Dessa forma, as UTIs se caracterizam por um ambiente de atenção complexa, onde pacientes em estado crítico necessitam de suporte vital e tratamento intensivo, com o uso de tecnologias avançadas para terapias, diagnósticos e cuidados especializados (Sandri et al., 2024).

Dentro de uma UTI, são realizados uma série de procedimentos, que vão desde diagnósticos e exames até ressuscitações, intubações, cateterismos, entre outros procedimentos complexos. Além disso, exige-se um vasto conhecimento por parte dos profissionais, que também devem utilizar tecnologias de ponta no tratamento dos pacientes (Gomes et al., 2023).

Esse ambiente caracteriza-se pela intensidade dos cuidados, pois, conforme afirma Simonetti (2004, p. 153), “tudo é intenso na UTI: o tratamento, os riscos, as emoções, o trabalho, os custos e a esperança”. Nesse contexto, a equipe multiprofissional direciona suas ações para o controle e a manutenção das funções vitais dos pacientes, com predominância do cuidado físico.

Entre as principais características deste setor, destaca-se a convivência diária com situações de risco. Observa-se também a valorização do conhecimento técnico-científico e do uso de tecnologias voltadas ao monitoramento e à manutenção das condições clínicas dos pacientes. Soma-se a isso a constante presença da morte e a ansiedade vivenciada por pacientes, familiares e profissionais. Além disso, a UTI apresenta rotinas rígidas e demanda rapidez nas intervenções. O ambiente costuma ser marcado pela presença intensa de equipamentos, desconforto, impessoalidade, limitação da privacidade, dependência tecnológica e isolamento social (Gomes & Carvalho, 2018).

É fundamental destacar que o foco principal dos cuidados em uma UTI é a atenção ao estado físico do paciente e sua sobrevivência. No entanto, além das necessidades objetivas relacionadas à sobrevivência, é crucial reconhecer que os pacientes, além de estarem em um estado físico vulnerável, são sujeitos que experienciam emoções intensas e reagem de maneira profunda diante do risco iminente de morte, da perda de liberdade e privacidade, da falta de autonomia e dos diversos estressores ambientais que permeiam a experiência de internação em uma UTI. Sendo assim, essas reações emocionais provocadas pelo ambiente podem influenciar diretamente o processo de recuperação do paciente, interferindo e até mesmo impactando as respostas às intervenções médicas realizadas (Gomes & Carvalho, 2018).

Dessa forma, a permanência de um paciente na UTI vai além dos parâmetros fisiológicos observados pela equipe intensivista, exigindo uma abordagem que considere também as dimensões psicológicas e emocionais do paciente, independentemente da gravidade do quadro clínico (Arantes, 2020). A prática contínua de monitoramento e a mitigação dos fatores estressores tornam-se, portanto, essenciais para minimizar o sofrimento psíquico e para a detecção precoce de sintomas de *delirium*, o que contribui para um processo de recuperação mais integral e eficaz (Rocha et al., 2021).

O *delirium* consiste em um quadro orgânico e multifatorial, caracterizado por uma alteração aguda ou flutuante do estado mental, com prejuízo da atenção, pensamento

desorganizado e/ou nível de consciência alterado, sendo considerado uma disfunção cerebral aguda frequentemente observada em pacientes críticos, podendo manifestar-se nas formas hiperativa, hipoativa ou mista. Seu manejo requer intervenções médicas específicas, incluindo o uso de terapias farmacológicas e a adoção de medidas ambientais (Itaborahy & Lima, 2023).

Conforme a Organização Mundial da Saúde – OMS (*World Health Organization* [WHO], 2026), o estresse é a resposta a uma demanda intensa e prolongada que excede a capacidade de resistência do organismo, podendo prejudicar a saúde e causar transtornos psicofisiológicos. O estresse é identificado como um elemento, seja interno ou externo, que perturba o equilíbrio dinâmico normal em um indivíduo (homeostasia), podendo assumir natureza física ou psicológica (Dessotte et al., 2016).

O nível de estresse depende da adequação entre as demandas do meio e os recursos individuais para enfrentá-las. Não existem situações universalmente estressantes; sua definição ocorre pela percepção da pessoa afetada (Aspe Díaz, 2018). Segundo o estudo “Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do ‘*The Environmental Stressor Questionnaire*’” – ESQ (Rosa et al., 2010), qualquer evento ou situação que demande adaptação física e psicológica é considerado um estressor, representando uma ameaça ou desafio (Rocha et al., 2021). Os pacientes em cuidados intensivos são expostos a uma variedade de fatores estressantes, desde os sons dos equipamentos até a rotina da unidade, frequentemente perturbadora (Arantes, 2020).

A resposta ao estresse é uma reação fisiológica causada pela percepção de situações aversivas e amedrontadoras, dependendo da intensidade, quantidade e qualidade dos estressores (Aspe Díaz, 2018). Ressalta-se que cada indivíduo reage de maneira única diante de um estressor, destacando o estresse como um processo interativo entre o indivíduo e seu ambiente. O estresse pode surgir devido à mudança de rotina ou ambiente, submetendo o paciente a cuidados críticos a um desequilíbrio emocional, levando a sentimentos de medo, seja por fatores físicos, fisiológicos ou psicossociais (Arantes, 2020). Esse é um elemento crucial a ser ponderado, pois a maioria dos estressores pode ser alvo de intervenções para facilitar a adaptação mais eficaz do paciente ao ambiente da UTI. Reduzir a exposição dos pacientes aos estressores na UTI pode promover uma recuperação fisiológica mais favorável. (Dessotte et al., 2016).

Em resumo, é possível perceber que o ambiente da UTI é marcado por uma variedade de fatores estressores, que têm o potencial de gerar respostas tanto fisiológicas quanto emocionais no paciente. Essas reações podem agravar o quadro clínico do paciente ou resultar em instabilidade emocional, gerando um sofrimento significativo e desencadeando respostas não adaptativas à internação. O objetivo desta pesquisa foi identificar os principais fatores estressores em duas UTIs com perfil cirúrgico. Dada a importância de reconhecer e mensurar esses agentes estressores, é fundamental desenvolver intervenções que busquem minimizar o impacto desses fatores durante a internação do paciente nessas unidades.

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de um estudo descritivo de corte transversal, cujo objetivo foi identificar e analisar os principais fatores estressores que podem acometer pacientes internados em UTIs cirúrgicas. O estado atual da literatura revela uma lacuna significativa na compreensão desses aspectos, uma vez que a escassez de estudos

abrangentes limita o avanço do conhecimento científico na área. Nesse sentido, a presente investigação busca contribuir para a ampliação da compreensão sobre os fatores estressores vivenciados por pacientes nesse contexto. Espera-se que os achados possam subsidiar reflexões e, futuramente, auxiliar no desenvolvimento de estratégias voltadas ao aprimoramento das práticas assistenciais nas unidades de terapia intensiva.

A pesquisa foi submetida ao comitê de ética e pesquisa. Após a aprovação, o estudo foi desenvolvido em duas UTIs cirúrgicas de um Hospital geral na cidade de Curitiba/PR. Fizeram parte deste estudo 60 pacientes avaliados entre o mês de junho a dezembro de 2024. Foram incluídos os pacientes orientados auto e alopsiquicamente, com capacidade para comunicação verbal efetiva, com tempo de internamento maior que 24 horas. Foram excluídos os que apresentaram distúrbios psiquiátricos e/ou déficit cognitivo que interferisse na aplicação do instrumento.

Foram entrevistados todos os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão no período determinado para a coleta de dados. Os dados foram obtidos através da aplicação da escala de ESQ. A escala tipo *likert* é composta por 50 itens de cinco pontos: (0) não se aplica (1) não estressante; (2) moderadamente estressante; (3) muito estressante e (4) extremamente estressante. Quanto maior o valor, maior será o estresse percebido pelo paciente. Os dados foram analisados transcritos e tabulados para uma planilha utilizando o programa *Microsoft Excel*® e posteriormente analisados através de um *software SPSS*.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 60 pacientes internados em duas UTIs cirúrgicas públicas de um hospital localizado na cidade de Curitiba/PR. Em relação às características sociodemográficas, observou-se predominância do sexo masculino (66,7%), em comparação ao sexo feminino (33,3%).

O ranking dos itens do ESQ, de acordo com a média e mediana dos escores no teste evidenciou um escore total médio de 80,5. Os dados relativos à aplicação da questão genérica sobre estresse em UTI mostraram escore médio de 2,6 ($\pm 1,1$). Ao considerar que os valores para classificação das respostas variaram entre um (pouco estressante) a quatro (extremamente estressante), os resultados evidenciam que para os sujeitos estudados permanecer internado na UTI foi uma experiência considerada entre pouco estressante e moderadamente estressante.

Tabela 1. Ranking dos 50 itens do teste *The Environmental Stressor Questionnaire* – ESQ, de acordo com a média dos escores obtidos junto aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva – UTI

Itens do ESQ	Média	DP	Variação
Sentir falta do marido, esposa, ou familiares	2,36	1,22	1–4
Sentir dor	2,25	1,24	1–4
Estar incapacitado para exercer o seu papel na família	2,20	1,21	1–4
Sentir medo de morrer	2,08	1,21	1–4
Não conseguir dormir	2,03	1,13	1–4

Continua

Continuação

Ser furado por agulhas	2,01	1,22	1-4
Ter medo de pegar outras doenças	2,01	1,12	1-4
Não ter controle sobre si mesmo	2,01	1,14	1-4
Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia	1,86	0,98	1-4
Escutar o gemido de outros pacientes	1,85	1,56	1-4
Desconhecer o tempo de permanência na UTI	1,83	1,02	1-4
Ter preocupações financeiras	1,83	0,92	1-4
Estar utilizando tubos e/ou drenos	1,78	1,10	1-4
Não saber que horas são	1,76	0,94	1-4
Ter sede	1,75	1,08	1-4
Estar aborrecido	1,73	0,98	1-4
Ter luzes acesas constantemente	1,70	0,88	1-4
Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis	1,70	0,99	1-4
Não ter privacidade	1,66	0,93	1-4
Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia	1,61	0,88	1-4
Ter que ficar olhando para os detalhes do teto	1,60	0,92	1-4
Ficar com tubos/sondas no nariz e/ou na boca	1,53	0,94	1-4
Não saber que dia é hoje	1,53	0,79	1-4
Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes	1,53	0,94	1-4
Não saber quando vão ser feitos procedimentos em você	1,53	0,72	1-4
Equipe falando muito alto	1,51	0,83	1-4
Ter que usar oxigênio	1,51	0,91	1-4
Escutar sons e ruídos desconhecidos	1,48	0,79	1-4
Não ter a noção de onde você está	1,48	0,72	1-4
Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos	1,46	0,83	1-4
Não receber explicações sobre o seu tratamento	1,46	0,81	1-4
Escutar a equipe falar termos que eu não entendo	1,46	0,72	1-4
Sentir que a equipe está muito apressada	1,45	0,81	1-4
Escutar o alarme do seu monitor cardíaco disparar	1,41	0,76	1-4
Sentir cheiros estranhos ao seu redor	1,40	0,76	1-4
Não conseguir se comunicar	1,40	0,76	1-4
Ter máquinas estranhas ao seu redor	1,40	0,76	1-4
Ouvir pessoas falando sobre você	1,40	0,76	1-4
Ver bolsas de soro penduradas sobre sua cabeça	1,38	0,80	1-4
Receber cuidados de médicos que não conheço	1,38	0,73	1-4
Ser acordado pela equipe	1,38	0,76	1-4
Sentir que a equipe está mais atenta aos aparelhos do que a você	1,36	0,66	1-4
Escutar o telefone tocar	1,35	0,65	1-4
Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia	1,31	0,77	1-4
Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento	1,30	0,69	1-4
Ter homens e mulheres no mesmo quarto	1,28	0,66	1-4

Continua

Continuação

Ser frequentemente examinado pela equipe	1,25	0,62	1-4
Membro da equipe não se apresentar pelo nome	1,25	0,60	1-4
Ter a equipe constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito	1,25	0,54	1-4
Receber cuidados de médicos que não conheço	1,20	0,51	1-4

Nota: ESQ=*The Environmental Stressor Questionnaire*; DP= desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

Neste estudo foi realizada a categorização dos eventos estressores em cinco subgrupos: social, psicológico, físico, ambiente e equipe. Os itens foram descritos conforme a Tabela 2.

Tabela 2. Subgrupos do *The Environmental Stressor Questionnaire* – ESQ

Físico	Equipe	Ambiental	Psicológico	Social
Estar utilizando tubos e/ou drenos	Membro da equipe não se apresentar pelo nome	Ter uma cama e/ou travesseiros desconfortáveis	Não ter controle sobre si mesmo	Sentir falta do marido, esposa, ou familiares
Ter sede	Sentir que a equipe está muito apressada	Escutar o telefone tocar	Estar aborrecido	Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia
Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia	Sentir que a equipe está mais atenta aos aparelhos do que a você	Ter máquinas estranhas ao seu redor	Sentir medo de morrer	Estar incapacitado para exercer o seu papel na família
Ser frequentemente examinado pela equipe	Equipe falando muito alto	Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos	Ter preocupações financeiras	
Ter que usar oxigênio	Não receber explicações sobre o seu tratamento	Escutar o alarme do seu monitor cardíaco disparar		
Ficar com tubos/ sondas no nariz e/ou na boca	Ter a equipe constantemente fazendo tarefas ao redor do seu leito	Não saber que horas são		
Não conseguir dormir	Não saber quando vão ser feitos procedimentos em você	Escutar o gemido de outros pacientes		
Não conseguir mexer as mãos ou braços devido ao soro ou medicação na veia	Ser acordado pela equipe	Ter homens e mulheres no mesmo quarto		
Sentir dor	Escutar a equipe falar termos que eu não entendo	Escutar sons e ruídos desconhecidos		

Continua

Continuação

Ser furado por agulhas	Receber cuidados de médicos que não conheço	Observar tratamentos que estão sendo dados a outros pacientes
Não conseguir se comunicar	Ouvir pessoas falando sobre você	Ter que ficar olhando para os detalhes do teto
Ter medo de pegar outras doenças	Desconhecer o tempo de permanência na UTI	Sentir cheiros estranhos ao seu redor
	Sentir-se pressionado a concordar com o tratamento	Ter luzes acesas constantemente
		Ver bolsas de soro penduradas sobre sua cabeça
		Não ter a noção de onde você está
		Não saber que dia é hoje
		Não ter privacidade
		Estar em um quarto muito quente ou muito frio

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

A Tabela 3 descreve os resultados encontrados nos itens do ESQ, de acordo com a média dos escores dos subgrupos (4): Social, Psicológico, Físico, Ambiental e Interação com a Equipe.

Tabela 3. Subgrupos do teste *The Environmental Stressor Questionnaire* – ESQ de acordo com a média dos escores obtidos junto aos pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva – UTI

Grupos do ESQ	Média	DP	Variação
Social	2,13	0,94	1–4
Psicológico	1,91	0,71	1–4
Físico	1,72	0,53	1–4
Ambiental	1,52	0,44	1–4
Equipe	1,41	0,46	1–4
Total	1,61	0,44	1–4

Nota: ESQ=*The Environmental Stressor Questionnaire*; DP= desvio padrão.

Fonte: Elaborada pelos autores (2026).

DISCUSSÃO

Após a aplicação do questionário aos pacientes internados nas UTIs, foi possível identificar que os principais fatores estressantes percebidos estavam relacionados aos aspectos sociais e psicológicos, refletindo todos os sentimentos que acompanham o processo de hospitalização. Os três fatores mais frequentemente associados ao estresse foram: “sentir falta do cônjuge ou amigos”, “sentir dor” e “estar incapacitado para exercer o seu papel na família”.

O fator mais identificado como gerador de estresse foi “sentir falta do cônjuge ou amigos”. Outra fonte de estresse para esses pacientes é a sensação de isolamento e solidão, causada pela perda de contato com o meio externo, o que pode desencadear sentimentos de abandono. “Ver a família por poucos minutos ao dia” e “estar afastado do cônjuge” também foram sinalizados como fatores geradores de altos níveis de estresse na UTI. Outros estudos corroboram esse achado, indicando que o afastamento social tem sido apontado como um dos maiores fatores de estresse neste ambiente. Esse fato evidencia a necessidade urgente de promover mudanças na atenção à saúde, com ênfase na inclusão da família, reforçando sua importância fundamental durante o internamento.

Nesse sentido, é essencial que os profissionais de saúde proporcionem cuidados humanizados, tanto aos pacientes quanto às suas famílias. Os familiares devem ser vistos não apenas como visitantes, mas como participantes indispensáveis no processo de cuidados médicos (Bautista-Rodríguez et al., 2016). O envolvimento da família ou da rede de apoio no cuidado do paciente crítico desempenha um papel essencial no seu bem-estar, promovendo o fortalecimento de laços afetivos e a minimização do sofrimento psíquico. Além disso, alguns estudos apontam para a redução da incidência de *delirium* na UTI (Luz et al., 2020).

Uma das estratégias implementadas é a liberação de visita familiar estendida, que tem como principal objetivo a inclusão da rede de apoio do paciente no processo de cuidado e sua participação no plano terapêutico individualizado. Esse processo de melhoria visa minimizar os impactos psicológicos causados pela internação do paciente na UTI, além de reduzir possíveis eventos estressores e melhorar a segurança do paciente. A visita estendida possui critérios de liberação, entre os quais estão: longa permanência do paciente na UTI, estado confusional agudo, alteração de conduta, instabilidade de humor, dependência afetiva e necessidades especiais de cuidado.

O fator psicológico foi identificado como o segundo maior causador de estresse entre os pacientes entrevistados, o que sugere a necessidade de uma abordagem mais holística no cuidado intensivo, especialmente considerando o impacto que ele pode ter na recuperação e na segurança do paciente. Os fatores psicológicos mencionados — como “falta de controle sobre si mesmo”, “aborrecimentos”, “medo da morte” e “preocupações financeiras” — podem gerar um estado elevado de ansiedade e estresse. Esses sentimentos são comuns em ambientes críticos, onde a incerteza sobre a saúde e o futuro é predominante. A literatura aponta que a ansiedade pode exacerbar a percepção da dor, complicando ainda mais o quadro clínico do paciente (Turksal et al., 2020).

O sofrimento psíquico decorrente da hospitalização em UTI pode agravar o desconforto emocional e comprometer a adaptação do paciente ao tratamento. Entretanto, é importante destacar que o *delirium* consiste em uma condição de origem

predominantemente orgânica, caracterizada por alteração aguda da consciência e da cognição, com curso flutuante e início geralmente súbito. Trata-se de um quadro multifatorial, associado a diferentes condições clínicas e fatores predisponentes.

Conforme descrito por Ely et al. (2004), diversos fatores de risco para o desenvolvimento de *delirium* foram identificados, incluindo comprometimento cognitivo prévio, idade avançada, uso de drogas psicoativas, ventilação mecânica, dor não tratada e diferentes condições médicas, como insuficiência cardíaca, imobilização prolongada, alterações da pressão arterial, anemia, privação do sono e sepse. Além disso, o período pós-operatório e alterações metabólicas também estão frequentemente relacionados ao surgimento desse quadro. Estudos indicam que fatores emocionais, como ansiedade, podem atuar como elementos associados ao agravamento da experiência subjetiva do paciente, mas não configuram causa primária do *delirium* (Salluh et al., 2015).

Além disso, o *delirium* não apenas afeta a experiência imediata do paciente, mas também está associado a piores desfechos clínicos, incluindo aumento da mortalidade, prolongamento da internação e deterioração funcional após a alta (Ely et al. (2004). Portanto, o manejo adequado do estresse psicológico é fundamental para prevenir esse quadro e melhorar a segurança do paciente.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciam que os principais fatores estressantes para pacientes internados em UTIs estão diretamente ligados ao afastamento social e ao impacto psicológico da hospitalização. A ausência do convívio com familiares e amigos, a dor e a sensação de incapacidade para exercer seu papel na família foram os aspectos mais mencionados como geradores de estresse, demonstrando a necessidade de uma abordagem mais humanizada e integrativa no cuidado intensivo.

A implementação de estratégias como a visita familiar estendida se mostra uma medida eficaz para minimizar o sofrimento psíquico e promover o bem-estar do paciente, reforçando o papel essencial da rede de apoio no processo de recuperação. Além disso, o reconhecimento do impacto do estresse psicológico na saúde dos pacientes, incluindo o risco aumentado de *delirium* e outras complicações, reforça a importância de intervenções que priorizem o suporte emocional, o manejo adequado da dor e a redução da ansiedade.

Dessa forma, este estudo contribui para a reflexão sobre o processo de mudanças nas práticas assistenciais em UTIs, enfatizando a importância da implementação das estratégias e cuidados humanizados que contemplam não apenas a condição clínica do paciente, mas também seu bem-estar emocional e social. O fortalecimento do vínculo entre pacientes e familiares, aliado a estratégias que reduzem o estresse psicológico, tem impactado positivamente a recuperação e a segurança dos pacientes internados nas UTIs cirúrgicas em um Hospital geral na cidade de Curitiba/PR.

CONTRIBUIÇÃO AUTURAL

Concepção do estudo: FFC, CSF, DFF; **coleta dos dados:** FFC, CSF, DFF; **análise dos dados:** FFC, CSF; **redação do manuscrito:** FFC, CSF; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** FFC, CSF.

REFERÊNCIAS

- Arantes, R. X., Bastos, M. C., Oliveira, C. A. S., & Costa, R. D. S. (2020). Fatores estressores em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. *Anais do Seminário Científico do UNIFACIG*, (6), 1-4. Recuperado em 27 de maio de 2026, de <https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/semiariocientifico/article/view/2184>.
- Aspe Díaz, C. (2018). *Fatores estressores percebidos pelos pacientes hospitalizados em uma unidade de terapia intensiva* [Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina da Bahia, Universidade Federal da Bahia]. Repositório Institucional. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/29181>.
- Bautista-Rodríguez, L. M., Arias-Velandia, M. F., & Carreño-Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista Cuidarte*, 7(2), 1297-1309. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.330>.
- Dessotte, C. A. M., Rodrigues, H. F., Furuya, R. K., Rossi, L. A., & Dantas, R. A. S. (2016). Stressors perceived by patients in the immediate postoperative of cardiac surgery. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 741-750. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690418i>.
- Ely, E. W., Shintani, A., Truman, B., Speroff, T., Gordon, S. M., Harrell, F. E., Jr., Inouye, S. K., Bernard, G. R., & Dittus, R. S. (2004). Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *JAMA*, 291(14), 1753-1762. <https://doi.org/10.1001/jama.291.14.1753>.
- Gomes, A. G. A., & Carvalho, M. F. O. (2018). A perspectiva do paciente sobre a experiência de internação em UTI: revisão integrativa de literatura. *Revista SBPH*, 21(2), 167-185. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH21295>.
- Gomes, V. C. L., Gomes, V. S., & Oliveira, N. A. (2023). Medicina intensiva - UTI: vivência, procedimentos e tecnologias. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(2), 7969-7981. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n2-281>.
- Itaborahy, R. S., & Lima, L. S. (2023). Delirium na unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Médico*, 23(4), e12383. <https://doi.org/10.25248/reamed.e12383.2023>.
- Luz, L. F. S., Santos, M. C., Ramos, T. A., Almeida, C. B., Rover, M. C., Dal’Pizzol, C. P., Poher, C. L. S., Martins, A. V. S., & Boniatti, M. M. (2020). Delirium e qualidade de vida em pacientes críticos: um estudo de coorte prospectivo. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 32(3), 426-432. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200072>.
- Ministério da Saúde (BR). (2010). *Resolução [RDC] n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências*. Recuperado em 03 de junho de 2026, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.
- Rocha, C. C. M., Portela, P. P., Santana, T.S, Gois, J. A., & Oliveira, S. S. (2021). Cuidado ao paciente com delirium na unidade de terapia intensiva: o olhar do enfermeiro. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 10(1), e809. <https://doi.org/10.26694/reufpiv10i1809>.
- Rosa, B. Â., Rodrigues, R. C. M., Gallani, M. C. B. J., Spana, T. M., & Pereira, C. G. S. (2010). Estressores em Unidade de Terapia Intensiva: versão brasileira do The Environmental Stressor Questionnaire. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(3), 627-635. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300011>.
- Salluh, J. I. F., Wang, H., Schneider, E. B., Nagaraja, N., Yenokyan, G., Damluji, A., Serafim, R. B., & Stevens, R. D. (2015). Outcome of delirium in critically ill patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 350, h2538. <https://doi.org/10.1136/bmj.h2538>.
- Sandri, N. B. L., Nogueira, G. S., & Casanova, L. T. (2024). Memórias dos pacientes pós-alta de unidade de terapia intensiva (UTI): uma revisão sistemática. *Brasília Médica*, 62, 1-16. <https://doi.org/10.5935/2236-5117.2024v61a336>.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. Casa do Psicólogo.

Turksal, E., Alper, I., Sergin, D., Yuksel, E., & Ulukaya, S. (2020). The effects of preoperative anxiety on anesthetic recovery and postoperative pain in patients undergoing donor nephrectomy. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 70(3), 271–277. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2020.06.004>.

World Health Organization. (2026). *Stress*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Layla Raquel Silva Gomes

Editora assistente: Monica Marchese Swinerd

Editor associado: Márcia Regina Costa

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias
