



Intervenções psicológicas na UTI: fluxograma de cuidado para idosos sob estressores*

Psychological interventions in the ICU: care flowchart for elderly patients under stressors

Thalita Sacramento Almeida de MORAIS¹  

Gustavo Marcelino SIQUARA²  

Suzane Bandeira de MAGALHÃES²  

¹ Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP, Hospital Santa Izabel, Santa Casa da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

² Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública – EBMSP. Salvador, BA, Brasil.

Correspondência:

Thalita Sacramento Almeida
de Moraes
thalita.sba@gmail.com

Recebido: 22/10/2023

Revisado: 09/09/2024

Aprovado: 11/09/2024

Como citar (APA):

Morais, T. S. A., Siquara, G. M., & Magalhães, S. B. (2024). Intervenções psicológicas na UTI: fluxograma de cuidado para idosos sob estressores. *Revista da SBPH*, 27, e008. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.590>.

Financiamento:

Próprio.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Outras observações relevantes:

*Esse artigo é fruto da pesquisa “Estressores em Unidade de Terapia Intensiva para o idoso: uma proposta de intervenção”, que foi premiada com o 1º lugar da categoria Sênior no XIV Congresso da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, ocorrido em 2023 no Rio de Janeiro.



Resumo

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um lugar de urgências e intensidades. A falta de flexibilidade nas rotinas, intercorrências, procedimentos dolorosos, desamparo e isolamento são vivenciados. A presente pesquisa teve como objetivo identificar os fatores estressores enfrentados por idosos na UTI e desenvolver um fluxograma de intervenções. Trata-se de um estudo descritivo e inferencial de corte transversal. Participaram 185 pacientes com período de UTI maior que 48 horas e com idade acima de 60 anos. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e o instrumento “Estressores em Unidade de Terapia Intensiva – ESQ”, e os dados foram analisados através do software JASP. A partir dos resultados encontrados, alinhado à expertise da autora, foi elaborado um fluxograma de direcionamento da psicologia com foco nos estressores para o idoso na UTI. A elaboração do fluxograma sistematizou intervenções que podem ser executadas por psicólogos, além de agregar outros membros da equipe. Os estressores foram categorizados em físico, ambiental e psicológico, sendo propostas medidas para cada domínio e destacado o grupo com maior fator de risco: os idosos longevos, os que passaram por ventilação mecânica, os que vivenciavam o primeiro internamento na UTI e com tempo de permanência prolongado. Mesmo com os avanços e discussões acerca da qualidade da assistência na UTI, reforça-se a necessidade de implementação de procedimentos padronizados para aprimorar a prática do psicólogo hospitalar, além de orientar a práxis da equipe, buscando melhorar o atendimento e satisfação dos pacientes. Neste sentido, considera-se que a sistematização e mensuração dos estressores é de grande contribuição para a área.

Descritores: Cuidado do idoso; Unidades de terapia intensiva; intervenção psicológica.

Abstract

The intensive care unit (ICU) is a place of urgencies and intensity. The lack of flexibility in routines, complications, painful procedures, helplessness, and isolation are common experiences. This study aimed to identify the stressors faced by elderly patients in the ICU and to develop an intervention flowchart. It is a descriptive and inferential cross-sectional study. A total of 185 patients aged over 60 years and with ICU stays longer than 48 hours participated. A sociodemographic questionnaire and the “Stressors in Intensive Care Units – ESQ” instrument were used, and the data were analyzed using JASP software. Based on the findings and the expertise of the author, a psychology-directed flowchart focusing on stressors for elderly patients in the ICU was developed. The flowchart systematized interventions that can be carried out by psychologists and included contributions from other team members. The stressors were categorized as physical, environmental, and psychological, with measures proposed for each domain. The group identified with the highest risk factors included the oldest old, those who underwent mechanical ventilation, those experiencing their first ICU admission, and those with prolonged stays. Despite advances and discussions about the quality of care in the ICU, the need for standardized procedures to improve the practice of hospital psychologists remains evident. These procedures also aim to guide the team’s praxis, seeking to improve patient care and satisfaction. In this sense, the systematization and measurement of stressors are considered significant contributions to the field.

Descriptors: Elder care; Intensive care units; psychological intervention.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é destinada ao acolhimento de pacientes graves com possibilidade de recuperação, que requerem monitoramento constante dos sinais vitais, avaliação das condições críticas e intervenções na vigência dessas situações (Gezginci *et al.*, 2022). Aparelhos que frequentemente restringem a mobilidade, iluminação ininterrupta, ruídos, alteração do ciclo de sono e restrição do contato familiar são fatores que tornam o ambiente hostil ao paciente (Moraes & Santos, 2023). Esses estressores podem agravar a condição clínica dos pacientes, particularmente os idosos.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil são consideradas pessoas idosas aquelas com mais de 60 anos de idade, com necessidades decorrentes do envelhecimento, acompanhadas, muitas vezes, pelos problemas de saúde crônicos e múltiplos com repercussões diversas (Paduan *et al.*, 2020). Atualmente, a internação hospitalar é mais frequente entre os idosos (Bacchin & Moreira Filho, 2023). O Brasil, assim como muitos países em desenvolvimento, apresenta um aumento progressivo e acelerado dessa população (Paduan *et al.*, 2020).

Com essa mudança epidemiológica, a necessidade de serviços de saúde aumenta, exigindo tecnologias mais complexas e tratamentos especializados, o que se soma à fragilidade inerente dos idosos (Baptista & Merlin, 2021). Existem especificidades do paciente idoso a partir de uma multiplicidade de fatores dentro do processo de envelhecimento, que compreende componentes físicos, cognitivos, afetivos, sociais, financeiros, ambientais e espirituais (Bacchin & Moreira Filho, 2023). Portanto, o cuidado deve ser individualizado a fim de evitar iatrogenias, caracterizadas pelo desconhecimento das particularidades do processo de envelhecimento (Baptista & Merlin, 2021).

Os estressores atuantes na UTI podem ser categorizados em três grupos principais: ambientais, psicológicos e físicos (Locihová *et al.*, 2018). Os estressores ambientais incluem a presença de ruídos, luminosidade permanente e ter o sono interrompido (Gültekin *et al.*, 2018). Os estressores psicológicos incluem insegurança, medo de morrer, perda de autonomia e privacidade, ruptura com a dinâmica familiar e rotina (Lana *et al.*, 2018). Já os estressores físicos incluem dor, prejuízo da mobilidade, sentir sede e ter a comunicação verbal prejudicada (Zengin *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a presente pesquisa teve como objetivo identificar os fatores estressores enfrentados por idosos na UTI e desenvolver um fluxograma de intervenções, visando melhorar a qualidade do atendimento e a satisfação dos pacientes.

MÉTODO

Estudo descritivo e inferencial, de corte transversal e com metodologia quantitativa. Foi conduzido em uma UTI Clínica Adulto, na cidade de Salvador/BA, de um hospital geral, filantrópico e privado. Essa unidade é composta de 17 leitos e admite pacientes com perfil clínico. A partir dos resultados encontrados, alinhado à expertise da autora, foi elaborado um fluxograma para direcionamento de intervenções da psicologia com foco nos estressores para o idoso na UTI.

PARTICIPANTES

Foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística por conveniência para a seleção dos participantes do estudo. O cálculo do tamanho amostral foi realizado

por meio do programa Epiinfo versão 7.0. Para esse cálculo, foram considerados os seguintes parâmetros: uma população estimada de 300 pacientes atendidos durante o período de seis meses, uma frequência esperada do grupo exposto de 50%, um nível de confiança de 95% e um erro estimado de 5%. A partir desses parâmetros, o tamanho da amostra foi determinado em 168 pacientes. Para compensar possíveis perdas durante o estudo, foi acrescentado um adicional de 10%, resultando em um total final de 185 participantes.

Os critérios de inclusão estabelecidos para os participantes foram os seguintes: período de hospitalização na UTI superior a 48 horas, pacientes lúcidos e orientados, com capacidade de verbalização preservada, e idade superior a 60 anos. Por outro lado, os critérios de exclusão contemplaram pacientes que apresentavam dificuldades cognitivas ou clínicas que pudessem impossibilitar a compreensão das questões do estudo.

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2021 e março de 2022. Durante esse período, foram obtidas informações detalhadas sobre os participantes, garantindo que todos os critérios de inclusão e exclusão fossem rigorosamente respeitados.

INSTUMENTOS

Foram utilizados dois instrumentos, a saber:

- a. **Formulário:** Utilizado para obtenção de dados sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, ocupação, escolaridade, religiosidade, raça) e dados clínicos (especialidade médica, internamento prévio em UTI, tempo de permanência atual, pontuação na escala de Glasgow, se houve ventilação mecânica).
- b. **Estressores em Unidade de Terapia Intensiva (*Environmental Stressor Questionnaire* – ESQ):** Adaptado culturalmente, testado e validado no Brasil (Rosa *et al.*, 2010). O instrumento é composto por 50 itens, cada item é avaliado dentro de uma escala Likert de cinco pontos: (0) não se aplica; (1) não estressante; (2) moderadamente estressante; (3) muito estressante; e (4) extremamente estressante. Baseado em estudos internacionais (Locihová *et al.*, 2018; Zengin *et al.*, 2020) que utilizaram a escala com a subdivisão dos itens, somado à expertise da autora, foi realizada uma divisão dos itens por categorias de análise visando um tratamento de dados mais qualificado: Estressores físicos (questões 01; 06; 07; 08; 17; 21; 23; 35; 39; 42; 46); estressores psicológicos (questões 03; 09; 10; 11; 15; 18; 19; 20; 24; 26; 28; 30; 34; 36; 37; 38; 41; 43; 45; 47; 50); e estressores ambientais (questões 02; 04; 05; 12; 13; 14; 16; 22; 25; 27; 29; 31; 32; 33; 40; 44; 48; 49).

COLETA DE DADOS

Os pacientes foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa. Aqueles que aceitaram participar voluntariamente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, foram submetidos aos instrumentos de coleta de dados. A abordagem inicial foi realizada pela própria pesquisadora no leito.

A coleta de dados foi composta por duas fases. Na primeira fase, os dados clínicos foram obtidos dos prontuários eletrônicos dos pacientes. Na segunda fase, os pacientes foram entrevistados utilizando um questionário sociodemográfico e o instrumento “Estressores em Unidade de Terapia Intensiva – ESQ”, com um tempo médio de aplicação de 30 minutos.

Ademais, é importante destacar a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição em que ocorreu o estudo (CAAE 49880621.0.0000.5520) e que todos os cuidados éticos necessários foram observados em seu desenvolvimento, inclusive no que diz respeito à preservação do sigilo e identidade dos participantes.

ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados foi conduzida utilizando o *software* JASP, versão 0.16.3. Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva para caracterizar a amostra de acordo com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Para as variáveis contínuas, foram calculados as médias e os desvios-padrão. Para variáveis não paramétricas, foram calculados a mediana e o intervalo interquartil. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e percentuais.

Para verificar a normalidade das variáveis contínuas, foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk. As variáveis foram analisadas através dos testes T de *Student*, *Mann-Whitney*, *Kruskal-Wallis* e *Spearman*. Os tamanhos de efeito foram avaliados utilizando o teste D de Cohen. O nível de significância estatística adotado para este estudo foi de 5% ($\alpha=0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 185 indivíduos com idade média de 71,9 anos, sendo 60% do sexo masculino e 40% do sexo feminino. Na amostra de pacientes predominaram indivíduos que se autodeclararam como pardos, que são casados ou possuem união estável, não exercem atividade laboral ou são aposentados, com escolaridade de Ensino Médio completo e que afirmaram possuir religiosidade (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos dos participantes do estudo, Salvador/BA, Brasil, 2021–2022

| Sociodemográficos | Número (%) |
|-------------------------|------------|
| Gênero | |
| Masculino | 111 (60,0) |
| Feminino | 74 (40,0) |
| Raça | |
| Parda | 87 (47,0) |
| Branca | 69 (37,3) |
| Preta | 29 (15,7) |
| Estado civil | |
| Casado / união estável | 100 (54,0) |
| Viúvo | 42 (22,7) |
| Solteiro | 24 (13,3) |
| Separado | 19 (10,3) |
| Ocupação | |
| Não exerce / aposentado | 141 (76,2) |
| Ativo | 44 (23,8) |
| Escolaridade | |
| Ensino Médio | 91 (49,2) |

Continua

| | |
|----------------------|------------|
| Continuação | |
| Ensino Fundamental | 50 (27,0) |
| Ensino Superior | 44 (23,8) |
| Religiosidade | |
| Sim | 152 (82,2) |
| Não | 33 (17,8) |
| Idade (anos) | |
| Média | 71,9 |
| Desvio Padrão | 7,0 |
| Mínimo | 60 |
| Máximo | 100 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Os dados clínicos informaram que a maioria dos pacientes respondeu ao instrumento com 48h de permanência na UTI. A maior parte dos indivíduos estava vivenciando o internamento pela primeira vez e parte significativa não havia sido submetida à ventilação mecânica até o momento da participação do estudo. Todos os pacientes foram acompanhados por uma especialidade médica clínica (Tabela 2).

Tabela 2. Dados clínicos dos participantes do estudo, Salvador/BA, Brasil, 2021–2022

| Clínicos | Número (%) |
|-----------------------------|-------------------|
| Tempo de permanência | |
| 48h | 100 (54,0) |
| 72h | 53 (28,7) |
| 96h | 32 (17,3) |
| Internamento prévio | |
| Não | 102 (55,1) |
| Sim | 83 (44,9) |
| Ventilação mecânica | |
| Não | 159 (85,9) |
| Sim | 26 (14,1) |
| Especialidades | |
| Oncologia | 53 (28,6) |
| Geriatria | 51 (27,6) |
| Pneumologia | 34 (18,4) |
| Gastroenterologia | 26 (14,1) |
| Cardiologia | 21(11,3) |

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

O Escore Total de Estresse (ETE) da “Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva”, calculado pela soma dos valores atribuídos a cada item em uma pontuação que varia de 0 a 200, apresentou uma média de 105,33 (dp=15,07; mediana=102,00), e o intervalo obtido foi de 82,00 a 146,00.

A Tabela 3 apresenta a distribuição das médias, desvio padrão e porcentagem de respostas dos itens da escala separados pelos domínios físico, psicológico e ambiental, destacando os cinco itens mais prevalentes de cada categoria.

Tabela 3. Distribuição das médias, desvio padrão, e porcentagem de respostas dos itens da “Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva”, segundo a amostra total, Salvador/BA, Brasil, 2021–2022

| Item | Estressor Físico | M | dp | % das respostas escala Likert | | | | |
|------|---|-----|-----|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | 0 (%) | 1 (%) | 2 (%) | 3 (%) | 4 (%) |
| 01 | Sentir dor | 3,6 | 0,5 | - | - | 3,2 | 30,8 | 66,0 |
| 06 | Ser furado por agulhas | 3,3 | 0,7 | - | 1,1 | 14,6 | 37,3 | 47,0 |
| 07 | Ter sede | 2,9 | 0,8 | - | 4,3 | 29,2 | 37,3 | 29,2 |
| 35 | Ter que ficar olhando para os detalhes do teto | 2,8 | 1,0 | 1,6 | 11,4 | 21,6 | 30,8 | 34,6 |
| 46 | Ter que medir a pressão arterial várias vezes ao dia | 2,1 | 0,8 | 1,6 | 23,3 | 30,8 | 44,3 | - |
| Item | Estressor Psicológico | M | dp | % das respostas escala Likert | | | | |
| | | | | 0 (%) | 1 (%) | 2 (%) | 3 (%) | 4 (%) |
| 20 | Ver a família e os amigos apenas alguns minutos por dia | 3,6 | 0,5 | - | - | 5,4 | 25,4 | 69,2 |
| 03 | Estar incapacitado para exercer seu papel na família | 3,2 | 0,9 | - | 5,4 | 15,7 | 22,7 | 56,2 |
| 28 | Não ter controle sobre si mesmo | 3,2 | 0,7 | - | - | 19,5 | 32,4 | 48,1 |
| 09 | Não ter privacidade | 3,0 | 0,9 | - | 5,4 | 23,2 | 31,9 | 39,5 |
| 11 | Sentir medo de morrer | 3,0 | 1,0 | - | 10,3 | 26,5 | 14,0 | 49,2 |
| Item | Estressor Ambiental | M | dp | % das respostas escala Likert | | | | |
| | | | | 0 (%) | 1 (%) | 2 (%) | 3 (%) | 4 (%) |
| 02 | Não conseguir dormir | 3,0 | 0,7 | - | - | 28,6 | 36,8 | 34,6 |
| 05 | Ter luzes acesas constantemente | 2,6 | 0,8 | - | 8,7 | 34,6 | 37,8 | 18,9 |
| 12 | Escutar o barulho e os alarmes dos aparelhos | 2,5 | 0,8 | - | 10,3 | 38,9 | 37,3 | 13,5 |
| 25 | Escutar sons e ruídos desconhecidos | 2,5 | 0,8 | - | 9,7 | 38,9 | 41,1 | 10,3 |
| 14 | Estar em um quarto muito quente ou muito frio | 2,4 | 0,8 | - | 13,0 | 40,0 | 35,1 | 11,9 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Notas: M= Média; dp= Desvio Padrão.

No que diz respeito ao tempo de permanência na UTI, foram convidados a participar do estudo apenas pacientes com no mínimo 48h de internamento. Esse critério foi estabelecido a fim de que houvesse possibilidade de contato com os estressores. O estudo investigou possíveis associações entre os dados clínicos e os estressores relatados pelos idosos internados na UTI. Os participantes foram divididos em três grupos: 48h, 72h e 96h. Comparando os grupos pelo tempo de internamento utilizando o teste *Kruskal-Wallis*, verificou-se um aumento no ETE (Med=132,0, $p<0,001$) e nos domínios físico (Med=37,5, $p<0,001$), psicológico (Med=48,5, $p<0,001$) e ambiental (Med=45,0, $p<0,001$) nos pacientes com 96h de internamento. Isso indica que quanto maior o tempo de permanência na UTI, maior é o nível de estresse em todos os domínios (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação entre o tempo de permanência de UTI e estressores

| Estressores | Tempo da UTI | | | Kruskal-Wallis P valor |
|-------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------------|
| | 48 horas | 72 horas | 96 horas | |
| | Med (IIQ) (n=100) | Med (IIQ) (n=53) | Med (IIQ) (n=32) | |
| Total | 100,0 (18,0) | 100,0 (15,0) | 132,0 (8,0) | <0,001 |
| Físico | 20,0 (4,0) | 21,0 (5,0) | 37,5 (4,5) | <0,001 |
| Psicológico | 45,0 (9,2) | 43,0 (11,0) | 48,5 (4,0) | <0,001 |
| Ambiental | 35,0 (5,0) | 36,0 (3,0) | 45,0 (9,0) | <0,001 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Notas: Med= Mediana; IIQ= Intervalo Interquartil.

Comparando os grupos com e sem internamento prévio na UTI, o teste *Mann-Whitney* revelou diferenças significativas no ETE e em dois dos três domínios da escala de estressores. Pacientes sem internamento prévio apresentaram maior ETE (Med= 109,0, $p<0,001$, $r= 0,46$, efeito médio), maior estresse no domínio psicológico (Med= 49,0, $p<0,001$, $r= 0,65$, efeito médio) e no domínio ambiental (Med= 37,0, $p= 0,029$, $r= 0,18$, efeito baixo). Não houve diferença significativa no domínio físico (Med= 22,0, $p= 0,076$) (Tabela 5).

Tabela 5. Comparação de Internamento Prévio e estressores

| Estressores | Internamento Prévio em UTI | | Teste t <i>Mann-Whitney</i> P valor | Rank-Biserial Correlation |
|-------------|----------------------------|----------------------|---|------------------------------|
| | Sim | Não | | |
| | Med (IIQ) (n=83) | Med (IIQ) (n=102) | | |
| Total | 94,0 (12,5) | 109,0 (16,7) | <0,001 | 0,46 |
| Físico | 21,0 (7,0) | 22,0 (8,0) | 0,076 | --- |
| Psicológico | 40,0 (8,0) | 49,0 (6,0) | <0,001 | 0,65 |
| Ambiental | 35,0 (5,0) | 37,0 (7,0) | 0,029 | 0,18 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Notas: Med= Mediana; IIQ= Intervalo Interquartil.

Comparando os grupos com e sem uso de VM, o teste *Mann-Whitney* mostrou diferenças significativas no ETE e nos três domínios da escala de estressores. Pacientes que passaram pelo uso de VM apresentaram maior ETE (Med=134,0, $p<0,001$, $r=0,93$, efeito alto), e maior estresse nos domínios físico (Med=38,0, $p<0,001$, $r=0,95$, efeito alto), psicológico (Med=49,0, $p<0,001$, $r=0,44$, efeito médio) e ambiental (Med=47,5, $p<0,001$, $r=0,90$, efeito alto) (Tabela 6).

Tabela 6. Comparação de Ventilação Mecânica e estressores

| Estressores | Ventilação Mecânica | | Teste <i>Mann-Whitney</i> P valor | Rank-Biserial Correlation |
|-------------|---------------------|----------------------|---|------------------------------|
| | Sim | Não | | |
| | Med (IIQ) (n=26) | Med (IIQ) (n=159) | | |
| Total | 134,0 (6,0) | 100,0 (16,0) | <0,001 | -0,93 |
| Físico | 38,0 (1,0) | 21,0 (5,0) | <0,001 | -0,95 |
| Psicológico | 49,0 (2,0) | 44,0 (10,0) | <0,001 | -0,44 |
| Ambiental | 47,5 (6,7) | 35,0 (5,0) | <0,001 | -0,90 |

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Notas: Med= Mediana; IIQ= Intervalo Interquartil.

A partir dos resultados da pesquisa descrita e expertise da autora, foi elaborado um fluxograma com o objetivo de direcionar as ações que orientam a prática do psicólogo hospitalar no ambiente da UTI, focando especificamente nos pacientes idosos que sofrem com os estressores (Figura 1).

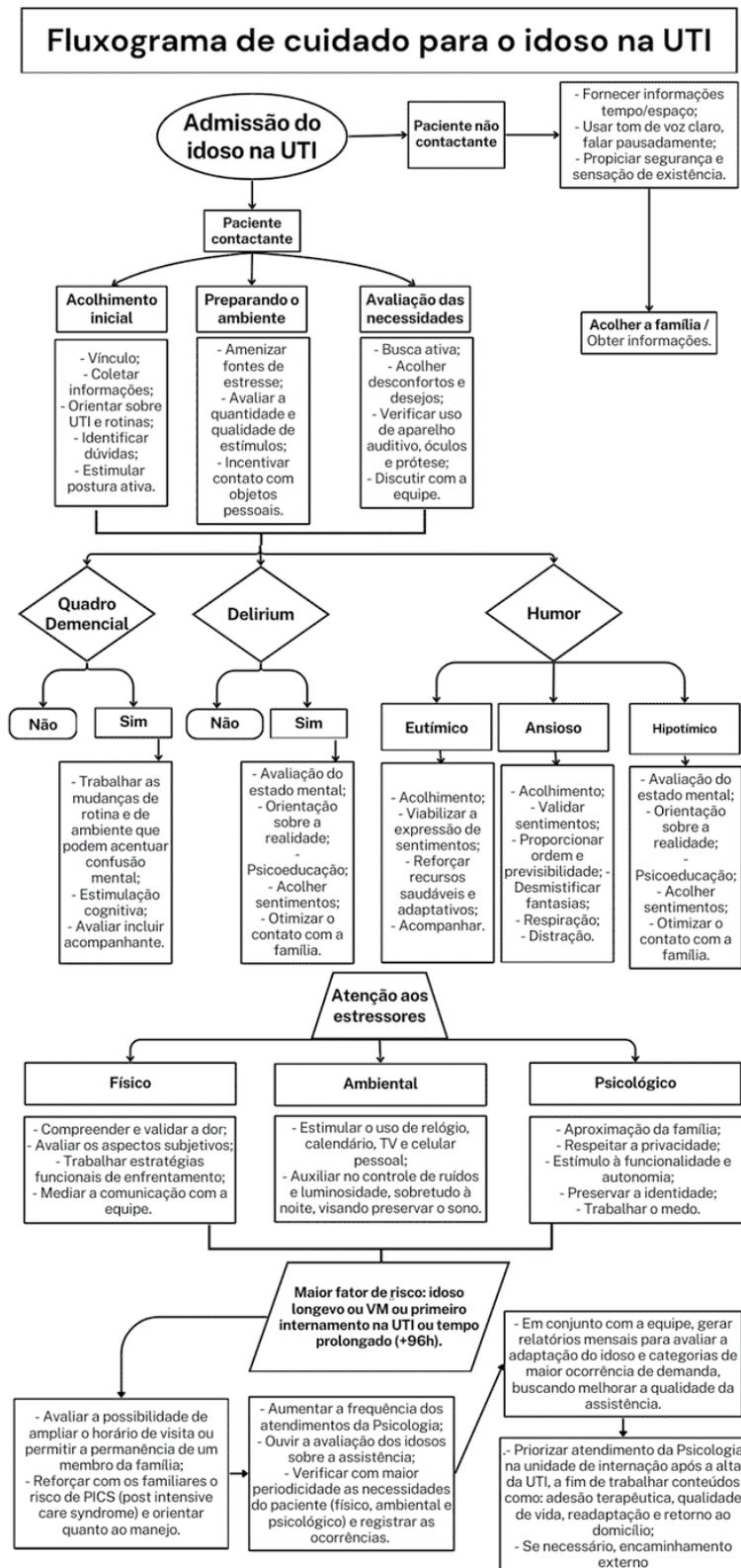


Figura 1. Fluxograma de cuidado para o idoso na UTI
Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

ADMISSÃO DO IDOSO NA UTI

Na admissão do idoso na UTI, a abordagem varia conforme a capacidade do paciente de se comunicar e interagir (contactante ou não contactante).

PACIENTE CONTACTANTE

Para pacientes contactantes, as ações são divididas em três fases principais:

1. Acolhimento Inicial:

- **Vínculo:** Estabelecer uma relação terapêutica de confiança, empatia, segurança e apoio com o paciente, através de uma presença constante e consistente.
- **Coletar Informações:** Conhecer a história pregressa e a condição atual do idoso é essencial para fornecer um atendimento personalizado.
- **Orientar sobre UTI e Rotinas:** Explicar como a UTI funciona e o que pode esperar em termos de cuidados e rotinas diárias, pois favorece a adaptação.
- **Identificar Dúvidas:** Garantir que o paciente se sinta informado e seguro, abordando qualquer incerteza que possa ter.
- **Estimular Postura Ativa:** Promover a participação ativa em seu processo de recuperação, o que pode melhorar os resultados do tratamento.

2. Preparando o Ambiente:

- **Amenizar Fontes de Estresse:** A natureza desconhecida da UTI pode ser uma fonte significativa de estresse, portanto, reduzir elementos que pode exacerbar.
- **Avaliar a Quantidade e Qualidade de Estímulos:** Equilibrar os estímulos para evitar sobrecarga ou privação sensorial, monitorando de forma contínua.
- **Incentivar Contato com Objetos Pessoais:** Permitir acesso aos itens pessoais, tornando o ambiente menos hostil e com referências da vida cotidiana.

3. Avaliação das Necessidades:

- **Busca Ativa:** Ativamente buscar informações sobre as necessidades dos pacientes, em vez de esperar que expressem, e atentar-se a sinais não verbais.
- **Acolher Desconfortos e Desejos:** Agir prontamente para aliviar desconfortos e atender aos desejos que forem possíveis, para que se sinta ouvido e valorizado.
- **Verificar Uso de Aparelho Auditivo, Óculos e Prótese:** Facilitar e incentivar o uso de dispositivos assistivos para evitar privação sensorial e confusão.
- **Discutir com a Equipe:** Desenvolver com a equipe um plano de cuidados integrado que aborde todas as necessidades identificadas do paciente.

PACIENTE NÃO CONTACTANTE

Para pacientes não contactantes, as ações são adaptadas com foco em manter a orientação e segurança do paciente, assim como priorizar o acolhimento à família:

- **Fornecer informações sobre tempo e espaço:** Informar regularmente sobre a data e o horário para reforçar a passagem do tempo e a orientação espacial.
- **Usar tom de voz claro e falar pausadamente:** Ser objetivo e se atentar para não exagerar na diversidade de temas e no número de informações.
- **Propiciar segurança e sensação de existência:** Estimular o contato com a realidade e transmitir segurança para que o paciente não se sinta sozinho nesse momento crítico.
- **Acolher a família:** Validar o sofrimento e as demandas dos familiares e obter informações das necessidades do paciente, compreendendo a família como porta-voz.

Os pacientes contactantes são ainda categorizados de acordo com o quadro de humor (eutímico, ansioso, hipotímico), bem como avaliados quanto à presença de quadros demenciais e de delirium, condições comuns aos idosos, e são providas intervenções específicas para cada situação.

1. Humor eutímico:

- **Acolhimento:** Possibilitar que o paciente se sinta seguro, respeitado e compreendido, através de uma abordagem empática.
- **Viabilizar a expressão de sentimentos:** Oferecer a oportunidade de falar sobre suas emoções e preocupações, garantindo que se sinta ouvido e validado.
- **Reforçar recursos saudáveis e adaptativos:** Trabalhar estratégias que possam ajudar a lidar com o estresse e a hospitalização de forma positiva.
- **Acompanhar:** Mesmo diante de um humor sem alteração, este deve ser monitorado constantemente devido à possibilidade de mudança.

2. Humor ansioso:

- **Acolhimento:** Criar um ambiente acolhedor onde o paciente sinta-se protegido e cuidado através de empatia e segurança.
- **Validar sentimentos:** Demonstrar empatia e aceitação das emoções do paciente, reforçando que seus sentimentos são compreendidos e legítimos.
- **Proporcionar ordem e previsibilidade:** Transmitir uma rotina estruturada e previsível para as atividades diárias, para que se sinta mais seguro e no controle.

- **Desmistificar fantasias:** Corrigir percepções errôneas e esclarecer informações incorretas que o paciente possa ter sobre sua condição.
- **Respiração e distração:** Utilizar métodos como exercícios de respiração ou atividades de distração para reduzir a ansiedade e promover o relaxamento.

3. Humor hipotímico:

- **Acolhimento:** Ofertar um atendimento empático para que o paciente se sinta escutado, cuidado e compreendido.
- **Validar sentimentos:** Mostrar compreensão e acolhimento das emoções, demonstrando que seus sentimentos são reconhecidos e válidos.
- **Espaço para sofrimento:** Criar um ambiente onde o paciente sinta-se à vontade para expressar suas dores e angústias, oferecendo apoio emocional.
- **Trabalhar crenças irracionais e ressignificar:** Auxiliar no reconhecimento de crenças irracionais, promovendo uma compreensão mais adaptativa.

4. Delirium:

- **Trabalhar mudanças de rotina e ambiente:** Explicar a rotina hospitalar, a fim de reduzir a confusão mental. Uma rotina previsível pode melhorar a clareza.
- **Estimulação cognitiva:** Proporcionar atividades e exercícios que promovam a função cognitiva e mantenham o paciente mentalmente ativo.
- **Avaliar a inclusão de acompanhante:** Permitir um familiar no leito para oferecer segurança e ajudar na orientação e manejo não farmacológico.

5. Quadro demencial:

- **Avaliação do estado mental:** Conduzir uma avaliação detalhada das funções cognitivas como atenção, memória, percepção e raciocínio.
- **Orientação sobre a realidade:** Fornecer orientações acerca do contexto, mas as informações devem respeitar a capacidade cognitiva e emocional do idoso.
- **Psicoeducação:** Fornecer informações, recursos e suporte para ajudar pacientes e familiares a entenderem e lidarem com os desafios associados à demência.
- **Acolher sentimentos:** Escutar dúvidas e angústias decorrentes dessa condição, incluindo fantasias e medos, que são comuns diante de quadros demenciais.
- **Otimizar o contato com a família:** Estimular a presença de familiar, facilitar a comunicação e amenizar sensações desagradáveis através do apoio.

ATENÇÃO AOS ESTRESSORES

O fluxograma destaca a importância de atender aos estressores divididos em três categorias: físico, ambiental e psicológico.

1. Físico:

- **Compreender e validar a dor:** Investigar a intensidade e características da dor, legitimar e encorajar para que o paciente fale a respeito da dor.
- **Avaliar aspectos subjetivos:** Verificar se a dor possui algum componente emocional associado e está manifestada também na dimensão psíquica.
- **Trabalhar estratégias funcionais de enfrentamento:** Desenvolver estratégias eficazes para ajudar o paciente a lidar com a dor e outros sintomas.
- **Mediar a comunicação com a equipe:** Facilitar a comunicação entre o paciente e a equipe para garantir uma abordagem da dor mais eficiente.

2. Ambiental:

- **Estimular o Uso de Relógio, Calendário, TV e Celular Pessoal:** Incentivar o uso de dispositivos que ajudem na orientação, distração e normalidade.
- **Auxiliar no Controle de Ruídos e Luminosidade:** Regular os níveis de estímulos para promover um ambiente propício ao descanso e ao sono.

3. Psicológico:

- **Aproximação da família:** Facilitar o contato e a interação do paciente com seus familiares, favorecendo suporte emocional e mantendo a conexão afetiva.
- **Respeitar a privacidade:** Assegurar a manutenção da privacidade, respeitando os limites e as necessidades individuais através de um ambiente seguro.
- **Estimular funcionalidade e autonomia:** Promover a independência do paciente, incentivando-o a realizar atividades dentro das limitações impostas.
- **Preservar a identidade:** Reforçar a identidade, respeitando suas preferências, e características individuais, para garantir que se sinta reconhecido e valorizado.
- **Trabalhar o medo:** Abordar e mitigar os medos do paciente, oferecendo suporte emocional, informações claras e estratégias de enfrentamento.

MAIOR FATOR DE RISCO

Identifica-se que o maior fator de risco inclui idosos longevos, pacientes que foram submetidos à ventilação mecânica (VM), aqueles em seu primeiro internamento na UTI e com tempo prolongado de internação (mais de 96 horas).

Abordagem com a família

- **Presença dos familiares:** Estimular a importância da presença e participação da família no leito, reconhecendo o valor do suporte familiar no processo de recuperação.
- **Risco de PICS (Post Intensive Care):** Orientar o paciente e seus familiares sobre o risco da Síndrome Pós-UTI e fornecer informações sobre estratégias de manejo para mitigar os efeitos físicos, cognitivos e emocionais após a alta da UTI.

SUORTE PÓS-UTI

- **Atendimento de psicologia pós-UTI:** Priorizar o atendimento psicológico após a alta da UTI para trabalhar temas como adesão terapêutica, qualidade de vida, readaptação e retorno ao domicílio.
- **Encaminhamento externo:** Encaminhar para suporte psicológico na modalidade ambulatorial ou domicílio, se necessário, enfatizando a importância e benefícios. Reforçar informações com os familiares.

MONITORAMENTO CONTÍNUO

- **Relatórios mensais:** Gerar relatórios mensais em conjunto com a equipe para avaliar a adaptação do idoso e identificar categorias de maior ocorrência de demanda, buscando melhorar a qualidade da assistência.

DISCUSSÃO

A presente pesquisa teve como um dos objetivos identificar os fatores estressores enfrentados por idosos hospitalizados em uma UTI. Esse setor é um ambiente de intensidades, marcado por tratamentos complexos, intervenções frequentes, altos riscos, custos elevados e sentimentos intensos (Barreto *et al.* (2022). Tal contexto provoca diversas alterações nos pacientes, independentemente da faixa etária. No entanto, observa-se que os idosos são particularmente vulneráveis a esses estressores devido às comorbidades associadas, à lentidão no processo de recuperação e às possíveis alterações neurológicas e psiquiátricas (Moraes & Santos, 2023).

Não foi constatada correlação estatística significativa entre o escore total de estresse e os domínios físico, psicológico e ambiental em relação às variáveis sociodemográficas. No que diz respeito aos estressores físicos, especificamente à dor, resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Locihová *et al.* (2018) e Zengin *et al.* (2020). Muitos autores, como Kanematsu *et al.* (2022), destacam que a dor afeta os pacientes tanto no nível físico quanto psicológico, causando mudanças de humor, relacionamentos sociais prejudicados, desmotivação, depressão, desamparo e desesperança. Corroborando com esse resultado, Silva *et al.* (2022) apontam que a hospitalização representa, para muitos idosos, um momento de fragilidade, e diante da sensação desagradável da dor, necessitam da atenção da equipe.

Com relação à sede, Zengin *et al.* (2020) e Gültekin *et al.* (2018) encontraram evidências similares, destacando o quanto essa sensação é desconfortável e afeta negativamente o

estado psíquico dos pacientes. Ambos os estudos salientam a importância de ações como pingar água ou colocar pedaços de gelo na boca dos pacientes para amenizar a sede. Essas intervenções têm sido relatadas como eficazes em satisfazer a necessidade de ingestão de água. Gültekin *et al.* (2018) acrescentam que pacientes com maior idade e homens foram os mais acometidos pela sede, quando considerados os aspectos sociodemográficos de idade e gênero. No entanto, no presente estudo, não foi constatada correlação estatística significativa nessas categorias de análise.

A imobilização e o tédio devido à restrição ao leito são descritos por Locihová *et al.* (2018) como fatores que afetam negativamente a psique dos pacientes, levando à ruptura da afetividade e da motivação. Esses pacientes frequentemente ficam parados olhando para o teto, evidência que também apareceu nesta pesquisa. Em concordância, Silva *et al.* (2019) destaca que as memórias traumáticas deixadas pelo desconforto da imobilidade no leito são frequentemente decorrentes da submissão à contenção mecânica. Essa prática, embora muitas vezes necessária na terapia intensiva, impacta profundamente os pacientes, que se queixam de se sentirem presos ou amarrados.

Na categoria de estressores psicológicos, as interrupções no relacionamento com a família e o fracasso em cumprir seus papéis e responsabilidades foram identificados como importantes estressores. Resultados congruentes foram observados por Gezginci *et al.* (2022), que destacam essas interrupções como fatores significativos de estresse, associados ao aumento da prevalência de ansiedade e depressão. Corroborando esse achado, Moraes e Santos (2023) descrevem que a internação constitui um momento de ruptura na vida do paciente, levando à despersonalização devido ao distanciamento de sua rotina, e promovendo sentimentos de menos-valia, desamparo, desespero, entre outros.

No tocante à perda de suas referências e ao controle sobre si mesmo, dados que apareceram na presente pesquisa, Galetti (2023) informa que o idoso hospitalizado precisa se adaptar às limitações impostas pela doença e às rotinas institucionais. Nessa circunstância, há uma tendência ao processo de despersonalização durante a internação, que exacerba a função de paciente e passividade, pois é necessário se sujeitar sem nenhum poder de decisão quanto ao horário de refeições ou procedimentos de higiene.

O prejuízo na privacidade detectado corrobora os achados de Baggio *et al.* (2011), que destacam que pacientes conscientes, além de sofrerem pelo comprometimento orgânico, demonstram desconforto e constrangimento por estarem despídos e frequentemente expostos e invadidos em sua intimidade. No idoso, essa condição pode ter um impacto ainda maior, ferindo seu pudor, que é um produto de sua cultura. Os autores ressaltam a importância de a equipe esclarecer aos pacientes sobre procedimentos que implicam na exposição do corpo, descobrindo apenas o necessário e cobrindo partes que não precisam ficar expostas.

Em referência ao medo de morrer, foram observados elementos similares aos do estudo de Taba *et al.* (2022), que mencionam a frequência desse medo na UTI, principalmente relacionado à angústia de deixar a família. Nesse sentido, Galetti (2023) comenta que conteúdos de morte é um importante estressor que pode precipitar um episódio de depressão em idosos vulneráveis e estar ligado a própria condição de saúde. Genezini (2023) complementa que a morte é um evento inevitável para os idosos, tenham eles doenças ameaçadoras da vida ou não, mas ressalta que é necessário que a vida seja valorizada através da validação da história, dos desejos, dos limites e das potencialidades de cada um.

Na categoria de estressores ambientais, o incômodo causado pelos ruídos desconhecidos, somado à luz ambiente constante e à temperatura, foi evidente nesta pesquisa. Zengin *et al.* (2020) registraram descobertas correspondentes e afirmam que, além de perturbar os padrões de sono dos pacientes, esses fatores precipitam efeitos psicológicos negativos. Os autores também destacam que a dinâmica da unidade impõe poluição sonora devido aos sons dos equipamentos e às conversas entre os membros da equipe. Gültekin *et al.* (2018) acrescentam que os fatores ambientais são estressores controláveis na UTI, e, portanto, a equipe deve estar atenta a essas condições.

Quanto à privação do sono, foi constatado um impacto negativo, semelhante ao observado no estudo de Dessotte *et al.* (2016). Os autores destacam que a privação do sono pode causar várias alterações fisiológicas nos pacientes, como anormalidades no sistema imunológico, alterações no metabolismo, distúrbios psicológicos e um aumento do risco de delirium. Além disso, enfatizam a importância da detecção e intervenção precoces, uma vez que o delirium está associado a piores desfechos em pacientes críticos, incluindo maior duração da ventilação mecânica (VM), prolongamento da permanência na UTI e aumento da mortalidade.

No que diz respeito ao tempo de permanência na UTI, os resultados desta pesquisa mostraram uma similaridade com os achados de Membrive *et al.* (2017), indicando que a intensidade do estresse aumentou proporcionalmente à quantidade de dias de internação. Nessa mesma linha, Barth *et al.* (2016) revelam que uma longa estadia do paciente pode fazer com que alguns fatores estressores, que antes não eram percebidos ou não aparentavam ser de grande importância, se tornem mais relevantes com o passar do tempo.

Quanto à vivência prévia na UTI, Gültekin *et al.* (2018) apontam que os pacientes que já tinham tido contato com a equipe de saúde anteriormente estavam menos ansiosos frente à vivência atual e apresentavam maior confiança nos profissionais, o que impactou positivamente sua experiência. Dados semelhantes apareceram no presente estudo. Além disso, Arruda e Branco (2022) afirmam que as experiências com outras hospitalizações podem influenciar a forma como o paciente se comporta diante da repetição desse evento. Portanto, é importante investigar a percepção do indivíduo sobre essas experiências e compreender que os cuidados referentes às regras e rotinas hospitalares são recebidos de maneira diferente por cada paciente.

No contexto da ventilação mecânica, achados compatíveis foram reportados por Taba *et al.* (2022), ao mencionarem que abordar um paciente sobre a necessidade imediata de intubação é uma má notícia. Embora seja um tratamento visando à recuperação, seu anúncio provoca angústia e medo, além de uma sensação de perda de controle. Em concordância, Barreto *et al.* (2022) descrevem o procedimento da intubação como um evento estressante, marcado pelo medo de não voltar da sedação, de não rever mais a família e de deixar tudo para trás. Além disso, os autores ressaltam que a crescente divulgação na mídia sobre a internação em UTI e a intubação relacionadas à COVID-19 deu origem a um discurso que correlaciona diretamente esse procedimento à morte.

Deste modo, Zengin *et al.* (2020) indicam que, conforme o estresse aumentou, a satisfação com a assistência da equipe diminuiu e as experiências negativas foram lembradas com maior frequência pelos pacientes. Bacchin e Moreira Filho (2023) complementam que, embora haja completa recuperação do quadro que desencadeou a hospitalização do idoso, não se pode menosprezar o impacto que as internações causam na funcionalidade, que quase sempre fica comprometida a curto ou longo prazo. Os autores acrescentam que o melhor cuidado impõe a criação de estratégias

proporcionais aos problemas identificados, e a visão interdisciplinar tem o potencial de oportunizar isso de forma mais eficaz.

Dessa forma, a presente pesquisa também se propôs a desenvolver um fluxograma de intervenções para mitigar os fatores estressores identificados pelos idosos. O fluxograma é uma ferramenta visual que descreve os passos sequenciais e as decisões em um processo, facilitando a melhoria do fluxo de trabalho, a padronização de procedimentos e a redução de erros, além de favorecer um melhor uso de recursos e tempo (Galsworth, 2019). Assim foi possível detalhar a linha de cuidado destinada a pacientes idosos na UTI, destacando as ações importantes para atender às suas necessidades.

A partir de uma visualização gráfica da abordagem desde o momento da admissão do paciente, é possível facilitar a compreensão e a aplicação das intervenções. É importante salientar que muitas das condutas são de domínio também dos demais membros da equipe, visando orientá-los além dos psicólogos, o que pode auxiliar a equipe a promover experiências mais positivas durante a permanência do idoso na UTI.

Com base na pesquisa apresentada e na expertise da autora, foram destacados os principais pontos de demanda dos idosos, construindo-se assim um passo a passo das intervenções em uma ordem lógica. A escolha do formato de fluxograma foi devido à possibilidade de representação gráfica, que permite uma leitura sequencial e fácil entendimento das atividades, através das setas e descrições breves. Dado o contexto dinâmico e urgente da UTI, é essencial dispor de instrumentos de fácil compreensão e aplicabilidade.

O instrumento não deve ser utilizado de modo tecnicista, desconsiderando a singularidade do paciente, pois cada indivíduo vivencia essa experiência de forma única. Não é necessário que seja esgotado em um único atendimento; ele deve ser utilizado conforme a necessidade, considerando que a UTI abriga pacientes críticos com diversas particularidades e demandas, especialmente idosos.

Como limitações deste estudo, destaca-se que os dados foram obtidos por conveniência, com a coleta de dados realizada por apenas uma avaliadora e dentro de um período determinado. Além disso, para a identificação das dimensões do instrumento (físico, psicológico e ambiental), utilizou-se a literatura e a expertise da autora, mas não foi possível realizar a análise fatorial dos itens e seus possíveis domínios devido ao tamanho amostral.

Uma das perspectivas futuras é testar estatisticamente, através de técnicas de análise fatorial, a subdivisão dos itens da "Escala de Avaliação de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva". Destaca-se a importância de testar a validade de construto dos domínios físico, psicológico e ambiental, fornecendo maior evidência estatística para a estrutura interna do instrumento. Existem poucos estudos sobre as propriedades psicométricas do questionário ESQ, sendo necessário aumentar as provas psicométricas devido à relevância do instrumento na avaliação de fatores estressores em pacientes internados em uma UTI.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados denotam a necessidade de atentar-se aos estressores, que têm maior impacto e risco nos idosos que vivenciam o primeiro internamento em UTI, naqueles que são submetidos à ventilação mecânica (VM) e nos que permanecem por um tempo mais prolongado na unidade. Nessa circunstância, deve-se adotar estratégias como: verificar se o paciente já esteve em unidade fechada; promover uma comunicação

efetiva explicando as rotinas da UTI, favorecendo a adaptação e o esclarecimento de dúvidas; estar atento ao impacto da VM e atuar para minimizá-lo; e trabalhar para uma alta mais precoce.

Este estudo apresenta um fluxograma com o objetivo de prevenir e minimizar os estressores na UTI. A elaboração sistematizou o conhecimento científico disponível sobre o tema e as intervenções que podem ser executadas por psicólogos, além de agregar outros membros da equipe. Tais ferramentas permitem aprimorar a prática do psicólogo hospitalar, demarcando seu papel na equipe multiprofissional e proporcionando uma melhoria na qualidade do cuidado. Destaca-se a intenção de conferir protagonismo aos idosos, pois, em todos os passos do fluxograma, o paciente é visto como sujeito ativo do seu processo.

Mesmo com os avanços tecnológicos e as inúmeras discussões sobre a qualidade da assistência na UTI nos últimos anos, reforça-se a necessidade de melhorias constantes na implementação de procedimentos padronizados que possam orientar a prática da equipe, incluindo o psicólogo. A capacitação do psicólogo no âmbito hospitalar – seja através do uso de técnicas consolidadas na assistência, da busca de evidências de validade de instrumentos para utilização nesse espaço, ou de novos fluxos de atendimento – é cada vez mais necessária para alcançar os resultados esperados. Neste sentido, considera-se que a sistematização e mensuração dos estressores é de grande contribuição para a área.

A título de conclusão, espera-se que esta pesquisa tenha apontado possibilidades interventivas e reflexões relevantes sobre a atuação da equipe frente aos pacientes internados, sobretudo em um cenário potencialmente iatrogênico como o da UTI, acentuado pelas condições singulares da pessoa idosa. Pensar em estratégias de intervenção nesse ambiente é promissor, com o objetivo de aperfeiçoar as formas de atuação da equipe, o olhar institucional, a organização do ambiente e a construção de protocolos e fluxos da unidade, acreditando serem recursos fundamentais para reduzir os impactos negativos que emergem nesse contexto.

REFERÊNCIAS

- Arruda, K. D. S. A., & Branco, A. B. A. C. (2022). Intervenções psicológicas no desmame. In A. Simonetti & J. Barreto (Orgs.), *Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois* pp. 155-175). Artesã.
- Bacchin, A. S. F., & Moreira Filho, O. G. (2023). Geriatria e contemporaneidade. In C. H. V. Baptista, C. J. Wosnes & R. N. Fonseca (Orgs.), *Psicologia hospitalar: desafios do cotidiano: da vida adulta à velhice* pp. 55-60). B307 Livraria e Saúde.
- Baggio, M. A., Pomatti, D. M., Bettinelli, L. A., & Erdmann, A. L. (2011). Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 25-30. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100004>.
- Baptista, A. S. D., & Merlin, S. S. (2021). Hospitalização de idosos em atenção interdisciplinar. In M. N. Baptista & R. R. Dias, (Orgs.), *Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos* (2a ed. rev. ampl., pp. 77-92). Guanabara Koogan.
- Barreto, J., Araújo, P. H., Guerra, L. J., & Simonetti, A. (2022). Vivências da intubação. In A. Simonetti & J. Barreto (Orgs.), *Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois* (pp. 133-154). Artesã.
- Barth, A. A., Weigel, B. D., Dummer, C. D., Machado, K. C., & Tisott, T. M. (2016). Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 323-329. <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20160055>.

- Dessotte, C. A. M., Rodrigues, H. F., Furuya, R. K., Rossi, L. A., & Dantas, R. A. S. (2016). Estressores percebidos por pacientes no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 741-750. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690418i>.
- Galetti, C. (2023). Manejo diante das psicopatologias de idosos internados. In C. H. V. Baptista, C. J. Wosnes & R. N. Fonseca (Orgs.), *Psicologia hospitalar: desafios do cotidiano: da vida adulta à velhice* (pp. 89-98). B307 Livraria e Saúde.
- Galsworth, G. (2019). Clinical workflow and process mapping: current and best practices for clinical care and clinical documentation. Springer.
- Genezini, D. (2023). A morte do idoso no hospital: "natural" ou "naturalizada"? In C. H. V. Baptista, C. J. Wosnes & R. N. Fonseca (Orgs.), *Psicologia hospitalar: desafios do cotidiano: da vida adulta à velhice* (pp. 303-308). B307 Livraria e Saúde.
- Gezginci, E., Goktas, S., & Orhan, B. N. (2022). The effects of environmental stressors in intensive care unit on anxiety and depression. *Nursing in Critical Care*, 27(1), 113-119. <https://doi.org/10.1111/nicc.12553>.
- Gültekin, Y., Özçelik, Z., Akıncı, S. B., & Yorgancı, H. K. (2018). Evaluation of stressors in intensive care units. *Turkish Journal of Surgery*, 34(1), 5-8. <https://doi.org/10.5152/turksurg.2017.3736>.
- Kanematsu, J. S., Atanazio, B., Cunha, B. F., Caetano, L. P., & Arada, D. M. Y. (2022). Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Revista de Medicina*, 101(3), e-192586. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i3e-192586>.
- Lana, L. D., Mittmann, P. S., Moszkowicz, C. I., & Pereira, C. C. (2018). Os fatores estressores em pacientes adultos internados em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Enfermería Global*, 17(14), 580-611. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.4.307301>.
- Locihová, H., Axmann, K., Padyšáková, H., & Fejfar, J. (2018). Effect of the use of earplugs and eye mask on the quality of sleep in intensive care patients: a systematic review. *Journal of Sleep Research*, 27(3), e12607. <https://doi.org/10.1111/jsr.12607>.
- Membrive, S. A., Souza, L. P. S., Donoso, M. T. V., Silqueira, S. M. F., Corrêa, A. R., & Matos, S. S. (2017). Caracterização dos estressores envolvidos na internação de pacientes em unidade coronariana. *Rev Baiana Enferm*, 31(1), 1-11. <http://doi.org/10.18471/rbe.v31i1.16552>.
- Moraes, B. N., & Santos, G. R. (2023). Atuação junto a adultos e idosos em pronto-socorro, UTI, enfermagem e ambulatório. In C. H. V. Baptista, C. J. Wosnes & R. N. Fonseca (Orgs.), *Psicologia hospitalar: desafios do cotidiano: da vida adulta à velhice* (pp. 23-30). B307 Livraria e Saúde.
- Paduan, V. C., Mendes-Chiloff, C. L., & Cerqueira, A. T. A. R. (2020). Intervenções para cuidadores de idosos. In T. Rudnick & M. M. Sanchez (Orgs.), *Psicologia da saúde: a prática em terapia cognitivo-comportamental em hospital geral* (2a ed. rev., pp. 233-254). Sinopsys.
- Rosa, B. A., 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(03), 627-635. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300011>.
- Silva, F. S. A., Silva, F. R. A., Salgado, P. R. R., Caetano, B. R. F., Souza, B. C. R., Pedroza, A. P., Carvalho, E. K. M. A., Carvalho, J. R. M., Araújo, A. M., & Lavôr, M. J. M. (2022). Idoso hospitalizado: enfoque na humanização da assistência em enfermagem. *Research, Society and Development*, 11(13), e156111334627. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i13.34627>.
- Silva, V. A., Menezes, M. R., Alves, M. B., Amaral, J. B., & Martorell Poveda, M. A. (2019). Concienciación ante el abuso al mayor: implicaciones para la práctica. *Ética de los Cuidados*, 12. Recuperado de <http://ciberindex.com/c/et/e11818p>.
- Taba, S., Pelizzoni, A. V., Simonetti, A., & Prieb, R. G. (2022). Intervenções psicológicas na intubação. In Simonetti, A., Barreto, J. (Orgs.), *Intervenções psicológicas na intubação: da clínica do agora à clínica do depois* (pp. 133-154). Artesã.
- Zengin, N., Ören, B., & Üstündag, H. (2020). The relationship between stressors and intensive care unit experiences. *Nursing in Critical Care*, 25(2), 109-116. <https://doi.org/10.1111/nicc.12465>.