

EFEITOS PSICOLÓGICOS EM PACIENTES ADULTOS PÓS INTERNAÇÃO EM UTI NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI (MG).**Psychological effects in adult patients in icu after detention in Araguari municipality (MG).**

Herbert Cristian de Souza¹, Carla Regina Usso Barreto Kavrokov Vieira¹, Jacqueline Tosta Marques¹, Juliana Meirelles Carvalho¹, Karina Guimarães de Castro¹, Lorena Soares Silva¹

Resumo

O objetivo do trabalho foi identificar os efeitos psicológicos em pacientes adultos pós internação em UTI no município de Araguari (MG), bem como as sequelas resultantes dessa condição. Realizou-se um estudo transversal na enfermaria e no atendimento ambulatorial em três cenários de saúde do município. Em relação ao tempo de permanência, percebeu-se que a maioria dos pacientes (65%, n=13) ficaram internados na UTI por um período de até 8 dias. Observou-se que as principais experiências desagradáveis foram a limitação de visitas (80%), o uso de dispositivos (60%), a dor (60%), a incapacidade de se movimentar (40%) e a dificuldade de comunicação (40%). As principais queixas apresentadas foram irritabilidade, impaciência, medo, ansiedade, tristeza e exaustão. Os pacientes de 20 a 35 anos apresentaram mais queixas psicológicas que os pacientes de 36 a 78 anos, sendo tristeza a mais comum (100%), seguida por ansiedade (66,6%) e cansaço (50%). Os critérios religião, estado civil e condição social não apresentaram relações importantes com os efeitos psicológicos nos pacientes. Diante do estudo e dos resultados obtidos, a tristeza se apresentou como o sintoma mais prevalente e é de extrema importância clínica, já que a tristeza pode ser precursora de outras alterações psicológicas como depressão, transtorno de estresse pós-traumático.

Palavras-Chave: Unidade de Terapia Intensiva, internação, depressão.

Abstract

The objective was to identify the psychological effects in adult patients after admission to the ICU in the city of Araguari (MG) as well as the consequences resulting from this condition. We conducted a cross-sectional study on the ward and outpatient care at three municipal health scenarios. Regarding the length of time, it was realized that the majority (65%, n = 13) were admitted to the ICU for a period of up to 8 days. It was observed that the main unpleasant experiences were limiting visits (80%), the use of devices (60%), pain (60%), inability to move (40%) and the difficulty of communication (40%). The main complaints were irritability, impatience, fear, anxiety, sadness and exhaustion. Patients 20-35 years had more psychological complaints than patients 36-78 years, the most common sadness (100%), followed by anxiety (66.6%) and fatigue (50%). The criteria religion, marital status and social condition showed no significant relationship with the psychological effects on patients. Before the study and the results obtained, the sadness was presented as the most prevalent symptom and is extremely important clinically because sadness can be a precursor to other psychological disorders such as depression, post-traumatic stress disorder.

Keywords: Intensive Care Unit, hospitalization, depression.

¹ Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos - IMEPAC

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local destinado à prestação de assistência especializada a pacientes em estado crítico, com controle rigoroso dos seus parâmetros vitais e assistência de enfermagem contínua e intensiva (BOLELA; JERICO, 2006).

A rotina de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada por ritmo ininterrupto e atividades constantes, luzes, ruídos e aparelhos estranhos. A relativa imobilidade que alguns sistemas sensíveis de monitorização exigem requer paciência e colaboração além dos limites impostos pelas enfermidades graves. É pouco provável que uma pessoa possa tolerar tal ambiente sem que seja instituído algum tratamento anti-ansiedade, além do indispensável alívio da dor (RODRIGUES JUNIOR; AMARAL, 2012).

Na última década tem-se investigado a importância de intervenções para prevenção de transtornos emocionais prejudiciais à reabilitação e à qualidade de vida após internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além dos tratamentos curativos ou paliativos, pois se compreende que essas experiências podem ser estressantes ou traumáticas para esses pacientes (CAIUBY et al., 2010).

Os inúmeros equipamentos existentes, associados a controles rigorosos, afastamento da pessoa de seu ambiente, o confronto com o sofrimento próprio e do outro, a possibilidade de morte, podem se constituir em estressores. A internação é algo ameaçador para o sujeito, pois representa o afastamento do seu habitat, dos seus entes queridos e a ruptura dos laços familiares (STUMM et al., 2008).

O paciente internado na UTI, além de apresentar um quadro clínico grave, está submetido a situações que podem gerar ansiedade, como, por exemplo a dor, o sofrimento, a solidão e o medo da morte. São frequentes os quadros de confusão mental e a presença de delírio, quando o paciente começa a apresentar mudanças em sua condição clínica, sendo necessário uma constante avaliação e controle de alte-

rações metabólicas, esquemas de administração de inúmeras drogas e outras intervenções muitas vezes invasivas e transitórias (LUCCHESI et al., 2008).

A UTI não é vista como um local de tratamento e recuperação para a vida, mas relacionada com a tristeza e angústia, dor física e subjetiva, dependência física, perda da noção do tempo e morte (PROENCA et al., 2011).

O foco principal deste trabalho foi identificar os efeitos psicológicos em pacientes adultos pós-internação em Unidades de Terapia Intensiva no município de Araguari (MG), bem como as sequelas resultantes dessa condição.

Levando em consideração as principais mudanças psicológicas causadas pela internação na UTI, os resultados deste estudo poderão possibilitar maior compreensão do problema e contribuir para a elaboração de projetos com vistas a medidas e ações educativas voltadas para a melhoria da qualidade de vida e saúde de pacientes internados em UTIs.

Revisão de Literatura

Ansiedade e medo, responsáveis pelo sofrimento psíquico de pacientes internados em UTI, são sintomas dificilmente avaliáveis e que preocupam pesquisadores e estudiosos da área. Diversos relatos descrevem poucas queixas em relação a essas internações. Outros afirmam que nenhum enfermo hospitalizado nessas unidades está isento de distúrbios psicológicos. Seja ou não considerada uma etiologia, esses transtornos podem ser prevenidos pela eliminação da tríade ansiedade, dor e insônia. É importante destacar a humanização dos cuidados intensivos que, procurando auxiliar a capacidade adaptativa desses enfermos, pode amenizar sua experiência. Apesar dos esforços de humanização das unidades, os objetivos primários do tratamento intensivo tornaram-se a aprendizagem e utilização de sofisticados recursos de monitorização e terapêutica. É preciso lembrar que, na outra extremidade dos dispositivos e atrás de alarmes, encontra-se um ser humano fragilizado pela sua doença (RODRIGUES JUNIOR; AMARAL, 2002).

Em um estudo realizado por Caiuby (2010), a prevalência de transtorno de estresse pós-traumático variou de 17% a 30% e a incidência de 14% a 24%. Os principais fatores de risco identificados foram história prévia de ansiedade, depressão ou pânico, memórias traumáticas ilusórias, tempo de ventilação mecânica, experiências estressantes, crenças e comportamentos de característica depressiva. Foi demonstrado que vivências como a ameaça de morte e estar gravemente enfermo podem formar memórias durante a permanência do paciente hospitalizado e possuem um potencial traumático. A memória traumática é um registro do trauma que não é compreendido como uma memória de qualquer tipo de evento estressor, mas um registro cognitivo revestido de conteúdo emocional gerado por um evento extremo de ameaça à vida.

Segundo Rodrigues (2001) o avanço científico e tecnológico, nas últimas décadas, foi percebido com intensidade na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Novos dispositivos e drogas tornam-se preocupações dos especialistas na área. Neste ponto, desvaloriza-se a arte médica, que faz o profissional perceber que se trata de uma pessoa fragilizada que espera atenção e carinho no seu tratamento, não apenas medicamentos e sondas.

Apesar das experiências negativas, diversos pacientes entrevistados após a alta relataram fatos que demonstram impacto menor do que o esperado. Os efeitos psicológicos da internação em Terapia Intensiva são imprevisíveis. Sintomas como delírio e agitação raramente ocorrem associados à psicose verdadeira.

Muitos pacientes internados na UTI encontram-se fragilizados e vulneráveis, fisiológica e psicologicamente, espiritual e socialmente. Necessitam de cuidado integral e intensivo. Ressalta-se a importância de se oferecer a esses pacientes um cuidado complexo, incluindo as diferentes dimensões do ser humano, de se promover um ambiente de cuidados considerando o ser humano como ser uno e complexo e implicando na capacidade do profissional de compreender este ser como singular, autônomo, diferente e sociável, ampliando seu campo de visão e dando

sentido às interações que podem ser tanto mais intensas, quanto maior a capacidade de diferenciação e potencialização das possibilidades intersubjetivas (BACKES et al., 2015).

A importância da humanização foi analisada no estudo de Costa e colaboradores (2009). De acordo com o autor, a UTI tornou-se, com o passar do tempo, um local em que a técnica se sobrepõe aos aspectos relacionais de cuidado, uma vez que os profissionais que ali desenvolvem suas ações estão sobremaneira envolvidos com máquinas e monitores e tendem a esquecer de que, velados pelos problemas de doença, existem um paciente e sua família. Nesse sentido, destaca que a equipe deve respeitar a individualidade do paciente e de cada família no desenvolvimento do cuidado prestado.

O paciente em estado grave enfrenta a situação de internação em UTI, através da mobilização de diferentes recursos psicológicos. As respostas de ansiedade e depressão são facilmente observadas e estão entre os principais diagnósticos psicológicos, além do delírium, presentes em diferentes tipos de UTI. Após as primeiras 24h de internação é possível começar a se delinear as reações emocionais dos pacientes que estejam conscientes e orientados e em confronto com a possibilidade de morte. A tendência decrescente de ansiedade e depressão observadas após o 2º dia de internação é corroborada por outros autores 9,10. Esta constatação sugere que após a definição diagnóstica e o início do tratamento, o paciente vai diminuindo algumas de suas respostas emocionais frente ao estresse da internação na UTI. Pode-se apresentar como hipótese que, após 48h, o paciente já começa a se apropriar das rotinas da unidade, conhecendo a equipe e promovendo a quebra das fantasias tão comuns a respeito do ambiente da UTI. Após o 2º ou 3º dia de internação, os pacientes frequentemente acreditam que nada mais sério deve

acontecer e a preocupação excessiva pode ceder. A UTI clínica é considerada menos estressante pelos pacientes do que a equipe do hospital presume e que os pacientes toleram a internação e a desejam como forma de restabelecimento da saúde (NOVAES et al., 1996).

Segundo Miranda (2008), estratégias de educação continuada dos funcionários da equipe de enfermagem quanto às medidas de precaução diante de agentes físicos químicos e biológicos, reformulação de políticas de prevenção de riscos ocupacionais, contínua avaliação da saúde dos trabalhadores, dos ambientes hospitalares e elaboração de mapa de riscos, com base nos estudos citados, faz parte de uma estratégia de intervenção para redução de riscos em UTI.

Como forma de analisar os efeitos psicológicos em pacientes é frequentemente utilizado o *Profile of Mood States* (POMS), o qual se caracteriza por ser um instrumento validado para avaliar os estados de emocionais e de humor, assim como a variações que lhes estão associadas.

O POMS foi originalmente construído para avaliar as variações dos estados de humor em populações psiquiátricas e rapidamente a sua utilização foi direcionada para outras populações. Ainda que a natureza da avaliação preconizada pelo POMS não inclua obviamente as dimensões fisiológica e comportamental dos sentimentos e emoções, o fato de constituir um instrumento de fácil e rápida utilização para captar os estados afetivos transitórios e flutuantes nos sujeitos, contribuiu decisivamente para a sua boa aceitação, quer para investigação quer para intervenção (VIANA et al., 2001).

A forma original do POMS publicada por McNair e colaboradores (1971) é composta por 65 adjetivos que resultaram de estudos repetidos de análise fatorial tendo como ponto de partida um total de 100 dimensões comportamentais. Deste conjunto de trabalhos emergiram 6 fatores de estados de humor: Tensão-Ansiedade; Depressão-Melancolia; Hostilidade-Ira; Vigor-Atividade; Fadiga-Inércia, e; Confusão-Desorientação. Segundo Viana et al (2001), diversos estudos comprovam a sua adequação para medir de

forma sensível, precisa e válida os estados de humor dos indivíduos, quer em contexto psiquiátrico quer com população não psiquiátrica.

A internação em UTI promove o desequilíbrio emocional do paciente e de seu núcleo familiar. O estudo das reações emocionais decorrentes do impacto da ameaça à vida é pouco frequente na literatura, entretanto, constata-se número crescente de pacientes que recebem cuidados intensivos durante a hospitalização (NOVAES et al., 1996).

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e quantitativo, com período de seguimento transversal, fundamentado na compreensão da experiência vivida por pacientes que estiveram internados em uma UTI, bem como as possíveis sequelas psicológicas resultantes dessa condição.

O estudo foi realizado na enfermaria e no atendimento ambulatorial em três cenários de saúde do município de Araguari (MG): um hospital filantrópico, um hospital particular e, no ambulatório municipal. O período de coleta dos dados foi de março a abril de 2016, onde 20 pacientes foram investigados, escolhidos de forma aleatória pelos autores após confirmação de hospitalização em UTI, sendo os mesmos convidados a responder ao questionário de forma passiva.

Foram incluídos neste estudo, pacientes que permaneceram mais de vinte e quatro horas internados na UTI e, excluídos os menores de 18 anos, pacientes com sequelas neurológicas e aqueles que receberam qualquer forma de agentes sedativos ao longo de toda sua estadia.

Para este estudo foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados. O primeiro, validado por Rodrigues Junior & Amaral (2012), avaliando a qualidade geral da internação, com vários itens ligados ao ambiente da UTI (iluminação, movimentação, ruídos, temperatura e falta de privacidade) e, tendo como critérios de análise as opções de agradável, regular ou desagradável.

O segundo instrumento foi baseado na adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor (POMS), avaliando as alterações psicológicas e/ou emocionais, buscando dentre todas as experiências citadas pelos pacientes, aquelas mais incômodas ao longo da internação.

O POMS se apresenta de fácil e rápida utilização para captar os estados afetivos transitórios e flutuantes, além do seu grau de confiabilidade, constando de questões objetivas e dissertativas, onde são avaliadas a qualidade geral da internação e qualidade das experiências no período de internação.

A versão do POMS utilizada neste trabalho corresponde a uma versão reduzida da escala original. A escala original é composta por 65 adjetivos que resultaram de estudos repetidos de análise fatorial tendo como ponto de partida um total de 100 dimensões comportamentais. A escala utilizada neste trabalho contou com 26 itens.

De todos os investigados foram obtidos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a autorização do responsável pelo local no qual foi realizada a pesquisa.

Resultados e Discussão

Foram avaliadas as relações das alterações psicológicas com tempo de permanência, causa da internação, idade, religião, estado civil e condição social.

Em relação ao tempo de permanência, os pacientes foram separados em 6 grupos, sendo o primeiro com internação de 1 a 4 dias (G1); o segundo de 5 a 8 dias (G2); seguido por internações de 9 a 12 dias (G3); 13 a 16 dias (G4), 17 a 20 dias (G5) e internações por um período superior a 20 dias (G6). Percebeu-se que a maioria dos pacientes (65 %, n=13) ficaram internados na UTI por um período de até 8 dias (Figura 1).

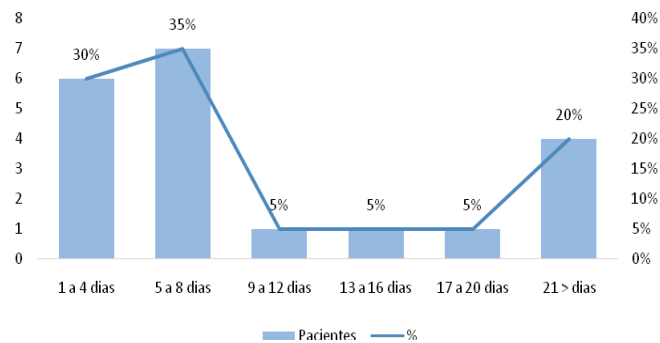


Figura 1 – Tempo de permanência na UTI nos cenários de estudo.

As experiências desagradáveis e as recordações relatadas por pacientes internados em UTI, especialmente aqueles que se submeteram à ventilação artificial e à sedação, vem sendo foco de vários estudos (COSTA; MARCON, 2009).

No presente estudo observou-se que as principais experiências desagradáveis foram a limitação de visitas (80%), o uso de dispositivos (60%), como tubos, drenos, cabos, etc., a dor (60%), a incapacidade de se movimentar (40%) e a dificuldade de comunicação (40%) (Figura 2).

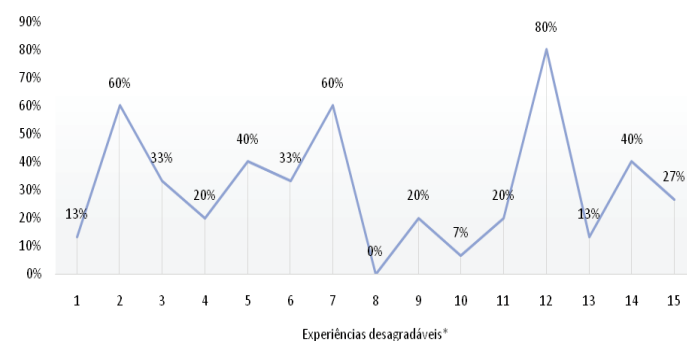


Figura 2 – Experiências consideradas desagradáveis durante o tempo de permanência na UTI

Legenda: *Experiências desagradáveis: 1. Efeito sedativo. 2. Dor. 3. Insônia. 4. Tempo de permanência. 5. Imobilidade. 6. Jejum. 7. Dispositivos (tubos, drenos, cabos, etc.). 8. Medicamentos. 9. Punções com agulha. 10. Falta de informações. 11. Perda de noção do tempo. 12. Limitações de visitas. 13. Sentimento de indiferença da equipe profissional. 14. Dificuldade de comunicação. 15. Outras

Dentre as causas de internação, a mais prevalente (25%) foi infarto agudo do miocárdio, sendo que as principais queixas apresentadas por esses pacientes foram: irritabilidade, tristeza e exaustão (40% cada). Em segundo lugar de causas mais comuns de internação, estão o acidente vascular encefálico e complicações pós-cirúrgicas. Nesses pacientes, a principal alteração citada foi a tristeza (100%), seguida de irritabilidade e impaciência (66,6% cada). Dentre outras

causas de internação, as queixas mais prevalentes foram medo e ansiedade (55% cada).

Os pacientes também foram divididos em grupos segundo a faixa etária. O primeiro grupo (P1) foi composto por indivíduos entre 20 a 35 anos; o segundo (P2) entre 36 e 51 anos; o terceiro (P3), 52 a 67 anos e o quarto (P4) por pacientes entre 67 e 78 anos. Os indivíduos pertencentes ao primeiro grupo apresentaram mais queixas psicológicas que os demais, sendo tristeza a mais comum, citada por 100% dos entrevistados, seguida por ansiedade (66,6%) e cansaço (50%). A tristeza também foi o sintoma mais prevalente no grupo P3, acompanhada de mudanças de humor, ambas citadas por 50% dos pacientes. No grupo P4, a tristeza, impaciência, irritabilidade e inquietação foram os mais citados, com a mesma frequência (50%). Os critérios religião, estado civil e condição social não apresentaram relações importantes com os efeitos psicológicos nos pacientes.

Stumm et al (2008) constataram em seu estudo que existe uma relação entre o estado emocional e o desenvolvimento da dor, aumentando a tensão psicológica ao paciente, que manifesta a mesma referindo dor. Pacientes com dor aguda sentem-se impotentes e incapazes diante da não resolução dessa sensação. Nestes casos, as reações emocionais podem ser manifestadas por irritabilidade, ansiedade, agitação e frustração. São muitos os aspectos que determinam a dor do paciente em UTI, como o desconforto no leito, os drenos, as sondas, os cateteres nasais e uretrais, punções venosas e arterial, curativos e outros. Todos os procedimentos relatados são tidos processos dolorosos, comumente não controlados, agindo como potentes estressores para o paciente.

Por outro lado, Bitencourt et al (2007) avaliou a dor como sendo a nona colocada no ranking de estressores entre pacientes, familiares e profissionais. Para o autor, o adequado manuseio da sonda e analgesia na UTI também deve ser objetivado, visto que dor e ansiedade são estressores importantes neste meio.

Conclusão

Diante do estudo e dos resultados obtidos, a tristeza se apresentou como o sintoma mais prevalente, com extrema importância clínica já que esta pode ser precursora de outras alterações psicológicas como depressão, transtorno de estresse pós-traumático. Como o meio interage diretamente com o emocional, as experiências desagradáveis mais lembradas no período de internação foram a limitação de visitas, uso de dispositivos e dor.

Portanto, a identificação dos estressores vivenciados pelos pacientes é de grande relevância para que medidas possam ser implementadas, com o intuito de favorecer uma melhor qualidade da assistência prestada, voltada para o cuidado integral e humanizado ao paciente, que compreende tecnologias renovadas e profissionais humanamente capacitados.

Referências

- AGUIAR, A. S. C. de et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 428-435.
- ARRUDA, A. P. de. Distúrbios Mentais Iniciados na UTI. Faculdade Redentor. **Departamento Nacional de Pós-Graduação e Atualização**. [online]. 2013, pp. 1-34.
- BACKES, M. T. S.; BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta paul. enferm.** [online]. 2012, vol.25, n.5, pp. 679-685.
- BITENCOURT, A. G. V. et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 53-59, mar. 2007.
- BOLELA, F.; JERICO, M. C. Unidades de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-309, ago. 2006.
- CAIUBY, A. V. S.; ANDREOLI, P. B. de Araújo; ANDREOLI, S.B. Transtorno de estresse pós-traumático em pacientes de unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**. 2010, vol.22, n.1, pp. 77-84.

- COSTA, J. B. et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **J. Bras. Psiquiatr.** [online]. 2010, vol.59, n.3, pp. 182-189.
- COSTA, J. B.; MARCON, S. S. Elaboração e avaliação de um instrumento para identificar memórias referentes à unidade de terapia intensiva. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 58, n. 4, p. 223-30, 2009.
- COSTA, S. C.; FIGUEIREDO, M. R. B.; SCHAURICH, D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface (Botucatu)**. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 571-580.
- LUCCHESI, F.; MACEDO, P. C. M.; MARCO, M. A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 19-30, jun. 2008.
- MAESTRI, E. et al. Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**. 2012, vol.46, n.1, pp. 75-81.
- MCNAIR, D. M.; DROPPLEMAN, L. F.; LORR, M. **Edits manual for the profile of mood states: POMS**. Edits, 1992.
- MARTINS, J. J.; FARIA, E. M. Cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer ou sofrimento? **Rev. bras. enferm.** [online]. 2002, vol.55, n.5, pp. 603-603.
- MIRANDA, É. J. P.; STANCATO, K. Riscos à saúde de equipe de enfermagem em unidade de terapia intensiva: proposta de abordagem integral da saúde. **Rev. bras. ter. intensiva**. 2008, vol.20, n.1, pp. 68-76.
- NOVAES, M. A. F. P.; ROMANO, B. W.; LAGE, S. G. Internação em UTI: variáveis que Interferem na Resposta Emocional. **Arq. Bras. Cardiol**, v. 67, n. 2, p. 99-102, 1996.
- PROENÇA, M. O; AGNOLO, C. M. D. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 279-286, June 2011.
- PUPULIM, J. S. L.; SAWADA, N. O. Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2005, vol.13, n.3, pp. 388-396.
- RODRIGUES JUNIOR, G. R.; AMARAL, J. L. G. do. Experiência clínica com o uso de sedativos em terapia intensiva: estudo retrospectivo. **Rev. Bras. Anestesiol.**, Campinas, v. 52, n. 6, nov. 2002.
- RODRIGUES JUNIOR, G. R.; AMARAL, J. L. G. do. Impacto psicológico da internação na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Bras. ter. intensiva**. 2001, vol. 13, n. 4, pp.92-98.
- SANTOS, F. D. et al. O estresse do enfermeiro nas unidades de terapia intensiva adulto: uma revisão da literatura. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010.
- STUMM, E. M. F. et al. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 13, n. 4, dez. 2008. ISSN 2176-9133.
- URIZZI, F., U.; CORREA, A. K. Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2007, vol.15, n.4, pp. 598-604.
- VIANA, M. F; ALMEIDA, P; SANTOS, R. C. Adaptação portuguesa da versão reduzida do Perfil de Estados de Humor-POMS. **Análise Psicológica**, v. 19, n. 1, p. 77-92, 2012.