

PERSPECTIVA DO PACIENTE SOBRE A VALORIZAÇÃO À VIDA APÓS HOSPITALIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

AMARAL, Aléxia Fortes do¹
SAUERRESSIG, Indiemara Boschetti²
RODRIGUES, Jezreel Lucas Alves³

RESUMO

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor hospitalar designado ao tratamento de pacientes graves, que ao passarem por este ambiente de forma consciente, acabam por ressignificar os valores de vida. Nesse contexto objetivou-se investigar as mudanças na valorização da vida na perspectiva de pacientes adultos após passarem por hospitalização em UTI. Incumbe um estudo do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa fenomenológica, realizado com pacientes que passaram internados em UTI-A por dois ou mais dias em estado de lucidez estando orientados quanto a tempo e espaço. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e interpretados com base na formalidade da análise do discurso. Os resultados abrangeram quatro eixos principais: A visão de Uti através do imaginário do paciente; o olhar diferenciado após a experiência vivenciada; um emaranhado de sentimentos vivenciados durante a hospitalização na UTI e ressignificações referentes a mudanças de perspectiva atribuídas a vida. Conclui-se que a pesquisa obteve êxito, atingindo o objetivo ao clarificar que o transcurso de internação em UTI proporciona vicissitudes significativas de valorização à vida na perspectiva de pacientes adultos após passarem por hospitalização no setor de UTI.

Palavras-chave: UTI; Hospitalização; Perspectiva de Mudança; Valorização à Vida.

¹Orientadora do estágio supervisionado na Fundação Hospitalar São Lucas - FAG do curso de psicologia do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG, alexiafortes7@gmail.com.

²Acadêmica do curso de psicologia do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG, boschetti_@hotmail.com.

³Acadêmico do curso de psicologia do Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG, jezi_r@hotmail.com.

PATIENT'S PERSPECTIVE ON VALUING LIFE AFTER HOSPITALIZATION IN INTENSIVE THERAPY UNIT

AMARAL, Aléxia Fortes do¹
SAUERRESSIG, Indiemara Boschett²
RODRIGUES, Jezreel Lucas Alves³

ABSTRACT

The intensive care unit is a hospital sector designated for the treatment of serious patients, who, when experiencing the passage through this environment in a conscious way, end up remeaning the values of life in this context aimed to investigate changes in the appreciation of life from the perspective of adult patients after hospitalization in ICU is a study of the descriptive-exploratory type with qualitative phenomenological approach, carried out with patients who have been admitted in ICU by two or more days in a state of lucidity being oriented in time and space the data was collected through a half-structured interview and interpreted based on the formality of the analysis of the speech. The results covered four main axes: the ICU view through the patient's imaginary; The differentiated look after experience experienced; A tangle of feelings experienced during hospitalization in the ICU and remeanings regarding changes of perspective attributed to life concludes that the research was successful, achieving the objective in clarifying that the transcourse of hospitalization in ICU provides significant vicissitudes of appreciation of life from the perspective of adult patients after hospitalization in the ICU sector.

Key words: ICU; Hospitalization; Perspective of Change; Appreciation to Life.

¹Adviser of the supervised internship Fundação Hospitalar São Lucas - FAG of psychology course of Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG, alexiafortes7@gmail.com.

²Academic of psychology course of Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG, boschetti_@hotmail.com.

³Academic of psychology course of Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz – FAG, jezi_r@hotmail.com.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como pergunta de pesquisa a ocorrência ou não de mudanças na valorização da vida na perspectiva de pacientes adultos após passarem por hospitalização no setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A hospitalização no setor de Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) é entendida de forma geral pelas pessoas como uma eventualidade estressante e assustadora que ocorre proveniente da incerteza e o medo referente ao recurso terapêutico e a reabilitação, desencadeando ansiedade, tristeza, sofrimento, solidão e o temor pela vida, além do afastamento de familiares, de sua rotina, de seu ambiente de conforto e de sua identidade social, revelando desta forma a importância do presente estudo. Os autores Proença e Agnolo (2011), denominam que a UTI-A não é percebida como um ambiente terapêutico de restabelecimento vital, mas alusiva em paridade com a tristeza e angústia, desconforto físico e subjetivo, dependência física, privação temporal e sentimento de perecimento.

A partir deste parâmetro a pesquisa tem a pretensão de avaliar pacientes que passaram por hospitalização na UTI-A, tendo por foco o período vivenciado e a ocorrência de mudanças que permeiam a valorização de vida pessoal, englobando aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais a partir da experiência vivenciada em estado de consciência preservada.

Camponogara *et al.* (2015), aponta em suas pesquisas que, após a hospitalização em UTI-A, as pessoas passam a pensar e refletir suas diversidades, revisando seu caminho, constituindo e elevando o sentimento de valorização e amor à vida.

Dentro deste contexto, esta pesquisa será de grande importância para uma intervenção psicológica mais pontual quanto às mudanças de perspectivas em relação à vida quando uma pessoa é admitida como paciente em uma UTI-A.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Unidade de Terapia Intensiva e a Visão do Paciente.

A Unidade de Terapia Intensiva direcionada ao público adulto (UTI-A) é uma extensão hospitalar que se discrimina dentro das outras áreas de um hospital geral, em razão de dispor recursos terapêuticos precisos de forma intensiva ao doente que se apresenta num quadro

crítico. Os autores Baptista & Dias (2010) prosseguem em suas descrições referentes à estrutura de uma UTI-A enfatizando que a mesma é composta por implementos específicos, recursos materiais e tecnológicos para favorecer uma melhor assistência ao enfermo, sendo estes um aspecto exclusivo desse local, tendo em vista que este setor está voltado para a admissão pacientes clínicos, pós-cirúrgicos, paliativos e em situação crítica apresentando probabilidade de reabilitação na saúde.

Presumindo que a imposição de doença e internamento são geradores de inquietação, exaustão e tensão nas pessoas, ao se tratar de hospitalização em UTI, estes sentimentos perpetuam de forma mais acirrada ocasionando um agravamento enternecedor, constituindo-se pelo paciente de forma distorcida que houve um agravamento de sua situação, sobrepondo de forma estereotipada uma ligação próxima com a finitude da vida, visto que muitas pessoas não possuem uma visão deste setor como um lugar seguro e de restauração da saúde, mas sim como um local retirado que precede a morte (GOMES, 1988).

O setor de UTI-A confere em um espaço de elevada complexidade, isto por que é encarregado pelo monitoramento, auxílio e tratamento intensivo de pessoas enfermas e vulneráveis com alto padrão emergencial, tendo como meta o restabelecimento e estabilidade do paciente (SALICIO e GAIVA, 2006).

Seguindo um padrão sistematizado de métodos e procedimentos de grande proporção, a UTI dispõe um espaço estrutural limitado, possibilitando que o paciente que se encontra hospitalizado neste ambiente visualize e perceba do seu próprio leito tudo o que se passa a sua volta (FAQUINELLO; DIÓZ, 2007).

Para que este processo tenha êxito este setor demanda as consolidações referentes quanto à posição e local físico apropriados, organização de áreas distintivas e propícias, instrumentos, aparatos suficientes e atributos eficientes vindo a oferecer um serviço especializado e resolutivo, técnicas de gerenciamento, ajustamento de equipe e a coordenação do assessoramento para com a enfermagem (ABRAHÃO, 2011).

Movimentação, barulhos de alarmes de equipamentos entre outros estímulos desencadeiam ansiedade e temor em pacientes hospitalizados sendo julgados por estes como alarmantes à infalibilidade, dando-lhes a impressão de insegurança quanto a proteção vital percebe-se que a ótica deste local certifica a existência de comoção que dispõe espanto, ao se defrontar com a enfermidade do outro, próximo a terminalidade, notando-se a viabilidade propícia de ser este paciente que configura a hospitalização em UTI como um entremeio contíguo que delinea o viver e o morrer de modo sombrio (FAQUINELLO ; DIÓZ , 2007).

A esfera ambiental da UTI-A demonstra peculiaridades sensoriais próprias como barulhos, odores ambientais, iluminação acentuada devido à claridade artificial, janelas sem aberturas e protegidas com filtros de contato, como meio de impossibilitar o acesso de entrada de fonte de claridade solar, permanecendo a temperatura mais fria gerada constantemente por ar condicionado central (CHAVAGLIA *et al.* 2011).

Pereira (2011) caracteriza a UTI-A como um ambiente especializado, sendo este um local que é constantemente atualizado com o uso crescente da tecnologia, tais avanços tecnológicos de acordo com o autor visam o melhor tratamento para o paciente.

2.2 Áreas da Vida que Abrangem e se Relacionam com o Sujeito

O corpo (biológico) é a expressão da nossa existência, aquilo que contém todas as nossas particularidades, podendo este ser um corpo saudável ou biologicamente doente, Santana (1998) sustenta que é no corpo que começa a aventura da vida e é nele que também a vida acaba com o fenômeno da morte. O Corpo Físico (biológico) desta forma é compreendido então como nosso veículo no mundo e na vida, portanto sua tamanha importância no desenvolvimento saudável das diversas áreas da vida do sujeito.

O modelo de desenvolvimento vivenciado pelo sujeito no decorrer de sua vida, será primordial na forma de compor suas competências em enfrentar ocorrências como a enfermidade, suas derrotas ou conquistas, a forma de se ajudar ou esmorecer diante da situação que lhe acarreta. Considera-se de grande importância enfatizar que todo ser é singular e comporta uma maneira própria em relação ao adoecer e existir, visto que as peculiaridades individuais serão determinantes na forma pessoal e original de reagir a eventos estressores (LIMA; OLIVEIRA, 2009).

Sell *et al.* (2012) menciona que a família é um sistema dinâmico onde cada sujeito tem sua função, e quando um dos membros da família é retirado dessa configuração, principalmente quando é internado acaba resultando num desequilíbrio familiar.

Neste sentido verifica-se que toda hospitalização causa desequilíbrio emocional na família e no paciente, que estão sujeitos a uma situação não planejada e que foge do controle (NASCIMENTO, ALVES, MATTOS, 2014).

Quanto a espiritualidade, esta é perceptível como característica natural do ser humano podendo ser ou não desenvolvida por este. Uma das maneiras, mas não a única de desenvolver a espiritualidade seria a religião. Desta forma compreende-se que a espiritualidade antecede à

religião, visto que esta, se manifesta antes de qualquer busca religiosa, cabendo a cada ser humano com sua subjetividade de significados espirituais simbolizar de maneira pessoal aquilo que o motiva e é real para si (GIOVANETTI, 2005).

Pinto (2009) conceitua que religiosidade pode ser fonte de força para muitos sujeitos, assim também pode representar um refúgio para algumas fraquezas, desta forma entende-se que seja para um, ou seja, para outro a religião assim como a espiritualidade acaba por trazer significados importantes e representações significantes que fortalecem as defesas individuais do sujeito e seu senso coletivo, mediante àquilo que acredita.

Em relação a espiritualidade no contexto do setor de UTI, os autores Liberato e Macieira (2008, p. 417) relacionam que este ambiente é visto como um meio de recorrer "por respostas satisfatórias para questões essenciais do homem, como o sentido da vida, da doença, da morte ou do sofrimento, e a possibilidade de encontrá-las", sendo designado pelo acamado como um recurso extremamente fundamental em situações críticas de saúde confrontando o processo de hospitalização e enfermidade, vindo a facilitar uma mudança pessoal de ressignificação de valores em relação a sua crença.

Segundo Bom-Sucesso (2002) o homem encontra no trabalho uma forma de interagir e de transformar o meio ambiente, estabelecendo relações interpessoais, que podem servir para um aumento do senso de contribuição e reforço da própria identidade. Dessa forma se entende a importância do trabalho na vida do sujeito e como o mesmo possibilita tanto o desenvolvimento pessoal quanto o coletivo.

Alvim (2006) observou uma série de mudanças em relação ao trabalho e o envolvimento das pessoas com sua vida profissional, o autor traz que algumas situações o sujeito demonstra até mesmo certa devoção ao trabalho e à empresa que este labora, similarmente encontramos laços como aqueles mantidos por fiéis em suas igrejas.

Mendes (1995) confere que o trabalhador por conta de mobilização subjetiva e pessoal faz uso de sua inteligência e personalidade no intuito de contribuir e se sentir retribuído. Desta forma compreende-se a importância do trabalho para o ser humano como fonte de satisfação social e subjetiva.

No dia a dia das relações de trabalho diversas consequências estão envolvidas na construção do “eu trabalhador”, essa identidade pode ser modificada à medida que é oferecida ou negada pela relação social. Desta forma entende-se o trabalho como forte referência de identidade do eu, e a privação deste local por conta de uma hospitalização, por exemplo, poderia causar diversos conflitos sobre quem se é (ALVES, 2011).

Conforme as considerações abordadas, verifica-se que as defesas coletivas que podem ser representadas pelos papéis sociais que ocupamos no trabalho, permitem ao sujeito certa estabilidade no enfrentamento de seu sofrimento, que em outras situações seria mais difícil alcançar devida segurança usando apenas suas defesas individuais. Em razão disto compreende-se que o afastamento do sujeito de um local com tamanha importância em relação aos significados por este atribuídos, o coloca em situação de avaliação de si mesmo e quem se é além das relações que se estabelece no trabalho (MENDES, 1995).

Strey (2002) defende a teoria que ao nascer o sujeito se insere num meio social criado por gerações já existentes que são estabelecidas por meio das inter-relações, desta forma o sujeito encontra-se submergido numa cultura da qual faz parte querendo ou não.

A partir do momento que o homem existe, este é considerado um ser social, que age a partir de certos valores, introjeta certas normas e que se desenvolve a partir dos fatores que este simboliza na vida social (SAVOIA, 1989).

O ser humano se relaciona por diversas razões, seja por necessidade de comunicação como aprender, amar, ensinar, buscar mudanças para si ou para o ambiente, visto que o ser humano de fato por sua essência é um ser social, tendo a percepção que privado de seu ambiente social o sujeito desencadeia vários conflitos, exemplificando como o caso da hospitalização que acaba desestruturando a imagem que o paciente tem de si, em relação a seu papel social, que agora é passivo e se limita a receber cuidado (MYERS, 2000).

2.3 Perspectivas e Sentimentos do Paciente Hospitalizado na UTI-A

O espaço da UTI-A é um local totalmente estranho para a pessoa adoecida, um ambiente diferenciado, com intensa movimentação, composto por diversos instrumentos de monitoramento, sinais sonoros, provocando no paciente uma série de abstenções. A admissão nesta unidade acarreta numa desestabilidade física e emocional dos sujeitos, intensificando a aflição e o temor, sendo que estes sentimentos contribuem significativamente no esgotamento físico e mental e impacta contrariamente o processo de reabilitação da saúde do paciente (REIS, ARAUJO, TORRES, 2009).

Guirardello *et al.* (1999), conceitua que o tratamento realizado em uma UTI-A é caracterizado por ser agressivo e invasivo, o paciente se encontra em estado de vulnerabilidade, pois está em um ambiente desconhecido e complexo, longe de sua rotina, visto que estar afastado da vida social, do ambiente familiar e profissional provoca sentimentos de

despersonalização do ser.

Apesar da presença de toda tecnologia em UTIs visando o melhor tratamento e prestação de cuidados, o índice ainda é altíssimo em relação à mortalidade, o autor afirma que esses índices criam certos estereótipos e tanto o paciente quanto os familiares acabam relacionando UTI à morte. Perante o exposto fica evidente que por mais que o ambiente seja especializado e tecnológico em prol dos cuidados ao paciente, ainda assim não fornece a segurança necessária para o enfrentamento do medo da própria terminalidade, desta forma sentimento de insegurança, ansiedade, medo, e diversos conflitos internos surgem e o paciente acaba sentindo-se deslocado e desprovido de segurança sobre o que lhe pode acontecer (SOUZA, 2010).

Para os autores Nascimento, Alves e Mattos (2014), é de suma importância que a família e o paciente compreendam que a UTI é um processo essencial na superação da doença, ainda segundo o autor, proporcionar conforto e amenizar sofrimento deve ser responsabilidade de todos os profissionais da saúde independente do diagnóstico e prognóstico. Desta forma compreende-se que deve haver a desmistificação a respeito da relação feita entre UTI e morte, e a conscientização que a UTI pode ser um local onde se atribui novos significados de elaboração de vida.

Tem-se por fato que muitos pacientes desconhecem totalmente o ambiente e a rotina de uma UTI e isso gera insegurança, medo do sofrimento e da dor, além da “fantasia” relacionada com a morte. É perceptível que pacientes sentem-se impossibilitados em dimensionar o sofrimento advindo da dor, desta forma compreende-se que o isolamento de seu meio social e a quebra da rotina devido à hospitalização, e a inserção no ambiente de alta complexidade tornam o sujeito desapropriado de si, visto a dificuldade em expressar até mesmo o sofrimento decorrente da dor (PEREIRA, 2011).

Souza (2010) postula que estar longe da família, afastado de seu ambiente natural e ser cuidado por pessoas estranhas são fatores que desencadeiam medo, angústia, insegurança e desconforto, portanto entende-se que esse conjunto de fatores resulta em alterações psicológicas e físicas.

Segundo os autores Nascimento, Alves e Mattos (2014) torna-se claro que neste contexto a família e o paciente que vivenciam a hospitalização acabam sofrendo desequilíbrio emocional, onde se encontram desprovidos de qualquer controle situacional.

O enfrentamento de qualquer patologia atenua a vulnerabilidade humana e as particularidades de cada ser, transparecendo sua competência de ressignificação e capacidade de superar quaisquer obstáculos, presentes em momentos críticos. Neste contexto, resistência

ou superação consolida a eficiência que o sujeito comporta para enfrentar situações de estresse em conjunto com uma rede de apoio para conseguir vencer o sofrimento. Todo ser humano que vivencia um procedimento resiliente é capaz de demonstrar critérios que reconhecem esse termo como uma procedência de ameaça significativa, providência de subsídios pautados no enfrentamento da problemática e uma transposição conveniente em relação ao contratempo padecido. Pode-se averiguar desta forma, que a resiliência comporta um significado em relação ao meio para auxiliar os sujeitos a encararem épocas de dificuldades proporcionando, desta maneira, uma conscientização e o comando da situação no ensejo de dificuldades vivenciadas, decorrendo a possibilidade de superar abalos ocorridos no período de grande angústia e medo (FERREIRA, 2016).

Ainda de acordo com Carmelo (2008), o protótipo de resiliência concerne numa dubiedade de percepções, dispondo-se como superação, quando esta é constituída numa situação problema onde o sujeito participa de forma direta com a problemática, visando despertar a exaustão e a resistência conciliada ao sentimento no qual o sujeito atenua e viabiliza sua estabilidade emocional mesmo que acompanhada pelo fator estressor.

Brandão, Mahfoud e Gianordoli-Nascimento (2011), concluem que a resiliência pode ser concebida como resistência ao estresse ou até mesmo entendida e ligada a processos de superação e recuperação. A partir da visão dos autores entende-se resiliência como habilidade fundamental para lidar com situações adversas em que o sujeito é tirado de seu estado natural ou habitual, a resiliência possibilita assim capacidade de retornar a seu estado natural mais fortalecido mentalmente.

3. MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como qualitativo-fenomenológico, descritivo e exploratório de natureza básica, ocorrido em um hospital do Oeste do Paraná, habilitado como unidade de assistência de alta complexidade, sendo uma fundação hospitalar de ensino credenciado ao Sistema Único de Saúde, planos de saúde privados e assistência particular. A seleção dos participantes atendeu critérios específicos como ter passado por internamento em UTI-A proveniente de intervenção cirúrgica e/ou clínica por dois ou mais dias em estado de lucidez, estando orientado quanto ao tempo e espaço, apresentar condições plenas de comunicação verbal e funções cognitivas preservadas visando que o paciente conseguisse constituir

percepções acerca do ambiente em relação a sua vida pessoal. Foram abordados 10 pacientes ao todo, porém somente 5 aceitaram participar da entrevista.

Os dados foram coletados no período de agosto e setembro através de entrevista semiestruturada composta pelas seguintes questões: Em relação a UTI, qual era sua visão sobre este setor antes da hospitalização? / Qual sua visão após ter vivenciado a hospitalização em UTI? / Quais sentimentos foram experienciados estando em tratamento na UTI? / Sentiu-se satisfeito com o atendimento prestado pela equipe que lhe prestou cuidados? / Como foi para se acostumar às normas e rotinas do setor, tais como: horário de visitas, ausência de acompanhantes, horário e forma como era dado o banho, aparelhos ligados o tempo todo, sons, roupas que o (a) senhor (a) usava? / Em relação às áreas da vida (Família, Religião, Trabalho, Escola etc.), você sentiu falta de alguma (s) especificamente? Por quê? / Você considera que o período de hospitalização em UTI o levou a refletir sobre si e as áreas de sua vida? / Foi possível refletir e ressignificar o valor atribuído as relações incluindo os outros e a si mesmo?

A coleta ocorreu adjunto ao leito no decorrer da internação do paciente em outros setores da instituição (Enfermaria-ALA-B-SUS, Pisos 1 e 2- Conveniados e Particulares), após receber alta da UTI. A entrevista intercorreu de forma opcional ao participante, podendo este consentir ou não a gravação do áudio da entrevista, em caso de desacordo foram anotadas as respectivas respostas e falas adicionais do entrevistado. Todas as respostas ocorreram por gravação em aparelho digital de áudio, posteriormente transcritas e analisadas de maneira não probabilística baseando-se na Análise do Discurso de Gregolin (1995) a qual buscou entender como se dá o sentido de um texto e como este se articula com as experiências históricas e sociais de quem o produziu. O autor ainda pontua que o discurso é um objeto linguístico e histórico e entendê-lo requer analisar ambos os aspectos, assim, através destes termos e para que houvesse uma interpretação precisa, foi optado em vincular a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), identificando as convicções principais nas elocuções que presidem a junção de locuções-chave específicas, possibilitando discursos dos participantes coletivos pautado em dicções de maneira única em seu gênero, vindo a representar o agrupamento das falas.

Este indivíduo/coletivo é um sujeito falando/falado já que carrega, além dos conteúdos das representações do sujeito que pessoalmente (falando) adota como prática discursiva, também os conteúdos (falados) dos "outros", ou seja, das representações semanticamente equivalentes disponíveis na sociedade e na cultura e adotadas por seus "colegas de representação". Assim, podemos dizer que se um determinado sujeito que, ao lado de outros, compõe um DSC falando/falado casualmente não utilizou os conteúdos que fazem parte do DSC, poderia utilizá-los já que enquanto ator social é capaz de se reconhecer em tais conteúdos (LEFEVRE; LEFEVRE, 2014, p.503).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê De Ética Em Pesquisa Com Seres Humanos - CEP, em 08/08/2018, CAAE: 93434218.0.0000.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas com 5 pacientes, sendo 3 mulheres e 2 homens. Três entrevistados tinham idades compatíveis ao período de início a vida adulta (20 a 40 anos), visto que: “o pensamento e os julgamentos morais tornam-se mais complexos [...] as mudanças na personalidade podem ser influenciadas pelas fases e acontecimentos da vida” (PAPALIA, 2010, p.41).

Os outros dois participantes dispunham de mais idade, correspondendo ao período da vida adulta intermediária (40 a 65 anos), fase esta que Papalia (2010, p.41) ressalta que “as capacidades mentais atingem o auge, a especialização e as habilidades relativas à solução de problemas práticos são acentuadas.”.

Quanto ao nível de escolaridade dos voluntários, variou entre semianalfabeto e nível superior completo, com maior predomínio no ensino fundamental completo. A respeito da situação conjugal a maioria refere ser casado e já ter filhos.

Os pacientes foram denominados por siglas P-1 até P-5, preservando o sigilo de identidade. P-1 aposentada, 62 anos, ex-tabagista, admitida via SUS por diagnóstico clínico de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, requerendo oito dias de internação, afirma ser esta a primeira vez que precisou de cuidados intensivos; P-2 aposentado, 59 anos, admitido via SUS no Pós-Operatório de Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico por Aneurisma Roto, hospitalizado por quatro dias em terapia intensiva, nega já ter passado anteriormente por internações em UTI. P-3 enfermeira, 33 anos, admitida via Convênio por diagnóstico Pós-Operatório Tardio de Bariátrica para Reversão de Técnica da Lazzarotto, permanecendo internada por três dias, refere já ter passado por UTI anteriormente, porém de forma inconsciente devido a complicações provindas da Gastroplastia realizada em 2013; P-4 vendedor autônomo, 38 anos, admitido via SUS no PO de troca Valvar Mitral, cinco dias hospitalizado, relata ter experiência prévia em UTI há cinco anos atrás pelo mesmo diagnóstico atual. P-5 auxiliar de escritório, 28 anos, admitida via SUS por diagnóstico Pré-operatório para Correção de Comunicação Intra Atrial, ficando hospitalizada por quatro dias, relata ser esta a primeira vez que demandou ser internada em UTI.

Através dos discursos proferidos, foi realizado um levantamento em que pode ser constatado pelos pesquisadores que dentro das cinco amostras, dois eram aposentados, dois já haviam passado por internações anteriores em UTI e a admissão neste setor teve maior predominância via SUS. A análise dos dados obtidos proporcionou a categorização de quatro eixos identificados em concordância de relevância atribuída nos discursos e aos objetivos específicos atingidos, sendo: UTI no Imaginário; A UTI Vivenciada; Sentimentos Vivenciados na UTI e Mudança de Perspectiva.

Eixo 1- UTI no Imaginário

P-1: Eu tinha uma visão horrível da UTI.

P-2: Eu achava que nunca iria precisar.

P-3: Na verdade para mim não é pavoroso por que eu sou da área. A gente não tem que pensar negativamente na UTI.

P-4: É algo que você não tem conhecimento de como é.

P-5: Antes de... Da hospitalização, eu achava que era um tabu, assim, achava que era só lá você estava quando estava no leito de morte, só quando “está nas últimas”.

Pode-se observar, a partir dos discursos, o não conhecimento da unidade faz com que o imaginário seja associado ao leito de morte, “um lugar horrível”, onde a finalidade é receber pessoas que estão “nas últimas”. Um lugar tabu onde imagina-se que nunca se precisará, essa foi a visão apresentada por aqueles que não tinham conhecimento sobre a unidade.

Segundo Guirardello *et al.* (1999) frequentemente é observável que determinados números de pacientes manifestam ausência de conhecimento do local e estrutura da prática habitual que ocorre numa unidade intensiva e da agilidade assistencial no pronto-atendimento, sendo perceptível a inabilidade de mensurar sua angústia resultante do sofrimento, idealizando de forma fantasiosa e peculiar, através de uma visão distorcida do setor de UTI, não concebendo este espaço como um ambiente curativo e de reabilitação à vitalidade coerente ao receio alusivo a dor e ao sofrimento

Para Sebastiani (2003) UTI é estereotipada logo de início com morte eminente, o autor observa ainda que é comum pessoas acreditarem que UTI é para pessoas em estados terminais não havendo muitas condições para se recuperarem.

Pode ser observado, de acordo com um dos participantes que tem conhecimento da área, outro conceito, não negativo e sim mais realista sobre o setor, algo que para o participante não foi “pavoroso”, afirmando ainda a não necessidade de se ter uma visão negativa da UTI. Compreende-se então, analisando a teoria e o discurso, que o não conhecimento da UTI gera uma visão estereotipada e fantasiosa e que o conhecimento sobre a unidade faz com que essa imagem torne-se mais realista sobre o setor, possibilitando assim refletir sobre si e não apenas sobre o medo da morte e do sofrimento, visto que se encarada de maneira realista a UTI não é associada a leito de morte e sim local onde se tem mais chances de se viver.

Eixo 2- A UTI Vivenciada

P-1: Vejo totalmente diferente, é onde tem muito mais chances de viver ali dentro

P-2: Não pensei que fosse utilizar.

P-3: Como eu sou da área então sei bem como que é, que não é fácil lidar com familiares, não é fácil, por que todo mundo vê, entra já com o pensamento negativo, já vê a UTI com o lado negativo da história.

P-4: Na realidade eu já entrei com uma visão, vim nessa segunda vez, eu já tinha me preparado psicologicamente e espiritualmente e do jeito que eu entrei, saí confiante sabendo que tudo ia acabar bem e estamos aqui tendo essa conversa, seria isso.

P-5: Hoje eu vejo que eles fazem muito mais coisas, nós também como pacientes passamos por muitas coisas, o tempo todo eles estão monitorando a gente, é um cuidado maior que a pessoa tem, precisa ter por que requer um cuidado dependendo da situação que está ali né. Então bem interessante.

Diante dos discursos verifica-se claramente a perspectiva de mudança sobre a unidade, antes referida como um lugar horrível passa-se a ver como um lugar onde se tem mais chances de viver. O ambiente a partir dos discursos foi percebido como um lugar onde se recebem cuidados, o pensamento que nunca iria precisar passa a ser outro. Dessa forma, constata-se a

desconstrução da fantasia sobre o setor, aqueles que não eram familiarizados com a unidade puderam percebê-la como um lugar de cuidado e preservação da vida.

A habilidade de se adaptar com facilidade às intempéries, alterações ou infortúnios, pode ser denominada como um agrupamento de métodos interpessoal e intrapessoal relacionados a capacidade psicológica, que proporcionam ao ser humano demonstrar o ápice do nível de entendimento, inteligência emocional, vigor e capacitação em locais complexos, instáveis e tensionais (CARMELLO, 2008).

Segundo Silva (2007), é importante destacar que a UTI, apesar de causar alguns desconfortos, é um local que funciona em prol da vida. Com os equipamentos avançados e os profissionais oferecendo atenção constante aos pacientes. Desta forma compreende-se que ao perceber a UTI como local qualificado e em prol do máximo cuidado o sujeito reflita sobre si e não apenas sobre o medo da morte e sofrimento que uma visão estereotipada e assustadora da UTI poderia desencadear. A percepção da UTI como um local seguro e confiável, apesar das complicações individuais de cada caso, gera contribuição para reflexões de si e do meio que o cerca.

Eixo-3 Sentimentos Vivenciados na UTI

P-1: Os mais diversos possíveis, com o pouco que eu conversei com as enfermeiras e com uma ou duas pessoas que estavam ali também, os mais diversos possíveis.

P-2: Na hora que acordei eu não senti medo nem nada, só perdido. Sentimento de perdido, você não sabe como entrou e não sabe como vai sair. Depois que conversei com a família fiquei mais tranquilo.

P-3: É muito gratificante você poder assim, abrir o olho e você ver aquele pessoal trabalhando, não é só por que eu sou da área da enfermagem, mas abrir o olho e ver aquele pessoal trabalhando com amor, carinho, por que eles estão naquele setor, por que eles gostam. Como paciente eu falei assim, eu acho que é uma outra área para você trabalhar que você acaba se apaixonando. É algo gratificante, bem gratificante.

P-4: Medo em si se você não tiver fé em Deus e não estiver confiante, como eu disse, em algo na vida ou querer lutar por algo para voltar por que tem algo que seja importante para você, eu acho que geralmente a pessoa não sai de lá.

P-5: Eu me senti segura. (Não sentiu medo?) Não, não senti, por que o tempo todo eles estavam ali me monitorando, falando “ó você está bem, você está reagindo bem” né, então isso já estava me passando mais tranquilidade.

Analisando os discursos, os sentimentos vivenciados foram: estar perdido, porém após conversar com a família passou a sentir-se tranquilo, também sendo vivenciado o sentimento de gratidão ao observar todo o trabalho feito pela equipe atuante na área. Pode ser averiguado nas declarações dos discursos, sobre a equipe passar segurança pelos cuidados intensivos voltados ao reestabelecimento do bem-estar. É perceptível em um dos discursos que apoiar-se espiritualmente na própria crença auxilia no enfrentamento da situação.

Sobre o trabalho Mendes (1995), ressalta que este pode ser considerado como um lugar de satisfação, pois é um local e/ou atividade que permite ao trabalhador transferir sua energia psíquica pulsional para as relações que ali acontecem de maneira mais altruísta, ou seja, é no trabalho que conseguimos direcionar nossa satisfação imediata para o social de maneira mais cooperativa. O autor ainda afirma que as relações de trabalho representam o espaço da fala e da expressão coletiva até mesmo do sofrimento e sentimentos da busca por mudanças.

O termo espiritualidade é complexo. Giovanetti (2005), relata que toda experiência pode gerar mudanças profundas no interior do ser, o leva à integração pessoal e também a integração com os outros seres. O Autor ainda pontua que a espiritualidade é relacionada a valores e significados, evidenciando assim a tamanha importância dessa área tão significativa para o ser humano.

Eixo- 4 Mudança de Perspectiva

P-1: O próprio ambiente faz com que você analise os prós e os contras, sabe, faça uma retrospectiva, é interessante. É uma situação mágica que a gente vive ali dentro na esperança de viver.

P-2: Chegou num ponto que a UTI me fez tudo, me fez tudo o que é para fazer, para muita gente, porque hoje em família só da bronca, pode ser por dinheiro, por mal educação, uma mágoa e acontece que para mim é o que eu falo, lá em casa falta muito isso, mas tem família que falta a união.

P-3: Todo mundo ganha valor, até você mesmo, você passa a dizer assim “nossa eu pensei dessa forma, mas aconteceu isso”, você acaba mudando, você dá valor a outras coisas, a um simples abraço, um “eu te amo”, um abraço, você dá valor. Comecei a dar valor a muitas outras coisas. Você vai dar valor a isso só quando se percebe ali, por que será que você não deu valor se você estava em casa às vezes você não deixou algo de lado para não ficar com o teu familiar.

P-4: Valorizar mais a vida, os amigos, a família, e ter sempre a consciência de que o que me pertence é no máximo dez segundos para a frente, para trás eu não consigo mudar nenhum, mas não sou o dono do mundo, e saber que cada segundo é valioso e isso se tornou mais forte ainda e vou aproveitar melhor agora.

P-5: Então isso eu coloquei um significado muito grande na minha vida, eu coloquei isso como “não querer mudar o que não precisa ser mudado, se você nasceu assim”, agora, esse defeito que eu tinha, ele era necessário mudar, ele era essencial para minha sobrevivência né, agora estética, aí você está procurando coisas onde que talvez não seja o certo né. Então esse ressignificado acho que foi por aí, assim, esteticamente falando, claro eu não vou deixar de ser vaidosa, de me cuidar, essas coisas né, mas eu acho que cirurgicamente já deu! Não quero mais. Eu não vou ficar mais nenhum segundo longe da minha família, não quero eles passando por isso, ainda mais por um motivo tão fútil.

Os discursos supracitados evidenciam que estar imerso no ambiente da UTI faz que com que o sujeito se dê conta da fragilidade da situação e por ventura analise os prós e os contras da vida e das vivências, que faça uma retrospectiva, ou seja, o sujeito se depara consigo mesmo, havendo assim a possibilidade de ressignificação de alguns aspectos e áreas da vida. A partir de um dos relatos a situação vivenciada foi percebida de forma surpreendente, devido a experiência de lutar pela vida.

Os relatos explanam em si o quanto a experiência na UTI possibilitou uma reflexão sobre tudo, afirmando que “a UTI me fez tudo” e relaciona em seguida que a partir de sua experiência percebe que as famílias estão desunidas, a UTI inclusive levou os entrevistados a refletirem sobre a própria família e sua união. Já de acordo com outro participante, afirma que após a vivência da UTI tudo muda e que passou a dar mais valor às coisas simples, como um abraço ou trocar palavras afetivas, como um “eu te amo”, por exemplo, afirma também que

antes não se dava conta do quanto algumas coisas são importantes e que acabam passando batidas.

O enfrentamento de qualquer patologia atenua a vulnerabilidade humana e as particularidades de cada ser, transparecendo sua competência de resignificação e capacidade de superar quaisquer obstáculos, presentes em momentos críticos. Neste contexto, resistência ou superação consolida a eficiência que o sujeito comporta para enfrentar situações de estresse em conjunto com uma rede de apoio para conseguir vencer o sofrimento. Todo ser humano que vivencia um procedimento resiliente é capaz de demonstrar critérios que reconhecem esse termo como uma procedência de ameaça significativa, providência de subsídios pautados no enfrentamento da problemática e uma transposição conveniente em relação ao contratempo padecido (FERREIRA, 2016).

O entendimento dos sistemas de resiliência e suas significações são essenciais para a satisfação relacionada aos aspectos psicológicos e sociais, posto que, objetiva a expansão do domínio individual, tendo por base a disposição de argumentos ordenados de fácil acesso pelo sujeito. Dispõe-se desta forma a importância de um especialista na área da saúde experiente, visando intermediar e conduzir tanto o paciente, assim como os familiares, tencionando no auxílio durante o decurso de confrontação da circunstância provinda do internamento (SAVOIA, 2000).

Em um dos discursos fica nítido que a participante passou a valorizar mais a vida, a família e os amigos, clarificando assim a mudança de perspectiva em relação às tais áreas da vida, visto que no próprio discurso afirma que “passou a valorizar mais” e se passou é devido a antes não considerar de tal maneira. É evidenciado também em um dos discursos que a necessidade de mudar o próprio corpo em uma busca estética foi modificada para aceitação do próprio corpo e o desejo de aumentar as mamas foi resignificado para “você não precisa ser mudado”, foi relatado também que não deixou de ser vaidosa, mas não quer mais ser mudada cirurgicamente, evidenciando assim um processo de auto aceitação e preservação da própria imagem como imagem aceitável de si mesma.

Atualmente há uma padronização da expectativa corporal, ou seja, há uma tendência naquilo que se considera normal isso implica diretamente questões em relação a uma imagem muitas vezes superestimada e idealizada. O corpo humano na relação estabelecida entre interior e exterior do sujeito e o quanto essa relação possibilita perceber o outro na sua amplitude percebendo assim a si mesmo (ANKERKRONE, 2015).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização da pesquisa, assumimos o desafio de buscar compreender o fenômeno da mudança de perspectiva na visão dos participantes após passarem pela experiência de hospitalização numa Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Consideramos que o estudo proposto alcançou os objetivos podendo ser afirmado que as mudanças realmente ocorrem em relação ao modo que o sujeito se relaciona com as áreas de sua vida e consigo mesmo, além da compreensão de como a UTI pode ser sim um espaço transformador que propicia ao sujeito uma oportunidade que muitas vezes não se tem na correria do dia-a-dia, promovendo significativamente a oportunidade de refletir sobre sua vida e ressignificar sua percepção de valor a vida. Através desta pesquisa pode-se considerar que realmente ocorrem alterações relativas ao modo de viver, notando-se que uma das áreas mais evidenciadas diretamente a mudança de perspectiva em relação à família, sendo essa uma das transições que obteve maior ênfase nos relatos coletados, além de algumas outras mencionadas que também se destacaram como auto aceitação e restituição da espiritualidade.

Vale ressaltar a importância desta pesquisa e sua relevância para o meio acadêmico, social, profissional e pessoal, visto que envolve uma situação delicada e ninguém está isento de passar pela experiência de lutar pela vida e receber cuidados, encontrando-se vulnerável, nesta linha de pensamento acreditamos ser de grande valia aprofundar esta pesquisa futuramente visando buscar formas interventivas para que o psicólogo intensivista possa vir intermediar de forma significativa na elaboração de ressignificação e vicissitudes concebidas pelo pelos pacientes, como também trabalhar de forma multidisciplinar com toda a equipe atuante em UTI com intuito de promover o bem-estar dos indivíduos que se encontram em estado crítico, procurando desconstruir a visão desta unidade como um lugar de sofrimento e construindo uma visão ampla e positiva de vivenciar esta experiência de hospitalização, vislumbrando o outro lado da terapia intensiva tanto para o paciente como também para os familiares.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.C. L; **A Unidade de Terapia Intensiva**. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. 2ª edição, São Paulo, 2011.

ALVES, A. F. G. **A constituição do eu trabalhador**. In: SPINK, MJP., FIGUEIREDO, P., and BRASILINO, J., orgs. Psicologia social e personalidade [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais; ABRAPSO, 2011, pp. 169-192. ISBN: 978-85-7982-057-1. Available from SciELO Books.

ALVIM, M. B. A relação do homem com o trabalho na contemporaneidade: uma visão crítica fundamentada na gestalt-terapia. **Estud. pesqui. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 122-130, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812006000200010 &lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: 27 abr. 2018.

ANKERKRONE, F. B. M. **O corpo humano muito além do biológico: a relação entre aparência e identidade**. PPGCOM-ESPM, São Paulo, 2015.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de Metodologia Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 295p.

BAPTISTA, M. N; DIAS, R. R. **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BOM SUCESSO, E. de P. **Relações Interpessoais e Qualidade de Vida no Trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

BRANDÃO, J. M; MAHFOUD, M; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. **A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens**. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 21, n. 49, p. 263-271, ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2011000200014&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 16 nov. 2018.

CAMPONOGARA, S. et al. **Percepções de pacientes pós-alta da unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor**. R. Enferm. Cent. O. Min. 2015; 5(1): 1505-1513. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/747>>. Acessado em: 29 mar. 2018.

CARMELLO, E. **Resiliência: A transformação como ferramenta para construir empresas de valor**. São Paulo. Ed. Gente. 2008.

CHAVAGLIA, S. R. R. et al. **Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem**. Rev. Gaúcha Enfermagem. Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 654-661, dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000400003&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 24 mar. 2018.

FAQUINELLO P; DIÓZ M. **A UTI na ótica de pacientes**. REME - Rev.Min. Enferm. 2007; 11(1): 41 7. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/311>>. Acessado em: 10 jun. 2018.

FERREIRA S. Famílias sem rumo: da institucionalização à reunificação familiar – Qual o papel da terapia familiar? **Rev de Psic da criança e do adolescente**. Online [Internet]. 2016. Disponível em:< <http://actas.lis.ulusiada.pt/index.php/cipca/article/view/133>>. Acessado 10 mai. 2018.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GILL, R. **Análise do discurso**. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (ed.) Pesquisa quantitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIOVANETTI, J. P. Psicologia e Espiritualidade. Em AMATUZZI, Mauro Martins (org.) **Psicologia e espiritualidade**. São Paulo (2005).

GODOY, A. S. **Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais**. Rev. adm. empres., São Paulo, v. 35, n. 3, p.20-29, June 1995. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475901995000300004&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 10 jun. 2018.

GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2ª ed. São Paulo: EPU; 1988.

GREGOLIN, M. R. V. **A Análise do Discurso: conceitos e aplicações**. Departamento de Linguística - Faculdade de Ciências e Letras - UNESP - Araraquara - SP. 1995.

GUIRARDELLO, E. de B. *et al.* **A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva**. Rev.Esc.Enf.USP.; v.33, n.2. jun. 1999.

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas**. Texto contexto enferm., Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502 -507, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072014000200502&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em: em 07 out. 2018.

LIBERATO, R. P; MACIEIRA, R.C. **Espiritualidade no enfrentamento do câncer**. In: CARVALHO, Vicente Augusto et al. (orgs.). Temas em psico-oncologia. São Paulo: Summus, 2008. p. 417.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de c. dejours. **Psicol. Cienc. prof.**, Brasília, v. 15, n. 1-3, p. 34-38, 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498931995000100009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 27 abr. 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2013.

MYERS, David G. **Psicologia Social**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

NASCIMENTO, H. M; ALVES, J. S; MATTOS, L. A. D. **Humanização no acolhimento da família dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva**. Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium – UNISALESIANO, Lins-SP, 2014.

PAPALIA, D. E. **Desenvolvimento Humano**. Tradução: Carla Filomena Marques. 10ªed. Porto Alegre: AMGH, 2010.

PEREIRA, M. M. M. **À beira do leito: sentimentos de pacientes durante a passagem de plantão em unidade de terapia intensiva**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, 2011.

PINTO, B. N. **Espiritualidade e Religiosidade: Articulações**. Revista de Estudos da Religião, 2009.

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, Junho 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472011000200010&lng=en&nrm=iso>. Acessado em: 29 mar. 2018.

REIS, P. E. D; ARAÚJO. A. M. P; TORRES, L. M. C. -. Reflexões acerca da comunicação enquanto facilitadora da humanização da assistência em saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem do UNIEURO**, Brasília, v.2, n.1, p. 81-92, jan/abr, 2009. Disponível em: <http://www.unieuro.edu.br/sitenovo/revistas/revista_reeuni4.asp>. Acessado 09 mai. 2018.

SAVOIA, M. G. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento em situações de estresse. **Rev. Psiq. Clin.** 26 (2). 2000. Disponível em: <[http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo\(57\).htm](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol26/n2/artigo(57).htm)>. Acessado 10 mai. 2018.

_____. **Psicologia social**. São Paulo: McGraw-Hill, 1989.

SALICIO, D. M. B; GAIVA, M. A. M. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. **Rev. Eletr. Enf.** V.8, n.3, Goiânia, dez, 2006. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a08.htm>. Acessado em: 23 mar. 2018.

SANTANA, G. M. **Percepção do corpo como expressão do ser: uma visão através do cuidado de enfermagem**. Cogitare Enferm., Curitiba, v.3, n.1, p.24-27, jan. /jun. 1998.

SCARPARO, H. (Orgs.) **Psicologia e Pesquisa: Perspectivas metodológicas**. 2 Ed. Porto Alegre: Sulina, 2008.

SEBASTIANI, R. W. **Atendimento psicológico no centro de terapia intensiva**. In ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org). Psicologia hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

SELL, T. C. et al. **Alterações na dinâmica familiar com a hospitalização em unidade de terapia intensiva**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2012.

SILVA, R. R. **Psicologia e Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Salus, Guarapuava, v. 1, n. 1, p. 39-41, jun. 2007.

SOUZA, R. P. de. **Manual- rotinas de humanização em medicina intensiva**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

STREY, Marlene Neves (Org.). **Psicologia Social Contemporânea**. 7. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.