

ENTRE O FIM E O RECOMEÇO: SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO FENÔMENO VIVIDO NA INTERNAÇÃO EM UNIDADE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Geisilane Rodrigues de Oliveira*
Flávia Carvalho Barbosa**

RESUMO

A hospitalização, geralmente, é um momento de desestabilização psicológica para o paciente e para a família. Tal desestabilização é intensificada frente a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). A UTI é um setor com características específicas que podem trazer repercussões particulares para seus usuários. Desta forma, a presente pesquisa é norteada pelos sentidos atribuídos por pacientes e familiares à vivência do fenômeno da internação no setor. O objetivo geral consiste em discorrer sobre os significados que os usuários conferem a experiência de internação. A coleta de dados foi efetivada no Hospital Nossa Senhora das Graças localizado na cidade de Sete Lagoas, Minas Gerais. Foram entrevistados 12 participantes, 6 pacientes e 6 familiares, entre o período de 20 a 30 de Outubro de 2017. Posteriormente, os dados foram analisados por intermédio do método Fenomenológico. Os dados obtidos foram divididos em quatro categorias, que seguiram a seguinte ordem: significados e sentimentos, dinâmica do setor, reflexão existencial e espiritualidade. Concluiu-se que na UTI não apenas os procedimentos clínicos são intensos, mas também as vivências emocionais daqueles que necessitam de cuidados no setor. Diante dos resultados, mostra-se primordial que o paciente internado e a família, recebam uma assistência que responda as suas demandas individuais de maneira humanizada, contrapondo-se a uma assistência que trate a todos de forma padronizada. Nesta perspectiva foi possível elucidar que o psicólogo possui um papel fundamental na equipe multidisciplinar intensivista.

Palavras chave: Internação em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. O paciente e a família. Significados da hospitalização.

ABSTRACT

Hospitalization is usually a time of psychological destabilization for the patient and the family. Such destabilization is intensified when the hospitalization happens in the intensive care unit (ICU). The ICU is a sector with very specific characteristics that can bring many repercussions for its users. Therefore, the present research is guided by the meanings attributed by patients and family members to the experience of the hospitalization phenomenon in the sector. Its general objective is to discuss the meanings that they provide to the experience of hospitalization. Data collection was carried out at Nossa Senhora das Graças Hospital in Sete Lagoas, Minas Gerais. Twelve participants, six patients and six relatives, were interviewed between October 20th and 30th, 2017. Subsequently, the data were analyzed using the Phenomenological method. The data were divided into four categories, following the order: meanings and feelings, sector dynamics, existential reflection and spirituality. It was concluded that in the ICU, not only the clinical procedures are intense, but also the emotional experiences of those who need care in the sector. In view of the results, it is essential that the inpatient and the family receive care that responds to their individual demands in a humanized way, as in opposition to a care that treats everyone in a standardized way. From this perspective it was possible to elucidate that the psychologist plays a fundamental role in the multidisciplinary team of intensive care.

Key words: Hospitalization in Adult Intensive Care Unit. The patient and the family. Hospitalization Meanings.

*Graduanda em Psicologia pela Faculdade Ciências da Vida (FCV), Sete Lagoas-MG; E-mail: geisilanerodriguesdeoliveira@hotmail.com

**Psicóloga, mestre em Administração Pública com ênfase em Gestão de Política Sociais, docente da Faculdade Ciências da Vida (FCV), Sete Lagoas- MG; E-mail: flacaba@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto é um dos setores hospitalares de maior complexidade técnica, com capacidade de receber pacientes que careçam de assistência intensiva. Possui a característica de ser cenário para vivências subjetivas diversas e intensas descargas emocionais, manifestadas com frequência por pacientes e familiares, que são afetados psicologicamente pela da internação neste setor (ALMEIDA, 2013; REIS; GABARRA; MOREÉ, 2016). Com base no exposto, a presente pesquisa tem como tema “Sentidos Atribuídos a Unidade de Terapia Intensiva”.

Sua realização é relevante para a psicologia hospitalar enquanto ciência, pois possibilitará a produção de novos conhecimentos acerca do tema. Através das vivências apresentadas e da reflexão acerca da possibilidade de sobrevivência do paciente, será possível contribuir para desconstrução do mito de que UTI e morte são sinônimos. A realização desta pesquisa poderá colaborar para a sensibilização dos profissionais que trabalham no setor, no que concerne ao acolhimento, atendimento, humanização, preservação e prevenção da saúde psíquica, pois, produzirá conhecimento sobre questões subjetivas dos usuários deste serviço de saúde. Outro fator importante está relacionado a possibilidade de intervenção da psicologia no referido setor, a partir do surgimento dessa demanda específica. Desta forma o presente trabalho apresenta como questão norteadora, “quais os sentidos atribuídos por pacientes e familiares a vivência do fenômeno da internação em UTI”. Fenômeno por sua vez, de acordo com Bezerra e Bezerra (2012) é tudo aquilo que se expressa e que pode ser alçado pela consciência.

Pressupõe-se que dentre os resultados desta pesquisa, esteja a associação da internação no setor a morte e a fantasias que nem sempre dizem da realidade de todos os pacientes. É possível que a internação de um ente em UTI adulto traga repercussões diversas ligadas a fatores emocionais, bem como, a rotina e organização da família. Acredita-se que a significação atribuída a internação no setor possa influenciar na forma como a família vivencia subjetivamente a situação. Sendo assim, pode gerar sentimentos como: tristeza, medo, impotência, desesperança e atitudes céticas, no que se refere ao tratamento do paciente.

O objetivo geral desta pesquisa foi discorrer sobre os significados atribuídos por pacientes e familiares a experiência de internação em UTI adulto. Os objetivos específicos foram: analisar o contexto histórico da Unidade de Terapia Intensiva, descrever sentimentos e emoções provocados pela internação no setor em pacientes e familiares, analisar as repercussões que a internação de um paciente neste setor traz para o cotidiano dos seus

familiares e discorrer de forma sucinta sobre a possibilidade de atuação do psicólogo no setor em questão.

Utilizou-se da técnica de entrevista semiestruturada para coleta de dados. Foram entrevistados 12 participantes, 06 pacientes e 06 familiares, entre o período de 20 a 30 de Outubro de 2017. O levantamento de dados ocorreu no Hospital Nossa Senhora das Graças localizado na cidade de Sete Lagoas- MG. Todos participantes foram entrevistados em dois momentos distintos: o primeiro na UTI e o segundo após a alta deste setor, na qual há a transferência do paciente para a Unidade de Internação Adulto (UIA). Posteriormente, os dados foram analisados através do método Fenomenológico.

A partir dos dados obtidos concluiu-se que os sentidos atribuídos a internação em UTI giram em torno do paradoxo vida e morte. Entretanto, evidenciou-se que após a experiência supracitada houveram ressignificações. A existência e os modos de existir foram colocados em reflexão, além disso, a espiritualidade apareceu como um instrumento de enfrentamento subjetivo da situação. Sentimentos e emoções se fizeram prevalentes. A satisfação com a assistência da equipe e a necessidade de flexibilidade as regras e padrões de funcionamento do setor também se fizeram presentes. Foi possível perceber que o psicólogo possui um papel indispensável na equipe multidisciplinar, já que, denotaram-se possibilidades de intervenções com a equipe, o paciente e a família. Visto que, este profissional dispõe de embasamento teórico e, dentre outras técnicas, uma escuta diferenciada como principal ferramenta de trabalho.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A história da UTI se inicia em 1854, na guerra da Criméia, em que Inglaterra, França e Turquia guerrilhavam com a Rússia. Foi criada pela enfermeira Florence Nightingale para cuidar de soldados hospitalizados em estado grave. Nesta época foi nomeada como Unidade de Monitoração (GONÇALVES, 2007). No Brasil, os cuidados intensivos se iniciaram no Instituto de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em 1955, a partir da utilização dos primeiros aparelhos que facilitavam a respiração de pacientes em tratamento da doença que se espalhava pelo país na época: a poliomielite (NOVARETTI; SANTOS; QUITÉRIO, 2015). Porém, Faquinello e Dióz (2007) contrapõem esta informação, afirmando que a Unidade de Terapia Intensiva se originou no ano de 1970, buscando difundir recursos humanos e materiais, em um setor capacitado para admitir pacientes em estado grave

e recuperáveis. Portanto desde esta época, para a UTI eram encaminhados pacientes com alguma possibilidade de sobrevida, mesmo que a mais remota.

A UTI é vista atualmente como o setor mais complexo da área hospitalar, no que concerne à técnica, já que nesta, são desempenhadas práticas dirigidas ao cuidado de pacientes críticos (LIMA *et al.*, 2013). Somam-se cuidados humanos a tecnologias, com a pretensão de alcançar a recuperação do indivíduo ou a melhora do estado clínico que o levou à internação na unidade (FÉLIX *et al.*, 2014). No Brasil, prevalecem medidas de restrição para a visita neste setor, a maioria das unidades permite apenas dois horários diários para entrada de familiares e o número de visitantes por horário é limitado (RAMOS *et al.*, 2014). Além de buscar a diminuição do risco de infecções, tal restrição objetiva a minimização de estresse no paciente, entretanto, não há comprovação científica referente a esta (MACIEL; SOUZA, 2006).

Há uma representação dualista da UTI no senso comum, originada na cultura que, por um lado denota uma possibilidade de se receber cuidados específicos e por outro representa o fim da vida (PINHO; SANTOS, 2008). Os agrupamentos de significados advindos da cultura brasileira sucederam um estigma fixado socialmente, que faz associação direta da UTI a morte, como se fossem conceitos sinônimos (CAMON *et al.*, 1994; EULÁLIO *et al.*, 2016).

Tal estigma pode ser reforçado devido ao modo que este setor é exposto nos veículos de comunicação, como televisão e jornais, nos quais geralmente o ambiente é pesado, solitário e composto apenas por pacientes entubados (PROENÇAL; AGNOLO, 2011). Pode ser reforçado também, pelo fato da morte estar presente neste setor desde sua implantação por Florence Nightingale, quando o índice de mortalidade dos pacientes, alcançava cerca de 40%. Entretanto, com o tempo recursos tecnológicos foram ampliados e a taxa de mortalidade diminuiu para 2% (GONÇALVES, 2007). No Brasil, o número de óbitos nesta unidade (devido à sepsis), chegou a 60% em 2007, ultrapassando a média mundial que era de 37% (SILVA, 2006). Em 2016, esta taxa se configurou em 51, 4%, segundo o Instituto Latino Americano de Sepsis (ILAS).

Desta forma, durante a internação na UTI o medo da morte pode se fazer presente tanto em pacientes, quanto em familiares. De acordo com Heidegger (1988), o ideal seria aceitar a finitude, pois isto aliviaria a angústia motivada pelo risco da morte e abriria espaço para a totalidade da existência, impedindo que este tema se torne um paradigma sobre nós mesmos. A morte faz parte da vida humana, porém é evitada e colocada no impessoal. Isto, por sua vez, faz com que a angústia causada por ela não seja assumida, recobrando-a de temor. O que agrava sua significação para muitas pessoas.

O contexto hospitalar pode proporcionar significações, porque possibilita experiências subjetivas para os indivíduos. Para Pearce (1996), sempre há possibilidade de significação ou de atribuição de sentidos às experiências, dentro de algum contexto. Vygotsky (2001), explica que, o sentido de uma palavra é o conjunto de conteúdos psicológicos evidenciados na consciência, uma organização dinâmica com numerosas zonas que modificam sua estabilidade. Deste modo, o significado é uma dessas zonas que pertencem ao sentido que a palavra assume na fala. Para Vygotsky (2001), todo contexto faz com que palavras sejam incorporadas de sentidos, por meio da integração de fatos intelectuais e afetivos. O sentido configura-se a partir do vivencial, experiencial, do próprio sentido fazendo emergir novos (AMATUZZI, 2010). Constitui-se com base na apreensão da realidade, em cada situação específica (FRANKL, 1984).

A partir do funcionamento exposto, se dão as emoções. Contudo, diante de uma realidade, existem emoções que sofrem interferências quando são contidas, excessivas ou distorcidas, alterando a avaliação desta. Junto à cognição, as emoções podem dar origem a significados. Por meio da partilha destas com o humano, absorvem-se sentidos de suas ações em todas as épocas e culturas. Assim, a estruturação de significados contextuais oferece de certa forma, controle das emoções, permitindo a configuração de significados que podem ser distorcidos da realidade, ocasionando sentimentos agradáveis ou desagradáveis (MARTINS, 2004).

Durante a hospitalização o sujeito passa a significar-se a partir do adoecimento, por ser abordado e referido não mais pelo nome, mas a partir do número do leito que ocupa ou diagnóstico a ele conferido. É tomado pelo rótulo de doente, torna-se passivo diante dos novos acontecimentos existenciais (CAMON *et al.*, 1994). Em meio a internação em UTI, os pacientes vivenciam situações que podem acarretar impactos psicológicos (LIMA *et al.*, 2013). Dentre estas situações é possível citar o afastamento e o restrito contato com a família (exigidos por necessidades peculiares desta unidade), o ambiente cercado por aparelhos e a ociosidade no leito. O contexto pode gerar nos pacientes ansiedade e medo, de não saírem do setor com vida (EULÁLIO *et al.*, 2016). Entretanto, Simonetti (2011) discorre que cada pessoa reagirá de forma diversa a tal condição. Há pacientes, que manifestam tristeza, revolta e desesperança no tratamento, outros se mantêm emocionalmente estáveis e expressam bom enfrentamento subjetivo.

Já os familiares de pacientes internados em UTI, manifestam altos níveis de estresse que podem ser prejudiciais para o bem estar e saúde dos mesmos (ZANETTI; STUMM; UBESSI, 2013). Vivenciam sentimentos de angústia, tristeza, impotência, medo e

insegurança. Assim como, preocupação com: a morte, os horários pré-estipulados para visita e cuidados prestados pela equipe (LIMA *et al.*, 2013). Compreende-se por família neste ambiente, o grupo social mais próximo, que tenha vínculo afetivo com o paciente. Familiares sofrem transformações na vida social e profissional, o que faz com o que a internação no setor signifique desconforto, devido ao comprometimento do trabalho, estudos e lazer. A família atribui significações singulares ao setor, além da associação da unidade a morte, há paralelamente uma associação à vida, existindo uma ambivalência entre estas. Estes ressignificam a própria vida depois de passar pela circunstância em questão (BOLELA; JERICÓ, 2006; FREITAS, 2012; REIS; GABARRA; MORÉ, 2016).

Em vista disso, o profissional em psicologia tem papel fundamental no processo de internação na UTI. Para Araújo e Leitão (2013), sua atuação consiste em oferecer atendimento psicológico, permitindo que haja espaço para escuta ao paciente e a seus familiares, promovendo a expressão de sentimentos e a reflexão. A finalidade do psicólogo é ser um facilitador para o enfrentamento do sofrimento, da dor emocional e de questões que emergem, contribuindo para que dúvidas sejam sanadas e fantasias sejam desconstruídas. Estudos dos autores Prado, Cecato e Silva (2013), evidenciam que, as intervenções psicológicas têm como objetivo a minimização das aflições e das preocupações, a desconstrução de conceitos ilusórios com relação a doença e a internação na UTI, diminuindo os sentimentos de impotência que podem vir à tona e especificamente o medo da morte.

Discorrer sobre os aspectos emocionais que envolvem a internação na UTI, constitui uma forma de compreender que as necessidades de pacientes e seus familiares vão além da assistência dos aparatos tecnológicos indispensáveis nos cuidados aos pacientes e no trabalho dos profissionais (EULÁLIO *et al.*, 2016). Oliveira *et al.*, (2013) ressalta que tais cuidados prestados devem englobar o modelo biopsicossocial. Este modelo é desenvolvido por França (1996), a partir da medicina psicossomática e propõe um olhar global e holístico para o ser humano. Considera que todo indivíduo é constituído por possibilidades biológicas, psicológicas e sociais, que se fazem concomitantemente presentes no decurso de sua existência.

Torna-se importante que na UTI haja um atendimento humanizado, por este ser potencialmente capaz de minimizar os impactos emocionais presentes (BARTH *et al.*, 2016). A humanização em um setor como este, descrito por uma visão de frieza, é um trabalho dificultoso, em função da estrutura física, recursos humanos e tecnológico dentre outras coisas. Todavia, dentre as formas de concretizá-la estão: a prática de uma boa comunicação entre os envolvidos, o que permite que os discursos de todos sejam ouvidos, e a atenção ao

espaço físico, para que se inspirem melhores circunstâncias durante esta internação (DENUZZI; BASSETO, 2015).

3 METODOLOGIA

A presente pesquisa é classificada por natureza descritiva, esta por sua vez, visa descrever especificidades de um grupo, fenômeno ou demonstrar relações entre variáveis (GIL, 2008). Quanto aos fins se define como qualitativa, por ser interpretativista, não buscar resultados numéricos ou generalizações e ter o pesquisador como principal ferramenta. A mesma se realiza em ambientes onde, os fatos e comportamentos humanos acontecem, sendo assim, os dados advêm diretamente destes cenários (GUERRA, 2014; TRIVIÑOS, 1987; CRESWELL, 2007).

Foi utilizada a técnica de análise de dados secundários para embasamento teórico, através de artigos científicos retirados de bancos de dados como PEPISIC, SCIELO e LILACS. Sucessivamente, procedeu-se por meio de pesquisa de campo; que tem por objetivo transcender os achados bibliográficos, bem como, acessar conteúdos respondentes a determinadas questões ou que forneçam informações referentes a investigações acerca de fatos, por intermédio da presença do pesquisador no espaço (FONSECA, 2002; DOXSEY; RIZ, 2003; LAKATOS; MARCONI, 2003).

O levantamento de dados englobou 12 participantes. Os critérios de inclusão foram: pacientes orientados no tempo e espaço, que estavam se comunicando verbalmente, com idade superior ou igual a 18 anos, internados via SUS e via convênio a um tempo mínimo de 48 horas na UTI do Hospital Nossa Senhora das Graças em Sete Lagoas- MG, bem como, familiares maiores de 18 anos, que fossem cônjuges ou parentes de primeiro grau de pacientes que correspondessem aos critérios supracitados. Os critérios de exclusão foram: idade inferior a 18 anos, recusa a participação da pesquisa, pacientes com tempo de internação menor a 48 horas, instáveis clinicamente, desorientados no tempo e espaço ou impossibilitados de estabelecer comunicação verbal. A instituição hospitalar foi escolhida por acessibilidade e conveniência.

A coleta de dados iniciou-se após a apresentação e autorização do Comitê de Ética de Enfermagem da Irmandade de Nossa Senhora das Graças, no dia 27 de Setembro de 2017. Pacientes e familiares foram informados sobre os objetivos do presente trabalho e aqueles que se dispuseram a participar, assinaram em seguida um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Tais participantes são identificados por pseudônimos, que fazem alusão a

personagens da mitologia grega, a fim de preservar o anonimato dos mesmos. Em caso de evolução clínica do paciente a óbito, a coleta de dados com familiares foi interrompida, mas, os dados previamente coletados foram analisados.

Esta coleta de dados se desenvolveu mediante a dois momentos: o primeiro na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e o segundo, após a alta do paciente para a Unidade de Internação Adulto (UIA). Utilizou-se de entrevista semiestruturada individual, entre o período de 20 a 30 de Outubro de 2017. Na UTI os pacientes foram contatados no leito e os familiares durante o horário de visitas, que acontece das 15:30 as 17:30 e das 20:30 as 22:30. Na UIA, estes informantes foram buscados nos quartos e as entrevistas continuaram de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Tais entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para Manzini (2003), entrevistar é um mecanismo de interação social. A entrevista semiestruturada, de modo específico, se caracteriza por ter um roteiro composto por perguntas primordiais, que podem ser complementadas pelo entrevistador.

Foram entrevistados 6 pacientes: 3 internados via Sistema Único de Saúde (SUS) e 3 via Planos de Saúde, bem como, 3 familiares dos mesmos pacientes entrevistados internados via SUS e 3 familiares dos mesmos pacientes entrevistados internados por Planos de Saúde, totalizando 6 familiares dos respectivos pacientes. Salienta-se que, o serviço oferecido para os dois tipos de convênios não possuem divergências e que, tais informações foram concedidas pelos próprios participantes. Dentre os familiares, 1 teve a participação interrompida após a primeira entrevista, devido a evolução a óbito do enfermo.

Os dados obtidos foram divididos em quatro categorias, que seguiram a seguinte ordem: significados e sentimentos, dinâmica do setor, reflexão existencial e espiritualidade. Foram analisados através do método fenomenológico, que tem como objetivo examinar, entender a experiência das vivências humanas sob uma perspectiva existencial (GRAÇAS, 2000). Husserl (2006), completa esta ideia, quando diz que a fenomenologia consiste nas investigações lógicas referentes à intencionalidade da consciência. Moreira (2004) explica que, por meio deste método se alcança o significado atribuído aos fatos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

4.1 SIGNIFICADOS E SENTIMENTOS

4.1.1 A Certeza da Morte como Fonte de Tristeza, Angústia e Medo

Diante do questionamento sobre os significados atribuídos a internação em UTI, a maioria dos participantes a associavam diretamente a morte. Anulava-se completamente a possibilidade de recuperação, como se o paciente fosse transferido para o setor para aguardar sua evolução a óbito. Segundo estes indivíduos tal significação era alicerçada por comentários e opiniões que estes ouviam de pessoas do mesmo círculo social (vizinhos, parentes e amigos). Todavia, o tema não foi exposto por todos de maneira clara, alguns apresentavam dificuldade de dialogar sobre, deixando-o subtendido. Conclui-se que mesmo perante este setor, onde o risco de evolução a óbito é constante, a morte ainda é tabu. Foram usadas metáforas para se proferir a respeito: “*se está na UTI é porque está bombardeado*”, “*não tem jeito mais*”, “*está por um fio*”. Hígia, filha de um paciente expressa de maneira sucinta:

[...] significa que mãe está morrendo, fala em UTI já penso que é porque vai morrer!

Os significados funcionam no pensamento como meios de expressão dos sentidos, de maneira indireta em relação ao conteúdo associado, flexibilizando-se de diversas formas na linguagem (MATOS; HOBOLD, 2015). Pacientes que conferiam o significado de morte a internação em UTI, ao receberem a informação que seriam transferidos para esta unidade, passaram a se sentirem clinicamente piores do que realmente estavam. Os familiares que compartilhavam da mesma significação passaram a enxergar o paciente desta mesma forma. Abaixo, apresenta-se a fala da paciente Rea e em seguida de Hígia, filha de uma paciente:

Quando eles disseram que iam me transferir, logo eu imaginei que eu estava muito mal! Pensei: estou ruim demais e não sabia [...]. Fala que é UTI a gente já pensa: vou morrer! [...] senti preocupação com meus filhos.

Mãe estava boazinha em um quarto aqui do hospital, quando disseram que iam trazer ela pra cá, eu assustei! Pensei uai, mãe está é ruim, mas ruim mesmo! [...] nas últimas e nós não estamos sabendo.

Há, de fato, um estigma que recai sobre a palavra UTI. Este por sua vez, impactou diretamente na dimensão psíquica de alguns indivíduos e conseqüentemente, no modo como eles vivenciavam a internação no setor. Lemos e Rossi (2002), afirmam que este significado atribuído ao setor é oriundo de uma construção cultural. Sendo assim, os pacientes e familiares que manifestaram tais significados, ao serem questionados sobre quais os sentimentos presentes, expressaram: “*medo*”, “*tristeza*” e “*angústia*”. Após a alta do setor estes participantes relataram que se sentiam aliviados. A seguir é descrito o que Yaso, filha de um paciente, expressou:

(...) pra mim significa que a pessoa está morrendo. É triste. O sentimento é... de desespero, ficamos todos desesperados, agoniados mesmo [...]. (Yaso-Filha)

Os autores existencialistas Carmona, Santos e Fonseca (2010), elucidam que ao esbarrar com a possibilidade da morte sentimos medo e angústia, por causa do mistério que ela carrega. Pompeya e Sapienza (2013), discorrem que o homem sabe que em algum momento da vida se deparará com a própria morte ou a morte do outro, porém mesmo assim, a tristeza se faz presente, porque esta remete a perda, ao deixar de existir.

É relevante apontar que estes participantes relataram que estavam vinculados ao convênio SUS. A significação associando internação em UTI a morte esteve presente nos estudos de Guirardello *et al.*, (2013), entretanto estes autores concluíram que após a experiência de internação, não houve mudança em relação a estes significados. Na presente pesquisa, tal fato é refutado, pois, após a experiência de internação em UTI esta significação foi modificada tanto em pacientes, quanto em familiares que relataram que a internação no setor passou a ter outro significado. Conclui-se que houve ressignificação, estes participantes passaram a associar o setor à vida, representando-o como um espaço de recursos tecnológicos e humanos diante do risco de morte. Seguem os depoimentos de Rea, Hígia e Yaso respectivamente, após a alta do setor, na Unidade de Internação Adulto (UIA):

Eu pensava que a UTI era um bicho de sete cabeças, eu sei que realmente é grave, mas não é como a gente pensava e como as pessoas falavam [...] na verdade ele estava é no recurso [...].

Agora eu penso e sinto é segurança quando fala em UTI. A gente acha que é a última tentativa, mas não é [...].

Hoje pra mim significa cuidados maiores com certos tipos de lesão [...].

Durante a internação no setor, o profissional em psicologia deve prestar atendimento e acolhimento, ao paciente e a família, de forma ética e empática. Facilitando a exteriorização de sentimentos, a elaboração e diminuição da carga psíquica nos sujeitos. Através do acompanhamento junto a equipe, este profissional adquire ciência da realidade clínica de cada paciente. Deste modo, pode trabalhar com a família as possibilidades de sobrevivência do paciente, auxiliando para a desconstrução do estigma anteriormente citado e prevenindo os impactos psíquicos acarretados por ele. Nos casos em que a equipe médica avalia impossibilidade de preservação da vida, em decorrência da saturação de recursos médicos, este profissional deve atuar na preparação da família para o óbito do paciente.

4.1.2 Continuidade da Vida e a Impotência Diante da Internação em UTI

Contudo, nem todos significavam a internação em UTI a referenciando a morte. Os participantes contrários a significação supramencionada, manifestaram que os sentidos atribuídos a internação no setor correlacionavam-se a continuidade da vida. Estes a encaravam de maneira positiva, destacando o monitoramento e atendimento intensivo diante do adoecimento agravado. Conscientes do estado clínico que se encontravam, os pacientes que faziam parte deste grupo, demonstravam confiança e segurança na possibilidade de recuperação do estado de saúde anterior ao adoecimento:

[...] significa chance de viver, um serviço intensivo, que é diferente de um serviço de urgência, tem pessoas que confundem as duas coisas [...]. (Hades- Paciente)

Os familiares, que associavam a internação no setor à vida, expressaram sentimentos, nos quais a impotência prevalecia. Isto porque todo o cuidado prestado e decisões referentes ao tratamento no setor ficam a cargo da equipe, a família não participa constantemente, só mantém contato com o ente querido durante o período de visitas. No comentário de Têmis, filha de uma paciente internada no setor é possível analisar a presença desta vivência.

[...] se não fosse a UTI mãe já tinha morrido. Tem gente que acha ruim (...) eu não gosto de ver ela assim, mas fazer o que? Se eu pudesse dava minha saúde pra ela, mas eu sei que não é assim que funciona. Conhecemos muita gente, temos condição financeira mas não podemos fazer nada.

4.2 DINÂMICA DO SETOR

4.2.1 Assistência da Equipe Multidisciplinar

Todos os participantes se mostraram satisfeitos com o trabalho da equipe multidisciplinar na UTI. Percebeu-se que o trabalho era realizado de maneira humanizada e empática, com isto foi capaz de minimizar o estresse e ansiedade dos indivíduos, proporcionando maior segurança aos mesmos. Evidenciou-se a importância de se ter acesso aos médicos plantonistas e destes comunicarem as notícias com linguagem clara aos usuários do serviço. Além disso, constatou -se que pequenos gestos, como um “*bom dia*”, podem contribuir para que o paciente mantenha seu estado psíquico e emocional mais estável e se sinta acolhido diante deste momento adverso. Como visto no comentário do paciente Hades:

A equipe é muito carinhosa, cuidam bem de você. Você se sente mais tranquilo, seguro, eles te cumprimentam sempre, desde o médico a menina da limpeza.

4.2.2 Privacidade do Paciente

Nas entrevistas pacientes manifestaram que em determinados momentos se sentiram constrangidos e invadidos. Em suas concepções pessoais já estavam suficientemente funcionais fisicamente para realizarem a própria higiene corporal. Gostariam de ter a permissão para se locomoverem até o sanitário do setor, ao invés de serem submetidos ao uso de fralda e comadre. Acreditavam que estes objetos deveriam ser utilizados apenas pelos pacientes mais debilitados. Alguns chegaram a expor tais sentimentos a equipe, entretanto não foram ouvidos. A paciente Rea expressou:

[...] Tem que usar “comadre”, tem uma pessoa estranha te dando banho de caneca na cama, você sabendo que você dá conta de tomar banho sozinha [...] isso eu acho horrível! Veio um enfermeiro homem, eu falei com a enfermeira, ela disse que era assim mesmo! É o trabalho deles, mas eu fico com vergonha [...]. E só tem uma cortina tampando! Essa foi a única parte que eu não gostei, poderiam me deixar ir no banheiro. Pra mim isso foi degradante!

A autonomia do paciente consciente e lúcido deve ser respeitada em todas os momentos da hospitalização. Este tem a liberdade de opinar sobre seu tratamento e o modo como seu corpo está sendo manuseado. O diálogo do paciente e equipe é um instrumento fundamental na assistência, para que o sujeito, em sua singularidade, não se sinta desrespeitado. Este comportamento possibilita a criação de manejos que diminuam o sofrimento do paciente sem prejudicar o trabalho do profissional. Permite o esclarecimento sobre os motivos de determinadas ações, bem como a comunicação prévia ao paciente, sobre procedimentos que exijam o toque corporal. O profissional em psicologia deve atuar mediando e estimulando a comunicação. A empatia diante do paciente é a base para uma assistência humanizada. De acordo com Nascimento e Trentini (2004), a comunicação, intermediada por perguntas e respostas, propicia a abertura para o encontro com autenticidade e com legitimidade no relacionamento entre cuidador e paciente. Segundo os autores a partilha dos sentimentos permite o vir-a-ser de um e outro, mesmo no contexto em questão.

Para alguns pacientes, principalmente os conservadores, o corpo significa algo privado e exclusivamente íntimo. Desta forma, ter um profissional o manuseando pode ser extremamente constrangedor, mesmo se tratando de um ato totalmente profissional. Para o existencialismo o corpo revela mensagens não verbalizadas, o paciente nesta situação pode

expressar sinais corporais do que está sentido. A equipe atenta a estes, é capaz de contornar a situação para prevenir consequências psíquicas traumatizantes para o indivíduo. Segundo Bettinellia, Rosa, e Erdmann (2007), a proteção das violações e exposição do corpo do paciente é dificultada em virtude dos serviços técnicos, espaço, estrutura física e a organização das atividades. Além disso, os cuidados dos profissionais muitas vezes acabam sendo desempenhados de maneira mecânica, com rigidez, desconsiderando a relação humana que existe em meio ao procedimento. A dignidade humana é colocada sob ótica de fundamentos utilitaristas, reduzida a prestação de serviço.

4.2.3 Horário de Visitas e o Cotidiano Familiar

Sobre a política de visitação no setor, familiares em sua maioria, não apresentaram contraposição. Relataram sobre a ruptura da proximidade física com o paciente e das repercussões emocionais que isto trazia. Enfatizaram que para a recuperação dos pacientes, era preciso que as visitas fossem organizadas da maneira como eram, desta forma o paciente fazia menos esforço para se comunicar e tinha o descanso preservado.

[...] se a pessoa está na UTI é porque não está bem [...]. É mais saudável que ele fique mais isolado mesmo. (Elpis- Irmã)

Referente as repercussões emocionais, familiares relataram que diante da separação se sentiam apreensivos e tensos constantemente. Não conseguiam manter a rotina diária, deixaram de cuidar da própria saúde e de realizar programas de lazer. Com isso, o trabalho também acabou sendo prejudicado. A maior parte dos pacientes valorizavam a organização com que acontecia a visitação. Alguns expressaram sentimentos como solidão e ansiedade, referentes ao distanciamento da família.

A gente fica muito sozinha aqui. Sinto tristeza por não poder ficar com minha família, tem hora que fico nervosa, cansada, sofrida [...]. (Hestia- Paciente)

A ausência da família junto a condição de risco de vida e a internação no setor facilitou o contato dos indivíduos com a própria solidão. Isto se deve ao fato de que, a família se faz presente, porém não consegue passar pela experiência no lugar do paciente, uma vez que, esta faz parte unicamente da existência do mesmo. Para Heidegger (1986), a solidão está atrelada a condição primordial do ser-aí de estar sozinho no mundo; assim, todo ser humano

conhece a si mesmo, através da solidão. Referente a ansiedade May (1994), explana que ela sinaliza uma defesa ante um fenômeno ameaçador.

Mostra-se nas falas que as normas e a organização são essenciais. Alguns pacientes acreditam ser fundamental que haja exceções à regra por motivos específicos. Como no caso de parentes que não residem da cidade que a instituição se localiza ou fatores ligados ao emocional dos indivíduos. Faz-se necessária uma abordagem menos rígida, a partir da análise criteriosa de cada caso:

[...] a família fica manhã e noite sem ver a gente, acaba ficando preocupada. E o paciente, também fica preocupado com a família. [...] penso que se comprovar na portaria que é filho, pai ou mãe de paciente devia deixar entrar antes do horário [...] (Rea- Paciente).

É preciso levar em consideração os vínculos estabelecidos, as especificidades e sistema da família assim como história de vida dos envolvidos, para que o adoecimento psíquico da família possa ser evitado frente ao adoecimento físico do paciente. Pregnotatto e Agostinho (2003), explicam que o psicólogo na UTI deve auxiliar na flexibilização e acompanhamento das visitas atendendo as necessidades psíquicas dos indivíduos ao funcionamento do setor. Realizando o preparo destes familiares para entrada no local reforçando e motivando a comunicação com o paciente.

4.3 REFLEXÃO EXISTENCIAL

Durante a internação em UTI os pacientes e familiares refletem sobre a vida: os relacionamentos, no cuidado a saúde, nos sonhos, dentre outras coisas. Buscam “um porque” de estarem passando por tal situação e tentam tirar um aprendizado dela. Pensam em acontecimentos do passado e planos para o futuro. Os sentidos atribuídos a vida anteriormente são repensados. A morte aparece como uma incógnita, nunca desejada no presente. Buscam formas de viver mais intensamente dali em diante. Tal busca é ilustrada por Yalon (2005), ao elucidar que quanto mais realizações você tiver na vida, menor a angústia frente a finitude. Para Sartre (1983), a consciência da finitude, auxilia o ser a fazer escolhas mais autênticas no decurso de sua existência, estimulando-o a viver mais intensamente.

Aqui a gente pensa na vida, que de uma hora pra outra pode não viver mais. As reminiscências passam como um filme [...]. A gente procura considerar isso, porque saindo daqui a gente tem uma chance de corrigir alguma coisa. (Hades- Paciente)

Um dado interessante é que tal reflexão não se limitou apenas ao período de internação dos indivíduos na UTI, após a alta os pacientes continuavam a refletir sobre a própria existência. Neste momento tinham a certeza de que teriam a oportunidade de concretização do que foi pensado anteriormente, sentiram-se gratos pela melhora na saúde, mesmo cientes de que não estavam totalmente recuperados:

[...] quando você sai da UTI você percebe que ganhou uma nova chance, já pensa no que pode fazer de diferente daqui pra frente, no que pode melhorar e como aproveitar mais a vida, né?

4.4 ESPIRITUALIDADE

Famíliares e pacientes buscavam conforto e refúgio na espiritualidade, na crença de que se recursos médicos fossem insuficientes frente a morte, Deus ainda poderia salvar a vida. Os indivíduos acreditavam em um ser sagrado, que representa a possibilidade de cura da enfermidade. Estes demonstram gratidão a Deus pela internação em UTI, como se esta fosse uma solução proporcionada por Ele, diante do grave adoecimento. Percebeu-se que a fé ajudou a aumentar a aceitação da circunstância, a esperança e a confiança na melhora, auxiliando no enfrentamento do risco de morte de maneira mais resignada. Yalon (2005) explana que, por meio da razão se assimila que a morte é um acontecimento no qual, se finda o eu irreversivelmente, entretanto, pode se também lidar com a finitude a partir da religião, crendo na vida eterna após este acontecimento.

Peço a Deus para mãe melhorar, espero por um milagre mesmo [...]. Graças a Deus tem UTI, se não fosse isso, mãe já tinha morrido. (Têmis- Filha)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que as respostas às interrogações expostas do início deste trabalho foram alcançadas. Respondendo ao objetivo geral desta pesquisa evidenciou-se que os significados atribuídos a internação em UTI giram em torno do paradoxo vida e morte. A maioria dos participantes associavam o setor diretamente a morte, enquanto uma certeza imediata para todos os pacientes, confirmando um dos pressupostos. Revelou-se na pesquisa, que o contexto social em que o indivíduo está inserido contribuiu para a construção de tais significações, principalmente em casos em que o paciente possuía idade mais avançada.

Contudo, houveram ressignificações após a experiência vivenciada, desta forma, a internação no setor passou a significar para alguns indivíduos uma nova chance de viver, um

recomeço. Mostrou-se uma transcendência a espiritualidade, através da busca por um ser divino, que proporcionasse viabilidade de cura da enfermidade. De maneira geral, as significações influenciaram nos sentimentos vivenciados, que foram desde medo até o sentimento de segurança, prevalecendo: impotência, tristeza e angústia. Houveram repercussões no cotidiano dos familiares, no que diz respeito ao trabalho, autocuidado e lazer. Um dos sentidos que também foi atribuído a internação na UTI, refere-se ao fato dela servir como ponte para uma análise consciente e responsável da própria existência em sua totalidade.

Nesta pesquisa, os familiares são considerados usuários do serviço prestado na UTI, assim como os pacientes, pois tal como eles, a família deve ser alvo de cuidado, concomitantemente, pode ser parceira na recuperação do enfermo devido a possibilidade de lhe proporcionar bem-estar emocional através do contato afetivo. Ampliando-se a atenção para a família é possível otimizar o tratamento do paciente, já que psíquico e físico caminham juntos. Evidenciou-se que a assistência prestada pela equipe é satisfatória, entretando, é possível e necessário que haja maior flexibilidade na dinâmica do setor para que demandas individuais sejam atendidas. Visto que, o setor é aberto ao público, recebe indivíduos de variadas culturas, crenças e valores, cada paciente trará conteúdos subjetivos e singularidades que impactarão na forma como lidam com a internação.

Este estudo se limitou: a Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Nossa Senhora das Graças na cidade de sete lagoas- MG e ao período de 15 dias para concretização da pesquisa de campo. Suas implicações se correlacionam a prática da Humanização no setor, através da produção de conhecimentos que auxiliem os profissionais na compreensão de conteúdos psíquicos dos usuários do serviço. O trabalho também traz implicações referentes a importância da atuação do psicólogo na UTI, podendo realizar intervenções junto a equipe, paciente e a família. Além disso, este estudo poderá contribuir para que o estigma que reveste a UTI seja desconstruído.

Sugere-se que o espaço e tempo da pesquisa sejam estendidos para se abranger um número maior de informações. Sugere-se também um estudo aprofundado sobre a influência do contexto social para a construção de significados atribuídos a internação na UTI. Desta maneira, novas reflexões e conhecimentos poderão proporcionar benefícios para o serviço de saúde em questão.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F.C. **Terminalidade humana na UTI: reflexões sobre a formação profissional e ética diante da finitude.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p.147-153, jun. 2013. Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=430> Acesso em: 06 mai. 2017.

AMATUZZI, Mauro Martins. **O resgate da fala autêntica: filosofia da psicoterapia e da educação.** Campinas: Papirus, 1989.

AMATUZZI, Mauro Martins. **Por uma psicologia Humana.** 3 ed, Campinas: Alínea, 2010.

BETTINELLI, Luiz Antonio; ROSA, Janine; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **Internação em Unidade de Terapia Intensiva: experiência de familiares.** Revista Gaúcha de Enfermagem. Santa Catarina, v. 28, n. 3, p. 377-84, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/ponto/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/4688-14995-1-PB.pdf> Acesso em: 05 nov. 2017

ARAÚJO, Janete A.; LEITÃO, Elizabeth M. P.. **A psicologia médica no centro de tratamento intensivo do Hospital Universitário Pedro Ernesto.** Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p.130-137, jul. 2013. Disponível em: <revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=428>. Acesso em: 14 mai. 2017.

BARTH, Angélica Adam; WEIGEL, Bruna Dorfey; DUMMER, Claus Dieter; MACHADO, Kelly Campara; TISOTT, Taís Montagner. **Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, Santa Cruz do Sul, v. 28, n. 3, p. 323-329, abr. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2016000300323&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 02 mai. 2017.

BEZERRA, Edson do nascimento; BEZERRA, Márcia Elena Soares. **Aspectos Humanistas, Existenciais e Fenomenológicos presentes na Abordagem Centrada na Pessoa.** Revista NUFEN, v.4, n.2, p. 21-36, Jul. de 2012. Disponível em: <http://sig.3millenium.com.br/ged/76592_aspectoshumanistasexistenciaisefenomenologicospresentesnaacp.pdf>. Acesso em: 01 out. 2017.

BOLELA, Fabiana; JERICÓ, Marli de Carvalho. **Unidades de Terapia Intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização.** Revista de Enfermagem Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 301-308, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200019>. Acesso em: 28 mai. 2017.

CARMONA, Dainiela Souza; SANTOS, Fernanda de Oliveira; FONSECA, Sara Lopes. **Bioética, Eutanásia e Psicologia: tecendo algumas reflexões.** Minemosine, v.7, n. 2, 2001.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami; TRUCHARTE, Fernanada Alves Rodrigues; KNIJNIK, Rosa Berger; SEBASTIANI, Ricardo Werner. **Livro Psicologia Hospitalar - Teoria e Prática**. Ed.1, São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 1994

CRESWELL, John. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução por Luciana de Oliveira da Rocha, 2. ed, São Paulo: Artimed, 2007.

DENUZZI, William H.; BASSETO, Adriana Dia. **Humanização da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e o trabalho do psicólogo**. 1º Simpósio de Psicologia, Paraná, v.1, n.1, ago. 2015. Disponível em:

<<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/sp2015?dd99=anais>>. Acesso em: 29 mai. 2017.

DOXSEY Jaime Roy, RIZ Joelma. **Metodologia da pesquisa científica**. Escola Superior Aberta do Brasil. 2002-2003, (Apostila).

EULÁLIO, Maria do Carmo; JÚNIOR, Edivan Gonçalves da Silva; SOUTO, Rafaella Queiroga; BRASILEIRO, Lízie Emanuelle Eulálio. **Unidade de Terapia Intensiva: significados para pacientes em tratamento**. Ciência e Saúde, Rio Grande do Sul, v. 9, n. 3, p. 182-189, set. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2016.3>> Acesso em: 02 mai. 2017.

FAQUINELLO, Paula; DIÓZ, Majoreth. **A UTI na ótica de pacientes**. Revista Mineira de Enfermagem, v.11, n.1, p. 41-47, mar. 2007. Disponível em: <[file:///C:/Users/ponto/Desktop/\(TCC%20mesmo\)/1%203.%20Nascimento%20AR,%20Caetano%20JA.1%20ótica%20dos%20pacientes%20.pdf](file:///C:/Users/ponto/Desktop/(TCC%20mesmo)/1%203.%20Nascimento%20AR,%20Caetano%20JA.1%20ótica%20dos%20pacientes%20.pdf)> Acesso em: 06 set. 2017.

FÉLIX, Tamires Alexandre; FERREIRA, Francisco Valdicélio; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; ELOIA, Sara Cordeiro; Gomes, Bruna Vieira; ELOIA Suzana Mara Cordeiro. **Prática da humanização na visita em unidade de terapia intensiva**. Revista Enfermagem Contemporânea, Ceará, v.3, n. 2, p. 143-153, dez. 2014. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/381>> Acesso em: 16 mai. 2017.

FONSECA, João José Saraiva. **Metodologia da pesquisa científica**. Curso de especialização em comunidades virtuais de aprendizagem, Universidade Federal do Ceará, mar. 2002.

FRANÇA, Ana Cristina Limonge. **Indicadores empresariais de qualidade de vida no trabalho: esforço empresarial e satisfação dos empregados no ambiente de manufatura com certificação ISO 9000**. 1996. Tese de doutorado (em administração). Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo.

FRANKL, Viktor Emil. **Em Busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração**. Tradução por Walter O. Schlupp e Carlos C. Aveline. 25º ed, Petrópolis: Vozes, 1984.

FREITAS, Katia Santana; MUSSI, Fernanda Carneiro; MENEZES, Igor Gomes. **Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI adulto**,

Revista de Enfermagem Escola de Enfermagem Anna Nery, Bahia, vol. 16, n. 4, p.704 – 11, out. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n4/09.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GONÇALVES, Anderson Tiago Peixoto. **Análise de conteúdo, Análise de discurso e Análise de conversação: estudo preliminar sobre diferenças conceituais e teórico-metodológicas**. Revista de Administração: Ensino e pesquisa. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 275–300, Ago. 2016. Disponível em: <https://raep.emnuvens.com.br/raep/article/view/323/pdf_1>. Acesso em: 05 mai. 2017.

GONÇALVES, José Pedro Rodrigues. **A morte na Unidade de Terapia Intensiva: um estudo de caso**. Programa de Pós-graduação (em Sociologia Política). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2007.

GUERRA , Elaine Linhares de Assis. **Manual pesquisa qualitativa**. Centro Universitário UNA, Belo Horizonte, 2014.

GUIRARDELLO, Edinêis de Brito; GABRIEL, Cláudia Adalgisa Romero; PEREIRA, Isabel Cristina; MIRANDA, Alba Franzão. **A Percepção do Paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva**. Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, v.33, n.2, p. 123-9, Jun. 1999. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/481.pdf>> Acesso em: 08 nov. 2017.

GRAÇAS, Elizabeth Mendes. **Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros**. Revista Mineira de Enfermagem, v. 4, n. 1, p. 28-33, jan. 2000. Disponível em: <<file:///C:/Users/ponto/Downloads/v4n1a06.pdf>> Acesso: 01 nov. 2017.

Instituto Latino Americano de Sepsis (ILAS). **Relatório Nacional. Protocolos Gerenciados de Sepsis: Sepsis e choque séptico**. Disponível em: <http://www.ilas.org.br/> Acesso: 23 set. 2017.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Tradução de Fausto Castilho. Rio de Janeiro: Editora da UNICAMP , 2012.

HUSSERL, Edmund. **Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica**. São Paulo: Idéias e Letras, 2006.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LIMA, Fernanda de Azevedo; AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida; BARRETO, Carmem Lúcia Brito Tavares; MENEZES, Walfrido Nunes de. **Filhos e filhas com um dos pais hospitalizados em uma Unidade de Terapia Intensiva**. 2013. Pós-Graduação (em Psicologia Clínica), Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.

LEMOS , Rejane Cussi Assunção; ROSSI , Lúcia Aparecida. **O significado Cultural atribuído ao Centro de Terapia Intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade**. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 345-357, mai. 2002. Disponível em: <file:///C:/Users/ponto/Desktop/(TCC%20mesmo)/2002significados%20culturais%20da%20internação%20na%20UTI%20adulto%20.pdf> Acesso em: 04 nov. 2017.

MARTINS, José Maria. **A lógica das Emoções na Ciência e na vida**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

MACIEL, Márcia Rodrigues; SOUZA, Mariana Fernandes. **Acompanhante de adulto na Unidade de Terapia Intensiva: uma visão do paciente**. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.19, n.2, Jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000200003> Acesso em: 20 mai. 2017.

MANZINI, Eduardo José. **Entrevista Semiestruturada: Análise de objetivos e de roteiros**. Programa de Pós Graduação em Educação, UNESP, Marília, 2003.

MATOS , Silvia Simão; HOBOLD, Márcia de Souza. **Constituição de sentidos subjetivos do processo ensino e aprendizagem no Ensino Superior**. Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 299-307. Ago. 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/pee/v19n2/2175-3539-pee-19-02-00299.pdf> Acesso em: 08 set. 2017.

MAY, Rollo. **O Significado de Ansiedade: as causas de integração e desintegração da ansiedade**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

MOREIRA , Virginia. **O Método Fenomenológico de Merleau-Ponty como Ferramenta Crítica na Pesquisa em Psicopatologia**. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2004, v.17, n.3, p.447-456. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722004000300016> . Acesso em: 23 mai. 2017.

NASCIMENTO, Eliane Pereira; TRENTINI, Mercedes. **O Cuidado de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva**. Revista Latino Americana de Enfermagem, v.12, n.2, p.250-7, mar. 2004.

NOVARETTI, Marcia Cristina Zago; QUITÉRIO, Ligia Maria; SANTOS, Edzangela Vasconcelos dos. **Gestão em unidades de terapia intensiva brasileiras: estudo bibliométrico dos últimos 10 anos**. Revistas Face UFMG, Minas Gerais, vol. 12, n.4. maio

2015. Disponível em: <revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/viewFile/2623/1633>
Acesso em: 29 mai. 2017.

OLIVEIRA, Nara Elizia Souza; OLIVEIRA, Lizete Malagoni Almeida Cavalcante; LUCCHES, Roselma; ALVARENGA, Giane Cristina; BRASIL, Giane Cristina. **Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros.** Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiás, v. 15, n. 2, p.334-430, abr. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.17916>. doi: 10.5216/ree.v15i2.17916>. Acesso em: 15 mai. 2017.

PEARCE, W.B. **Novos modelos e metáforas comunicacionais: A passagem da teoria à prática, do objetivismo ao construcionismo social e da representação à reflexividade.** In: Schnitman, Fried D. **Novos Paradigmas de Cultura e Subjetividade.** Cap. 09. Porto Alegre: Artes Médicas. p.172-187, 1996.

PINHO, Leandro Barbosa; SANTOS, Silvia Maria Azevedo. **Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro.** Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 66-72, abr. 2006. Disponível em: <[file:///C:/Users/ponto/Desktop/\(TCC%20mesmo\)/senso%20comum%20e%20UTi.pdf](file:///C:/Users/ponto/Desktop/(TCC%20mesmo)/senso%20comum%20e%20UTi.pdf)>. Acesso em: 30 mai. 2017.

PREGNOLATTO, Ana Paula Ferrari; AGOSTINHO, Valéria Batista Menezes. **O psicólogo na unidade de terapia intensiva Adulto.** In: BATISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. **Psicologia hospitalar: Teoria, Aplicação e Casos clínicos**, 2.ed, v. 9, n. 1, p.93-107, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

POMPÉIA, João Augusto; SAMPIENZA, Bilê Tatit. **Na presença de sentido: uma aproximação fenomenológica a questões existenciais básicas.** 2. Ed. São Paulo: EDUC; ABD, 2013.

PRADO, Bianca do; CECATO, Juliana F.; SILVA, Edna Dias de Pontes. **Assistência psicológica aos pacientes e seus familiares internados na Unidade de Terapia Intensiva.** Perspectivas Médicas, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 5-14, maio 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243228134002>>. Acesso: 19 abr. 2017.

PROENÇAL, Michele de Oliveira; AGNOLO, Cátia Millene Dell. **Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.32, n.2, jun. 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16953>>. Acesso em: 31 jun. 2017.

RAMOS, Fernando José da Silva; FUMIS, Renata Rego Lins; AZEVEDO, Luciano Cesar Pontes de; SCHETTINO, Guilherme. **Políticas de visitação em unidades de terapia intensiva no Brasil: um levantamento multicêntrico.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v. 26, n.4, p. 339-346, jun. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2014000400339>.
Acesso em: 18 mai. 2017.

REIS, Larissa Cabral Crespi; GABARRA, Letícia Macedo; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda Ocampo. **As Repercussões do Processo de Internação em UTI Adulto na Perspectiva de Familiares**. Temas em Psicologia, Santa Catarina, v. 24, n. 3, p. 815-828, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000300003>. Acesso em: 14 mar. 2017.

SARTRE, Jean Paul. **O ser e o nada**: Ensaio da Ontologia existencial Fenomológica. 15.ed., Tradução de Paulo Perdígão. Petrópolis: Vozes, 2007.

SARTRE, Jean Paul. **A Náusea**. Tradução de António Coimbra Martin. Portugal: Publicações Europa-América, 1983.

SILVA, Eliézer. **Sepse, um problema do tamanho do Brasil**. Revista Brasileira de terapia Intensiva, São Paulo, v.18, n.1, p. 5-6, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2006000100001>. Acesso em: 05 set. 2017.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. ed.6. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução a pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1987.

VYGOTSKY, Lev Semyonovich. **A construção do pensamento e da linguagem**. In:_____. Pensamento e palavra. Tradução por Paulo Bezerra. ed.1. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p.395- 487.

YALOM, Irvin David. **A Cura de Schopenhauer**. Tradução de Beatriz Horta. 1. ed., Rio de Janeiro: HarperCollins, 2016.

ZANETTI, Tatiele Galli; STUMM, Eniva Miladi Fernandes; UBESSI, Liamara Denise. **Estresse e coping em familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, v. 5, n. 2, p. 3608-3619, abr. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/ponto/Downloads/2125-14602-1-PB.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2017.