



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE
MARIA CÉLIA BINI

RESILIÊNCIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA

LAGES, 2016

MARIA CÉLIA BINI

**RESILIÊNCIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Acadêmico em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Orientadora: Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel

Coorientadora: Dra. Bruna Fernanda da Silva

Linha de pesquisa: Ambiente, saúde e sociedade.

LAGES, 2016

Ficha Catalográfica

B612 Bini, Maria Célia.
Resiliência em pacientes internados em unidade de terapia intensiva / Maria Célia Bini. – Lages : Ed. do autor, 2016.
92 p.: il.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Planalto Catarinense. Programa de Mestrado em Ambiente e Saúde
Orientador: Juliana Cristina Lessman Reckziegel
Coorientador: Bruna Fernanda da Silva

1.Medicina 2 .Terapia intensiva. 3. Resiliência.
I. Reckziegel, Juliana Cristina Lessman (orient.). II. Silva, Bruna Fernanda (orient.). III . Título.

CDD 610.07

(Elaborada pela Bibliotecária Andréa Costa - CRB-14/615)

MARIA CÉLIA BINI

Resiliência em Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação e aprovada pela Banca examinadora para a obtenção do Título de:

MESTRE EM AMBIENTE E SAÚDE

e aprovada em 12 de agosto de 2016, atendendo as normas e legislações vigentes na Universidade do Planalto Catarinense, Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Ambiente e Saúde.

Banca examinadora:

Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel (Orientadora)

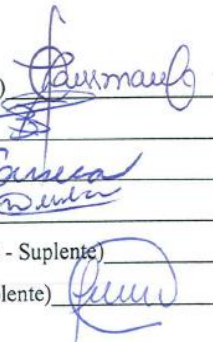
Profa. Dra. Bruna Fernanda da Silva (Coorientadora)

Profa. Dra. Regina Célia Veiga da Fonseca(UEPG)

Profa. Dra. Natalia Veronez da Cunha (PPGAS/UNIPLAC)

Profa. Dra. Micheline Henrique Araujo da Luz Koerich (UFSC - Suplente)

Profa. Dra. Anelise Viapiana Masiero (PPGAS/UNIPLAC-Suplente)



Ser resiliente é saber onde está a tua fraqueza, para fazer
dela a tua melhor aliada;
Ser resiliente é ter o poder tão bem guardado a ponto de
não saber quão grande ele é.
(Maria Célia)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os pacientes que participaram desta pesquisa, pois sem eles, jamais teria sido possível realizar este projeto. Muito obrigada pela participação e terem dedicado parte de seu tempo, mesmo num de seus piores momentos de vida! Desejo que aqueles que se foram estejam num lugar onde não haja sofrimento nem dor, e se caso houver, que consigam assim como aqui, fazer os enfrentamentos necessários, chamado resiliência.

AGRADECIMENTOS

De todos os desafios deste trabalho, escrever esta página sem dúvida é o maior deles, pois o medo de esquecer alguém, de ser injusta com tantas pessoas que participaram da minha vida até este memorável momento, me apoiando, me incentivando, me compreendendo, acreditando em mim, e principalmente me amando. Portanto se esquecer de alguém, não me julgue, simplesmente entenda que neste momento meu coração bate forte tentando lembrar-se de cada um de vocês.

Agradeço a Deus por ter-me dado à vida, através do meu pai Ibanor (*in memoriam*) e minha mãe Therezinha (Lori) que aceitaram ser o instrumento Dele, cumprindo seu papel com tamanha maestria e amor.

Agradeço ao meu grande incentivador Márcio, meu companheiro, que se não fosse ele, não conseguiria ter realizado este sonho.

Agradeço a todos os meus mestres e professores, em especial a professora Dra. Juliana Lessmann Reckziegel, que muito além de orientadora, foi neste momento, amiga, companheira e uma das maiores incentivadoras deste projeto.

Aos meus filhos, Hέλvio, ́Erico e Ana Caroline, minha nora Thais e meu neto Augusto, obrigada por entenderem minha ausênci a e acreditarem em mim.

Agradeço aos meus amigos que deixei pra trás, sem jamais esquecer-los, e àqueles que hoje estão em minha vida, não esquecerei o apoio e o amor dedicado.

Agradeço a direção do HNSP por permitir desenvolver a pesquisa e acima de tudo, acreditaram em meu trabalho.

Agradeço a cada situação de vida que me fez resiliente.

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que teve como objetivo geral: compreender o processo de resiliência em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e como objetivos específicos: Identificar a percepção dos pacientes acerca da internação hospitalar em UTI; Identificar a percepção dos pacientes acerca do ambiente da UTI; Compreender os fatores de proteção e de risco vivenciados por pacientes durante a internação hospitalar em UTI na perspectiva da resiliência. O estudo foi desenvolvido em uma UTI de um hospital geral de grande porte, localizado no Planalto Catarinense. Foram entrevistados 16 pacientes com idade entre 28 e 69 anos, 10 do sexo masculino e 06 do sexo feminino. A pesquisa respeitou os aspectos éticos, sendo aprovada por parecer nº 1.487.821. Conforme exposto pelos entrevistados, foram identificados três grandes eixos no movimento da resiliência de pacientes internados em UTI, que se referem aos fatores de proteção, fatores de risco e a resiliência. Estes se convergem, pois há momentos em que os fatores de proteção passam a ser representados como fatores de risco e os fatores de risco a fatores de proteção, formando desta maneira um ciclo vital na busca dos enfrentamentos na perspectiva da resiliência. Com relação aos fatores de proteção foram identificados que o acolhimento por parte da equipe gera por sua vez, a confiança e com isso a entrega aos cuidados, considerando-a como suporte familiar e social, a crença em um Ser divino capaz de cuidar e curar fomenta sentimentos de alívio auxiliando no movimento da resiliência. Como fatores de risco o pesar pelo adoecimento desperta no indivíduo o confronto com a morte e a hospitalização passa a ser interpretada não como local de cura, mas como local de desconforto, tendo que se adaptar a nova rotina e a falta de autonomia. Quando o indivíduo inicia o processo de reconhecer o ambiente da UTI como local de cura, de cuidado e de sobrevivência, desencadeia nele sentimentos de pertencimento e com isso o enfrentamento do momento vivido faz com que se instaure a resiliência.

Descritores: Resiliência; Fatores de proteção; Fatores de risco; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

It is about a descriptive qualitative study that in general aimed: to understand the resilience process in patients hospitalized in Intensive Care Unit (ICU); and as specific aim: to identify the patients perception about the ICU hospitalization, about ICU environment, and understand the protection and risk factors experienced by patients during ICU hospitalization under resilience perspective. The study was developed in an ICU from a great general hospital located in the Santa Catarina Plateau. Were interviewed 16 patients between 28 and 69 years old, 10 male and 6 female. The research respected the ethical aspects, approved by report number 1.487.821. According to the exposed by the interviewee, were identified three main axis on resilience movement from patients hospitalized in ICU that refer to protection and risk factors, and resilience. These converge on, because there are moments that protection factors are represented as risk factors, and risk factors as protection factors, becoming a vital cycle on the search of the confrontation under resilience perspective. Regarding protection factors, were identified that the reception by medical crew create trust, and by that indulge to care, considering it as familiar and social support, and the belief on a Being divine capable of caring and healing stimulate relief feelings, helping on resilience movement. As risk factors, the grief for illness arouse on the person the confront with death, and hospitalization come to be understood not as a place of healing, but a place of discomfort, needing to adapt to a new routine and lack of autonomy. When the individual began the acceptance of ICU environment process as healing, caring and survival place, initiate on him feelings of belonging and with it, facing the lived moment makes the resilience to establish.

Keywords: Resilience, protection factors, risk factors, Intensive Care Unit.

LISTA DE QUADRO E TABELA

Quadro 1	Perfil sócio demográfico e de saúde de pessoas internadas na UTI – Planalto Catarinense 2016	51
Figura 1	Resiliência de pacientes internados em UTI.	64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

BTU	British Thermal Unit ("unidade térmica britânica")
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PPGAS	Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde
PVC	Cloreto de Polivinilo
SUS	Sistema nico de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIPLAC	Universidade do Planalto Catarinense
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1 APROXIMAÇÕES COM O TEMA.....	19
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 OBJETIVO GERAL	21
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3. REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 O CONCEITO DE RESILIÊNCIA.....	22
3.2 RESILIÊNCIA, FATORES DE PROTEÇÃO E FATORES DE RISCO.....	25
3.3 O ESTRESSE.....	28
4. METODOLOGIA.....	35
4.1. TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2. LOCAL DE ESTUDO.....	35
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	37
4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	37
4.4 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO E COLETA DE DADOS.....	38
4.5 ANÁLISE DE DADOS.....	39
4.6 ASPECTOS ÉTICOS, RISCOS E BENEFÍCIOS.....	40
4.6.1 Benefícios do estudo.....	41
4.6.2 Riscos do estudo.....	41
4.6.3 Critérios de confidencialidade/privacidade.....	42
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	43
5.1 RESILIÊNCIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	44
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
APÊNDICE B: Roteiro de entrevista.....	89
ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas.....	90

1. INTRODUÇÃO

A saúde pode ser reconhecida como um processo integral no qual o indivíduo desenvolve habilidades que aperfeiçoam os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade diante dos diferentes agentes e processos causadores da doença, sendo influenciado por sua característica plurideterminada, singular e complexa (OMS, 1948; GONZÁLEZ, 1993; ANGERAMI-CAMON, 2006). Na díade saúde e doença, a hospitalização rompe os laços diários, podendo gerar ansiedade, acompanhada por medos e inseguranças, interferindo diretamente no processo de tratamento, pois quanto maiores forem estes conflitos, maior será o estresse gerado (ANGERAMI-CAMON, 2006; ALAMY, 2013).

No contexto hospitalar se está diante de um sujeito que está defraudado de seus papéis sociais, tendo que se adaptar a rotinas e ambientes diferentes, que podem ser considerados eventos estressores. Sendo necessário desenvolver habilidades para lidar com tais situações, aprendendo a reconhecer e tolerar a dor emocional e física, e gerar forças para resolver estes conflitos internos de forma construtiva (PESSINI; BERTACHINI, 2004; ALAMY, 2013).

Quando se trata de pacientes críticos internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), estudos apontam que por ser um ambiente altamente especializado para o tratamento contínuo de pessoas com doenças graves, somado a todas as questões fisiológicas e emocionais este ambiente instiga as crenças sobre o adoecimento e a impossibilidade de cura/tratamento, chegando a ser significado como

um local onde a morte paira (SEBASTIANI, 1984; GUIRARDELLO et al., 1999; STUMM et al., 2008; CARREIRO; BORGES, 2012).

Neste momento de dor física e emocional, a pessoa internada em UTI, precisa ser resiliente, ou seja, buscar estratégias para passar por este momento e sair dele fortalecido ou de maneira que possa reconhecer que é possível enfrentar tais momentos (GUIRARDELLO et al., 1999; BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006). Os seres humanos precisam buscar recursos para passar por momentos novos em todo o seu percurso de vida, alguns estressores outros nem tanto, e através destes adventos aprendem a lidar e enfrentar de maneira funcional tais momentos, o que muitas vezes, parece impossível. Para as pessoas que já desenvolveram tais recursos, fica a percepção de que não é difícil, mas para aquele que ainda não desenvolveu tais aptidões, faz-se necessário aporte emocional para passar por estes momentos e sair dele fortalecido (BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006).

Todo ser humano pode ser resiliente, porém, não sabe que é. Ele passa por divergentes situações, faz seu movimento interno de busca por alívio e segue sem tomar consciência deste comportamento, pois após a dissolução do momento estressor não há reflexão sobre o enfrentamento (BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006).

A resiliência se edifica através das situações de vida, sendo assim, são comportamentos estruturados conforme as circunstâncias vão surgindo, o sujeito responde de maneira individualizada às dificuldades, tendo sempre uma combinação de aspectos de seu meio social, cultural e familiar, que possui a função de dar suporte e proteção ao longo de sua jornada, auxiliando-o neste constructo (ANGERAMI-CAMON, 2006; ALAMY, 2013).

Se estas relações forem reconhecidas como funcionais ao indivíduo, de maneira que se sinta protegido e amparado, ele as usará como subsídio para enfrentar as situações adversas. Caso contrário, elas terão o papel de desconstrução emocional que pode favorecer a ocorrência de estresse e do adoecimento físico e/ou emocional (POLSTER; POLSTER, 2001; MARGIS; KAPCZINSKI, 2003; INFANTE, 2005; OLIVEIRA et al., 2008; PEREIRA, 2011; GUYTON; HALL, 2011).

O adoecimento traz consigo percepções do corpo finito, da proximidade da morte, fatos que não possuem explicação lógica, podendo gerar sentimentos e pensamentos disfuncionais ao bem estar físico e emocional (PESSINI; BERTACHINI, 2004; ALAMY, 2013). Esses sentimentos podem exacerbar-se quando a doença gera a internação hospitalar, o afastamento das atividades sociais, do trabalho e dos familiares, ampliando a sensação de desconforto sobreposto ao adoecimento que se instala para além da dor física (GUIRARDELLO et al., 1999; LEMOS; ROSSI, 2002; SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005).

Todo ser humano tende a se sentir valorizado e pertencente a um lugar no mundo, sendo que ao perder este “suposto lugar” podem surgir sentimentos de menos valia ou de despertencimento, motivado pelo afastamento e perdas das funções físicas e/ou sociais das quais estava habituado. Estudos apontam que estes sentimentos são frequentes nas pessoas que vivenciam o processo de internação em uma UTI, pois este ambiente está carregado de crenças que resistem ao tempo, das quais geram estresse tanto ao doente, quanto aos familiares, além do sofrimento pelo afastamento e a iminência da morte que podem

potencializar sensações de finitude, gerando por vezes lutos antecipatórios e sofrimento por sentimentos catastróficos e supostamente irremediáveis (GUIRARDELLO et al., 1999; LEMOS; ROSSI, 2002; SEVERO; GIRARDON-PERLINI, 2005).

Diante desse contexto o ser adoecido necessita desenvolver atitudes de resiliência a fim de passar por este momento de vida e enfrentar todo este infortúnio de maneira funcional e sair disso fortalecido, com a percepção de si como um ser capaz de superar o revés que é o adoecimento (GUIRARDELLO et al., 1999, BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006).

Nessa perspectiva, esta pesquisa enfocou o estudo das estratégias de resiliência em pacientes internados em UTI. Destaca-se que o estudo sobre tal assunto é enriquecedor à área, além de oferecer subsídios para o desenvolvimento de táticas de redução do estresse e promoção da resiliência dos pacientes, permitindo o aprimoramento das práticas de profissionais da saúde no âmbito da assistência ao paciente, dentro da UTI, tornando o processo de hospitalização menos estressor.

A troca de saberes e fazeres pautado na redução do estresse e promoção da resiliência durante a hospitalização pode contribuir para o sucesso de ações interdisciplinares, oferecendo suporte para o fortalecimento emocional do paciente, para que ele possa lidar melhor com as manifestações subjetivas; além de desenvolver novos comportamentos funcionais, por conta de seus próprios *insights* e realizar escolhas para a melhoria dos relacionamentos, intrapessoais e interpessoais, apresentando maior adesão ao tratamento e buscando a sua cura, instaurando a resiliência (BARREIRA; NAKAMURA, 2006; SEBASTIANI, 2013).

Assim, a questão norteadora deste estudo buscou responder:
Quais são as atitudes de resiliência em pacientes internados em UTI?

1.1 APROXIMAÇÕES COM O TEMA

Em minha¹ experiência de vida, não foi diferente, muitos acontecimentos fizeram com que eu precisasse encontrar recursos internos para solucionar os conflitos que se instalaram. Minha curiosidade permeava entre a forma de enfrentar as situações estressoras e as diferenças de comportamento das pessoas que eu convivia e passavam pelo mesmo fator estressor.

Quando iniciei os estudos na Psicologia tornou-se claro que este movimento chama-se resiliência. E assim através da minha própria experiência de vida, me interessei pelo tema, buscando aprofundar meus estudos e com isso tornar possível o auxílio às pessoas no desenvolvimento da resiliência. Durante muito tempo observei de maneira empírica os movimentos de enfrentamento que as pessoas fazem para passar por situações adversas, e assim fui me envolvendo com o mundo da resiliência, e descobrindo que está intrínseco ao ser humano, e que de uma forma ou outra, de maneira funcional ou não, se encontram recursos para lutar e continuar a caminhada.

O encantamento com a resiliência se deu pela forma subjetiva que desenvolvemos para enfrentar os momentos desfavoráveis, ou seja, aquilo que me é funcional hoje pode não ser mais amanhã. Assim a roda

¹Este item da dissertação terá a conotação autobiográfica, portanto será redigido utilizando a conjugação verbal na primeira pessoa do singular (CARVALHO, 2003).

da vida vai girando e vamos sobrepondo nossos enfrentamentos, aprendendo em cada momento vivido de forma singular.

Meu trabalho como Psicóloga de UTI fez com que me aproximasse ainda mais do tema, pois num ambiente onde a vida se confronta com a morte, e vice-versa, o ser humano está imbuído de sentimentos e conflitos internos dos quais precisará encontrar robustez emocional para vivenciar este processo, que chamamos de resiliência. Foi neste contexto, onde o adoecimento traz consigo tantas questões emocionais sobrepostas, em que o medo e a ansiedade imperam, minimizando inicialmente todo aporte resiliente que foi desenvolvido durante a vida das pessoas, foi onde encontrei motivação para buscar respostas que elucidassem quais movimentos emocionais que estavam envolvidos neste processo e descobrir de que maneira cada um enfrenta o estresse advindo do adoecimento e da internação em uma UTI.

Foi neste contexto de observação empírica, que gestou meu desejo por um estudo sistematizado e científico, capaz de responder tais questões e assim compartilhar com outros profissionais visando à ampliação da qualidade da assistência em saúde na UTI, reconhecendo as pessoas internadas em sua totalidade, singularidade e subjetividade. Dessa maneira, iniciei o Mestrado em Ambiente e Saúde a fim de contribuir com a construção do conhecimento científico, pois poucas são as publicações que descrevem as relações entre estresse e resiliência em pessoas internadas em UTI.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o processo de resiliência em pacientes internados em uma UTI.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a percepção dos pacientes acerca da internação hospitalar em UTI;
- Identificar a percepção dos pacientes acerca do ambiente da UTI;
- Compreender fatores de proteção e de risco vivenciados por pacientes durante a internação hospitalar em UTI na perspectiva da resiliência;

3. REVISÃO DE LITERATURA

Para que a resiliência fique entendida, é necessário explicar pormenorizadamente, qual sua origem, quais são as situações vivenciadas que levam a este movimento, quais fatores de risco e de proteção que estimulam os movimentos de enfrentamento, quais as estratégias para passar pelo momento estressor e sair dele fortalecido.

Baseado na literatura científica (bibliográfica e disponível em bases de dados eletrônicas) será versado sobre os conceitos de resiliência e seus fatores de proteção e de risco, o adoecimento, a hospitalização em UTI e os fatores estressores que podem demandar enfrentamentos.

3.1 O CONCEITO DE RESILIÊNCIA

“Originária do latim, a palavra *resilio* significa retornar a um estado anterior, sendo utilizada, na Engenharia e na Física, para definir a capacidade de um corpo físico voltar ao normal, depois de haver sofrido uma pressão sobre si” (BARLACH, 2005 p. 27). Esse conceito tem sido utilizado pelas ciências humanas e da saúde para descrever a capacidade que um indivíduo desenvolve para confrontar-se ou não as adversidades das quais ainda não havia passado, como um diagnóstico de doença crônica, uma perda de qualquer natureza, algo novo do qual necessita buscar formas diferentes de enfrentamento, mesmo num ambiente desfavorável, de se construir ou se reconstruir positivamente frente tais adversidades (SOUZA, CERVENY, 2006; OLIVEIRA et al., 2008;

ANGST, 2009; BRANDÃO, MAHFOUD, GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

As discussões sobre resiliência estão cada vez mais presentes no cotidiano das pessoas, no contexto do trabalho, das relações sociais e das relações familiares (YUNES, 2003; PESCE et al., 2004; MAIA, WILLIAMS, 2005; LARANJEIRA, 2007; SALES, SOUGEY, 2012;). A dinâmica social atual tem exigido dos indivíduos muito mais do que é possível ter ou conseguir, e com isso a pressão pode gerar conflitos e ansiedade, sendo o estresse uma consequência que pode levar à sensação de falta ou de incompletude (SALDANHA, 2011). Além disso, a própria história de vida de cada indivíduo acaba produzindo situações difíceis que demandam desenvolver estratégias para lidar com estes problemas, buscando formas de superar ou não tais situações, ou seja, ser resiliente (BIANCHINI; DELL'AGLIO, 2006; RECKZIEGEL, 2014).

A resiliência é a capacidade de voltar ao seu estado natural, principalmente após a exposição a alguma situação crítica e fora do comum (BARLACH, 2005 p. 27, BRANDÃO, MAHFOUD GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). Quando se fala de “estado natural” em seres humanos, refere-se ao estado de harmonia emocional, de continuar sua caminhada de vida transformando este contexto em um contínuo aprendizado, saindo deste momento estressor mais fortalecido e com novas estratégias de vida, contribuindo desta forma para coligar suas habilidades (McDANIEL; HEPWORTH; DOHERTY, 1994).

Do ponto de vista histórico, os estudos sobre resiliência com seres humanos começaram na década de 70, quando este conceito ainda se relacionava às condições inatas para resistir e ter imunidade aos estressores e não se tornar vítima (SOUZA; CERVENY, 2006;

OLIVEIRA et al., 2008; ANGST, 2009). A maioria dos estudos iniciais abordavam crianças que vivenciavam situações de catástrofes, guerras e violência e não desenvolviam transtornos emocionais graves, buscando desvelar o fenômeno (RUTTER, 1999; SOUZA; CERVENY, 2006; OLIVEIRA et al., 2008; ANGST, 2009). Ao longo do tempo as pesquisas ampliaram as reflexões acerca do inatismo, passando a considerar que a resiliência resulta no processo de desenvolvimento de habilidades para a superação de crises e para o enfrentamento de cada pessoa em relação a sua experiência negativa (INFANTE, 2005; BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011). Desta forma, a resiliência não é somente uma característica inata, mas uma interação dinâmica entre características individuais e contexto social.

Fazer o movimento resiliente implica em enfrentar as barreiras, tomar uma decisão sem que isso signifique perder o medo do que poderá acontecer, mas encontrar maneiras de passar pelo momento estressor de forma funcional. A resiliência conduz o indivíduo para sua zona de segurança, desenvolvendo forças ainda involucas, restabelecendo a harmonia entre seu “EU” e o meio num processo dinâmico de adaptação positiva (POLSTER; POLSTER, 2001; OLIVEIRA et al., 2008).

A resiliência é a capacidade do ser humano de responder as demandas da vida de forma positiva, tendo sempre uma combinação entre os atributos do indivíduo, do seu social, cultural e familiar (INFANTE, 2005; OLIVEIRA et al., 2008). A sua elevada autorreflexão, ou seja, sua capacidade de observar a si mesmo e

reconhecer suas emoções também apresenta ajuda para suportar pressões (POLSTER; POLSTER, 2001).

O termo resiliência sugere certo grau de elasticidade, diante da pressão e tensão dos problemas vividos, passando a ser uma ferramenta de compreensão da experiência humana, marcada pelo sofrimento, ou seja, a capacidade humana para enfrentar, sobrepor-se e sair fortalecido por experiências de adversidades (RUTTER, 1999; SOUZA; CERVENY, 2006; OLIVEIRA et al., 2008; ANGST, 2009; LABRONICI, 2012).

3.2 RESILIÊNCIA, FATORES DE PROTEÇÃO E FATORES DE RISCO

Conforme as situações de vida vão se apresentando, o ser humano aprende a lidar com elas. Nos primeiros momentos não codifica suas emoções, isso se dá pela construção de seu amadurecimento, num processo contínuo de aprendizagem ao longo de sua vivência (TOMÉ et al., 2012). Com o passar do tempo, as experiências vividas começam a fazer parte de seu aporte emocional usando esta compreensão a seu favor, não no sentido de manipulação, mas no desejo de satisfação inerente ao ser humano, ou seja, desenvolve habilidades que o permite enfrentar situações adversas, tomando atitudes adaptativas e construídas no seu desenvolvimento (POLSTER; POLSTER, 2001). Esta estruturação se fundamenta nos momentos de crise, onde seu comportamento o fará perceber se as atitudes tomadas para resolução de tais situações foram confortáveis ou não e se saiu fortalecido (POLSTER; POLSTER, 2001; TOMÉ et al., 2012).

Os conflitos geradores de estresse podem ser de diversos âmbitos, reconhecidos de diversas maneiras, sendo influenciados por domínios físicos, psicológicos e sociais, modificado pelas crenças, atitudes, valores e percepções de cada indivíduo (GUIRARDELLO et al., 1999; LIPP, 2003). O estresse é um dos fatores de risco capazes de solicitar do ser humano enfrentamentos em busca da homeostase, pois desestabiliza tanto emocionalmente quanto as funções biológicas e imunológicas (MARGIS; KAPCZINSKI, 2003; PEREIRA, 2011; GUYTON; HALL, 2011).

Quando estes fatores de risco se apresentam em forma de tristeza, medo, ansiedade, sentimento de derrota, perda de forças podem desestabilizar as pessoas. Assim como quando as doenças acometem um organismo podem se tornar fatores de risco, pois enfrentamentos de dor, incertezas, tratamentos, mudança de vida, afastamentos em caso de internação imputam a busca pelo comportamento adaptável a tais situações (LIPP, 2003; TOMÉ et al., 2012).

No caso de pacientes internados em UTI, além de todos os abalos fisiológicos e emocionais decorrentes do processo de adoecimento, vivencia o afastamento do convívio familiar, social e do trabalho o que pode gerar sentimentos de perda do papel social que desempenha além de sensações de abandono, sentimentos de desproteção a afastamento de sua rede de apoio (YUNES, 2003; LUCCHESI et al., 2008). Frente a estas situações, a condição humana leva à busca pelo enfrentamento, pela superação, pelo desenvolvimento de estratégias das quais possa sair fortalecido das adversidades, ou seja, desenvolver a resiliência torna-se um movimento subjetivo capaz de atitudes funcionais frente ao estresse (TOMÉ et al, 2012).

Assim como há fatores de risco, há também os fatores de proteção, que são:

- Fatores de proteção individual – estão relacionados com os sentimentos e características da personalidade, construídos ao longo das existências de vida como: autoestima, confiança, flexibilidade, coragem, fé, adaptação, entre outros; (YUNES, 2003; SALES; PESCE et al., 2004; WILLIAMS, 2005; LARANJEIRA, 2007; MAIA, SOUGEY, 2012).
- Fatores de proteção familiar - estrutura familiar acolhedora, convívio harmonioso, afetividade, estabilidade nas relações; (YUNES, 2003; SALES; PESCE et al., 2004; WILLIAMS, 2005; LARANJEIRA, 2007; MAIA, SOUGEY, 2012).
- Fatores de proteção social – estão relacionados com todas as relações mantidas fora da família, ou seja, ambientes sociais dos quais participa (YUNES, 2003; SALES; PESCE et al., 2004; WILLIAMS, 2005; LARANJEIRA, 2007; MAIA, SOUGEY, 2012).

Todos estes fatores também estão na ordem do individual, pois cada ser se relaciona de maneiras diferentes, sente de formas diferentes e está em constante processo de regulação, ou seja, buscando estratégias para estar bem e ser feliz (PESCE et al., 2004; LARANJEIRA, 2007; SALES; SOUGEY, 2012).

3.3 O ESTRESSE

Os acontecimentos da vida podem gerar sentimentos positivos ou negativos, sendo que o estresse é um dos sentimentos capazes de interferir de maneira funcional num organismo. Quando isso ocorre, há a diminuição das funções do sistema imunológico. Os agentes estressores desencadeiam respostas diretas no organismo, e o corpo irá responder de forma singular, temporal e inespecífica, constituindo dessa maneira uma cascata de sentimentos, emoções e reações fisiológicas (PEREIRA, 2011; ALAMY, 2013). O estresse, afeta de maneira pontual o organismo acometido pelo adoecimento e debilitado emocionalmente, iniciando desta maneira uma roda onde o adoecimento leva ao estresse e este afeta o organismo (BITENCOUTR et al., 2007; STUMM et al., 2008; BRITO; RODRIGUES, 2011; CARNEIRO; BORGES, 2012).

Assim, as manifestações da psique podem influenciar nas funções fisiológicas desencadeando reações de dor, arritmias cardíacas, hipertensão arterial, problemas no aparelho digestivo, assim como dito anteriormente na própria imunidade, deixando o indivíduo mais suscetível à afecção (LIPP, 2003; KAPCZINSKI, 2003; KING, HAGADOREN, 2006; MARGIS, STUMM et al., 2008; DAVYDOV et al., 2010; BRITO, HEIDEMANN et al., 2011; RODRIGUES, 2011; CARNEIRO, BORGES, 2012).

Desde Selye (1959), o estresse vem sendo estudado em sua maneira de interferir nos sistemas corporais, provocando ativação excessiva das respostas fisiológicas. Erikson (1987) corrobora com a ideia quando apresenta as etapas do desenvolvimento humano e como a resolução de cada uma dessas etapas, positiva ou negativa, pode

interferir na autoestima, produzindo emoções que afetam seus estados de saúde ou doença. Estudos apontam que os fatores estressores afetam os comportamentos, as emoções e o fisiológico dos pacientes internados em UTI, pois estes vivenciam situações de medo, ansiedade, ausência da família, dor, pensamentos de morte, exposição corporal, exposição aos ruídos intermitentes, iluminação artificial, mudança do ciclo circadiano, dentre tantos fatores estressores que interferem de maneira substancial no momento vivenciado por estes seres adoecidos (SOUSA; SOUZA, 2008; PROENÇA; RIBEIRO, 2009; AGNOLO, 2011; HEIDEMANN et al., 2011; PEREIRA, 2011). Todos os estudos supracitados foram unânimes ao relatar a necessidade de mudanças por parte da equipe de saúde responsável pelos cuidados desse doente, no reconhecimento destes fatores estressores e no desenvolvimento de estratégias de atendimento para minimização do sofrimento psíquico, uma vez que o atendimento do adoecimento fisiológico já está sendo efetuado.

3.3.1 Estresse e o ambiente da UTI

A saúde é definida não apenas como a ausência de doenças, mas sim como uma multiplicidade de aspectos do comportamento humano como, bem estar físico, mental e social, sendo também definida como condição humana com dimensões física, social e psicológica (OMS, 1948; GONZÁLEZ, 1993). A saúde não é a ausência de sintomas, mas um processo integral que aperfeiçoa os recursos do organismo para diminuir sua vulnerabilidade diante dos diferentes agentes e processos causadores da doença, ainda destaca-se a sua

característica plurideterminada, singular e complexa (OMS, 1948; GONZÁLEZ, 1993; ANGERAMI-CAMON, 2001).

Cada região do corpo, além de prestar-se a uma determinada função vital, pode também, representar uma zona específica de conflito energético entre o psíquico e o somático. Esses conflitos são cargas emocionais relacionadas a acontecimentos vitais do passado, os quais, se mal resolvidos, permanecem e atualizam-se, criando obstáculos à vida. Quando mobilizados, podem liberar ou distribuir energia, facilitando a consciência das circunstâncias vividas, a expressão emocional, antes contida e a organização de um novo modo de vida psicológico e corporal (POLSTER, POLSTER, 2001).

O organismo quando exposto a um esforço desencadeado por uma agressão, seja ela de qualquer tipo, apresenta a tendência de responder de forma inespecífica a diferentes agentes, que ele identificou como “estressores”, e que teriam efeitos nocivos em quase todos os órgãos, tecidos ou processos metabólicos (SELYE, 1959). Assim, o "estresse" constitui o conjunto de reações inespecíficas que o organismo desenvolve frente a situações que exigem um esforço de adaptação. A exposição a fatores estressores vai além dos aspectos emocionais, repercutindo em vários sistemas corporais, interferindo na capacidade imunológica do organismo e nas secreções endócrinas neuropeptídicas (ALVES, 2007; GUYTON; HALL, 2011).

Se há uma concepção de que o sistema imunológico está integrado com outros sistemas e é sensível à regulação do sistema nervoso, reconhecendo o papel que as diferentes áreas do funcionamento humano, como cognitivo e emocional pode ter sobre a sua eficiência, então, as emoções representam um importante papel no

bem estar psicológico ou nos estados doentios. Nesse aspecto, as emoções podem interferir sobre a saúde ou sobre a doença, através de suas propriedades motivacionais, pela capacidade de modificar as condutas saudáveis e/ou não saudáveis (MAIA, 2002; CHEN, 2003; WRIGHT, 2004; ALVES; PALERMO-NETO, 2007). Navarro (1995) acrescenta que as doenças estão ligadas ao estresse vivido em períodos do desenvolvimento.

Assim, as manifestações da psique têm um impacto importante no corpo do indivíduo, para o bem ou para o mal, provocando ativação excessiva das respostas fisiológicas dos órgãos ou sistemas que sofrem lesões ou disfunções, podendo ocasionar diversos tipos de dor, arritmias cardíacas, moléstias digestivas, hipertensão arterial e a debilidade do sistema imunológico, dentre outros (NAVARRO, 1995; GUYTON; HALL, 2011).

Algumas particularidades da UTI podem influenciar no processo de internação, sobre o adoecimento e na questão emocional de pacientes internados, pois por ser um ambiente aberto, os doentes possuem interação visual entre eles e a equipe, acompanhando toda a movimentação diuturnamente, exceto em casos de procedimentos invasivos e banhos, onde os leitos são fechados por biombo de PVC. Não há isolamento acústico, portanto, todos os barulhos dos monitores e bombas de infusão e a conversa entre a equipe são ouvidos pelos pacientes, com o risco de serem interpretados de maneira distorcida ou errônea. Tornando este ambiente divergente àquilo que se tem como um ambiente tranquilo e para repouso de doentes (GUIRARDELLO et al., 1999; PEREIRA et al.; 2003; STUMM et al., 2008).

Cada ser humano tem seu limiar de sensações, e quando se trata de sensação térmica esta se torna ainda mais divergente de pessoa para pessoa, ou seja, nas pessoas que estão em movimento ocorre o aumento do metabolismo e em consequência o aumento da temperatura corporal, por outro lado, podemos dizer que o contrário também acontece, nas pessoas completamente imóveis, a temperatura corporal tende a diminuir, além de ser uma variante em termos de gênero, idade, patologia, entre outras (MAROSTI et al., 2006; BITENCOURT et al., 2007; GUYTON HALL, 2011). Assim, equilibrar a temperatura do ambiente para que fique agradável para todos que estão na UTI, é um ponto que suscita questionamentos, e de difícil mensuração, pois necessita levar em conta ainda as desregulações térmicas como a febre ou a hipotermia.

Através da descrição do ambiente, pode-se pensar em possíveis fatores estressores ao doente internado em uma UTI, considerando as divergências e necessidades entre as pessoas que estão neste ambiente, temos a equipe que necessita de iluminação, de comunicação, do clima mais frio, dos sons dos monitores e bombas, e do outro lado os seres adoecidos, que necessitam de calor, exceto em estado febril, de silêncio, de baixa iluminação à noite e de iluminação durante o dia, a fim de manter o ciclo circadiano e desta maneira manter a homeostase (GORAYEB, 2001; BITENCOURT, 2007).

3.3.2 Resiliência e o ambiente da UTI

A UTI é um ambiente hospitalar que oferece cuidados específicos e especializados aos pacientes gravemente doentes e que apresentam

inconstância clínica, através de tratamentos complexos a fim de garantir a sobrevivência e a melhoria do estado de saúde desses pacientes.

Por outro lado, este mesmo ambiente de cuidados intensos, passa a ser um ambiente ameaçador, pois expõe o paciente a situações extremamente difíceis do ponto de vista emocional, pois as influências do ambiente como a movimentação intensa da equipe, os barulhos constantes dos equipamentos, a luminosidade constante, a falta de privacidade, os procedimentos invasivos, são facilitadores do sofrimento psíquico, somado ao sofrimento emocional advindos do adoecimento e as crenças relacionadas ao este ambiente (LAZARUS; FOLKMAN, 1984; MORGON; GUIRARDELLO, 2004; URIZZI et al., 2008).

A maneira que se responde ao fator estressor é influenciada pela intensidade, pela duração e como este se apresenta e interfere nas questões emocionais de cada indivíduo. Podendo levar a consequências psicológicas, e estas gerar alterações cognitivas e percepção distorcidas do ambiente. Daí a importância do movimento de resiliência neste contexto ambiental, possibilitando novos comportamentos frente ao adoecimento, ao ambiente, encontrando a maneira mais funcional e adaptativa de passar por este momento de incertezas que remete o adoecimento e a internação em UTI (BITTENCOURT et al., 2007).

Flach (1991) atribui o uso do termo resiliência, visando descrever as forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar com sucesso as mudanças na vida. Para esse autor, a capacidade de amar, trabalhar, ter expectativas e projetos de vida é a base onde as habilidades humanas apoiam-se para ser utilizadas diante das adversidades da vida.

Diante desse ambiente tido como estressor, os indivíduos que desenvolvem habilidades para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la, que consegue gerar forças para resolver conflitos que a internação em uma UTI pode suscitar, de forma construtiva, são consideradas pessoas em momento de resiliência (RUTTER, 1985; RUDNIKI, 2007; ROBERTSON; COOPER, 2013; ANDRADE, REZENDE, 2014).

4. METODOLOGIA

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo. Para Minayo (2010, p. 57), os estudos qualitativos compõem:

“o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

No estudo qualitativo, é possível descrever a subjetividade da investigação, versando sobre os conceitos emergentes com a finalidade de mensurar e aprimorar o conhecimento da área estudada, contribuindo desta forma com a construção de novos saberes e novos fazeres.

4.2. LOCAL DE ESTUDO

Esta pesquisa foi realizada na UTI de um hospital geral de grande porte, localizado na região da Planalto Catarinense. O hospital oferece ações de assistência em saúde 24 horas por dia, realizadas durante todos os dias da semana, incluindo feriados. É referência em Alta Complexidade nos atendimentos de Neurocirurgia/Neurologia, Ortopedia/ Traumatologia, além de realizar atendimento multiprofissional em várias áreas (BRASIL, 2015).

A UTI é o setor responsável pelo atendimento contínuo às pessoas que apresentam alguma doença grave e necessitam de profissionais e equipamentos especializados para a manutenção de suas funções vitais, visando seu bem-estar biopsicossocial (RESENDE; ANDRADE, 2014). Esta UTI possui 10 leitos, com taxa de ocupação mensal de aproximadamente 99%, sendo os leitos preparados para o atendimento de pacientes mais graves ou com infecção resistente e/ou persistente.

O ambiente é um salão com aproximadamente 120 metros quadrados, sem paredes que separam os leitos, que ficam dispostos lado a lado, numa distância de aproximadamente 01 (um) metro entre eles, posicionados em três paredes do salão num formato de U, sendo quatro à direita, quatro à esquerda e um no fundo. Nesta UTI também há um leito de isolamento que é fechado com paredes que possuem duas janelas de vidro para visualização do doente pela equipe que fica na entrada do salão à esquerda.

O salão contém quatro janelas de vidro, com persianas integradas de rolar, com 1,5 m² que estão numa altura média de 1,80m e duas janelas basculante com 1,5m X 0,50m. Para iluminação do ambiente, cada leito tem uma luminária retangular, de teto, além da iluminação na cabeceira do leito. Para climatizar o ambiente, contém quatro aparelhos de ar condicionado do tipo Split de 18 mil BTU. Na entrada do salão à esquerda fica o quarto de isolamento.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram entrevistados 16 pacientes entre 28 e 69 anos, 10 do gênero masculino e 06 do gênero feminino, internados na referida UTI.

4.3.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.

Quanto aos critérios de inclusão, considerou-se que os entrevistados necessitariam estar conscientes², sem sedação³, não estar intubado⁴ ou fazendo uso de qualquer medicação que alterasse seu nível de consciência ou sua capacidade de interagir verbalmente, sendo esta verificada subjetivamente pela pesquisadora. Fez-se necessário que as pessoas aceitassem participar da pesquisa, assinando o TCLE ou autorizando um familiar a assiná-lo. Os pacientes que não cumpriram estes critérios foram excluídos. O tempo de internação do paciente na UTI, não foi um fator de inclusão ou exclusão, pois a rotatividade de pacientes na UTI está diretamente relacionada às mudanças do quadro clínico e óbitos, fatores de difícil mensuração em pacientes críticos.

² Consciência: estado que permite o ser humano a percepção do ambiente e de si, de maneira orientada e congruente, respondendo verbalmente ou fisicamente a comandos e a questionamentos de forma clara e objetiva (KNOBEL et al., 2006).

³ Sedação: é um estado de rebaixamento de consciência induzido por droga, podendo ser, leve, moderada ou sedação profunda (KNOBEL et al., 2006; MACHADO, 2008).

⁴ Intubação: introdução de um tubo na traqueia através da boca ou nariz, para auxiliar o paciente que não está em condições de respirar espontaneamente (BONASSA, 2000).

4.4 ESTRATÉGIAS DE AÇÃO E COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, buscou-se junto à equipe médica e de enfermagem o rol de pessoas internadas, sendo questionadas as condições clínicas e níveis de sedação dos pacientes, com vistas a identificar possíveis participantes do estudo. Feito isso, foi realizado o primeiro contato com o participante da pesquisa, sendo que neste momento foram realizadas apresentações e explicações acerca dos objetivos e métodos da pesquisa, destacando elementos essenciais para a compreensão do que se tratava a pesquisa, sua finalidade, quanto tempo demoraria a entrevista e sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Depois de aceito e assinado o TCLE, era iniciada a coleta de dados, que poderia ser feita em mais de um momento, pois os doentes críticos ficavam debilitados e se cansavam com facilidade.

A entrevista semiestruturada foi empregada como técnica de coleta de dados, destacando que:

“[...] é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes, tendo em vista este objetivo” (MINAYO, 2010, p. 261).

Foi utilizado o formato de diálogo, iniciando com perguntas de investigação social, idade, escolaridade, religião, estado civil, com quem reside, profissão, e perguntas orientadoras e facilitadoras do diálogo (APÊNDICE B), deixando livre para as próximas questões que surgiram

durante a entrevista de coleta de dados, favorecendo a singularidade das respostas (BARDIN, 2011; MINAYO, 2012).

Neste momento da entrevista foi importante observar à forma que as respostas eram dadas pelos participantes da pesquisa, pois não somente o conteúdo falou por si só, mas a linguagem corporal e as expressões faciais complementaram a análise, sendo registradas as observações da pesquisadora em diário de campo. Estima-se que cada entrevista teve a duração aproximada de 20 minutos. As entrevistas foram gravadas em arquivo de áudio digital e logo após a sua realização foram transcritas usando o *software* Word[®] versão 2010. Os registros foram realizados logo após o encerramento da entrevista e são parte do *corpus* de dados do estudo. Assim, avaliar o todo e não somente as partes contribuiu significativamente para a análise, conferindo rigor científico a esta pesquisa.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Foram realizadas análises de conteúdo dos dados (BARDIN, 2011) utilizando Softwares Atlas.Ti[®] versão 7.0.

Por se tratar de análise qualitativa, que investiga a complexidade humana em seu aspecto subjetivo, levando em conta a experiência e significação destas, foram analisados os dados de maneira a integrar as evidências, codificando-as a fim de dar consistência ao conteúdo coletado (GIBBS, 2009).

Em cada entrevista foram identificados os conteúdos que foram compilados sistematicamente de maneira que representam a mesma ideia, e assim foram gerados códigos. Tais códigos agregaram-se

formando as categorias por representações, que são partes das respostas, que serviram de base para a descrição do fenômeno e da construção teórica do estudo (GIBBS, 2009; BARDIN, 2011).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

Esta pesquisa foi submetida para avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UNIPLAC, via Plataforma Brasil, sob número do CAAE 51656215.6.0000.5368, sendo aprovada sem restrições por meio do parecer nº 1.487.821, na data de 12 de abril de 2016 (ANEXO A), estando em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, em suas Disposições Preliminares:

“A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado”.

Para que o paciente aceitasse participar da pesquisa, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em voz alta, eximindo qualquer dúvida, esclarecendo que a participação era voluntária e que não geraria custos/ônus para o participante. Após a aceitação, o TCLE foi assinado em duas vias pelo pesquisador e pelo participante ou familiar autorizado, ficando uma via em poder do familiar por

recomendação da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares, a fim de reduzir a quantidade de materiais externos no ambiente da UTI.

4.6.1 Benefícios do estudo

Pode-se considerar como benefício desta pesquisa a contribuição para a maior compreensão acerca dos elementos estressores que podem interferir no estado emocional e fisiológico e quais são os movimentos de resiliência em que se encontram os pacientes internados em uma UTI. Este poderá contribuir para a ampliação do conhecimento científico na área, além de fornecer subsídios para a prática profissional da equipe multidisciplinar.

4.6.2 Riscos do estudo

Os riscos dessa pesquisa foram de ordem emocional, uma vez que foram fomentadas questões relativas ao estresse e resiliência, porém destaca-se que pela formação da pesquisadora foi oferecido auxílio psicológico para dirimir tais questões, bem como poderiam contar com o apoio da instituição hospitalar para atender qualquer eventualidade de ordem biopsicossocial decorrente desta pesquisa. Entretanto destaca-se que não houve nenhuma intercorrência biopsicossocial em virtude dessa pesquisa.

4.6.3 Critérios de confidencialidade/privacidade

As publicações científicas que serão geradas a partir dessa pesquisa manterão o anonimato, sendo que para garantir a confidencialidade e/ou privacidade, os nomes dos participantes foram substituídos por siglas ou códigos. Somente as pesquisadoras têm acesso ao material coletado.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em conformidade com as regras de pesquisa e publicação do PPGAS, para obtenção do título de mestre os resultados estão apresentados no formato de manuscrito, que será submetido à publicação.

5.1 RESILIÊNCIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo que teve como objetivo geral: compreender o processo de resiliência em pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI. Foi desenvolvido em uma UTI de um hospital geral de grande porte, localizado no Planalto Catarinense. Foram entrevistados 16 pacientes com idade entre 28 e 69 anos, 10 do sexo masculino e seis do sexo feminino, por meio de roteiro semiestruturado com áudio gravado. A pesquisa respeitou os aspectos éticos, sendo aprovada por parecer nº 1.487.821 de 2016. Foi realizada análise de conteúdo evidenciando três grandes eixos no movimento da resiliência de pacientes internados em UTI, que se referem aos fatores de proteção, fatores de risco e a resiliência. Com relação aos fatores de proteção foram identificados que o acolhimento por parte da equipe gera confiança no tratamento e nos cuidados, fazendo com que o paciente os identifique como fonte de suporte para o enfrentamento das adversidades. Como fatores de risco o pesar pelo adoecimento desperta no indivíduo sentimento de confronto com a morte, sendo que a internação na UTI passa a ser interpretada como local de desconforto e que implica no estabelecimento de estratégias de adaptação às novas rotinas e à falta de autonomia. Porém, quando o indivíduo inicia o processo de reconhecer o ambiente da UTI como local de cura, de cuidado e de sobrevivência, desencadeia nele sentimentos de pertencimento e com isso o enfrentamento do momento vivido, faz com que se instaure a resiliência.

Palavras-chave: Resiliência; Fatores de proteção; Fatores de risco; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT

It is about a descriptive qualitative study that in general aimed: to understand the resilience process in patients hospitalized in Intensive Care Unit – ICU. It was developed in an ICU from a great general hospital located in the Santa Catarina Plateau. Were interviewed 16 patients between 28 and 69 years old, 10 male and 6 female by semi-organized itinerary with recorded audio. The research respected the ethical aspects, approved by report number 1.487.821 from 2016. It was conducted content analysis showing three main axis on resilience movement from patients hospitalized in ICU, that refer to protection and risk factors, and resilience. Regarding protection factors, were identified that the reception by medical crew create trust on treatment and caring, making the patient identify them as support source for facing the adversities. As risk factors, the grief for illness arouse on the person feelings of death confront, being the ICU hospitalization understood as a place of discomfort, and that imply on establishment of adaptation strategies to new routines and lack of autonomy. However, when the individual began the acceptance of ICU environment process as healing, caring and survival place, initiate on him feelings of belonging, and with it, facing the lived moment makes the resilience to establish.

Keywords: Resilience, protection factors, risk factors, Intensive Care Unit.

INTRODUÇÃO

O conceito de resiliência tem sido utilizado pelas ciências humanas e da saúde para descrever a capacidade que um indivíduo desenvolve para confrontar ou não as adversidades pelas quais ainda não havia passado, como, por exemplo, o diagnóstico de doença crônica ou uma perda de qualquer natureza e que necessite de diferentes formas de enfrentamento. Remete à adaptação ainda que num ambiente desfavorável, objetivando construir ou se reconstruir positivamente diante de tais adversidades (SOUZA, CERVENY, 2006; OLIVEIRA et

al., 2008; ANGST, 2009; BRANDÃO, MAHFOUD, GIANORDOLINASCIMENTO, 2011).

O termo resiliência sugere certo grau de elasticidade diante da pressão e tensão dos problemas vividos pelo indivíduo, passando a ser uma ferramenta de compreensão da experiência humana, ou seja, a capacidade de enfrentar adversidades, de sobrepor-se a elas e, por fim, sair fortalecido das experiências de vida (RUTTER, 1999; SOUZA, CERVENY, 2006; OLIVEIRA et al., 2008; ANGST, 2009; LABRONICI, 2012).

Fazer o movimento resiliente significa enfrentar às barreiras e tomar decisões sem que isso implique em perder o medo das consequências advindas, mas sim, em encontrar maneiras de passar pelo momento estressor de forma funcional. A resiliência conduz o indivíduo para sua zona de segurança, desenvolvendo forças ainda involucras e restabelecendo a harmonia entre seu “EU” e o meio, num processo dinâmico de adaptação positiva, resultando numa combinação entre os próprios atributos, do meio cultural, ambiental, social e familiar, que podem ser reconhecidos como fatores de proteção e de risco segundo a influência que exercem em cada indivíduo (POLSTER; POLSTER, 2001; INFANTE, 2005; OLIVEIRA et al., 2008).

O estresse pode ser um dos fatores de risco capaz de desestabilizar tanto emocionalmente quanto suas funções biológicas e imunológicas impondo ao ser humano enfrentamentos em busca da homeostase (PEREIRA, 2011; GUYTON, HALL, 2011). No caso de pacientes submetidos a tratamentos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), além de todos os abalos fisiológicos também ocorrem alterações emocionais decorrentes do processo de adoecimento como reflexão

sobre a morte, exposição corporal, as crenças negativas relacionadas ao ambiente de UTI que podem ser reconhecidas como fator de risco emocional (SOUSA, SOUZA, 2008; PROENÇA, HEIDEMANN et al., 2011; PEREIRA, 2011). Também ocorre a exposição aos ruídos intermitentes, à iluminação artificial, dentre tantos fatores estressores que interferem de maneira substancial no momento vivenciado por estes seres adoecidos. Assim neste momento, a internação passa a ser reconhecida como fator de risco, aflorando sentimentos de desproteção pois o afastamento do convívio familiar, social e do trabalho pode resultar no sentimento de perda do papel social que desempenham. (YUNES, 2003; LUCCHESI et al., 2008).

Destaca-se que as manifestações da psique também podem influenciar nas funções fisiológicas, desencadeando reações de dor, arritmias cardíacas, hipertensão arterial, problemas no aparelho digestivo e na própria imunidade, deixando o indivíduo mais suscetível às afecções (LIPP, 2003; KING, HAGADOREN, 2006; STUMM et al., 2008; DAVYDOV et al., 2010; HEIDEMANN et al., 2011; BRITO, RODRIGUES, 2011; CARNEIRO, BORGES, 2012).

A maneira como se responde ao fator estressor tem a ver com sua intensidade, duração e como ele se apresenta e interfere nas questões emocionais de cada indivíduo (GUIRARDELLO, 2004; BITTENCOURT et al., 2007; STUMM et al., 2008; URIZZI et al., 2008). Diante desse ambiente potencialmente estressor, os indivíduos que desenvolvem habilidades para reconhecer a dor, tolerá-la e perceber seu sentido, que conseguem gerar forças para resolver conflitos que a internação em uma UTI pode suscitar e encontrar formas de resignificar as dificuldades, são consideradas pessoas em momento de resiliência

(RUTTER, 1985; RUDNIKI, 2007; ROBERTSON, COOPER, 2013; ANDRADE, REZENDE, 2014).

No movimento de resiliência, assim como há fatores de risco, há também os fatores de proteção individual, os quais estão relacionados com os sentimentos e características da personalidade e são construídos ao longo da existência, tais como: autoestima, confiança, flexibilidade, coragem, fé, adaptação, entre outros. Também há os fatores externos, que estão relacionados com a afetividade, convívio harmonioso e estabilidade nas relações, tanto familiares quanto sociais (YUNES, 2003; SALES, SOUGEY, 2012; PESCE et al., 2004; LARANJEIRA, 2007).

Daí a importância do movimento de resiliência neste contexto ambiental, o que torna possível novos comportamentos frente ao adoecimento, de modo a encontrar uma maneira mais prática e adaptativa de passar por esse momento de incertezas que remete o adoecimento e a internação em UTI (INFANTE, 2005; OLIVEIRA et al., 2008; PEREIRA, 2011; LABRONICE, 2012).

Nesta perspectiva o presente estudo considera o seguinte questionamento: Qual o processo de resiliência em pacientes internados em UTI? Assim o objetivo geral norteador da pesquisa é compreender como é o processo de resiliência em pacientes internados em uma UTI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, desenvolvido com grupo de pacientes internados em uma UTI de um hospital geral de grande porte localizado no Planalto Catarinense. No total, foram entrevistados 16 pacientes, com idades entre 28 e 69 anos, sendo 10 do

sexo masculino e seis do sexo feminino. A condição de inclusão na pesquisa foi que os entrevistados deveriam estar conscientes, sem uso de medicamentos sedativos, não estarem com intubação orotraqueal ou fazendo uso de qualquer medicação que alterasse o nível de consciência ou a capacidade de interagir verbalmente, sendo esta verificada subjetivamente pela pesquisadora e por consulta à equipe de saúde.

Instrumentos e procedimento de coleta de dados

O formato de entrevista semiestruturada foi empregado como técnica de coleta de dados. Buscou-se junto à equipe médica e de enfermagem o rol de pessoas internadas, sendo questionadas as condições clínicas e níveis de sedação dos pacientes, com vistas a identificar possíveis participantes do estudo. Foi realizado o primeiro contato com o participante da pesquisa, sendo que neste momento foram realizadas apresentações e explicações acerca dos objetivos e métodos da pesquisa, destacando elementos essenciais para a compreensão do estudo oferecendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois de aceito e assinado o TCLE, foi realizada a coleta de dados, através do diálogo, iniciamos com informações sociais, tais como: idade, escolaridade, religião, estado civil, profissão, pessoas com quem reside e seguido por perguntas específicas acerca da internação hospitalar de sentimentos e vivências de cada participante. A coleta foi realizada por profissional psicólogo habilitado com registro no Conselho Regional de Psicologia, sendo privilegiado o diálogo e a singularidade das respostas (GIBSS, 2009). Algumas entrevistas foram feitas em mais de um momento, pois os participantes eram doentes críticos e estavam debilitados. Durante as entrevistas foi possível observar a

disponibilidade e até mesmo certo grau de ansiedade para responder a pesquisa, porém em nenhum momento averiguou-se constrangimento ou situações que suscitassem desconforto ao entrevistado.

Aspectos éticos e Análise de dados

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UNIPLAC, via Plataforma Brasil, sob número do CAAE 51656215.6.0000.5368. Teve seu início após aprovação, por meio do parecer nº 1.487.821, na data de 12 de abril de 2016, estando em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados coletados foram transcritos para arquivo de texto, utilizando o Microsoft Word 2010. Foram realizadas análises de conteúdo dos dados (BARDIN, 2011) utilizando Softwares Atlas.TI[®] versão 7.0, levando em conta a experiência e significação dadas pelos participantes aos dados, de maneira a integrar as evidências, codificando-as e categorizando-as a fim de dar consistência ao conteúdo coletado (GIBBS, 2009).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A partir dessas questões e após a análise dos dados, foram identificados três grandes eixos no movimento da resiliência de pacientes internados em UTI, que se referem aos fatores de proteção, fatores de risco e a resiliência. Tais eixos geraram conhecimentos que serão descritos a seguir, apresentando os movimentos de resiliência dos

pacientes. Para contextualizar o perfil dos participantes foi elaborado o quadro a seguir:

Quadro 1: Perfil sócio demográfico e de saúde de pessoas internadas na UTI – Planalto Catarinense 2016									
Identificação	Idade	Sexo	Profissão	E. Civil	Religião	Escolaridade	Com quem mora	Doença	Nº de internações na UTI
M1	67	M	Aposentado	Casado	Católico	Alfabetizado	Esposa e filha	Cardíaco	1ª vez
M2	48	M	Encarregado de obras	Casado	Católico	2º Grau	Esposa e filho	Cardíaco	1ª vez
M3	67	M	Aposentado	Soltteiro	Católico	Semianalfabeto	Sozinho	Cardíaco	1ª vez
M4	56	M	Aposentado	Separado	Católico	Semianalfabeto	Filhos	Diabetes	1ª vez
M5	47	M	Motorista	Separado	Católico	Ensino fundamental	Filhas	Cardíaco	1ª vez
M6	37	M	Autônomo	Casado	Católico	2º Grau	Esposa e filha	Cirurgia Bariátrica	1ª vez
M7	28	M	Professor	Casado	Católico	3º Grau	Esposa	Câncer	1ª vez
M8	47	M	Autônomo	Casado	Católico	2º Grau	Esposa e filha	Cardíaco	1ª vez
M9	60	M	Funcionário Público	Casado	Católico	3º Grau	Esposa	Cardíaco	1ª vez

M10	50	M	Autônomo	Casado	Católico	2º Grau	Esposa e filha	Cardíaco	1ª vez
F11	36	F	Desempregada	Casada	Católica	2º Grau	Esposo e filho	Cirurgia Bariátrica	1ª vez
F12	32	F	Autônoma	Casada	Católica	2º Grau	Esposo e filha	Cardíaca	1ª vez
F13	57	F	Do lar	Soltreira	Católica	Ensino fundamental	Mãe	Cirurgia de coluna	1ª vez
F14	60	F	Do lar	Casada	Católica	Semianalfabeta	Marido	Câncer	1ª vez
F15	69	F	Do lar	Viúva	Evangélica	Semianalfabeta	Neto	Cardíaca	2ª vez
F16	59	F	Do lar	Casada	Católica	Ensino fundamental	Marido	Cardíaca	1ª vez

Fonte: dados primários

Através do quadro, pode-se perceber que dos 16 entrevistados, 10 são do sexo masculino e seis do sexo feminino; a menor idade foi 28 anos e a maior idade foi 69 anos; quanto à religião: um evangélico, 15 católicos; nas profissões evidenciou-se que: quatro são do lar, quatro autônomos, um desempregado, três aposentados e sete são economicamente ativos. Quanto ao estado civil: 11 casados, dois solteiros, uma viúva e dois separados, sendo que somente um morava sozinho; escolaridade: um alfabetizado, quatro semianalfabetos, três com ensino fundamental, seis com 2º grau e dois com 3º grau. Quanto aos problemas de saúde que motivaram a internação são: 10 cardíacos,

um com diabetes, dois por cirurgia bariátrica, um por cirurgia de coluna e dois acometidos pelo câncer e somente um paciente havia sido internado pela segunda vez na UTI, os demais estavam internados pela primeira vez.

Reconhecendo os fatores de risco de pacientes internados em UTI

Os conflitos geradores de estresse podem ser de diversos âmbitos e reconhecidos de distintas maneiras, sendo influenciados por domínios físicos, psicológicos e sociais, e modificados pelas crenças, atitudes, valores e percepções de cada indivíduo (GUIRARDELLO et al., 1999; LIPP, 2003).

O adoecimento é fonte geradora de estresse, pois este causa sentimentos de menos valia, não pertencimento, perda da identidade social e familiar, perda da autonomia, entre tantas outras perdas que a doença carrega consigo. Quando se fala em internação em UTI todos estes sentimentos e sensações se exacerbam e se tornam muito mais presentes, pela própria percepção e crenças de isolamento e sobre o adoecimento que permeiam este ambiente (GUIRARDELLO et al., 1999; LEMOS, ROSSI, 2002).

As falas dos participantes do estudo apresentaram o ambiente da UTI como local de maior incidência de estresse. Relataram ainda a ocorrência de confronto entre a vida e a morte, onde o paciente se via sozinho nesta luta, afastado de suas relações familiares e sociais, impossibilitado de decidir sobre si, tendo em vista a especialização da assistência em saúde. Assim observa-se nos relatos a seguir:

“...em casa você sai, levanta, faz o que quer né. Aqui você tem uma série de restrições, este é o pior problema...”M9

” a cama judia né, aí as costas começa a doer, aí você começa a ter sonos pequenos, aí cochila e esses cochilos começa a ter pesadelos, aí você acorda se sente agoniada.. daí...te deixa mais ansiosa, mais nervosa...”F13

“...Não esperava um tratamento assim, apesar do barulho que tem né, não vou dizer que não tenha né...”M5

“...agora tenho aprendido que eu tenho que esperar bastante, eu sempre fui muito paciente, só que agora extrapolou toda paciência que eu tinha, vou ter que buscar um pouquinho mais de paciência...”M7

“...só quero estar no quarto para ter as minhas filhas ao meu lado, gosto de ficar junto com minha família, aqui não posso...” F11

Cada ser humano interpretou os eventos de maneira singular, a partir de sua história de vida, de adoecimento e de enfrentamentos anteriores, porém o adoecimento mostrou-se como causador de sentimentos genéricos de enfrentamento da própria finitude, do dar-se conta da mortalidade do corpo e da possibilidade do deixar de existir, considerando que estes elementos foram negados por toda a vida até a chegada do internamento da UTI.

A literatura aponta que os sentimentos de desesperança, desolação, sofrimento psíquico e a dor física geram, por vezes, ansiedade e confrontos emocionais desestruturantes para quem já está fisicamente abalado. (GUIRARDELLO, 1999; LEMOS E ROSSI, 2002; MOTTA, 2006).

Estudos apontam que ir para o hospital é percebido como estar diante do fracasso da luta entre o adoecer e o estar sadio, assim como ir para UTI torna ainda mais grave a representação desta luta, que por vezes reconhece o ambiente da UTI como lugar inimigo, onde é quase impossível de vencer o adoecimento (GUIRARDELLO, 1999; LEMOS E ROSSI, 2002, SEVERO, 2005; MOTTA, 2006; OLIVEIRA, 2010).

A partir dos dados observamos que tanto o ambiente quanto o adoecimento suscitam sentimentos de finitude e morte, sendo que isso fez com que as pessoas enfrentem tais momentos à sua maneira, como manifestado nos relatos a seguir:

“Quando soube que iria para a UTI achei difícil né... eu digo: Bah Será que eu estou nesse ponto? (a ponto de morrer)...” M5

“...quando vim pra UTI, senti medo de que as coisas não estavam indo bem e que tinha dado algum problema grave para ter que vir para UTI...” F12

“...vi que as coisas não iam dar (falando da morte), neste momento fiquei muito preocupado...” M9

“...poderia ter acontecido o pior também, faltou um pouquinho, pouquinho (para morrer)...” M8

Por fim, quando os participantes reconheciam-se imersos no ambiente da UTI, diante de sua finitude e das representações negativas associadas, percebiam tal ambiente como “um lugar para morrer”. Assim ir pra UTI, significa estar à beira da morte, e isto gera insegurança e medo, que por sua vez aumenta o estresse daquele que já está adoecido, com questões emocionais que o afetam e pré-conceitos como se “a morte pairasse no ar”. Autores colocam que há um estigma

diretamente relacionado entre adoecimento, UTI e morte, (GUIRARDELLO, 1999; LEMOS, ROSSI, 2002). Observa-se nas falas dos entrevistados que a UTI é comparada ao “túnel da morte”:

“a pessoa entrava morrendo e saia morto de lá, quando tocava de ir pra lá era difícil escapar, era o que todo mundo dizia...”M4

“o cara quando dá um problema, quando toca de ir pra UTI, que tá lá no isolado, difícil ele voltar na rua cumprimentar...”M2

“quando vim para a UTI senti medo de que as coisas não estavam indo bem e que tinha dado algum problema pra mim, ter que vir pra UTI...fiquei desesperada.”F16

“...antigamente eu achava que era como um túnel, como se a pessoa quando entra lá ou sarava ou não sarava (morria)...”M9

A UTI foi vista pelos participantes como lugar de desconforto, converge ambiguidades onde o cuidado gera alívio, porém também é rodeada de barulhos intermitentes, luminosidade artificial por 24 horas e incômodos pela presença de equipamentos. Até mesmo os cuidados como a higiene, alimentação, os horários, os cheiros de medicamentos, a exposição corporal podem conduzir à passividade frente à necessidade de se adaptar a esta nova rotina. A literatura aponta que o paciente internado em UTI apresenta necessidades que vão além dos cuidados relacionados a seu adoecimento físico, surgindo demandas de afeto, compreensão, de amor, de carinho e de respeito (OLIVEIRA, 2010). Nas falas a seguir fica perceptível a angústia que os seres adoecidos desenvolveram diante das dificuldades do tratamento.

“...assim como está estes fios aqui, essas coisas me pegando, é porque só concentrando mesmo e muito, muito, muito, minha vontade era de arrancar tudo...”M2

“...eu me sinto presa, alguém me pegando, eu tenho essa fobia, não posso com nada assim, eu não consigo nem usar sapato fechado, eu me sinto presa, aumenta muito meu estresse...”F13

“...não consegui dormir um pouco era pelo que estava em volta, outro porque eu estava delirando e tenho medo de me engasgar por causa da sonda e aí não dormi direito, me engasgo, me afogo, me assusto...”F11

Reconhecendo os fatores de proteção de pacientes internados em UTI

Na presente pesquisa observou-se que fatores de proteção auxiliam no processo de desenvolvimento de resiliência. Ficou evidente que oferecendo informações acerca do estado de saúde/adoecimento, além de ofertar momentos para o diálogo por meio da escuta qualificada possibilitou resignificar o momento vivido e buscar por alternativas de adaptação. Observamos que, quando ocorre o reconhecimento sobre o adoecimento, sua condição de saúde e a terapêutica utilizada, as expectativas errôneas ocorrerão com menor frequência, evitando tensões emocionais,

A falta de informações ao paciente pode gerar alienação e esta tira dos pacientes o direito de decidir sobre sua terapêutica e seu corpo, fazendo-os sentirem-se desrespeitados, deixando-os passivos e sem autonomia. Para que o tratamento tenha sentido é preciso conhecer a

doença e o processo terapêutico a ser percorrido (GUIRARDELLO 1999; LEMOS, ROSSI 2002), conforme evidenciado nas falas a seguir:

“O problema é até descobrir, na hora que descobrimos o que era (infarto) eu me aliviei, porque já recebi o remédio certo e porque que daí já sabe do que se trata né...”M6

“Quando você já está sabendo o que vai fazer já, enquanto você não descobre a coisa é complicada. Quando descobri, consegui aliviar...”M10

“...você pensa assim...não vai ser comigo, mas como aconteceu. Em nenhum momento pensei que não ia dar certo...”F14

“...olha não vou afirmar de certeza, eu achava que não tinha isso aí, mas me disseram que estou com o problema (doença cardíaca) há aproximadamente uns 15 anos...”M3

Percebeu-se durante as entrevistas que quando a equipe responde aos chamados, se mostra acessível e disponível para atender as solicitações e dúvidas dos pacientes, estes desenvolvem sentimentos de pertencimento e acolhimento. Suscitando assim uma relação empática, contribuindo para amenizar as dores emocionais desenvolvidas pelo afastamento e adoecimento. Tais sentimentos são potencializados quando os pacientes reconhecem que a UTI possui recursos tecnológicos especializados que favorecem o tratamento e os cuidados, como podemos perceber nos relatos abaixo:

“...se existe um lugar que a gente é tratado e bem acompanhado 24 horas, é numa UTI...”M6

“...esta UTI é diferente...é privilegiada. Nela só entram os funcionários que trabalham, bem caprichado, de uniforme limpo, de calçado limpo.

Inclusive não pode entrar da rua e entrar direto pra UTI, já é uma prova de que aqui as coisas são boas...começa por aí...”M3

“Então, depois de ter passado pela UTI, a gente pode entender o que é a UTI, nada mais é do que você esta sendo bem assistida, as pessoas estão te assistindo direto, você está sendo vista a todo momento...”F11

Assim, a interação que se estabelece entre equipe e o paciente podem ser entendida como o suporte e fonte de proteção do qual os pacientes estão privados durante a internação na UTI. Assim, pode ser estabelecida relação de transferência do suporte familiar para a equipe de cuidados, pois a comunicação que se estabelece está no nível do simbólico, de imagens e de representações verbais e não verbais (GUIRARDELLO, 1999; LEMOS, ROSSI, 2002, OLIVEIRA, 2010; SOUZA, 2013)

O sentimento de confiança do paciente se revela com o estabelecimento de vínculos com a equipe, que ao desempenhar seu papel de cuidadora e promotora da saúde, por meio de postura solidária e de compreensão emocional com o paciente. Autores apontam que, quando há o desenvolvimento de confiança e de relações solidárias entre pacientes e profissionais ocorre maior adesão dos pacientes aos cuidados e terapêuticas (GUIRARDELLO, 1999; LEMOS, ROSSI, 2002; MOTA, 2006). Neste sentido observamos nos dados que ocorreu uma transferência de sentimentos, sendo o cuidador frequentemente reconhecido como “amigo ou parte da família”, oferecendo suporte para o enfrentamento do momento da adversidade, conforme descritos nas falas a seguir:

“...tenho muita confiança no doutor. Tenho ele mais que um médico, como se fosse um irmão mais velho que cuida de mim. Percebi que quando não deu certo ele disse: “lembra que eu te falei que poderia acontecer?” ele disse aconteceu, mas nós estamos aqui pra resolver...”M7

“...eu tinha assim outra ideia, este carinho que eu ganhei das meninas e dos meninos, foi muito bom, meu Deus do céu, eu não pensava que eu era tão querida pelas pessoas, eu conquistei muita gente aqui...”F14

“...você entra num lugar e acha que é só mais uma e você não é, nossa, elas me cuidam como se fosse o bebezão delas, é muito bom...”F12

Autores colocam que a UTI é um ambiente especializado com recursos tecnológicos para a recuperação da saúde, fazendo com que os pacientes sintam-se seguros (LEMOS E ROSSI, 2002, SEVERO, 2005). Ficou aparente nos dados que confiar no ambiente tecnológico da UTI e na equipe especializada suscita nos pacientes maior esperança relacionada à recuperação da saúde física e a possibilidade de melhora, de retorno para casa, para suas atividades cotidianas, restabelecendo a tranquilidade perdida com o adoecimento e eminência da morte. Isso pode ser observado nas falas a seguir:

“Então eu acredito que as pessoas aqui na UTI, entram pro sossego do tratamento, foi o que coloquei na minha cabeça, durante o que eu via as pessoas falar que era e por minha conta eu tirei minhas conclusões...”M8

“...aqui na UTI, o que eu precisava, o que eu pedi, me ajudaram, por isso que acho mais tranquilo o tratamento...” M5

“...depois de ter passado pela UTI, pode-se entender que nada mais é do que você estar sendo bem assistido, monitorado, com medicação

direta, com equipe te olhando e cuidando o tempo todo...” F15

“...se um dia tiver que estar internado, quero vir pra UTI, é o lugar de mais cuidado, pelo menos pra mim, é o lugar mais certo para ficar...” M1

Outro aspecto relevante foi a crença espiritual, considerada como fator de proteção para a o processo de desenvolvimento da resiliência dos pacientes internados em UTI. A fé estava frequentemente relacionada aos anseios de cura, gratidão e à influência positiva de Deus ou de um Ser sagrado que pode aliviar o sofrimento e que pode “iluminar” a equipe. Autores apontam que a espiritualidade pode fornecer forças para suportar o infortúnio do momento do adoecimento, além de fortalecer o sentimento de confiança e devolver a esperança (LEMOS, ROSSI, 2002; SAPIENZA, PEDROMÔNICO, 2005; BORGES, ZINGLER, 2013)

Observou-se que para os pacientes internados em UTI, ter fé foi acreditar em algo supremo que auxilia no confronto com os momentos de dificuldade, podendo ser considerado um fator de proteção.

“Meu problema no coração graças a Deus eu estou com fé que vou vencer, até falei pro médico... graças a Deus, sempre Deus me deu jeito...”M4

“... daí eu fico vendo como eu tive toda essa sorte sabe, a minha saúde estar reestabelecida, só tenho que agradecer eu rezo muito. Muitas vezes estou quietinha aqui, estou rezando...”F13

Descobrimo a resiliência durante a internação na UTI

Os cuidados 24 horas oferecidos na UTI auxiliam o paciente a reconhecer a possibilidade de cura e de sobrevivência, assim como devolver a liberdade e a autonomia. Através dos cuidados especializados oferecidos, os pacientes perceberam a UTI como ambiente seguro e de recuperação, mesmo após passarem por momentos de estresse e de adoecimento, surgiu a necessidade de mudar o paradigma acerca da UTI. Estudos apontam que havendo um investimento emocional para olhar os aspectos positivos mencionados faz emergir a resiliência para o enfrentamento de situações adversas (GUIRARDELLO, 1999; LEMOS, ROSSI, 2002, OLIVEIRA, 2010).

Como demonstra a figura que segue, a resiliência de pacientes internados em UTI está permeada por fatores de proteção e fatores de risco, que influenciam em quatro elementos essenciais, que se referem à família, a equipe, ao ambiente da UTI e ao convívio social da pessoa adoecida. Estes ao cumprirem seu papel de auxílio e apoio são entendidos como fatores de proteção, porém, quando estes geram desconforto, afastamentos e não cumprem o papel desejado, são interpretados como fatores de risco. tais elementos foram identificados em todas as entrevistas e em síntese podem ser descritos como:

A família: aquela que cuida e que se preocupa, também foi reconhecida como aquela que deixa sozinho na UTI, não por vontade, mas por exigência do ambiente.

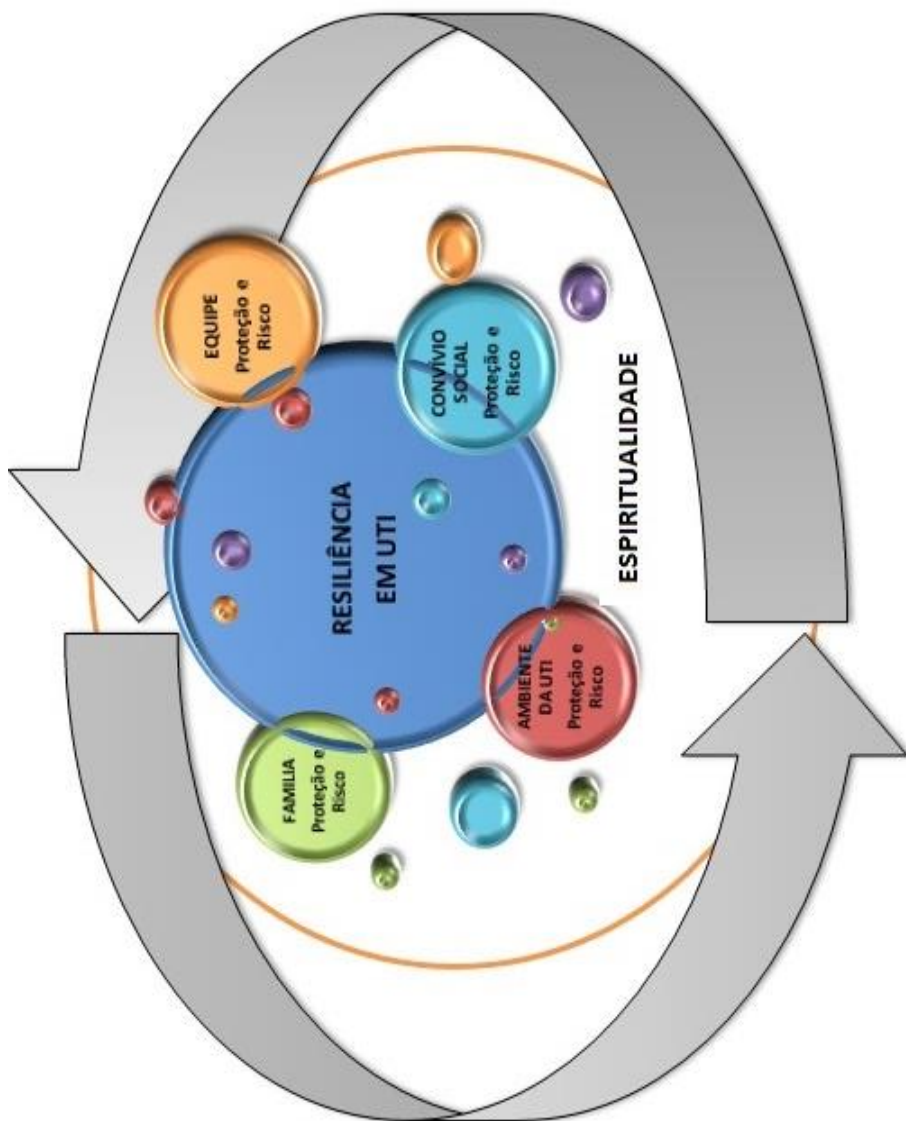
A equipe: aquela que se dispõe a recuperar a saúde, que dá atenção, e que cuida é também a que faz procedimentos dolorosos e invasivos, suscitando a ambiguidade entre cuidado e descuidado.

O ambiente da UTI: reconhecido como tecnológico e humano essencial para o reestabelecimento da saúde, é também o ambiente que afasta do convívio social e familiar, que geram incômodos e desconfortos.

O convívio social: a pessoa adoecida na proximidade sente-se reforçada, acolhida, pertencente, no afastamento sente o desconforto do abandono, da perda da posição social imposta pelo adoecimento e pela internação em UTI.

Esta representação fica suscetível às influências das percepções acerca dos momentos vividos, formando um ciclo de afastamento e aproximação, onde os fatores de proteção em algum momento podem se tornar fatores de risco e vice-versa, e desta forma a busca da arte de suportar, viver e ser feliz, regado pela crença de que há um Ser superior que tudo cuida, tudo pode, acontece o movimento de resiliência.

Figura 1: Resiliência de pacientes internados em UTI.



Fonte: dados primários

CONCLUSÃO

A resiliência se instaura a partir do momento em que é solicitado do ser humano, enfrentamentos de situações adversas e/ou estressoras. Estar internado em UTI requer enfrentamentos, pois ao mesmo tempo convergem anseios pelo reestabelecimento da saúde e luta pela vida que é permeado pelo processo biológico alterado relacionado ao estar doente, que acaba remetendo ao confronto com a morte e com a finitude humana. Tais sentimentos geram estresse que por sua vez dificultam a recuperação da saúde física em função do adoecimento emocional. O recurso interno que cada um lançará mão para passar por tal infortúnio, se revelará de maneira muito individual e particular.

Não foi observado que o tipo de adoecimento, idade ou gênero tenha mudado tais percepções com relação à internação em uma UTI, porém ficou aparente que o que tem poder de interferência são as questões emocionais do adoecer e as crenças que permeiam este ambiente.

Portanto, esta pesquisa recomenda que sejam elaboradas abordagens pré-internação em UTI, com vistas a esclarecer dúvidas e ressignificar crenças negativas acerca do ambiente de UTI, favorecendo o desenvolvimento da resiliência. Esclarecimentos como: Qual o motivo que está sendo internado em uma UTI; O que é o ambiente da UTI; Qual a utilidade de cada equipamento; Como é este ambiente; Quem são os profissionais que cuidarão do paciente, dentre outras informações, poderão prevenir parte do estresse vivenciado pelo indivíduo que está adoecido, em sofrimento emocional pela perda da saúde.

Percebe-se que a resiliência tem cunho singular e individual, destarte, observa-se que o comportamento humano por vezes se repete como num movimento já esperado e característico a todos, muda a forma, porém o fundo permanece o mesmo, assim como nas percepções e crenças sobre o adoecimento, a morte e o ambiente hospitalar de UTI.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Raphael Zardini; RESENDE, Marineia Crosara. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Perspectivas em Psicologia**, v. 18, n.1, p. 194-213, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/29352>> Acesso em: 15 abr. 2015.

ANGST, Rosana. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v.27, n.58, p.253-260, 2009.

ATLAS.TI. **ATLAS.ti: The qualitative data analysis & research software**. 7.1ed, Berlin, 2012.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 53-59, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BONASSA, J. **Ventilação Mecânica**. São Paulo: Atheneu, 2000. 1v.

BORGES, Jeane Lessinger; ZINGLER, Veranice Tatiane. Fatores de risco e de proteção em adolescentes vítimas de abuso sexual. **Psicol. estud.** [online]. 2013, vol.18, n.3, pp.453-463. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000300007>. Acesso em 05 maio 2016.

BRANDÃO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLINASCIMENTO, Ingrid Faria. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v.21, n.49, p. 263-271, 2011. Disponível em: <

<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2015.

BRITO, S.C.; RODRIGUES, E.P. O estresse e a ansiedade na sociedade do século XXI: um olhar cognitivo-comportamental. **Revista FSA.**, Teresina, n.8, p.307-321, 2011

CARNEIRO, Monica Coutinho; BORGES, Carolina Marques. Estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva: revisão da literatura brasileira. **Revista Nursing**, v.15, n.169, p.331-338, 2012.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUIRARDELLO. E. de B. et al. Apercepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev.Esc.Enf.USP.**, v.33, n.2. p. 123-129. jun., 1999.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Guyton & Hall: tratado de fisiologia médica**. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HEIDEMANN, A.M. et al. Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. **Rev. bras. ter. Intensiva**, v. 23, n. 1, mar, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2011000100011&script=sci_arttext> Acesso em 05 jun. 2015.

INFANTE, Francisca. A resiliência como processo: uma revisão de literatura recente. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez (org). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KING, Shirley L; HEGADOREN, Kathy M. An integrative science approach: value added in stress research. **Nursing and health care.**, Oxford, v.8, p.144-199, jun. 2006.

KNOBEL, E. et al. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.625-632, 2012.

LARANJEIRA, Carlos Antônio Sampaio de Jesus. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 327-332, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a12v23n3.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2015.

LEMOS, Rejane Cussi Assunção;d ROSSI, Lídia 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. **Rev. Latino-Am. Enfermagem[online]**. 2002, vol.10, n.3, pp.345-357. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300009>. Acesso em 05 maio 2016.

LIPP, M.E.N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P.C.M.; MARCO, M.A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jun. 2008.

MACHADO, Flávia Ribeiro. **Protocolo três**: sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular. 2008. 15p. Disponível em: <http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334746904protocolo_sedacao.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2015.

MARGIS, Regina; KAPCZINSKI, Flávio. Transtornos Relacionados ao Estresse. In: HETEM, Luiz Alberto B; GRAEFF, Frederico G. **Transtornos de Ansiedade**. Atheneu, 2003. p. 309 - 328.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VERAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol. estud. [online]**. 2006, vol.11, n.2, pp.323-330. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200011>. Acesso em 05 maio 2016.

OLIVEIRA, Érika Arantes de; SANTOS, Manoel Antônio do; MASTROPIETRO, Ana Paula. Apoio psicológico na terminalidade:

ensinamentos para a vida. **Psicol. estud.** [online]. 2010, v.15, n.2, p.235-244. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200002>. Acesso em 05 maio 2016.

OLIVEIRA, Marileide A. de; REIS, Verônica Lima dos; ZANELATO, Luciana Silva; NEME, Carmem. Maria Bueno. Resiliência; análise das publicações no período de 2000 a 2006. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.28, n.4, p.754-766, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a08.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2015.

PEREIRA, M.M. **À beira do leito**: sentimentos de pacientes durante a passagem de plantão em Unidade de Terapia Intensiva. 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado na Assistência à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/14733>> Acesso em 05 maio 2015.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R.V.C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psic Teor Pesq.**, v.20, n.2, p.135-143, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

PROENÇA, M.O.; AGNOLO, C. M.D. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, Jun, p. 279-286, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16953/12772>> Acesso em: 04 abr. 2015.

ROBERTSON, I.; COOPER, C. L. (2013), **Resilience. Stress and Health**, 29: 175–176. Romano, B. W. (1999). Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo.

RUDNIKI, T. (2007). Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 10(2), 84-92.

RUTTER, M. (1985). Resilience in the Face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry**, 147, 589-611.

Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, 57, 316-31.

SALES, Amanda Patrícia; SOUGEY, Everton Botelho. Resiliência e transtorno de estresse pós-traumático. **Neurobiologia**, Recife, v.75, n.1-2, p.167-177, jan./jun., 2012.

SAPIENZA, Graziela; PEDROMONICO, Márcia Regina Marcondes. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicol. estud.** [online]. 2005, vol.10, n.2, pp.209-216. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>. Acesso em 05 maio 2016.

SEVERO, Githânia C.; GIRARDON-PERLINI, Nara Mo. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Scientia medica**, v. 15, n. 1, p. 21-29, 2005.

SOUZA, Laura Vilela; SANTOS, Manoel Antônio dos. Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicol. estud.** [online]. 2013, vol.18, n.3, p.395-404. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000300002>. Acesso em 05 maio 2016.

SOUZA, Marilza Terezinha Soares de; CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v.40, n.1, p. 119-126, 2006. Disponível em: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04013.pdf>. Acesso em 01 jun. 2015.

SOUZA, L.M.; SOUZA, F.E.A. Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 25, n. 3, set, p. 333-342, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2008000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 11 abr. 2015.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; KUHN, Daiane Teixeira; HILDEBRANDT, Leila Mariza; KIRCHNER, Rosane Maria. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.4, p.499-506, 2008.

URIZZI,F.;CARVALHO,L.C; ZAMPA,H.B; FERREIRA,G.L.; GRION, C.M.C; CARDOSO,L.T.Q. Vivência de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva.** 2008. 20(4): 370-375. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf>

YUNES,M.A.M. **Resiliência:** o foco no indivíduo e na família. Congresso Brasileiro de Psicologia, São Paulo, Brasil. 2002

CONCLUSÃO

A resiliência se instaura a partir do momento em que é solicitado do ser humano, enfrentamentos de situações adversas e/ou estressoras. Estar internado em UTI requer enfrentamentos, pois ao mesmo tempo convergem anseios pelo reestabelecimento da saúde e pela luta pela vida é permeado pelo processo biológico alterado relacionado ao estar doente, que acaba remetendo ao confronto com a morte e com a finitude humana. Tais sentimentos geram estresse que por sua vez dificultam a recuperação da saúde física em função do adoecimento emocional.

O recurso interno que cada um lançará mão para passar por tal infortúnio, se revelará de maneira muito individual e particular, pois a história progressiva irá favorecer cada enfrentamento de maneira a suscitar recursos internos.

A relação equipe e paciente também é um fator tanto de cuidado e atenção quando de geradora de estresse, pois a mesma equipe que cuida é aquela que faz procedimentos invasivos e geradores de constrangimento que podem ser que fatores de risco para o desenvolvimento da resiliência do processo de internação para o indivíduo, que se submete em silêncio, passivo aos cuidados que nem sempre são entendidos pelo paciente como cuidado.

A equipe passa a representar a materialização da doença e o confronto com a finitude, se tornando desta maneira um fator de risco. Quando a equipe progride para uma relação empática, comunicativa e compreensiva dos sentimentos que este paciente representa de maneira

singular, para a fazer o papel da equipe amiga, ou seja, fator de proteção.

Percebe-se que o ambiente da UTI, remete a sentimentos divergentes de vida e morte, provenientes muitas vezes da não compreensão e reconhecimento sobre o adoecimento e da necessidade deste tratamento intensivo. Pois se não há sequer um reconhecimento da própria condição de saúde, como reconhecer a necessidade de um tratamento especializado? As crenças que transpassa este ambiente favorecem o desequilíbrio emocional, pois na guerra da imortalidade, estar num ambiente desprovido de recursos internos capazes de sustentar tais enfrentamentos, pode levar o paciente a conflitos psíquicos e impeditivos da resiliência.

Pensar a UTI como ambiente de qualidade de vida, e local privilegiado para viver, enquanto a ameaça da vida falar mais alto este e torna um processo penoso e de grande dificuldade, a não ser que haja recursos emocionais prévios para tais movimentos de enfrentamento, sendo assim algo peculiar.

As crenças independentes de religião tomam lugar de magnitude para desenvolver recursos de acreditar na possibilidade de vida e cura, e assim transpor toda a submissão da qual o adoecimento e internação em UTI remetem o paciente. Os entrevistados traziam este crer em algo capaz de auxiliá-los, dando forças para suportar a dor física, os afastamentos da família, da sociedade, a perda de autonomia, o medo, a ansiedade, e tudo aquilo que carregavam de sofrimento. E caso o infortúnio da morte chegasse, crer em algo superior capaz de leva-los para um lugar de merecimento, aliviava o padecimento de pensar em deixar de existir.

Sem a intensão de concluir, percebe-se que a resiliência tem cunho singular e individual, destarte, observa-se que o comportamento humano por vezes se repete como num movimento já esperado e característico a todos, muda a forma, porém o fundo permanece o mesmo, assim como nas percepções e crenças sobre o adoecimento e morte, ambiente hospitalar e UTI.

Não foi observado que o tipo de adoecimento, idade ou sexo tenha mudado tais percepções com relação à internação em uma UTI, ficou aparente que o que tem poder de interferência são as questões emocionais do adoecer e as crenças que permeiam este ambiente tido como adverso.

Portanto, esta pesquisa recomenda que sejam elaboradas abordagens pré-internação em UTI, com vistas a esclarecer e dirimir dúvidas e crenças negativas acerca do ambiente de UTI, favorecendo o desenvolvimento da resiliência. Esclarecimentos como: Qual o motivo que está sendo internado em uma UTI; O que é o ambiente da UTI; Qual a utilidade de cada equipamento; Como é este ambiente; Quem são os profissionais que cuidarão dele.

Tais atitudes poderão prevenir parte do estresse vivenciado pelo indivíduo que está adoecido e em sofrimento emocional pela perda da saúde e auxiliar neste processo de enfrentamento que se fazem necessários neste momento de dor e incertezas.

REFERÊNCIAS

- ALAMY, Susana. **Ensaio de Psicologia Hospitalar**. 3 ed. Belo Horizonte: Do Autor, 2013.
- ALVES, Glauclie Jussilane and PALERMO-NETO, João. Neuroimunomodulação: sobre o diálogo entre os sistemas nervoso e imune. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2007, vol.29, n.4, pp. 363-369. Epub Aug 03, 2007. ISSN 1809-452X. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006005000052>.
- ANDRADE, Raphael Zardini; RESENDE, Marineia Crosara. Avaliação dos agentes estressores e da resiliência em pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Perspectivas em Psicologia**, v. 18, n.1, p. 194-213, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/29352>> Acesso em: 15 abr. 2015.
- ANGERAMI-CAMON, V.A. (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.
- ANGST, Rosana. Psicologia e resiliência: uma revisão de literatura. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v.27, n.58, p.253-260, 2009.
- ATLAS.TI. **ATLAS.ti: The qualitative data analysis & research software**. 7.1ed, Berlin, 2012.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARLACH, L. **O que é resiliência humana? uma contribuição para construção do conceito**. 2005. 119p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-19062006-101545/pt-br.php>

BARREIRA, Diná Dornelles; NAKAMURA, Antonieta Pepe. **Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos.** Aletheia, n.23, p.75-80, jan./jun. 2006.

BECK,C.L.C. **O processo de viver, adoecer e morrer: reflexões com familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva..** 1995. Dissertação [Mestrado] Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

BIANCHINI, D.C.S.; DELL'AGLIO, D.D. **Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso.** Paidéia, Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, v. 16, n. 35, p. 427-436, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2006000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BITENCOURT, Almir Galvão Vieira et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 53-59, Mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2015.

BONASSA, J. **Ventilação Mecânica.** São Paulo: Atheneu, 2000. 1v.

BORGES, Jeane Lessinger; ZINGLER, Veranice Tatiane. Fatores de risco e de proteção em adolescentes vítimas de abuso sexual. **Psicol. estud.** [online]. 2013, vol.18, n.3, pp.453-463. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000300007>. Acesso em 05 maio 2016.

BRANDÃO, Juliana Mendanha; MAHFOUD, Miguel; GIANORDOLINASCIMENTO, Ingrid Faria. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v.21, n.49, p. 263-271, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v21n49/14.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Sistema de informação em saúde.** Brasília: DATASUS,

2015. Disponível em: < <http://cnes.datasus.gov.br/>> Acesso em: 11 de jun. 2015.

_____. _____. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos.** Diário Oficial da União. 13 jun. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 10 ago. 2015.

BRITO, S.C.; RODRIGUES, E.P. O estresse e a ansiedade na sociedade do século XXI: um olhar cognitivo-comportamental. **Revista FSA.**, Teresina, n.8, p.307-321, 2011

CARNEIRO, Monica Coutinho; BORGES, Carolina Marques. Estresse em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva: revisão da literatura brasileira. **Revista Nursing**, v.15, n.169, p.331-338, 2012.

CARVALHO, I.C.M. Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica. **Horiz. antrop.** Porto Alegre, v.9, n.19, p. 283-302, jul. 2003.

CHEN, Edith et al. Socioeconomic status, stress, and immune markers in adolescents with asthma. **Psychosomatic Medicine**, v. 65, n. 6, p. 984-992, 2003.

DAVYDOV, Dmitry M; STEWARTB, Robert; RITCHIEC, Karen; CHAUDIEUC, Isabelle. Resilience and mental health. **Clinical Psychology Review**, v.30, n.5, p. 479–495, 2010.

ERIKSON, E. H. **Infância e sociedade.** 23 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

GORAYEB, R. **A prática da psicologia hospitalar.** Ed. UEL.Internet) 2001.[citado Psicologia Clínica e da Saúde – Organização: Maria Luiza Marinho e Vicente E. Caballo – Editora: UEL – Granada: APICSA, 2001 – Páginas: 263-278. Disponível em:

http://www.nelydecastro.com.br/publicacao/artigos/pratica_psicologia_hospitalar.pdf

GUIRARDELLO, E. de B. et al. Apercepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev.Esc.Enf. USP.**, v.33, n.2. p. 123-129. jun., 1999.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Guyton & Hall**: tratado de fisiologia médica. 12 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

HEIDEMANN, A.M. et al. Influência do nível de ruídos na percepção do estresse em pacientes cardíacos. **Rev. bras. ter. Intensiva**, v. 23, n. 1, mar, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2011000100011&script=sci_arttext)

[507X2011000100011&script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-507X2011000100011&script=sci_arttext)> Acesso em 05 jun. 2015.

INFANTE, Francisca. **A resiliência como processo: uma revisão de literatura recente**. In: MELILLO, Aldo; OJEDA, Elbio Néstor Suárez (org). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

KING, Shirley L; HEGADOREN, Kathy M. An integrative science approach: value added in stress research. **Nursing and health care.**, Oxford, v.8, p.144-199, jun. 2006.

KNOBEL, E. et al. **Terapia Intensiva: Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2006.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.625-632, 2012.

LARANJEIRA, Carlos António Sampaio de Jesus. Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão de literatura. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 23, n. 3, p. 327-332, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n3/a12v23n3.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2015.

LAZARUS, R.S. ; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York. Ed. Springer. 1984.

LEMOS RCA, ROSSI LA. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2002;10(3):345-57

LIPP, M.E.N. **Mecanismos neuropsicológicos do stress**: teoria e aplicações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LUCCHESI, F.; MACEDO, P.C.M.; MARCO, M.A. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Rev. SBPH.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, jun. 2008.

LUNARDI,W.D; NUNES, A.C; PAULETTI,G.; LUNARDI, V.L. As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Gerais. **Revista Família, Saúde e Desenvolvimento**.2004. v.6, n.2, p.100-109. Disponível em: ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/download/8061/5682

MACHADO, Flávia Ribeiro. **Protocolo três: sedação, analgesia e bloqueio neuromuscular**. 2008. 15p. Disponível em: < http://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334746904protocolo_sedacao.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2015.

MAIA. A, M. **Emoções e Sistema Imunológico: um olhar sobre a psiconeurobiologia**. Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2002, 2, 207-225. <http://hdl.handle.net/1822/5826>

MAIA, Joviane Marcondelli Dias; WILLIAMS, Lucia Cavalcanti de Albuquerque. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. **Temas em Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 91-103, 2005. Disponível em: < <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol13n2/PDF/v13n02a03.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

MARGIS, Regina; KAPCZINSKI, Flávio. **Transtornos Relacionados ao Estresse**. In: HETEM, Luiz Alberto B; GRAEFF, Frederico G. *Transtornos de Ansiedade*. Atheneu, 2003. p. 309 - 328.

MAROSTI CA, Dantas RAS. Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma unidade coronariana. **Acta Paul de Enfermagem** , 2006; 19(2): 190-5

McDANIEL, S. H.; HEPWORTH, J.; DOHERTY, W. J. **Terapia Familiar Médica: um enfoque biopsicosocial às famílias com problemas de saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MORGON,F.H; GUIRARDELLO,E.B. Validação da escala de razão das necessidades de familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.12 no.2 Ribeirão Preto Mar./Apr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000200008&script=sci_arttext.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VERAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicol. estud.** [online]. 2006, vol.11, n.2, pp.323-330. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722006000200011>. Acesso em 05 maio 2016.

OLIVEIRA, Marileide A. de; REIS, Verônica Lima dos; ZANELATO, Luciana Silva; NEME, Carmem. Maria Bueno. Resiliência; análise das publicações no período de 2000 a 2006. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.28, n.4, p.754-766, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a08.pdf>>. Acesso em 01 jun. 2015.

PEREIRA, M.M. **À beira do leito: sentimentos de pacientes durante a passagem de plantão em Unidade de Terapia Intensiva**. 2011. 94 f. Dissertação (Mestrado na Assistência à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/14733>> Acesso em 05 maio 2015.

PEREIRA, Raquel Paganini; TOLEDO, Ronaldo N.; AMARAL, José Luiz G. do and GUILHERME, Arnaldo. Qualificação e quantificação da exposição sonora ambiental em uma unidade de terapia intensiva geral. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** [online]. 2003, vol.69, n.6, pp. 766-771. ISSN 0034-7299. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-72992003000600007>.

PESCE, R.P.; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.; OLIVEIRA, R.V.C. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psic Teor Pesq.**, v.20, n.2, p.135-143, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2015.

PESSINI, Leo; BERTACHINI, Luciana (orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 2ª ed. Edições Loyola: São Paulo, 2004

PITTA, AMF - **Hospital, dor e morte como ofício**. Hucitec, 2ºed., São Paulo, 1991.

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

PROENÇA, M.O.; AGNOLO, C. M.D. Internação em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 2, Jun, p. 279-286, 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/16953/12772>> Acesso em: 04 abr. 2015.

RECKZIEGEL, Juliana Cristina Lessmann. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres**. 2014. 200p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

RIBEIRO, K.R.B. **O sofrimento do paciente na UTI: escutando a sua experiência**. 2009. 90p. Dissertação (Mestrado na Assistência à Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009. Disponível em: <[http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14669/1/Kati aRBR.pdf](http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/14669/1/Kati%20aRBR.pdf)>. Acesso em 11 abr. 2015.

ROBERTSON, I.; COOPER, C. L. (2013), **Resilience. Stress and Health**, 29: 175–176. Romano, B. W. (1999). Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais. São Paulo: Casa do Psicólogo.

RUDNIKI, T. (2007). Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 10(2), 84-92.

RUTTER, M. (1985). Resilience in the Face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 589-611. Rutter, M. (1987) Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-31.

RUTTER, Michael. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. *Journal of Family Therapy*, v. 21, p. 119-144, 1999

SALDANHA, N. **Pela preservação do humano: antropologia filosófica e teoria política**, 2ª Ed. São Paulo: Girafa. 2011.

SALES, Amanda Patrícia; SOUGEY, Everton Botelho. Resiliência e transtorno de estresse pós-traumático. *Neurobiologia*, Recife, v.75, n.1-2, p.167-177, jan./jun., 2012.

SAPIENZA, Graziela; PEDROMONICO, Márcia Regina Marcondes. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol. estud.* [online]. 2005, vol.10, n.2, pp.209-216. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>. Acesso em 05 maio 2016.

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)

SEBASTIANI, R. W. **Atendimento psicológico em UTI**. In: CAMON, V. A. A., (org.) *Psicologia hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar*. 2ª ed. São Paulo, Traço, 1984, p. 68-75.

SELYE, H. **Stress, a tensão da vida**. São Paulo: Ibrasa – Instituto Brasileiro de Difusão Cultural, 1959.

SEVERO, Githânia C.; GIRARDON-PERLINI, NARA MO. Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes. **Scientia medica**, v. 15, n. 1, p. 21-29, 2005.

SOUZA, Laura Vilela; SANTOS, Manoel Antônio dos. Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. **Psicol. estud.** [online]. 2013, vol.18, n.3, p.395-404. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000300002>. Acesso em 05 maio 2016.

SOUZA, Marilza Terezinha Soares de; CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira. Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology**, v.40, n.1, p. 119-126, 2006. Disponível em: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04013.pdf>. Acesso em 01 jun. 2015.

SOUZA, L.M.; SOUZA, F.E.A. Percepções sociais de pacientes sobre profissionais de saúde e outros estressores no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 25, n. 3, set, p. 333-342, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2008000300002&script=sci_arttext. Acesso em: 11 abr. 2015.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; KUHN, Daiane Teixeira; HILDEBRANDT, Leila Mariza; KIRCHNER, Rosane Maria. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.4, p.499-506, 2008.

TOMÉ, G. **Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade**. 1ª ed. Lisboa: LDA, 2012.

URIZZI,F.;CARVALHO,L.C; ZAMPA,H.B; FERREIRA,G.L.; GRION, C.M.C; CARDOSO,L.T.Q. Vivência de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. 2008. 20(4): 370-375. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n4/v20n4a09.pdf>

WRIGHT, Rosalind J. et al. Chronic caregiver stress and IgE expression, allergen-induced proliferation, and cytokine profiles in a birth cohort predisposed to atopy. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, v. 113, n. 6, p. 1051-1057, 2004.

YUNES, M.A.M. **Resiliência: o foco no indivíduo e na família.** Congresso Brasileiro de Psicologia, São Paulo, Brasil. 2002

ZIMMERMAN, PR; BERTUOL, CS – **O paciente na UTI. In Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência.** Botega, NJ. (org).– Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM AMBIENTE E SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, ouça atentamente as informações e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, _____
_____, residente e domiciliado

_____,
portador da Carteira de Identidade, RG _____, nascido(a)
em ____/____/_____, concordo de livre e espontânea vontade *em
participar como voluntário* da pesquisa “**RESILIÊNCIA EM
PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**”. Declaro que obtive todas as informações necessárias,
bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por
mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo faz parte de uma dissertação de Mestrado, realizado pela aluna Maria Célia Bini (Psicóloga) e Coordenado pela Professora Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel (Enfermeira) e pela Dra. Bruna Fernanda da Silva (Bióloga) que pretende compreender o processo de resiliência em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva – UTI, de um hospital da região serrana de Santa Catarina.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois estudos sobre este tema pode enriquecer a área, além de oferecer subsídios para o desenvolvimento de estratégias de redução do estresse e promoção da resiliência dos pacientes, permitindo o aprimoramento das práticas de profissionais da saúde no âmbito da assistência ao paciente, dentro da UTI, tornando o processo de hospitalização menos estressor.
3. Participarão da pesquisa, pacientes entre 20 e 70 anos, de ambos os sexos, internados na referida UTI. Os entrevistados necessitarão estar conscientes, sem sedação ou qualquer medicação que altere seu nível de consciência, ser capaz de interagir verbalmente, sendo esta verificada subjetivamente pela pesquisadora, e/ou não estar intubado. Os pacientes que não cumprirem estes critérios serão excluídos. O tempo de internação do paciente na UTI, não será um fator de inclusão ou exclusão. Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa não será determinado à priori o número de participantes do estudo, porém estima-se que serão realizadas aproximadamente 20 entrevistas.
4. Será feito inicialmente, levantamento de dados junto à equipe médica e de enfermagem o rol de pessoas internadas, para informações das condições clínicas e níveis de sedação dos pacientes, com vistas a identificar possíveis participantes do estudo, conforme critérios já mencionados. Após este levantamento, inicia-se a pesquisa utilizando o formato de diálogo, com perguntas de investigação social, idade, escolaridade, religião, estado civil, com quem reside, profissão, e perguntas orientadoras e facilitadoras do diálogo. Como: É a primeira vez que interna em uma unidade de terapia intensiva? Já estava doente antes de vir pra UTI? Qual é a sua percepção com relação ao ambiente de UTI?, deixando livre para as próximas questões que surgirem durante a entrevista de coleta de dados, favorecendo a singularidade das respostas. A duração da entrevista será de aproximadamente 20 minutos. A linguagem corporal e as expressões faciais complementarão a análise, sendo registradas as observações da pesquisadora em diário de campo. As entrevistas serão gravadas em arquivo de áudio digital e logo após a sua realização serão transcritas.
5. Os riscos dessa pesquisa ficam na ordem do emocional, uma vez que serão fomentadas questões relativas ao estresse e resiliência, porém destaca-se que pela formação da pesquisadora será oferecido auxílio psicológico para dirimir tais questões no momento que elas surgirem, bem como poderão contar com o apoio da instituição hospitalar para

- atender a qualquer eventualidade de ordem biopsicossocial decorrente desta pesquisa.
6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois considera-se como benefício a contribuição para a maior compreensão acerca dos elementos estressores que podem interferir no estado emocional e fisiológico e quais são os movimentos de resiliência em que se encontram os pacientes internados em uma UTI. Este poderá contribuir para a ampliação do conhecimento científico na área, além de fornecer subsídios para a prática profissional da equipe multidisciplinar.
 7. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Profa. Dra. Juliana Cristina Lessmann Reckziegel – julianalessmann@gmail.com 48 – 91673838 ou a Profa. Dra. Bruna Fernanda Silva – brusilvabio@gmail.com 49 – 99060705 ou a mestranda Maria Célia Bini – mcelia_bini@hotmail.com 48 – 99772342.
 8. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico e não terá interferência no meu atendimento médico, psicológico ou nos cuidados de enfermagem durante minha hospitalização.
 9. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.
 10. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa que estarão disponíveis na versão final da dissertação de mestrado de Maria Célia Bini, na Biblioteca da UNIPLAC ou no Programa de Pós Graduação em Ambiente e Saúde – UNIPLAC, usando critérios de busca os nomes dos autores responsáveis pela pesquisa ou pelo nome da pesquisa: **“RESILIÊNCIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA”**.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, ____ de _____ de _____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Assinatura

Dra. Juliana Cristina
Lessmann Reckziegel

Assinatura

Mda. Maria Célia Bini

Endereço institucional para Contato:

UNIPLAC - Universidade do Planalto Catarinense
Setor: Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde
Endereço: Av. Castelo Branco, 170 – Bloco I - Sala 1226.
Bairro Universitário. Cep: 88.509-900, Lages-SC
(49) 3251- 1143

Comitê de Ética em Pesquisa UNIPLAC

(49) 3251-1086

Email: cep@uniplaclages.edu.br e cepuniplac@gmail.com

APÊNDICE B: Roteiro de entrevista

A seguir serão descritos alguns questionamentos que serão efetuados nas entrevistas. Destaca-se que são questões norteadoras, sendo privilegiado o diálogo livre, ou seja, outras perguntas poderão ser realizadas durante a entrevista.

Data:

Nome:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Profissão:

Religião:

Escolaridade:

Com quem mora:

É a primeira vez que interna em uma unidade de terapia intensiva?

Já estava doente antes de vir pra UTI?

Qual é a sua percepção com relação ao ambiente de UTI?

Como está seu sono?

Como está se sentindo?

Possui algo que deseja relatar?

ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RESILIÊNCIA EM PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA

Pesquisador: Juliana Lessmann Reckziegel

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51656215.6.0000.5308

Instituição Proponente: Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.487.821

Apresentação do Projeto:

O projeto é interessante e apresenta argumentos suficientes sobre a importância do seu desenvolvimento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos estão devidamente descritos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A apresentação dos riscos e benefícios está de acordo com a Resolução 468 de 2012.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa possui interesse científico e encontra-se fundamentada na bibliografia especializada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes na pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A análise dos documentos, no que concerne a ética na pesquisa, indica a aprovação para a realização desta pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e preposições, do

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226

Bairro: Universitário

CEP: 88.509-900

UF: SC

Município: LAGES

Telefons: (49)3251-1066

E-mail: cep@uniplaclages.edu.br

Continuação do Parecer: 1.487.821

modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 486/2012.

- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP, Interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_633642.pdf	03/03/2016 19:19:18		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Maria_Celia_corrigido.pdf	03/03/2016 19:17:08	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto_mestrado_Maria_Celia.pdf	27/11/2015 20:00:51	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Investigador				
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_compromisso_pesquisador_responsavel_Moelia.pdf	27/11/2015 19:57:24	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicoes_Moelia.pdf	27/11/2015 19:57:03	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	27/11/2015 19:40:42	Juliana Lessmann Reckziegel	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226
 Bairro: Universitário CEP: 88.509-900
 UF: SC Município: LAGES
 Telefons: (49)3251-1065 E-mail: cep@uniplacages.edu.br

UNIVERSIDADE DO PLANALTO
CATARINENSE - UNIPLAC



Continuação do Parecer: 1.487.821

LAGES, 11 de Abril de 2016

Assinado por:
Odila Maria Waldrich
(Coordenador)

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226
Bairro: Universitário **CEP:** 88.509-900
UF: SC **Município:** LAGES
Telefone: (49)3251-1066 **E-mail:** cep@uniplaclages.edu.br