



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**KARINA DE OLIVEIRA FREITAS
ROSANA SANTOS BEZERRA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PACIENTES
INTERNADOS NO CTI SOBRE O PROCESSO SAÚDE DOENÇA E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE SI**

**BELÉM
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

**KARINA DE OLIVEIRA FREITAS
ROSANA SANTOS BEZERRA**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PACIENTES
INTERNADOS NO CTI SOBRE O PROCESSO SAÚDE DOENÇA E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE SI**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Faculdade de Enfermagem
da Universidade federal do Pará, como
requisito para obtenção do grau de
enfermeira.

Orientadora: Prof^ª. MSC. Esleane Vilela
Vasconcelos.

**BELÉM
2015**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMILIARES DE PACIENTES
INTERNADOS NO CTI SOBRE O PROCESSO SAÚDE DOENÇA E SUAS
IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE SI**

KARINA DE OLIVEIRA FREITAS
ROSANA SANTOS BEZERRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Enfermagem da
Universidade federal do Pará, como requisito para obtenção do grau de enfermeira.

Banca examinadora:

Prof.^a. MsC. Esleane Vilela Vasconcelos

Orientadora

Prof. Dr. Silvio Eder Dias da Silva

UFPA

Prof.^a. Dr.^a. Marília de Fátima Vieira de Oliveira

UFPA

Aprovado em: 29/06/2015

Conceito: **Excelente**

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em nossas vidas, autor de nossos destinos e nosso guia nas horas de angústia; aos nossos pais e familiares que com muito carinho e apoio não mediram esforços para que chegássemos até aqui.

A todos os professores que nos acompanharam durante a graduação, em especial ao Prof^o Dr. Silvio Éder e à Prof^a Msc e orientadora Esleane Vasconcelos, responsáveis pela realização deste trabalho.

Aos amigos, pelas alegrias, tristezas e dores compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção trouxeram-nos momentos de descontração e lazer.

Por fim, dedicamos este trabalho a todos aqueles que de alguma forma estiveram presentes em nossa caminhada, nos apoiando e auxiliando durante esta etapa.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus que nos concedeu forças e saúde para que pudéssemos concluir esta etapa com garra e determinação, a fim de alcançarmos o sucesso profissional.

Aos nossos pais, mediadores dessa trajetória, os quais nos deram todo o incentivo e apoio para a realização deste sonho. Hoje podemos dar a vocês pais: Rubens & Delzeny; Gilberto & Berenice a certeza de que os aprendizados, o caráter e os princípios ensinados não foram em vão.

E ainda aos nossos familiares, os quais nos ajudaram de alguma forma nos momentos ruins tirando-nos um pouco o semblante preocupado.

A nossa Orientadora Prof^a. MsC. Esleane Vilela Vasconcelos, pela paciência e desempenho intelectual que nos ajudaram a concluir esta monografia com êxito.

Ao Prof^o. Dr. Silvio Eder Dias da Silva, que também esteve conosco no desenvolver deste trabalho, nos guiando e instruindo para concretização deste sonho.

A todos os colegas de turma pelos agradáveis momentos vividos e pelo elo de amizade formado.

Às pessoas amigas que direta ou indiretamente foram imprescindíveis para a concretização desta pesquisa.

A todos os entrevistados que colaboraram com esta pesquisa nos proporcionando o valor de um conhecimento inenarrável e gratificante.

A todos o nosso sincero OBRIGADA.

“Não confunda derrotas com fracasso nem vitórias com sucesso. Na vida de um campeão sempre haverá algumas derrotas, assim como na vida de um perdedor sempre haverá vitórias. A diferença é que, enquanto os campeões crescem nas derrotas, os perdedores se acomodam nas vitórias.”

Roberto Shinyashiki

RESUMO

FREITAS, K.O; BEZERRA, R.S. **Representações sociais de familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde - doença e suas implicações para o cuidado de si.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, 2015. Orientadora: Prof^ª. MSC. Esleane Vilela Vasconcelos.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo as representações sociais de familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde doença e suas implicações para o cuidado de si. Para nortear este, traçamos as seguintes questões: Quais as representações dos familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde doença? Qual a implicação destas representações para o cuidado de si? Para responder às questões foram definidos os seguintes objetivos: Identificar e descrever as representações dos familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde doença e analisar as implicações dessas representações para o cuidado de si. Esta pesquisa foi do tipo exploratório descritiva, com uma abordagem qualitativa, adotando a Teoria das Representações Sociais como suporte teórico-conceitual, de acordo com Serge Moscovici e Denise Jodelet. A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas. A mesma técnica foi acrescentada a um questionário para a identificação do perfil sociocultural dos familiares que adentraram ao CTI do HUIBB de Belém do Pará, até a saturação dos dados. Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, optou-se em utilizar a técnica de Bardin. Esta é dividida em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Através desta análise surgiram três temáticas principais: Saúde e Doença: equilíbrio vital; UTI: Morte x Cuidado e; O Cuidado nas representações sociais sobre o processo saúde-doença. Com isso, estabelece-se a importância de se compreender as representações de familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde - doença, a fim de identificar problemas psicossociais que irão interferir na adaptação da vida familiar e social desses indivíduos, os quais poderão ser trabalhados pela equipe multiprofissional para assim melhorar a percepção destes familiares, diante da situação em que se encontram.

DESCRITORES: Enfermagem; Processo Saúde-Doença; Cuidados Intensivos; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

FREITAS, K.O; BEZERRA, R.S. Social representations of family members of patients in the CTI on the health-disease process and its implications for self care.

Work Completion of course (Undergraduate Nursing), Faculty of Nursing, Federal University of Pará, 2015 Advisor: Profª MSC. Esleane Vilela Vasconcelos.

This research has as object of study the social representations of family members of patients in the ICU on the health-disease process and its implications for the care of itself. For this guide, we drew the following questions: What are the representations of family members of patients in the ICU on the health condition? What is the implication of these representations for the care of you? To answer the questions the following objectives were defined: Identify and describe the representations of family members of patients in the ICU on the health-disease process and analyze the implications of these representations for the care of itself. This research was descriptive exploratory with a qualitative approach, adopting the theory of social representations as a theoretical and conceptual support, according to Serge Moscovici and Denise Jodelet. Data collection was conducted through semi-structured interview technique with open questions. The same technique was added to a questionnaire to identify the sociocultural profile of family members who stepped into the ICU of Belém do Pará HUIBB until data saturation. Among the various content analysis techniques, it was decided to use the Bardin technique. This is divided into three main phases: pre-analysis, material exploration and treatment of results. Through this analysis emerged three main themes: Health and Disease: a vital balance; ICU: Death Care and x; The care in the social representations of the health-disease process. With that establishes the importance of understanding family of representations of patients admitted to the ICU on the health - disease process in order to identify psychosocial problems that will interfere with the adaptation of family and social life of these individuals, who may be worked by the multidisciplinary team so as to improve the perception of family members, to the situation in which they find themselves.

KEYWORDS: Nursing; Health-disease process; Intensive Care; Nursing Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1: Distribuição dos sujeitos segundo a idade	41
Gráfico 2: Distribuição dos sujeitos segundo a naturalidade	42
Gráfico 3: Distribuição dos sujeitos segundo situação conjugal	42
Gráfico 4: Distribuição dos sujeitos segundo o grau de instrução	43
Gráfico 5: Distribuição dos sujeitos segundo a profissão	43
Gráfico 6: Distribuição dos sujeitos segundo a religiosidade	44
Gráfico 7: Distribuição dos sujeitos quanto ao grau de parentesco	44
Gráfico 8: Distribuição dos sujeitos quanto tempo de internação de um dos entes da família	44

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Compreendendo o processo saúde-doença	17
2.1.1 Contextualização histórica do Processo Saúde-Doença	17
2.1.2 Processo Saúde-Doença	19
2.1.2.1 Saúde	20
2.1.2.2 Doença	22
2.2 A Unidade de Terapia Intensiva – UTI	24
2.2.1 Aspectos psicossociais relacionados à UTI	26
2.3 A UTI e o Cuidado de Enfermagem	28
2.3.1 O Cuidado De Enfermagem	28
3 ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	31
3.1 Tipo de Estudo	31
3.2 Local da Pesquisa	35
3.3 Sujeitos da pesquisa	36
3.4 Coleta de dados	37
3.4.1 Entrevista semiestruturada	37
3.5 Processo de análise e consolidação dos dados	38
3.6 Aspectos Éticos	40
3.7 Riscos e Benefícios	40
4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	41
4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	41
5 O NASCIMENTO DAS UNIDADES TEMÁTICAS	45
5.1 Saúde e doença: Equilíbrio vital	45
5.1.1 Saúde: expressão positiva do viver	49
5.1.2 Doença: expressão negativa do viver	52
5.2 UTI: Morte x Cuidado	56
5.3 O cuidado nas representações sociais sobre o processo saúde-doença	62
5.3.1 Mudanças no Cuidado de Si: Familiares de pacientes internados no CTI	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74

REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE A	87
APÊNDICE B	89
APÊNDICE C	90

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Muitos são os sentimentos dos familiares de clientes de um centro de terapia intensiva: a angústia, o desespero, o medo da morte, a esperança, o medo do desconhecido, a ansiedade, tristeza, sofrimento e impotência. Saber identificar esses sentimentos pode favorecer uma assistência acolhedora a essa clientela (MAESTRI et al, 2012).

A hospitalização de um ente da família em um centro de terapia intensiva (CTI) causa na família momentos de angústia, sofrimento e desespero. De acordo com Côté e Pettengill (2011) a família vive um intenso sofrimento que é provocado pela condição de saúde de seu parente e pelas interações que vivencia com o ambiente e com os profissionais que ali atuam.

Conforme Silva (2008) deve se ter bem clara a urgência emocional da família que sofre uma crise biológica, ou seja, ligada a patologia do cliente, e uma crise emocional, ligada a repercussão negativa da situação estressante e assustadora na rotina familiar. Por este motivo a enfermagem, como membro da equipe de saúde, precisa estar instrumentalizada para cuidar tanto do ser enfermo como da família como uma unidade.

Embora a saúde da família e a de seus membros seja diferente, elas são interligadas, pois a situação de saúde e doença de um dos membros afeta a saúde de todos. A família é considerada com agente do cuidado de seus membros, e de acordo com Silva (2008) também deve ser considerada com alvo de cuidado dos profissionais de enfermagem, sendo esta, umas das preocupações que devem permear o cotidiano de trabalho de tais profissionais, já que o cuidar é a própria essência e razão das atividades da enfermagem.

Esta pesquisa tem como objeto de estudo as **representações sociais de familiares de pacientes internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI) sobre o processo saúde doença e suas implicações para o cuidado de si**. O interesse por esta temática surgiu durante as aulas de enfermagem em um centro de terapia intensiva, mais precisamente, quando tivemos contato com alguns familiares, pois, a partir desse momento, percebemos que os mesmos também necessitavam de cuidados e não somente seus parentes ali internados, visto que, além do sofrimento causado pela doença do seu semelhante e do estado em que o mesmo se encontrava, ocorre um desequilíbrio em toda a esfera familiar e nos papéis por eles ocupados, precipitando por muitas vezes na desestruturação familiar.

O mesmo interesse pela temática se manteve durante ações desenvolvidas em um projeto de extensão ao qual este estudo é vinculado e que tem por título **O cotidiano de familiares de pacientes internados no CTI**, o qual tem por objetivo conhecer o cotidiano dos familiares que estão com seu parente internado no CTI, o mesmo presta também esclarecimentos quanto ao ambiente e os cuidados que seu familiar está recebendo a partir da educação em saúde e uma assistência humanizada, e outras.

Por meio destes momentos foi evidenciada a relevância do tema no que diz respeito ao entendimento do familiar sobre o processo estar saudável e estar enfermo, perante a hospitalização de um membro da família em um CTI. A partir dessa vivência, a enfermagem poderá implementar metas educativas para um cuidado em saúde de forma eficiente e eficaz para com os familiares, de forma a minimizar o impacto sofrido pela hospitalização.

Segundo Gotardo e Silva (2005) a família é uma expansão do paciente e cuidar dele também requer cuidar de seus familiares, pois estes ficam abalados tanto quanto seus entes queridos, que se encontram em um CTI, comumente mostram-se ansiosos, temerosos, sentindo-se na maioria das vezes desamparados em sua capacidade de intervir e ajudar o seu familiar.

Quando um membro da família é hospitalizado em uma CTI, todo o equilíbrio daquele sistema familiar se abala, pois estes se sentem distanciados e sem possibilidade de assumir parte do cuidado, o que frequentemente gera o sentimento de impotência, desolação e culpa. O viver segundo Backes et al (2009) se manifesta através da saúde e da doença, que são formas únicas, experiências subjetivas e que não podem ser reveladas integralmente por meio de palavras.

O processo saúde e doença em termos da determinação causal pode-se dizer que ele representa o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população e que se modifica, nos diversos momentos históricos e conforme o desenvolvimento científico da humanidade, sendo assim uma expressão particular do processo geral da vida de cada meio social.

Perante esse contexto de saúde e doença encontramos a enfermagem que de acordo com Martins et al (2008) possui papel essencial no apoio ao familiar, sendo para isto importante perceber as diversas formas como a família pode reagir à nova situação e de que modo a enfrenta, pois os sentimentos e os comportamentos da família estão baseados numa série de valores, tais como: a percepção prévia de hospital e do CTI, a gravidade da situação

do doente, a confiança ou não nos trabalhadores de saúde que cuidam de seu ente e o nível de conhecimento sobre o processo de adoecer.

A família é uma associação natural formada por pessoas, unidas por laço de sangue ou de afinidade. Os laços de sangue resultam na descendência. Já a afinidade se dá com a entrada dos cônjuges e seus parentes que se agregam à entidade familiar pelo casamento (NOGUEIRA, 2007).

Segundo Frizon (2011) família é de vital importância nas questões referentes ao processo saúde/doença do seu familiar. Em momentos em que uma pessoa de seu vínculo afetivo, por distintos motivos, necessita hospitalizar-se, em um CTI, ocorre uma ruptura da rede familiar, neste ambiente crítico, a separação do doente de sua família é imposta devido à internação e as rotinas impostas de visitas.

Estudos de acordo com Freitas, Mussi e Menezes (2012) têm revelado que, durante o evento da hospitalização, os familiares sofrem sintomas de ansiedade, depressão e estresse pós-traumático. Fato este relacionada ao modo em que é visualizada a enfermidade, sendo esta muitas vezes influenciada por fatores como: o estágio da vida familiar; o papel desempenhado pela pessoa enferma no lar; as implicações que o impacto da doença causa em cada indivíduo; e o modo como ela se organiza durante o período de doença.

Deste modo, segundo Hayakawa, Marcon e Higarashi (2009) conhecer a rotina da família e seu funcionamento torna-se fundamental para o processo de cuidar, visto que reconhecer as formas adotadas pela família para lidar com a situação de doença constitui um dos passos principais em direção à melhoria da qualidade da assistência neste ambiente, sendo que esta melhoria pode ser alcançada por meio da incorporação de simples ações e atitudes terapêuticas educacionais voltadas às famílias e às necessidades que emergem perante a situação.

Por isso, considera-se que o tema em foco é de grande relevância não somente para atualizar os conhecimentos da comunidade acadêmica quanto ao tema proposto, mas também, para proporcionar a melhor assistência de enfermagem ao familiar de clientes internados em um CTI.

O estudo poderá contribuir para a compreensão das **representações de familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde doença**, identificando problemas psicossociais que irão interferir na adaptação de sua vida familiar e social, os quais poderão

ser trabalhados pela equipe multiprofissional para assim melhorar a percepção destes familiares, diante da situação em que se encontram.

O CTI ainda é um local que para muitos representa um sinônimo de morte, de perda iminente de seu ente querido, a angústia atormenta o familiar, e traz como consequência uma gama de sentimentos e idealizações, relacionadas ao CTI.

A necessidade da pesquisa por meio das representações sociais se deu, por ser este a melhor forma de compreender os sentimentos que perpassam no íntimo destes familiares, no intuito de identificar e planejar ações que possibilitem suprir suas necessidades psicológicas, social e cultural de forma integrada e interativa.

Desta maneira quando abordamos saúde observamos que os conceitos vão além do âmbito fisiológico, abrangendo o bem-estar físico, psicológico, social, espiritual e cultural e de cada indivíduo.

A partir deste entendimento, formulamos as seguintes **questões norteadoras:**

➤ Quais as representações sociais dos familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde doença?

➤ Qual a implicação destas representações sociais para o cuidado de si?

Para responder às questões norteadoras foram definidos os seguintes **objetivos:**

➤ Caracterizar as representações sociais dos familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde doença.

➤ Analisar as implicações dessas representações sociais para o cuidado de si.

A contribuição deste estudo para a enfermagem consistirá em conhecer melhor o cuidador do âmbito familiar, de forma a realizar processo de educação em saúde ao cuidador, afim de que, o mesmo não prejudique o cuidado de si prevenindo implicações no aspecto biopsicossocial, através de uma ampla compreensão sobre o processo saúde-doença a partir de suas representações, a fim de possibilitar que os profissionais de saúde possam elaborar e executar um cuidado para o familiar dentro de um contexto humanizado.

Acredita-se na importância deste estudo, uma vez que contribuirá para expandir o conhecimento da representação dos familiares de pacientes internados no CTI, acerca o processo saúde doença, visto que há inúmeras modificações para o familiar, tanto no contexto pessoal como no social, devido a constante ameaça de morte de seu ente querido.

Nesse contexto, entende-se que é relevante que o profissional enfermeiro, como membro de uma equipe de saúde, perceba a importância de estar conhecendo os sentimentos,

medos e as angústias do familiar que adentra ao centro de terapia intensiva, uma vez que existe toda uma carga sentimental que está diretamente ligada à capacidade do mesmo receber e assimilar orientações, assim como realizar ações de autocuidado, para desta ajudar no restabelecimento da saúde de seu parente ali internado.

Para a enfermagem, este será um acervo relevante no processo de construção de estratégias, uma vez que se conhecerá o problema retratado por quem o vivencia. No que concerne à pesquisa, pretende-se contribuir para a ampliação do conhecimento científico, através da reflexão e discussão dos resultados que serão obtidos, sob a ótica da Representação Social, de forma a motivar outros estudos dessa mesma natureza na área da saúde, possibilitando e estimulando uma nova reflexão entre profissionais e a sociedade de uma forma geral acerca dos sentimentos que permeiam a mente de um familiar perante a internação de seu parente no CTI e sobre o processo saúde doença.

Ressalta-se a importância do estudo, visto que possibilitará a reformulação de concepções e a elaboração de novos conceitos sobre a internação em um CTI e o processo de saúde-doença. Desta maneira torna-se necessário um olhar mais atento por parte da equipe de saúde, em especial a equipe de enfermagem, para com os familiares que se encontram presente no CTI durante o horário de visitas, para assim poderem contribuir na supressão dos pré-conceitos relacionados ao CTI, por ser este ambiente carregado de significados com dor e morte.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Compreendendo o processo saúde-doença

Nessa seção, a pesquisa iniciará uma abordagem sobre o termo composto: saúde-doença, o qual chama atenção por se tratar de uma ideia paradoxal. Uma vez que, entendemos que saúde é um completo bem estar do corpo, da mente e da alma. Contrapondo-se a esta temos a doença que nos remete a concepção de mal estar: dor, sofrimento, medo e morte.

Nesse contexto, surgiu a necessidade de se fazer um retrocesso na linha do tempo, para melhor entender o que as gerações passadas pensavam sobre o tema. De posse desses conhecimentos, procuramos adaptá-las aos nossos dias, para desta maneira, concluirmos o objeto investigado, onde posteriormente o nome saúde doença deixou de ser sinônimo, passando a ter duas concepções distintas: saúde e doença. Assim sendo, elas terão definições distintas para o conjunto do trabalho.

No segundo momento, destacamos a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) contextualizando-a em sua historicidade e o modo como esta é interpretada pela sociedade, e por último abordamos o cuidado de enfermagem tendo como principal pilar a humanização.

2.1.1 Contextualização histórica do Processo Saúde-Doença

A historicidade dos conceitos saúde e doença segundo Arantes e colaboradores (2008) se deu através da necessidade contínua de produção de instrumentos que pudessem orientar o pensamento na busca de soluções para os desafios da vida cotidiana e que pudessem superar a visão mística e religiosa que predominava na idade antiga. Desta maneira no decorrer de cada momento histórico e do desenvolvimento científico da humanidade, estes conceitos foram sofrendo modificações, torna-se necessário entender como eram reportados, tais conceitos durante cada período da história.

Balestrin e Barros (2009) nos reportam que na sociedade primitiva se encontrava o pensamento mitológico-religioso, onde o conhecimento, os processos produtivos e todas as ações eram concebidos a partir das forças naturais, assim todas as ações e reações tinham explicações místicas. Por este motivo o processo de adoecimento era baseado em

esclarecimentos provindos de forças ou seres superiores, devido algum pecado cometido ou maldição, sendo estas manifestações de fé e crença passada de geração a geração.

Na Grécia Antiga a partir do conhecimento científico filosófico, se pôde superar a visão mítica de compreensão da realidade através da razão. Neste momento da história segundo Cardoso e Conde (2007) temos o filósofo grego Hipócrates, que desejou explicar o porquê das doenças, por meio de uma perspectiva comunitária na compreensão da enfermidade, em seu estudo “Ares, águas e lugares” neste foi ressaltado o primeiro conceito de epidemiologia como ciência que estuda a causalidade e distribuição das doenças, considerando o ambiente e os elementos naturais utilizados pela sociedade.

De acordo com Fonseca (1997), durante a Idade Média, se encontra a “Teoria miasmática” que também tentava explicar os motivos que causavam as enfermidades, os miasmas eram considerados gases que advinham da terra e que tinham poder para causar enfermidades. Na Idade Contemporânea surge o embate entre os defensores do paradigma da teoria Miasmática, que era predominante, contra os que atribuíam a doença á pobreza ou a outras condições sociais adversas.

Neste contexto segundo o mesmo autor, surge os estudos de Louis Pasteur na França, entre outros, que beneficiam a descoberta dos microrganismos, evidenciando a teoria da monocausalidade ou unicausalidade ao processo saúde-doença, determinando que a descoberta de um agente etiológico específico determina o aparecimento das doenças. Assim, os conhecimentos relacionados ao surgimento de doenças e a sua determinação social sofrem um grande retrocesso. Fato que direciona a um novo paradigma teórico da epidemiologia, tendo como concepção à teoria da unicausalidade baseada na teoria bacteriológica nascente.

Após a descoberta da microbiologia Fonseca (1997) informa que evoluímos das Teorias Miasmáticas para a Teoria do germe ou unicausal negando assim, qualquer outra explicação para o surgimento da doença. No entanto devido a sua incapacidade e deficiência para explicar a ocorrência de uma série de outros agravos à saúde do homem, essa teoria foi complementada por uma série de conhecimentos produzidos pela epidemiologia, que demonstra como determinante a multicausalidade da doença e não apenas a presença exclusiva de um agente, determinando desta forma o surgimento da teoria da Multicausalidade, na primeira metade do século XX.

Finalmente, através de uma série de estudos e conhecimentos provindos especialmente da epidemiologia social, nos meados deste século, é possível esclarecer melhor

a determinação e a ocorrência das doenças em termos individuais e coletivos, articulados às condições específicas de cada pessoa no cotidiano.

2.1.2 Processo Saúde-Doença

De acordo com Cardoso e Conde (2007), a informação a respeito do processo saúde-doença, está associada às concepções que esclarecem o mundo, os costumes, os valores e as crenças da sociedade na qual é gerada, refletindo assim o pensamento dominante em cada momento histórico.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde é definida como um “estado completo de bem estar físico, social e mental e não apenas a ausência de distúrbios ou doença”, alguns críticos referem que o termo “bem estar” remete a perfeita satisfação física ou moral, sendo este considerado irreal devido às impossibilidades e imperfeições humanas, o que inviabiliza a conquista plena da satisfação e conseqüentemente da saúde (BRÊTAS et al, 2005).

Para Laurell (1982) o caráter social do processo saúde-doença parece um fato indiscutível, no entanto há observações contraditórias na literatura científica, baseadas em uma série de investigações empíricas. São estudos que tentam demonstrar que algum elemento social atua como um fator biológico constituindo se assim um fator de risco para determinada doença. Já seu caráter histórico está em si mesmo e não apenas está socialmente determinado. Desta forma o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos.

O processo de saúde e o de adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Estas correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. A primeira não é objeto que se possa delimitar, não se traduz em conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

A saúde e a doença conforme Sabroza (2014) são definidas em função das expectativas e das exigências ligadas ao nosso meio, às nossas inserções, às nossas relações familiares e profissionais, o que não permite a sua definição com objetividade, mesmo a partir de elementos aceitos universalmente. Para Tavares (1994), a saúde e a doença em sentido

absoluto, não existem, sendo as duas uma totalidade de um processo, prova disso é que não se consegue definir uma sem falar da outra.

O processo saúde-doença recebe atenção especial, pois segundo Silva (2006) é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza e com outros homens num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico.

Desta maneira é necessário um paradigma contextualizado com “novos” conceitos que envolvam o processo dinâmico de vivenciar a saúde e a doença, pois a saúde nunca se constituiu permanente e nem conceitual. Sendo possível compreender que a saúde e a doença é tratada como um processo culturalmente constituído, com estabilidade dinâmica e mutabilidade, que considera conhecimentos, valores, crenças vividas e compartilhadas, bem como aprendidos e apreendidos pela sociedade (CZERESNIA, 1997).

No entanto, segundo Arantes et al (2008), uma das dificuldades da definição do processo saúde-doença repousaria no modo como é descrito o corpo humano, cuja divisão em sistemas, aparelhos e órgãos cria quase que uma impossibilidade de pensar-se no corpo enquanto totalidade complexa.

Assim, conceitos como equilíbrio, capacidade de realização e bem estar, certamente compõem o núcleo central, embora não sejam suficientes para delimitar completamente o conceito de saúde. Igualmente, doença, sofrimento, incapacidade e não atendimento de necessidades básicas são conceitos externos que, por contraste, permitem sua construção. Logo, o modo de ver saúde e ver doença é peculiar de cada indivíduo e deve-se ter em mente essa informação ao abordar um cliente do sistema de saúde.

Concluído o exposto acima, saúde-doença. Chamamos atenção para o fato de que o nome saúde-doença se desfará. Passando a serem termos independentes. Isto é, serão separados e passarão a ter significados próprios diferentes, como veremos a seguir.

2.1.2.1 Saúde

O conceito de saúde demonstra a circunstância social, econômica, política e cultural, ou seja, a saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Para Scliar (2007) este conceito será instituído conforme a época vivenciada, o lugar, a classe social, assim como dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas, sendo esta mesma concepção atribuída à doença.

De uma maneira geral, a saúde é encarada como se fosse um estado de ausência de doença, de não mal estar ou dor, quando o indivíduo pode continuar a levar sua vida sem grandes alterações ou questionamentos. Entretanto, a definição mais difundida, é sem dúvida, a encontrada na Constituição da Organização Mundial da Saúde (1976), que caracteriza a saúde como um completo bem-estar físico, psíquico, social, espiritual e não somente a ausência de doença ou enfermidade.

Compartilhando do mesmo ponto de vista, Perssini (1991), complementa dizendo que para o indivíduo atingir equilíbrio integral é necessário apresentar quatro dimensões que constituem um conjunto inseparável:

I – Saúde psíquica: Implica da orientação no tempo e no espaço, ausência de alienação, capacidade de equilibrar-se nas diversas situações da vida, auto-realização, abertura para o outro e para si mesmo, liberdade de pensamento e de expressão (ibidem).

II – Saúde psicofísica: Compreende o desenvolvimento normal do indivíduo, com equilíbrio entre os componentes orgânicos. É a ausência de doenças no organismo biológico, ausência de mutilações, lesões, cansaço, fome, sede e outras formas diversificadas da doença (ibidem).

III – Saúde psicossocial: É o ajustamento do indivíduo no grupo social. A saúde social implica em uma ambientação adequada, equilíbrio dos fatores econômicos, no lazer, educação, amizade, simpatia e relacionamento no meio em que se vive (ibidem).

IV – Saúde psicoespiritual: Relaciona-se com outras dimensões, na forma de enfrentar a vida. O ser humano tem uma finalidade na vida, a sede de um absoluto (ou transcendente). Para os cristãos, é Deus; para os mulçumanos é Alá; para os ateus, o ser humano. Esse absoluto é fundamental para a superação das dificuldades, de um sofrimento ou de uma doença (ibidem).

A amplitude deste conceito gerou críticas a OMS, algumas de natureza técnica no qual atribuíam a saúde como algo ideal, mas inatingível, outras foram de natureza política, libertária, inferindo que o conceito permitiria abusos por parte do Estado, o qual interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde (SCLIAR, 2007).

Devido a este entrave, nossa Constituição Federal de 1988, artigo 196 (pág. 41), evita discutir o conceito de saúde, mas diz que:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Sendo este atualmente o princípio que norteia o Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Backes et al (2009) mesmo que a conceituação positiva de saúde tenha trazido contribuições significativas para o plano teórico e prático, a mesma trouxe novas dificuldades, pois envolveu a promoção da vida em suas múltiplas dimensões e nenhuma teoria é capaz de dar conta da totalidade dos fenômenos da saúde e do adoecer.

Conceituar saúde é sem dúvida uma tarefa árdua, pois os conceitos aparecem frágeis e compreender este processo é como um mistério. Assim, este termo sofre modificações na história humana e a saúde passa a ser entendida em sentido mais amplo, como componente da qualidade de vida, um bem e um direito social no sentido de que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática deste direito à saúde.

É possível, assim, constituir um novo entendimento do que seja saúde em consonância com a compreensão da sociedade, na medida em que os fatores de risco não são suficientes para explicar as variações da mortalidade e da morbidade desta sociedade.

2.1.2.2 Doença

A doença é distinguida por um estado negativo, sendo este discordante para com a vida do ser humano, pois o ser enfermo com o avançar da doença tem sua energia vital dissipada, o que em alguns casos, tem como resultado final o óbito. Diante desse contexto, citamos, a seguir, autores que argumentam sobre o assunto.

Neme (2003) informa que na Idade Média a doença era tida como uma punição dos deuses, concepção esta que possuiu grande influência da igreja e dos seus principais pensadores. A visão dicotômica de corpo e mente permanece até o Renascimento, fortalecendo-se a partir dos séculos XVII ao XIX como consequência das ideias de Descartes, do desenvolvimento do microscópio e da descoberta dos microrganismos, que foram responsabilizados pelo aparecimento das doenças.

Gualda e Bergamasco (2004:25) nos informa que "a doença, sempre parece nos dizer sobre uma pessoa ou um período, muito mais que a saúde, apesar de a razão não ser muito clara, talvez porque o bem-estar completo escapa à atenção".

Neste contexto, a doença é a condição de uma determinada parte do corpo que foi afetada, ou seja, a doença surge através de um ou mais eventos que surgem no decorrer da vida e que tem o poder de prejudicar o corpo, visto que a enfermidade está relacionada à totalidade do ser humano. De acordo com Vicini (2002) uma pessoa pode estar doente e não aparentar qualquer doença.

Adam e Herzlich (2001) também informam que a mesma é considerada um estado que afeta o organismo de um indivíduo. Já Dethlefsen e Dahlke (1983) dizem que a doença significa a perda relativa da harmonia ou o questionamento de uma ordem até então equilibrada. De acordo com o Ministério da Saúde (1977), a doença é tida como uma “alteração ou desvio do estado fisiológico em uma ou várias partes do corpo”. Em acordo com o MS o modelo biomédico de doença também enfatiza esta como:

“Desajuste ou falha nos mecanismos de adaptação do organismo ou ausência de reação aos estímulos a cuja ação está exposto [...], processo que conduz a uma perturbação da estrutura ou da função de um órgão, de um sistema ou de todo o organismo ou de suas funções vitais” (HERZLICH, 2004: 84).

Esse estado que afeta o organismo, é considerado um processo subjetivo construído por meio de contextos socioculturais, e é evidenciado por atores que buscam compreendê-la, enfrentá-la e/ou curá-la, quando possível. A doença então se torna um conjunto de experiências que são associadas à rede de significados e interações sociais (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

Desde uma perspectiva distinta é impossível associar normalidade e saúde, ou anomalia e patologia, dado que a vida não se resume ao funcionamento fisiológico do organismo humano, onde o ser vivo e o meio não podem ser chamados de normais se forem considerados em separado (CZERESNIA; FREITAS, 2003, p.57).

Seguindo esta perspectiva, pode-se afirmar que “os indivíduos em geral não são saudáveis ou doentes, mais sim, que apresentam diferentes graus nas suas condições de saúde e que podem variar, dependendo da quantidade de fatores que a determinam em dado momento” (MORESCHI, 2000, p.3).

Segundo Laurell (1982), desde o final dos anos sessenta, foi intensificada a polêmica sobre o caráter da doença. Que discute se a doença é essencialmente biológica ou, ao contrário, é social. Através deste, foi gerado um questionamento profundo do paradigma dominante da doença, que a conceitua como um fenômeno biológico individual. As razões do

aparecimento ou, melhor dizendo, do ressurgimento desta polêmica devem ser buscadas tanto no desenvolvimento da medicina, como na sociedade com a qual ela se articula. Para esta autora,

“A melhor forma de comprovar empiricamente o caráter histórico da doença não é conferida pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre na coletividade humana. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos grupos humanos. Ainda que provavelmente a “história natural” da tuberculose, por exemplo, seja diferente, hoje, do que era há cem anos, não é nos estudos dos tuberculosos que vamos apreender melhor o caráter social da doença, porém nos perfis patológicos que os grupos sociais apresentem” (Pág.3).

Neste contexto, podemos caracterizar a doença como um caminho necessário para atingir a cura ou a saúde; através dela pode-se entrar em contato com a existência de ser, refletir sobre o momento que vivencia e a qualidade de vida que leva. A partir dessa reflexão, o contato maior é com o próprio “eu” de cada ser humano. Só através desse contato tem-se a possibilidade de transformar, transmutar e transcender a um novo patamar ou padrão energético, o “salto quântico” que o levará para fora do estado de doença (TATAR, 2012).

Sendo assim, pode-se afirmar que a doença não é mais que um constructo que guarda relação com o sofrimento, com o mal, porém não lhe corresponde integralmente. Quadros clínicos semelhantes, ou seja, com os mesmos parâmetros biológicos, prognóstico e implicações para o tratamento, podem afetar pessoas diferentes de forma distinta, resultando em diferentes manifestações de sintomas e desconforto, com comprometimento diferenciado de suas habilidades de atuar em sociedade (EVANS; STODDART, 1990). A enfermidade situa-se no domínio da linguagem e do significado e, por isso, constitui-se em uma experiência humana (CZERESNIA; FREITAS, 2003, p.98).

2.2 A Unidade de Terapia Intensiva – UTI

A Unidade de Terapia Intensiva é um setor hospitalar que é destinado ao acolhimento de pacientes em estado grave, que requerem monitoramento constante e cuidados muito mais complexos que o de outros pacientes. A mesma foi criada a partir da necessidade de atendimento do cliente cujo estado crítico exigia assistência e observação contínua de médicos e enfermeiros.

Segundo Vargas e Braga (2014) esta preocupação iniciou-se com Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia no século XIX, ela juntamente com outras voluntárias procurou selecionar indivíduos mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato. Mendes (2010) refere que a criação da UTI representou um grande marco na história da medicina uma vez que possibilitou o atendimento mais adequado para os pacientes garantindo-lhes melhores condições de recuperação e reduzindo os óbitos em cerca de 70%.

O objetivo básico de uma UTI é proporcionar o tratamento adequado para a recuperação e manutenção das funções fisiológicas normais de doentes considerados graves e de alto risco, aumentando assim a chance de sobrevivência de tais clientes, seja ele vítima de trauma ou qualquer outra ameaça vital. Devendo a mesma disponibilizar recursos humanos e materiais para a observação constante, agilidade e eficácia nos atendimentos (ALVES, 2013; PEREIRA JÚNIOR, 1999).

De acordo com Pereira Júnior (1999) tal objetivo é alcançado através do uso de monitorização contínua dos sinais vitais e suporte medicamentoso ou mesmo mecânico para a recuperação de certas insuficiências orgânicas. Amorim e Silverio (2003) nos informam que a tecnologia está presente em todos os setores da área de saúde principalmente nas UTIs, o que coloca o profissional de enfermagem frente a um desafio, integrar a tecnologia ao cuidado, dominando os princípios científicos que fundamentam a sua utilização e ao mesmo tempo suprindo as necessidades terapêuticas dos pacientes.

Conforme Mendes (2010) o profissional que trabalha na UTI é chamado de Intensivista e a equipe é sempre formada por vários profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e outros, além dos médicos. Além das funções desenvolvidas dentro da UTI, outra função dos Intensivistas, principalmente dos enfermeiros e assistentes sociais, é dar conforto e suporte aos familiares dos clientes, uma vez que a situação de internação de algum parente em UTI é sempre delicada para estes.

Fato este que na maioria das vezes não é praticado, pois a rotina diária e complexa que envolve o ambiente da UTI faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, se esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está a sua frente. A ideia não é que estes se envolvam emocionalmente, mas que acolham a família, dando, por exemplo, as informações em uma linguagem acessível e não científica.

2.2.1 Aspectos psicossociais relacionados à UTI

A UTI é um setor que oferece cuidados aos pacientes que apresentam instabilidade clínica grave, propõe tratamentos complexos que garantem a sobrevivência e a melhoria do estado geral de saúde dos pacientes. Este ambiente também expõe o paciente a situações extremamente difíceis do ponto de vista emocional e que necessitam de uma atenção especializada (LUCCHESI; MACEDO; DE MARCO, 2008).

Para Rodrigues (2006), a UTI ao mesmo tempo em que favorece as possibilidades de recuperação orgânica, traz toda uma gama de situações, que atuam como desestabilizadores para o equilíbrio psicológico, incluindo alterações psicológicas e psiquiátricas, também desencadeadas por situações ambientais.

A autora acredita ainda, que para o paciente e seus familiares, os procedimentos realizados no paciente de forma invasiva, causam espanto e medo, classificando assim a UTI como um lugar frio, impessoal e mecanizado, visto por muitas pessoas até mesmo como sinônimo de morte. Para ela entre a casa do ser envolvido e a UTI há muitas divergências, que afetam tanto o paciente quanto o seu familiar, como a falta de cumplicidade que é imposta, no entanto a mesma também informa que ocorrem convergências, sendo uma destas a busca de ajuda que é dedicada ao paciente.

Segundo Lucchesi, Macedo e De Marco (2008:21),

“O adoecimento de uma pessoa e sua internação na UTI também implica numa modificação da dinâmica familiar. A angústia que emerge do contato mais próximo com o adoecer e com os riscos de morte do paciente pode ser perturbadora e desorganizadora da dinâmica familiar. A equipe também sofre com várias situações estressantes, como as solicitações constantes do paciente e da família, a intensa jornada de trabalho, o contato com a dor e com o processo da morte, estar constantemente em alerta e submetida às pressões quanto à tomada de decisões em momentos críticos, além dos dilemas éticos como a questão sobre o prolongamento ou não da vida em casos sem prognóstico. Outro aspecto fundamental neste contexto são as dificuldades de comunicação nas relações interpessoais, que geram conflitos e grande sofrimento emocional”.

Ao abordar um contexto psicossocial em Terapia Intensiva, Di Biaggi (2002) considera um possível desencaixe entre a normalidade psicológica anterior e a provável alteração após a internação em uma UTI, isto é, quando uma pessoa adoece gravemente, algo em seu sentimento de inviolabilidade se rompe, constituindo um estreitamento de horizonte

pessoal, uma ruptura em muitas das suas ligações com o seu meio, sua vida real e uma distorção do seu relacionamento com os demais, frente a esta nova condição.

Na UTI as tensões são constantes, os profissionais de saúde, ao perceberem que os outros de que estão tratando são seres humanos como eles, parecem experimentar uma vivência de extrema angústia. Vivem ali algo que parece ser pior que a morte e que, frequentemente, não se leva em consideração.

É interessante perceber que a UTI é mantida pela comunhão dos objetivos (salvar vidas), solidariedade, existência de um adversário comum (a doença) e formação de equipe para combater o mal (RODRIGUES, 2006).

“[...] os fatores psicológicos devem ser observados durante o período de internação, tais como: agitação, depressão, anorexia, insônia e perda do discernimento. A *agitação* refere-se ao reflexo orgânico somado à ansiedade, aumento da pressão arterial, dificuldades circulatórias e baixa resistência à dor. Isso pode dificultar até mesmo a absorção de alguns medicamentos; a *depressão* é a instância final do quadro psíquico evolutivo do enfermo, onde seus mecanismos de defesa, como a negação, racionalização e a projeção veem-se falidos, apresentando uma apatia à vida e à persistência de fantasias mórbidas, muitas vezes evoluindo a morte; a *anorexia* é o estado em que a pessoa torna-se de difícil contato e passa a reclamar e solicitar a todos o tempo todo. A cama é ruim, reclama da comida, da enfermagem, do médico; a *insônia* é a dificuldade de dormir porque o sono, para alguns pacientes, pode estar associado à morte e à *perda do discernimento* que pode ocorrer porque a UTI é um ambiente artificial, sem luz do dia e sem alterações significativas de rotina” (ANGERAMI-CAMON, 1994:8).

Nesse sentido, Lucchesi, Macedo e De Marco (2008) consideram que a avaliação dos aspectos psicossociais do paciente e a manutenção de uma comunicação próxima e atenta são fatores terapêuticos, favorecendo o paciente a expressar suas emoções, sentimentos, esclarecer fantasias que possam prejudicar seu tratamento (ex: estar na UTI necessariamente não implica em morrer), ajudá-lo a buscar recursos internos para enfrentar suas dificuldades, fortalecer as motivações de sua vida (ex: vínculos afetivos), incentivar o vínculo de confiança na equipe, facilitar a aceitação da situação de dependência (transitória ou não).

Tais autores enfatizam ainda um acompanhamento constante dos familiares e o atendimento na sala de espera como aspectos importantes, pois promovem acolhimento e alívio da angústia por eles vivida, além de repercutir na relação da família com a equipe cuidadora, fortalecendo os vínculos de confiança.

2.3 A UTI e o Cuidado de Enfermagem

O trabalho em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é complexo e intenso, devendo o enfermeiro estar preparado para a qualquer momento, atender possíveis alterações importantes nos clientes ali internados, cuidados estes que requerem conhecimento específico, habilidade na tomada de decisões e implementação das mesmas em tempo hábil.

Segundo Pereira Júnior (1999) a assistência de enfermagem, em UTI, é uma especialidade em constante crescimento, em termos de conhecimentos científico, tecnológico e administrativo, devido à multiplicidade de doenças dentro das diversas especialidades médicas que podem vir a ser internados em UTI, o avanço tecnológico dos equipamentos utilizados na monitorização e no suporte avançado de vida e o gerenciamento de pessoal, medicamentos, equipamentos e custos envolvidos no trabalho com o paciente gravemente enfermo, exigem do profissional de enfermagem uma constante motivação e atualização dentro de todos os tópicos pelos quais responde.

Por este motivo se acredita que o enfermeiro exerce um papel importante no campo da UTI e que o preparo adequado deste profissional, assim como de todos os profissionais de saúde constituirá um importante instrumento para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado na UTI.

2.3.1 O Cuidado De Enfermagem

O cuidado é compreendido por Waldow (2001), como um compromisso com o mundo, o desenvolvimento de ações, comportamento e atitudes, que envolvem conhecimento, experiência, a fim de promover, manter e ou recuperar sua dignidade e totalidade humana.

Segundo Cardoso e Conde (2007) e Oliveira (2012) o cuidado está presente na vida do homem desde os primórdios da antiguidade como uma forma de sobrevivência, de proteger a vida e afastar a morte, sendo este típico à condição humana e essencial à sua existência.

O mesmo passou a ter mais valor, em si, como condição para a cura a partir de Florence Nightgale, a mesma expressou a dimensão artística da enfermagem no cuidado quando se referiu à profissão como uma das mais belas de todas as artes, pois necessita de toda dedicação, assim como a de um artista ao realizar a sua obra de arte (CARDOSO; CONDE, 2007; GONÇALVES; LEITE, 2008).

Segundo Alves (2013) a palavra “cuidar” está diretamente ligada à enfermagem, que tem como preocupação o “cuidar bem”, sendo este entendido como a possibilidade de proporcionar bem-estar e primar pela boa qualidade de vida tanto das pessoas cuidadas quanto dos cuidadores. Para os profissionais de enfermagem, o cuidar pode ser entendido como realizar a assistência com vontade de fazer, proporcionar e obter o melhor resultado.

Para Gonçalves e Leite (2008), a essência da enfermagem é o cuidar, e este deve ser sistematizado e holístico, visando promover a qualidade da assistência e o cuidado emocional. Sousa (2011) informa que a enfermagem é vista como uma profissão de cuidados em saúde, sendo a mesma considerada como um importante componente do sistema de saúde, pois sempre desempenhou e continuará desempenhando papel importante nestes serviços e mesmo que o cuidado segundo Gonçalves e Leite (2008) constitua um atributo de todos os seres humanos, na área da saúde e, em especial, na enfermagem, o cuidado é sem dúvida a razão da existência da enfermagem.

Em conformidade com Sousa (2011), Araújo e Oliveira (2010) o enfermeiro é o profissional que normalmente está mais próximo da família em seus momentos mais difíceis amparando-a e ajudando-a a lidar com os seus sentimentos, dúvidas, angústias, temores. Estando também próximo do paciente observando, avaliando e reportando quaisquer mudanças no seu estado, para que condutas adequadas sejam tomadas de forma eficiente e assim mantendo o objetivo inicial que é o cuidado.

Cuidar é uma ação que não pode ser considerado apenas como uma atividade ou somente um procedimento técnico, este engloba atitudes e comportamentos e cuidado humanizado o que envolve respeito ao paciente, ouvir o que ele tem a dizer, ter compaixão, ser tolerante e entender as suas necessidades. O profissional deve ser capaz de se perceber no outro e identificar, sentir e interagir com este numa relação de empatia para compreender a experiência do outro e como este a vivencia (CARDOSO; CONDE, 2007; OLIVEIRA, 2012).

Neste contexto observamos que o termo cuidado assume duas representações básicas, que estão intimamente relacionadas entre si, sendo a primeira a ideia de desvelo, solicitude, e atenção para com o outro, já segunda repercute o sentimento de preocupação, inquietação. Mas enfim, seja qual for seu significado, o cuidado faz parte do ser humano e tudo que possui vida, clama por cuidado (LEOPARDI, 1997).

Cardoso e Conde (2007) alegam que a prática do cuidado é fundamental na enfermagem, uma vez que nesta profissão o cuidar é primordial para aliviar o sofrimento

humano, manter a dignidade e facilitar meios de manejar as crises como experiências do viver e do morrer. Para isto segundo Araújo e Oliveira (2010) é de fundamental importância que o enfermeiro, possa manter os familiares informados sobre tudo o que se passa no interior do centro de recuperação e o que poderá acontecer com o seu ente no momento do seu exílio na unidade de tratamento, de modo a facilitar o trabalho de todos.

Neste contexto a enfermagem precisa se voltar para a essência do cuidado, de forma a serem percebidos como seres que cuidam de outros seres, com pensamento crítico, de forma profissional, terapêutica, autêntica e humana, objetivando alcançar saúde e bem estar de cada cliente. Assim Waldow (2001), nos afirma que a enfermagem é uma arte derivada da perspectiva humanística, e o cuidado é um compromisso com o cuidar do outro e o atributo mais valioso que a enfermagem pode oferecer a humanidade. Pois de acordo com o mesmo autor, o cuidado tem como objetivo atingir o bem-estar do cliente, a sua integridade moral e a sua dignidade como pessoa. Logo a representação social da saúde e da doença, é importante na elaboração de um cuidado humano e ético para com os familiares de pacientes internados na UTI.

3 ASPECTOS TEÓRICO - METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa é do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, adotando a Teoria das Representações Sociais como suporte teórico-conceitual, de acordo com Serge Moscovici e Denise Jodelet.

O estudo descritivo segundo Triviños (2008) são comuns no campo da educação, onde seu foco descrever de forma mais aprofundada o comportamento dos fenômenos/pessoas inseridas em uma realidade. A mesma é usada para identificar e obter informações sobre as características de um determinado problema ou questão.

Segundo Rúdio (2001), esta pesquisa se caracteriza como um fenômeno que propicia conhecer a sua natureza, a sua composição e os processos que o constitui ou nele se realiza. Em outras palavras, tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Visando descobrir a existência da relação entre variáveis. Determinando assim, a natureza destas (GIL, 1991).

Optou-se pelo desenvolvimento da abordagem qualitativa, devido este tipo de pesquisa ter como intuito descobrir qual a percepção, sentido e conhecimento a nível cotidiano dos sujeitos do estudo da pesquisa em questão.

A pesquisa qualitativa, segundo Gerhardt e Silveira (2009), não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais, de forma a aprofundar a compreensão de um grupo social, de uma organização, etc, sobre um determinado assunto. Aprofundando-se no mundo dos significados das relações humanas e das ações, num contexto que não possível captar em estatísticas (MINAYO,1994). A autora ressalta que a referida pesquisa é um exercício de aproximação entre o objeto e o pesquisador, pois:

“Tendo como referencia a pesquisa qualitativa, o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento partindo da realidade presente no campo” (MINAYO, 1999: 51).

De acordo com Lobiondo-wood e Haber (2001), esta abordagem permite um maior acúmulo de percepção da singularidade humana que pode auxiliar o pesquisador a compreender o sentido da experiência vivenciada pelo participante.

Sendo assim esta é de grande importância para o estudo em questão, visto que se pretende descobrir a representação dos familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde doença, uma vez que os sentimentos não são mensuráveis quantitativamente.

Logo, a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada por basear-se no fato de que o agir humano visa um sentido. Tem um valor que não pode ser captada por uma explicação normológica, ou seja, por relações simples de causa e efeito ou uso de instrumental estatístico (LEOPARDI, 2002). A autora ainda evidencia que esta modalidade de estudo trabalha com dados subjetivos. E que, por serem experiências verdadeiras de indivíduos, não podem ser tidas como não verdades.

Avaliando tais conceitos entendemos que a pesquisa descritiva com abordagem qualitativa foi a mais condizente com os objetivos propostos nesta pesquisa. Pois tanto os atores estudados quanto as pesquisadoras estavam inseridos no mesmo ambiente. Daí, tivemos maior facilidade para desenvolver a pesquisa. Uma vez que, essa aproximação nos proporcionou uma visão mais ampliada do campo, onde a investigação foi realizada.

Com relação à Teoria das Representações Sociais, que serve como enfoque teórico conceitual deste estudo. Sêga (2000) nos informa que está se apresenta, como uma maneira de interpretar e pensar a realidade do dia-a-dia, uma forma de conhecimento da atividade mental desenvolvida pelos indivíduos e pelos grupos para fixar suas colocações perante situações, eventos, objetos, e comunicações que lhes dizem respeito.

Tal teoria teve sua origem na França, na década de 50, quando Serge Moscovici decidiu entender como a psicanálise era compreendida pela sociedade da época. A partir disso, compreendeu que um objeto científico torna-se senso comum. Este fato foi levado ao conhecimento de todos por meio de sua obra: “A psicanálise, sua imagem e seu público”, que lhe concedeu o título de pai das Representações Sociais (MOSCOVICI, 1978).

Esta teoria é baseada nos princípios do sociólogo Émile Durkheim, em 1912, divulgada na publicação: “As formas elementares da vida religiosa”. O fenômeno das Representações sociais é caracterizado por Moscovici como “uma modalidade de conhecimento particular que tem como função a elaboração de comportamentos entre indivíduos”.

Segundo Moscovici (2003), este tipo de abordagem reconhece o indivíduo como um ser psicossocial, pois se apropria de um conhecimento, aplica o seu toque pessoal e, por conseguinte o compartilha com o grupo de pertença, ou seja, o sujeito possui uma história pessoal com determinantes sociais e culturais, a qual é dividida durante interações sociais.

As Representações são estruturas dinâmicas que possuem um caráter social e não estatístico. Operam em conjunto de relações e de comportamentos que surgem e desaparecem junto com as representações (MOSCOVICI, 1978). Desta forma, para o autor, o dinamismo presente na sociedade evidencia a plasticidade das representações, não coletivas. Mas sim, sociais.

Como forma de sintetizar o relato, Moscovici (op. cit.: 49), ressalta que:

No sentido clássico, as representações Coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (ciência, mito, religião, etc.), para nós são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados a um modo de compreender e se comunicar – um modo de criar tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que uso o termo “social” em vez de “coletivo”.

De acordo com Jodelet (2001), as representações são fenômenos sociais que têm que ser entendidos a partir do seu contexto de produção, isto é, a partir das funções simbólicas, ideológicas, a que servem, e das formas de comunicação onde circulam. Uma vez que, trata-se de conhecimentos que se manifestam como elementos do cognitivo, socialmente elaborados e compartilhados. Contribuindo para a construção de uma realidade comum, possibilitando a comunicação entre indivíduos.

Desse modo, a Representação Social se configura como:

“Um sistema de relação que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais, constituem o vivenciar das relações objetivas pelos atores sociais” (MINAYO, 1994: 24).

Para Moscovici (1978) as representações, influenciam os comportamentos sociais, os conhecimentos e a comunicação entre as pessoas. Pois segundo o autor estas, “são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano”.

Desta forma pode se entender que a representação social é o fruto da interação e a comunicação, devido que toda representação é sempre a representação de um objeto por um

sujeito, do modo que não existe representação sem um objeto. Devendo ser esta compreendida como uma forma de aquisição de conhecimentos e compartilhamento dos mesmos, já adquiridos. Ajudando os seres a se apropriar da realidade e manejar ações, a fim de adaptar-se e sobreviver diante desta, ou seja, a:

Representação social é um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, originadas no decurso das comunicações interindividuais, elas são equivalentes em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, elas podem até mesmo serem visto como uma versão contemporânea do senso comum (MOSCOVICI, 2009: 58).

Sá (1995) informa que as representações constituem-se num instrumento para análise dos aspectos sociais. Pois interpretam a realidade como uma forma de compreensão da reação cotidiano/sociedade e a valorização da participação do indivíduo na elaboração ou na reelaboração de significados, para os fenômenos da vida cotidiana. Visto que proporciona a compreensão de como as pessoas lidam com os acontecimentos da vida diária, suas informações, suas relações e características do meio. Dado que, esta teoria é uma forma de conhecimento prático, do senso comum, que circula na sociedade, por meio de crenças, visões e conversas.

Para Moscovici (1978), as Representações sociais partem do imaginário de cada indivíduo, que ao se deparar com algo insólito e desconhecido, tende a “representar” esse objeto de alguma forma, tendo como base seus preconceitos elaborados, a partir do senso comum. Assim, essa teoria constitui-se em um caminho para o entendimento do processo de construção do saber, do senso comum, sobre o processo de internação no CTI.

Neste âmbito, tornou-se interessante realizar esta pesquisa. Pois se desvendou a representação social do processo saúde-doença de familiares de pacientes internados em um centro de terapia intensiva (CTI), para a prática de um cuidado mais humano e eficaz.

Conforme Santos (2003), e por meio desta pesquisa, alcançamos novos conhecimentos de forma metódica, redescobrimos verdades do homem que, anteriormente, permaneciam obscuras. Uma vez que, de acordo com Barros (2000) a pesquisa científica consiste na observação dos fatos tal como ocorre espontaneamente na coleta de dados, no registro de variáveis, presumivelmente relevantes para análises posteriores.

Assim na tentativa de contribuir para a reflexão e debate que são levantados pelas ciências sociais e humanas, este estudo aborda aspectos intrínsecos à vida dos familiares que

possuem entes queridos internados em um CTI. Sendo assim, é através do entendimento das expectativas e conceitos de um indivíduo ante o saber científico que se torna possível a compreensão dos valores que são constituídos pelo ser social.

3.2 Local da Pesquisa

Para melhor fidelidade da pesquisa, esta será desenvolvida nas dependências do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Que foi inaugurado, oficialmente, em seis de janeiro de 1957, como um Sanatório de Belém, com o nome de “João de Barros Barreto”, em homenagem ao Médico Sanitarista falecido em 20 de agosto de 1956 que muito contribuiu para a melhora da qualidade dos serviços de saúde pública no Brasil nas décadas de 30 a 50, pelo então presidente da República Juscelino Kubitschek e pelo ministro da Saúde Maurício Medeiros.

Depois de sua inauguração, as obras continuaram, porém, não aceitando mais adiar o funcionamento do sanatório, o então ministro da Saúde, Mário Pinotti, o diretor do Departamento Nacional de Saúde, Adelmo de Mendonça e o Diretor do Serviço Nacional de Tuberculose resolveram colocar o Sanatório João de Barros Barreto em funcionamento apesar de todas as dificuldades que pudessem existir. Desta maneira, em 15 de agosto de 1959, admitiram 16 pacientes, transferidos do Hospital Domingos Freire. Por este motivo a comemoração do aniversário do Hospital é em 15 de agosto.

Em 12 de julho de 1976 por meio da portaria nº 249/BSB, assinada pelo ministro da Saúde da época Paulo de Almeida Machado, o Sanatório Barros Barreto passou a se chamar Hospital Barros Barreto. Depois de sete anos, por meio da portaria nº 337 de 1º de novembro de 1983, o então ministro da Saúde Waldyr Arcoverde altera a denominação para Hospital João de Barros Barreto. Finalmente, em 1990, em função do Termo de Cessão de Uso firmado com a UFPA, passou a ser denominado de Hospital Universitário João de Barros Barreto.

A instituição começou a atuar com atividades destinadas, exclusivamente, ao tratamento de pacientes portadores de tuberculose. Desde sua fundação, o HUJBB vem desempenhando um papel importante no diagnóstico, tratamento e controle de doenças infecciosas e parasitárias no Estado.

Em 2004, depois de ser avaliado com critérios rigorosos por uma Comissão Interministerial, o HUJBB foi certificado como Hospital de Ensino, pois respeita o princípio

da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Oferece Internato em Medicina, dispõe de Programas de Residência Médica, assegura acompanhamento docente para os estudantes de graduação; desenvolve atividades de pesquisa; possui instalações adequadas ao ensino; dispõe de biblioteca atualizada e especializada na área da saúde; é participante ativo do Polo de Educação Permanente em Saúde e participa das políticas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Por tudo isso, o HUIBB é considerado um dos principais serviços de saúde do Estado do Pará e Região Norte.

O Hospital conta com 26.420 metros quadrados de área construída, conta com 300 leitos, sendo 271 leitos operacionais e 29 de retaguarda; 30 consultórios, quatro salas de cirurgia, três salas para cirurgia ambulatorial e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

O mesmo é referência regional em Pneumologia, Infectologia e Endocrinologia e Diabetes, e Referência Nacional em AIDS. Na Área de Assistência, o HUIBB oferece consultas e internação em diversas especialidades, como Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia e Urologia.

O Hospital dispõe também de um Centro de Diagnósticos, que realiza exames laboratoriais, diagnóstico por rádio imagem, provas de funções respiratórias, exames endoscópicos, métodos gráficos e reabilitação através de fisioterapia e terapia ocupacional. Além disso, possui ainda uma exclusiva Unidade de Diagnóstico de Meningite está sendo credenciado como Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, com serviços de Oncologia Clínica e Radioterapia, que vão funcionar em um ambulatório em prédio anexo ao hospital. Todos os serviços do Hospital Barros Barreto são prestados gratuitamente à população do Pará através do SUS.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram quarenta (40) familiares que adentraram ao CTI do HUIBB de Belém do Pará. Neste estudo foram adotados cuidados especiais ao serem realizados os contatos com os sujeitos da pesquisa. Primeiramente ocorreu um contato prévio com o familiar, a fim de obter a confiança e um melhor entendimento sobre a pesquisa, ou seja, onde foram explicados o objetivo, as orientações e informações sobre a pesquisa e

entrevista. As entrevistas ocorreram conforme a aceitação dos familiares e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

No mesmo se empregou a técnica da saturação de dados, que diz respeito à repetição dos discursos, como forma de delimitar a amostragem deste estudo, a qual alcançou 40 entrevistados. No que concerne às representações sociais, enquanto objeto de estudo da Psicologia Social, este permite a articulação do social e do psicológico, tornando-se um instrumento de compreensão e de transformação da realidade (ALEXANDRE, 2004).

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas, após aceitação do Comitê de Ética, a mesma técnica foi acrescentada a um questionário para a identificação do perfil sociocultural, visto que as representações sociais sustentam-se nos grupos sociais, sendo indispensável à compreensão do contexto sócio cultural em que o grupo se encontra inserido, para auxiliar na discussão dos resultados.

3.4.1 Entrevista semiestruturada

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. Segundo Boni e Quaresma (2005), o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, aplicando-as de forma contextualizada semelhante a uma conversa informal. O mesmo deve estar atento para instigar o participante, no momento que achar oportuno, para desta forma aprofundar o assunto que é de seu interesse, fazendo perguntas adicionais para elucidar questões que não ficaram claras ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o participante tenha “escapado” ao tema ou tenha dificuldades com ele.

Ressaltamos que esta técnica foi aplicada com o máximo de cuidado possível para apenas conduzir e não induzir os relatos dos depoentes para os objetivos do estudo. O roteiro da entrevista semiestruturada foi constituído pelas seguintes questões abertas: O que lhe vem à mente quando eu lhe falo a palavra saúde e por quê? O que lhe vem à mente quando eu lhe falo a palavra doença e por quê? O que lhe vem à mente quando eu lhe falo a palavra cuidado

e por quê? O que lhe vem à mente quando eu lhe falo a palavra UTI e por quê? Após o internamento do seu familiar na UTI, mudou a sua forma de cuidar de si?

Vale destacar que, além da assinatura, solicitamos também aos participantes uma autorização para uso de um MP4 (Média Player 4) durante as entrevistas, mostrando a necessidade da gravação. Para o total aproveitamento de seus depoimentos, assegurando respeito ao anonimato e a liberdade para se retirar da pesquisa e receber todo o material produzido (Cds e transcrições), sem nenhum comprometimento pessoal.

3.5 Processo de análise e consolidação dos dados

Dentre as várias técnicas de análise de conteúdo, optou-se em utilizar a técnica de Bardin. Esta segundo Bardin (2009) é dividida em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, fases estas desdobradas abaixo:

1º - Pré-análise.

A pré-análise é o primeiro contato com o conteúdo a ser analisado, este favorece a organização do material e a leitura das entrevistas para que haja saturação das ideias que surgirão. Em seguida a esta etapa foi elaborado a constituição do corpus em que se seguem as fases:

I. Exaustividade: que consiste em ver e ler o material como um todo, não priorizando ou descartando qualquer dado;

II. Representatividade: consiste em priorizar o material no seu todo:

III. Homogeneidade: ato de identificar a pertinência e aderência do material.

2º - Exploração do Material

A exploração do material consiste essencialmente na operação de codificação, onde se realizará através da transformação dos dados brutos, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Podendo ser uma palavra, uma frase, etc. Posteriormente, se escolhe as regras de contagem que permitem a quantificação. E por fim, se classifica e reuni os dados escolhendo os conjuntos teóricos ou empíricos que comandaram a especificação dos temas.

Na exploração do material, os dados são codificados visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Neste momento, se “mergulha” ainda mais no material coletado, o que favoreceu a criação das unidades temáticas (BARDIN,2009).

Nesta etapa, efetuamos uma colagem em uma cartolina das entrevistas como um todo. As quais estavam devidamente grifadas em cores diferentes, para esta maneira ressaltar as principais ideias. Esta técnica de exploração favoreceu melhor acesso visual do material como um todo. Logo depois, adentramos mais profundamente na análise do material, buscando em cada entrevista a relação existente entre as mesmas. Com isso, interpretamos e inferimos a repetição de ideias que surgiram de forma marcante.

Após a elaboração das unidades brutas, separamos as falas recortadas dos diversos entrevistados, com as suas respectivas cores, e colamos em papel, para melhor análise das unidades. Proporcionando assim, um refinamento e a consolidação de três unidades temáticas: **Saúde e Doença: equilíbrio vital**, da qual emergiram duas subunidades, **Saúde: expressão positiva do viver** e **Doença: expressão negativa de viver**. A segunda unidade temática foi **UTI: Morte x Cuidado**. Emergindo posteriormente a terceira unidade temática: **O cuidado nas representações sociais sobre o processo saúde-doença**, da qual surgiu uma subunidade por título **Mudanças no Cuidado de Si: Familiares de pacientes internados no CTI**.

3º - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação

A análise dos dados coletados será realizada em confronto com corpo teórico que será delineado, no qual se buscará introduzir, os trechos mais significativos dos depoimentos, os quais serão apresentados como elementos para discussão teórica. Os materiais produzidos se caracterizaram como fontes primárias de dados, os quais se consolidaram no relatório final da pesquisa.

Ressaltamos que para sustentar as unidades temáticas que emergiram dos discursos, mencionamos o percentual de familiares que falaram sobre os temas abordados, para assim promover uma melhor visualização das redes de significados que emergiram sobre o processo saúde-doença. O confronto entre o referencial teórico de base e o material produzido pelos atores sociais da pesquisa, permitiu extrair algumas considerações sobre a problemática que envolve o processo saúde-doença para o familiar de pacientes internados na UTI.

3.6 Aspectos Éticos

Este trabalho respeitou o previsto na Resolução nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, que inclui a macroética, 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. Todos os participantes foram voluntários da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, atendendo esta Resolução. Durante seleção dos depoimentos foram substituídos todos os nomes pela palavra **Familiar** acrescido do **Sistema Alfanumérico**, para desta forma manter o anonimato dos sujeitos da pesquisa.

Ressaltamos que o referido projeto de pesquisa obteve aprovação no Comitê de Ética do Hospital Universitário João de Barros Barreto, sobre o parecer de número 867.598 do ano de 2014, conforme nos evidencia a carta de aprovação (ANEXO-A) do referido comitê.

3.7 Riscos e Benefícios

Os dados coletados na entrevista não são identificáveis, e em nenhuma hipótese, serão divulgados de forma que possa permitir sua identificação, garantindo, assim, o seu sigilo e anonimato, eliminando os riscos potenciais de exposição e constrangimento, declaramos que, caso estes riscos se tornem reais, os sujeitos da pesquisa terão seus direitos garantidos. A pesquisa em questão será importante para contribuir com as pesquisas da enfermagem brasileira, além de tudo consistirá em compreender o cotidiano de familiares de pacientes internados em uma unidade de Terapia Intensiva.

4 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

4.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

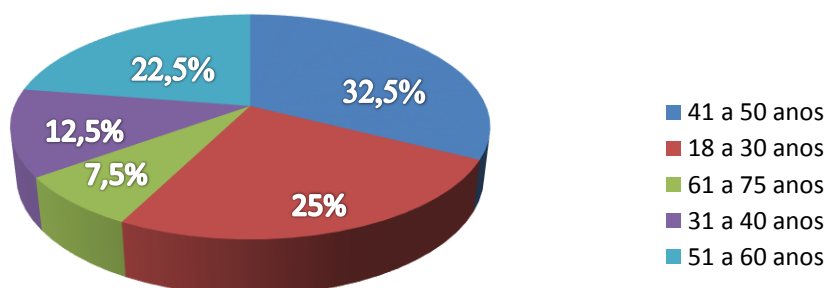
Segundo Moscovici (2003) os sujeitos não são apenas receptores individuais de ideologias dominantes, produzidas e conduzidas por classes sociais, ou por meio de instituições sociais, tais como: igreja, estado, escolas entre outras. Eles possuem alternativas autônomas, de modo que constantemente estão produzindo e transmitindo representações em seus grupos à medida que compartilham informações, e estas sim têm influência determinante sobre as suas relações, escolhas e sobre sua vida.

Neste sentido, se fez necessário conhecer o contexto sócio cultural dos sujeitos do estudo, para assim auxiliar em uma melhor captação das Representações sociais, visto que a mesma favorece a constituição simbólica do processo saúde-doença. Desta forma, selecionamos dados referentes à idade, naturalidade, estado civil, grau de instrução, profissão, religião, grau de parentesco, tempo de internação de um dos entes da família na UTI.

Participaram do estudo, 40 familiares de pacientes internados na UTI, dos quais 30 pertencem ao sexo feminino (75%) e dez ao masculino (25%). Fonseca e Penna (2008) afirmam que é comum que as mulheres assumam os cuidados mesmo quando trabalham fora, isto geralmente repercute em maiores limitações de tempo livre e implicações no cuidado de si, já os homens participam do cuidado de uma forma secundária, ou seja, através de ajuda material ou em tarefas externas, como o transporte do paciente e o pagamento das contas.

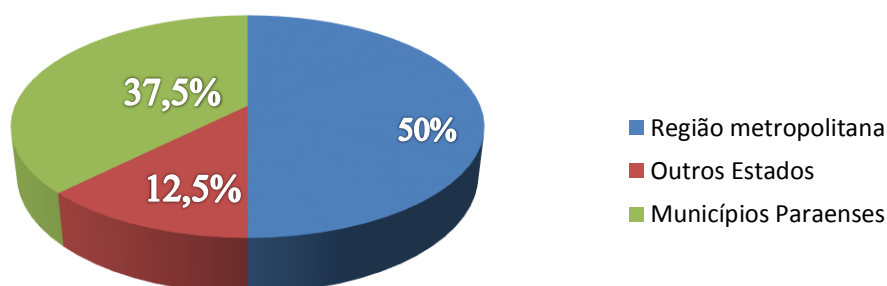
A faixa etária desses sujeitos variou de 18 a 75 anos, havendo a predominância entre as idades de 41 a 50 anos, que representou 32,5% dos entrevistados. A segunda faixa etária evidente foi 18 a 30 anos (25%) e as demais idades corresponderam a 7,5% (61 a 75 anos), 12,5% (31 a 40 anos) e 22,5% (51 a 60 anos). Conforme se pode observar no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos segundo a idade.



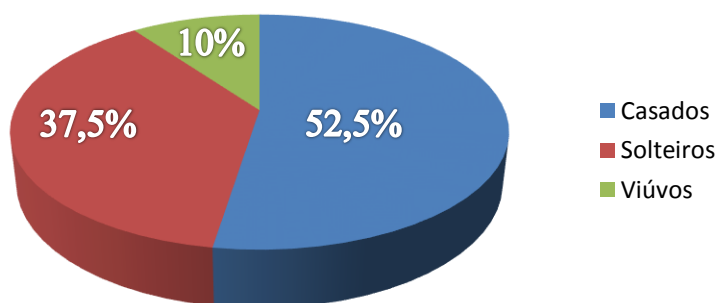
Cada sujeito apresenta variações culturais entre si e acesso a recursos diferenciados, os quais modificam os costumes e as crenças de cada pessoa. Estas modificações constituem ferramentas importantes no campo das representações sociais, que implicam na forma de compreender e executar o cuidado ao outro e a si. Assim, neste trabalho a naturalidade torna-se de suma importância, para avaliar a representatividade social dos familiares de pacientes internados na UTI, dado que muitos familiares residem em localidades diferentes e até mesmo em outros estados. Fato este, que confirmam os dados descritos no gráfico abaixo:

Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos segundo a naturalidade.



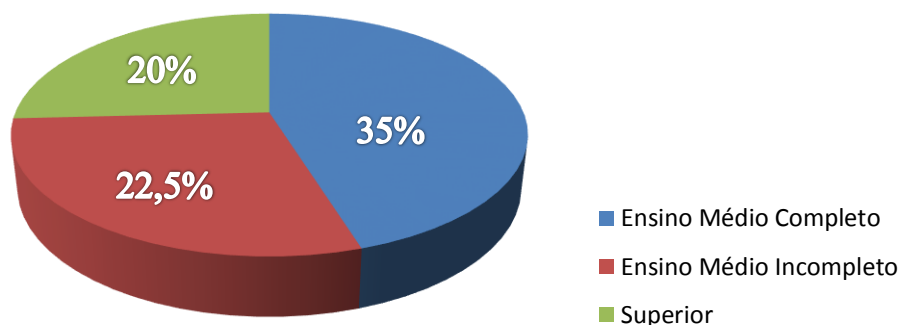
A situação conjugal apresenta-se com a seguinte configuração: a maioria dos entrevistados era casada representando 52,5%, enquanto que os solteiros configuraram-se por 37,5% e os viúvos por apenas 10%. Ilustrados no gráfico abaixo.

Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos segundo situação conjugal.



No que se refere ao grau de escolaridade, a maioria dos entrevistados possuíam ensino médio completo e incompleto, assim como o ensino superior representando 35%, 22,5% e 20% respectivamente. No entanto, o nível de escolaridade não interferiu na desenvoltura da pesquisa, dado que a representação social tende a captar o conhecimento consensual de um grupo social.

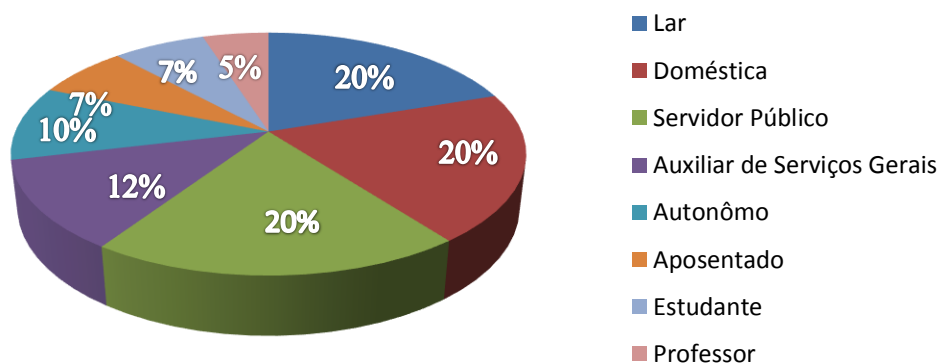
Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos segundo o grau de instrução.



No que se refere à profissão oito (20%) dos familiares trabalham desenvolvendo atividades no seu próprio lar, oito (20%) como domésticas, oito (20%) são servidores públicos, cinco (12%) são auxiliar de serviços gerais, quatro (10%) são autônomos, três (7%) são aposentados, três (7%) são estudantes, dois (5%) cuidadores são professores.

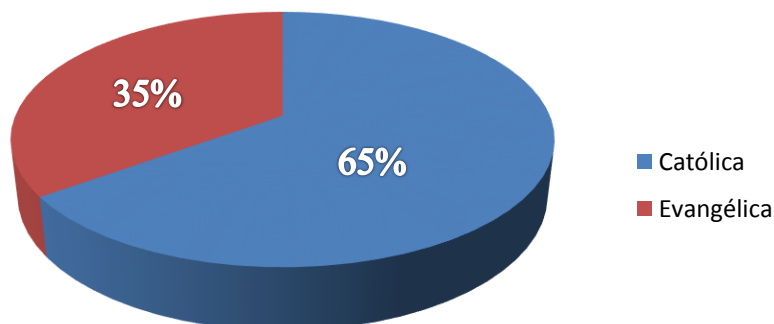
Devido à execução de atividades diárias, muitos familiares não conseguem conciliar o momento de visitação ou ficam sobre carregado fisicamente e mentalmente por limitarem o tempo de autocuidado do mesmo, o que gera a uma diminuição da qualidade de vida destes familiares.

Gráfico 5 - Distribuição dos sujeitos segundo a profissão.



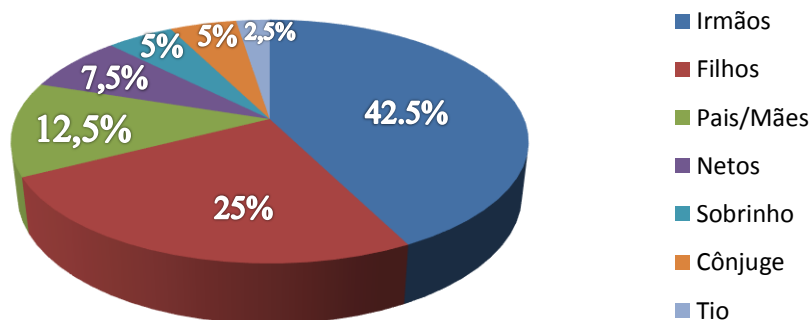
Quanto à religiosidade, foi majoritária a religião católica, com 65%, enquanto que 35% eram evangélicos. A religiosidade é um dado importante no desenvolvimento das representações sociais dos indivíduos, visto que, essa experiência direciona seus comportamentos pessoais na saúde e na enfermidade, assim como na sua forma de cuidar de si e do outro.

Gráfico 6 - Distribuição dos sujeitos segundo a religiosidade



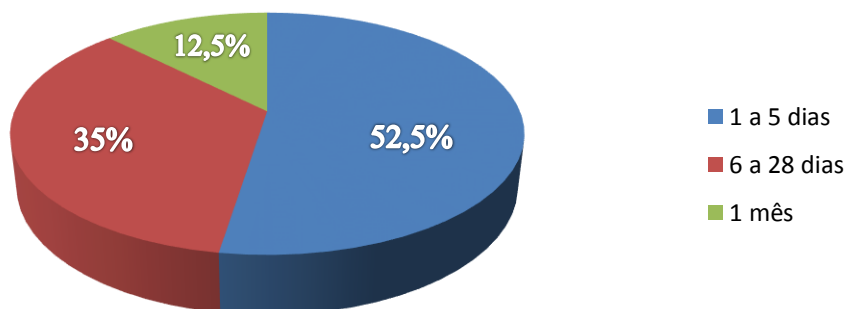
Quanto ao grau de parentesco dezessete (42,5%) eram irmãos, dez (25%) eram filhos, cinco (12,5%) eram pais/mães, três (7,5%) eram netas, dois (5%) sobrinhos, dois cônjuges (5%) e apenas um (2,5%) tio.

Gráfico 7 - Distribuição dos sujeitos quanto ao grau de parentesco.



Com relação ao tempo de internação de um dos entes da família na UTI, vinte e um (52,5%) permaneceram de um a cinco dias, catorze (35%) de seis a vinte e oito dias e cinco (12,5%) mais de um mês.

Gráfico 8 - Distribuição dos sujeitos quanto tempo de internação de um dos entes da família na UTI.



5 O NASCIMENTO DAS UNIDADES TEMÁTICAS

As representações sociais sobre o processo saúde e doença surgiram da relação de simbolização e de interpretação das falas dos atores sociais do estudo, os familiares de pacientes internados na UTI.

Os núcleos temáticos foram sustentados nas repetições de significados simbólicos emergentes nas frases dos sujeitos da pesquisa. As unidades foram ordenadas de forma que se pudessem compreender as representações sociais dos depoentes de forma coerente, como se segue.

5.1 Saúde e doença: Equilíbrio vital

A vida se manifesta através do equilíbrio entre a saúde e a doença, que são formas únicas, experiências subjetivas e que não podem ser manifestadas integralmente através de palavras.

De acordo com Vaz (1999) a saúde e a doença são fenômenos biológicos e ultrapassam o atributo do organismo, para atingir a configuração organismo e meio ambiente, como um fenômeno descrito no campo cultural e social. Se na esfera individual a saúde não pode ser definida como “ausência de doença”, na esfera coletiva a negativa é ainda mais determinante. Ao nos referir a uma coletividade saudável, isto não implica que seus componentes não iram morrer ou adoecer (ALMEIDA FILHO, 2000: 229).

Para Bastitella (2007), a visão da saúde entendida como ausência de doença é largamente difundida no senso comum, mas não está restrita a esta dimensão do conhecimento. Pelo contrário, essa ideia não só é afirmada pela medicina, como tem orientado a grande maioria das pesquisas e da produção tecnológica em saúde, especialmente aquelas referentes aos avanços na área de diagnóstico.

A literatura em relação a este tema, nos mostra diversos enfoques de saúde e doença que percorrem as diversas disciplinas. O conceito de Dethlefsen e Dahlke (1983: 14) sintetiza as diferentes visões, ao dizer que “quando as várias funções corporais se desenvolvem em um conjunto, segundo uma determinada maneira, aparece o modelo que sentimos como harmonioso e que, por isso recebe o nome de saúde. Se uma função falhar, ela compromete a harmonia do todo e então falamos de doença”.

Ao observarmos os depoimentos obtidos na pesquisa, percebemos que para 20% dos familiares entrevistados, a saúde era vista como a ausência de enfermidades, onde o simples fato de não padecer de alterações físicas e mentais corrobora o bem-estar e a qualidade de vida. Essas representações apresentam a condição de saúde como a ausência de sinais e sintomas que podem indicar algum agravo à saúde, ou a própria presença instalada da doença.

“Bom saúde é não ter ou aparentar nenhuma doença física.” (Familiar 1)

“[...] saúde é tá bem em tudo, tá se sentido bem, sem nenhuma doença, pode fazer as coisas, é isso.” (Familiar 3)

“Saúde é tá bem, é a pessoa não tá com nenhuma enfermidade, nenhuma dor assim.” (Familiar 30)

“Saúde é quando a pessoa está livre né, de qualquer tipo de doença, tá tudo bem, tá sadio [...]” (Familiar 38)

Através dos depoimentos é possível inferir, que a saúde e a doença se apresentam como manifestação de estados do equilíbrio ou desequilíbrio, os quais podem se apresentar nos níveis biopsicossociais. Neste contexto, a saúde é entendida pelo sujeitos como ausência da doença, ou seja, “ter saúde é não estar doente”.

As representações sociais expressas confirmam as ideias descritas por Sontag (1984), quando faz uma apreciação sobre a presença dessas representações no imaginário social, atualmente a Organização Mundial de Saúde, considera que a saúde é mais que ausência de doença ou enfermidade. É o estado de perfeito bem estar físico, mental e social. Chopra (1987) inclui o bem estar espiritual, sendo esta uma condição na qual a pessoa experimenta a sensação de plenitude e a consciência de bem estar e harmonia com o universo.

Tomando o conceito de saúde como um estado positivo, e não mera ausência de doença, tal como preconiza a Organização Mundial de Saúde (OMS), é necessário promover comportamentos de saúde, tendo em conta as diferentes idades, aspectos culturais e educativos (LUCAS, 2009).

Dethlefsen e Dahlke (1983), afirmam que a doença e a saúde se referem a estados do ser, e não de partes do corpo, já que o corpo não pode ser separado da consciência e vida. Para abordarmos a consciência citada por Dethlefsen e Dahlke (1983) utilizamos a teoria das

Representações Sociais que mostra dois tipos de pensamentos, o consensual e o retificado na sociedade, este último faz parte do saber científico, enquanto que o consensual encontra-se no saber do senso comum.

Segundo Jodelet (2001) esses saberes não possuem superioridade entre si ou são excludentes, visto que se completam e se valorizam de acordo com a situação a qual servem, ou seja, o conhecimento consensual, ou ingênuo, não deve ser reconhecido como falso ou enviesado, pois se trata de um “outro” conhecimento, diferente da ciência, mas que é adaptado à ação sobre o mundo e confirmado por ela.

A saúde nitidamente possui um significado que a identifica como estado de não doença, sendo também associada à funcionalidade em todos os campos da existência, reporta a uma representação de corpo-instrumento, cuja finalidade é o trabalho (SILVA, ALVES, 2011).

No imaginário social, a noção de saúde é percebida como a capacidade de trabalhar, de realizar atividades cotidianas, de forma que a doença é referida diretamente, sobretudo, como a incapacidade de usar o corpo nestas atividades. De acordo com Rodrigues (2006), as atividades diárias tornam o indivíduo independente, sendo esta uma realidade que contribui para a auto-realização.

Cruz e Silva (2003: 50) referem que a doença é entendida como uma forma temida pelo indivíduo visto comprometer o trabalho, ou seja, quando uma pessoa se encontra enferma, esta não pode executar as suas atividades cotidianas. Nas representações sociais dos familiares de pacientes internados na UTI em estudo, o ter saúde em 25% dos depoimentos se configurou como:

“[...] com saúde dá para fazer várias coisas: estudar, trabalhar, sair com os amigos, com a família e se divertir.” (Familiar 11)

“Saúde eu penso em uma pessoa saudável, que pode fazer qualquer atividade.” (Familiar 16)

“[...] saúde é se sentir bem, pode se fazer tudo com saúde né, viajar, trabalhar, sair, ir na casa dos familiares.” (Familiar 25)

“Saúde pra mim é a pessoa tá bem, ela consegue trabalhar, consegue estudar, consegue fazer as coisas dia-a-dia.” (Familiar 35)

Já o ter doença, foi configurado em 20% dos depoimentos da seguinte forma:

“Quando a pessoa está doente ela ficar sem fazer nada, a doença não deixa a pessoa trabalhar, a pessoa deixa de conviver com os outros.”

(Familiar 11)

“Com doença a pessoa deixa de fazer tudo, não estuda, não trabalha, sabe tem uns que nem conversar mais conversa, depende dos outros pra tudo, entende, é muito, muito triste.” (Familiar 14)

“A pessoa fica muito fraca, indisposta, sem vontade pra nada, não tem vontade pra comer, fica triste, não trabalha [...]” (Familiar 18)

“Sem saúde você fica paralisado, debilitado e preso por várias situações, não pode trabalhar, não pode estudar, não pode fazer nada e às vezes até separado da família [...]” (Familiar 32)

Aqui a doença é percebida, por meio de alguns sinais os quais aparecem sempre relacionados com a incapacidade de realização das atividades cotidianas ou com certas práticas e disposições consideradas como normais. A perda das qualidades pessoais e a dificuldade em manter padrões funcionais são facilmente apontadas para a associação negativa da doença, visto diminuírem o ser independente a ser dependente. Assim, a representação da doença para os familiares neste ponto, é associada à Incapacidade física.

O significado que a doença assume nestas condições remete, sobretudo para a ordem social, quando esta passa a ameaçar, não apenas a saúde do indivíduo e sua reprodução biológica, mas a sua interação social, mais especificamente, a reprodução das condições de sua existência social. Minayo e Thedim (1997) afirmam que as pessoas, de uma maneira geral, costumam associar a saúde com capacidade de poder trabalhar e a doença com a incapacidade do mesmo.

De acordo com Nagi (1976), a incapacidade significa a inaptidão ou a limitação no comportamento de papéis sociais e de atividades relacionadas ao trabalho, à família e à vida independente. Esta ao equiparar-se com indicadores de desempenho é encontrada em características de cada indivíduo. Os mesmos tipos e graus de limitações no desempenho do organismo podem levar a diversos tipos e graus de incapacidade.

Vale ressaltar que toda e qualquer incapacidade oriunda de enfermidade/doença é tida como permanente ou temporária, a duração da mesma dependerá da forma e intensidade de como está se manifestará no ser humano.

Em contrapartida, Atkinson (1996) e Badley (1993) ressaltam que,

“A existência de doença ou lesão não significa incapacidade. Várias pessoas portadoras de doenças bem definidas (como diabetes, hipertensão arterial, etc.) ou lesões (sequelas de poliomielite, amputações de segmentos corporais) podem e devem trabalhar. Entretanto, se houver um agravamento e este agravamento, seja de natureza anatômica, ou funcional, ou de esfera psíquica, impedir o desenvolvimento da atividade, aquelas doenças de lesões não incapacitantes podem se tornar incapacitantes”.

É importante saber e reconhecer está abrangência e complexidade causal, que saúde e doença não são estados isolados de causa aleatória, não se está saudável ou doente por acaso. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma produção social da saúde e ou da doença. Segundo Breilh e Granda (1986), o processo saúde-doença constitui uma expressão particular do processo geral da vida social e não apenas uma parte isolada dela.

Os próximos depoimentos traduziram sentimentos os quais podem ser de dois tipos – os considerados positivos e os negativos. Os sentimentos positivos ampliam nossas forças, traduzindo a sensação de bem estar, prazer, sendo aqui interpretados como saúde. Já os sentimentos negativos mingam nossas energias, deixando-nos esgotados, interferindo no prazer, refletidos aqui como doença (VISCOTT, 1982).

Os sentimentos expressos acima por Viscott (1982) foram capitados por meio das representações sociais e simbolizados como saúde e doença. Para melhor visualização elaboramos as seguintes subunidades temáticas.

5.1.1 Saúde: expressão positiva do viver

Segundo Marques (2012), viver bem e ter saúde, é o anseio fundamental do ser humano, trata-se de um desejo universal independente de credo, cultura ou nacionalidade. É algo que interessa a todos sem distinção. Rodrigues e Peixoto Junior (2014), nos afirmam que a saúde é o que nos liga com nosso próprio eu, atribuindo ao ser a competência de sentir-se vivo, verdadeiro, promovendo a impressão de que viver vale à pena.

No contexto das representações sociais, a saúde está associada a um conteúdo psíquico e social concreto, de um ato de pensamento capaz de se tornar familiar o que era considera outrora estranho. Desta maneira, em relação ao processo de saúde, a representação social é um momento intermediário entre o conceito e a percepção, entre as imagens e as informações que possibilitam a formação de conduta e a orientação das comunicações sociais (PALMONARI; DOISE, 1986).

Dentro das concepções de representação social 32,5% dos depoimentos associaram à saúde a essência da vida:

“Saúde, é importante, se você não tem saúde você não tem nada.”

(Familiar 7)

“Saúde é o mais importante que a gente tem na vida, nem tem como definir porque pra mim, saúde é tudo.” (Familiar 10)

“A saúde é uma coisa muito importante, sem saúde seria sem cor, sem vida.” (Familiar 28)

“Saúde é tudo que o ser humano precisa para sobreviver na Terra.” (Familiar 32)

“Saúde é uma coisa essencial na vida da gente.” (Familiar 39)

Como se pode observar nas falas supracitadas, os familiares de pacientes internados na UTI compreendem a saúde como algo primordial, essencial, importante. Logo, a saúde representa uma necessidade básica do indivíduo, e não apenas um objetivo, mas sim uma expressão de viver bem.

Compreender saúde na perspectiva do outro é um desafio. Pois segundo Shealy e Myss (1993), cada pessoa participa diretamente, consciente ou inconsciente, da criação da própria realidade, inclusive da própria saúde.

Neste contexto, a representação social permite ouvir os sujeitos para que estes mostrem seus conceitos, o que possibilita sua ampliação e incorporação deste saber no contexto psicossocial. A mesma segundo Caetano et al (2012) toma como apoio as relações existentes entre a memória e a capacidade de continuar a idealizar, tornando a representação social um processo dinâmico e em movimento.

Outro fator muito bem representado sobre saúde pelos entrevistados foi o bem estar, que se configurou em 22,5%, neste foram associadas palavras e frases que expressão sentimentos positivos:

“Saúde é bem-estar, é estar em paz, a pessoa saudável ela se sente bem.” (Familiar 2)

“[...] saúde é muito bom, não é, a gente saudável é muito bom.” (Familiar 14)

“Com saúde você é feliz, por que se você tem saúde, você pode ter tudo ao seu alcance [...]” (Familiar 15)

“Com saúde a pessoa trabalha, se diverte, entre outras coisas.” (Familiar 22)

“Pra mim, saúde é estar se sentindo bem [...]” (Familiar 31)

“Saúde, é a gente estar bem consigo mesmo.” (Familiar 34)

Os sentimentos positivos, citados acima representam para os atores sociais, o significado de saúde. Para eles o bem-estar, está aliado a um conjunto de aspectos ligados à mente e ao corpo, os quais devem estar em equilíbrio para se adquirir uma boa qualidade de vida, sendo o bem-estar subjetivo, ele é tido como uma dimensão positiva da Saúde.

O conceito Bem-estar é considerado complexo, visto que integra uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva, que abrange dentro de seu campo de estudo, outros grandes conceitos e domínios como a Qualidade de Vida, o Afeto Positivo e o Afeto Negativo. Para Galinha e Ribeiro (2005) este é um conceito recente, que tem suscitado, nas últimas décadas, o interesse generalizado de muitas vertentes da Psicologia e que tem vindo a reforçar a sua identidade, à medida que os estudos vão confirmando a sua estrutura e sistema de conceitos associados.

Segundo Mercês (2004), o bem estar é a harmonia com a vida, onde desfruta-se cada dia como se fosse último, tal sentimento ultrapassa os aspectos físicos do ser humano e estabelece íntima relação com seu estado emocional. Nessa mesma perspectiva, a Organização Mundial de Saúde (1976:1) definiu que "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença".

Entretanto, Segre e Ferraz (1997), afirmam que essa definição, para época em que foi realizada era considerada avançada, no entanto, atualmente está se tornou irreal, ultrapassada e unilateral, devido esta fazer destaque entre o físico, o mental e o social.

Luz (2006), afirma que ao reagrupar as diferentes dimensões em que se insere a vida humana, essa perspectiva evidencia uma tentativa de superar a visão negativa da saúde propagada pelas instituições médicas. Apesar do avanço, várias críticas incidiram sobre este conceito, dentre elas, o seu caráter utópico e inalcançável.

Numa linha semelhante, Dejours (1986), inicialmente, afirma que este estado perfeito de completo bem-estar não existe, apontando, a seguir, para uma certa visão idealizada, como uma ficção, uma ilusão ou uma utopia, que temos esperanças de atingir, como um objetivo ou meta a ser alcançada, um estado desejável do qual procuramos nos aproximar.

Para Lucas, Diener e Suh (1996), o Bem-Estar é uma variável ampla que exige cuidado na comparação com outras variáveis, mais do que uma variável restrita, é necessário verificar se o construto é verdadeiramente diferente dos construtos que inclui ou com os quais se relaciona. Desta forma espera-se que as pessoas vivam as suas vidas de modo a que elas próprias se sintam preenchidas, segundo os seus próprios critérios.

A vida é uma experiência de aprendizagem, que se tem o desafio de transcender e tornar-se um ser cada vez mais maduro e completo, o que ocorre por meio da expansão da consciência. Nesta subunidade a saúde foi expressa por palavras positivas, refletindo algo essencial para o viver.

5.1.2 Doença: expressão negativa do viver

Segundo Laurell (1983), é observado um caráter histórico e social no termo doença, o aspecto social verifica-se na maneira característica como se adoce e morre na população. A autora ressalta ainda que:

[...] “há diferenças nos perfis patológicos ao longo dos tempos, resultantes das transformações da sociedade e, também, dentro de uma mesma sociedade, as classes que a compõem mostrarão condições de saúde diversas, de acordo com o momento histórico”.

Herzlich e Pierret (1984) nos informam que a doença é um fenômeno social e que estabelece uma analogia entre a ordem biológica e social. Pois ao mesmo tempo em que

atinge o sujeito no que ele mais aprecia, sendo aqui referido, o corpo em suas funções e estrutura, ela também afeta a sociedade, ou seja, determinado conjunto de relações sociais que o indivíduo possuía antes da doença.

Segundo Pessini (1987) a doença normalmente promove uma crise na pessoa, que se julga em dependência, isolada e com a quebra da comunicação social em seu dia-a-dia. Essa situação facilmente leva o doente a um estado de depressão, onde, às vezes, passa pela fase de revolta e que ameaça à integridade da pessoa, “degradando a qualidade de vida”. Surgindo desta maneira, um conflito com o mundo, que promoverá o surgimento de sentimentos negativos.

Avaliando-se a atual conjuntura, dentro do contexto desta pesquisa, observou-se que 60% dos entrevistados associaram o termo doença a sofrimento, relatando sentimentos de angústia, tristeza e dor. As respostas simbólicas que emergiram com a temática de um sentimento negativo, são representativas do qual estar doente é antes de tudo “Tribulação” para a vida, tornando-se uma “coisa” difícil e ruim.

Tais relatos podem ser observados a seguir.

“Doença é coisa ruim, sofrimento, angústia, dor, uma série de coisas. Por que a pessoa se sente mal né e a família também.” (Familiar 3)

“A doença é coisa ruim, é tribulação na vida gente, a gente não tem felicidade, é muita preocupação [...]” (Familiar 15)

“Doença, é tristeza, é um sofrimento, é tudo que você possa imaginar de ruim que a pessoa possa ter né [...]” (Familiar 17)

“Doença é tudo de ruim [...] sempre causa muita tristeza e angústia.” (Familiar 21)

“Doença é coisa triste. Triste assim porque sofre o paciente e a família [...]” (Familiar 27)

“A doença sempre é uma coisa ruim, ninguém quer estar doente né[...]” (Familiar 31)

“Doença é uma coisa muito triste [...]” (Familiar 39)

Duarte (1998) informa que a tristeza é uma emoção própria do ser humano, onde todos os indivíduos estão sujeitos a passar por eventos que lhe tragam tristeza. A mesma é

conceituada como a ausência de satisfação pessoal quando o indivíduo se depara com sua fragilidade.

Em conformidade com este conceito entende-se que ao cultivar a tristeza, a pessoa se mantém longe e protegida da concorrência e ambição que norteiam a sociedade contemporânea, a qual vive incessantemente em busca do pleno bem-estar. No que concerne à tristeza, esta aparece como resposta emocional, proporcional a eventos frustrantes e traumáticos da vida como estados de doença.

Frente à pesquisa 20% dos depoentes associaram o sofrimento causado pela doença à presença da morte, fora aparte os 60% que associaram a doença somente a sofrimento e tristeza, como evidenciam os segmentos abaixo:

“A doença é uma coisa muito triste, ela causa coisas graves e se não se cuidar a pessoa morre.” (Familiar 7)

“Doença é tudo que não presta. Fico muito triste, porque eu penso que a pessoa pode logo morrer.” (Familiar 9)

“Doença é horrível, para mim é uma coisa muito triste, é como se a gente fosse logo morrer e às vezes não é assim né [...]” (Familiar 28)

“Doença pra mim é uma coisa que ninguém gosta, eu fico logo preocupada, por que, pode levar até a morte.” (Familiar 30)

Associando-se a morte ao termo doença percebe-se que os familiares trazem consigo sentimento de tristeza e angustia. Nos casos em que se há a morte instaurada é passível que estes familiares busquem por apoio emocional e até se aliem a praticas religiosas afim de que haja um melhor enfrentamento da perda de seus entes queridos.

Segundo Faria e Seidl (2005), a família lida com o sofrimento da forma como é possível num determinado momento, pois as ações de enfrentamento são limitadas pela pressão do evento, pelo sistema de crenças predominantes e pela avaliação de recursos disponíveis para enfrentá-los.

Entretanto, acreditar que a morte é o destino final de uma doença/enfermidade corrobora um medo, que nos leva a não conhecer as múltiplas faces que a morte pode ter. Dessa forma, muitos se esquecem de que nem sempre a morte é resultado da enfermidade que

um indivíduo carrega, contudo esta pode ser vislumbrada ou ser contemplada por “n” maneiras, até mesmo por quem está imperativamente bem.

A doença normalmente gera sofrimento tanto para a família quanto para o ser enfermo, o que desencadeia a procura de significados, na tentativa de compreender uma experiência tão avassaladora como é a doença. De acordo com Arantes et al (2008),

“A distinção entre patologia e enfermidade também não dá conta da dimensão social do processo de adoecimento, considerando-se esta última não apenas enquanto determinante, mas também, e fundamentalmente, como um processo de atribuição de significados socialmente reconhecidos a signos de comportamentos desviantes e sinais biológicos, de modo a transformá-los em eventos plenos de sentido”.

Quando avaliamos o ser humano, identificamos que os estados de normalidade oscilam conforme a interferência de inúmeras variáveis, tais como: situações de descanso, de exercícios, relacionadas à idade, ao sexo, à raça, à cultura, ao ambiente, entre tantas outras variáveis possíveis de serem vivenciadas. As oscilações, em muitos casos, não podem ser vistas como anormais, porque entre aquela realidade ou exposição, constituem-se variantes normais. Então, é preciso lembrar que o incomum nem sempre é negativo ou anormal (NORDENFELT, 2000).

Observando-se a variação de tais anormalidades verificamos que pode haver a presença de fatores externos e internos, onde há a contribuição destes para que o estado de bem-estar seja alterado. Estes fatores geram no indivíduo ansiedade, inquietação, dor e sofrimento o que acaba culminando na formação da doença propriamente dita.

Segundo Jodelet (2001), a Teoria das Representações Sociais, é uma forma de conhecimento, a qual indivíduos sociais definidos por uma situação grupal realizam sob influência sociais e normas coletivas, o seu cotidiano, ou seja, as representações sociais são configuradas em um saber prático.

Dentro do panorama das Representações Sociais, Good (1994) afirma que há quatro abordagens das representações da doença. Na primeira abordagem, observa-se um caráter empirista, para ele, compreendem-se as representações baseando-se nas crenças presentes e no senso-comum.

A segunda se orienta por uma visão da antropologia cognitiva, que se volta, entre outros aspectos, para a investigação de como a linguagem e a cultura estruturam a percepção.

Na terceira abordagem, tida como interpretativa, as representações de doença são culturalmente constituídas, centrando-se no seu significado.

Por último e nem tão menos importante, configura-se a abordagem crítica, que entende as representações de doença como mistificação. Segundo o autor, tal abordagem é baseada no pensamento neomarxista, a qual se esforça para entender questões de saúde à luz de forças políticas e econômicas que padronizam relações interpessoais, moldam comportamentos sociais, geram significados socialmente compartilhados e condicionam experiências coletivas.

Compreende-se, então, que as representações sociais se originam no dia-a-dia de cada indivíduo, por meio de sua conduta, através do processo de comunicação e nas relações interpessoais, transcorridas na sociedade. A representação deve ser compreendida como uma forma de adquirir e comunicar conhecimento, auxiliando as pessoas a se apropriarem da realidade e a manejar as ações, objetivando a adaptação, o ajuste e a sobrevivência na realidade.

Nesta subunidade, verificamos que a doença foi representada pelos sujeitos do estudo por meio de sentimentos negativos representando uma agressão a sua integridade psicofisiológica, na qual transforma-se em desgaste social propiciando limitações, desânimo e tristeza. Concomitantemente os entrevistados enfatizaram a relação da morte com o sofrimento causado pela doença, visto se tratar de familiares de paciente internados na UTI, o que faz com que a idealização da doença seja refletida em morte. Dessa forma, os atores deste estudo representam a saúde e a doença de maneira antagônica: alegria versus tristeza.

5.2 UTI: Morte x Cuidado

A internação em Unidade de Terapia Intensiva é precedida de comprometimentos orgânicos, presentes e potenciais, que colocam em risco a vida do ser doente. O cuidado de enfermagem se dá, nesse conturbado ambiente de aparelhagens múltiplas, desconforto, impessoalidade, falta de privacidade, dependência da tecnologia, isolamento social, dentre outros (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004).

De acordo com Souza (2010), a hospitalização pode gerar o desequilíbrio do sistema familiar como um todo gerando sobrecarga e sofrimento emocional. A situação de crise vivida pelos familiares pode ser observada pela desorganização das relações interpessoais devido a distância física do paciente, a problemas financeiros e ao medo da morte da pessoa amada. O

momento vivido na UTI é intenso e carregado de estresse, desamparo, medo, pânico, irritação e comportamento exigente.

Equiparando-se a UTI a outras unidades de internação, percebemos que esta é totalmente diferente, sobretudo, do ambiente residencial do sujeito doente e de seus familiares. Ao ser internado nesta unidade percebe-se que o sujeito perde parcial ou totalmente sua autonomia. Além disso, é considerado incapaz de tomar suas próprias decisões, estando assim, de alguma forma a mercê de seus familiares e daqueles que lhe prestam todo o cuidado.

Segundo Marsden (1992), os pacientes internados em UTI

"(...) são vistos como objetos ou máquinas inanimadas, sem sentimentos, a serem manipulados, que sofrem experimentos, são fragmentados em problemas e tratados com imparcialidade. Em casos mais extremos, são isolados, alienados, despojados de sua dignidade, com pouca oportunidade de escapar do ambiente estático, estéril e degradante em que estão emaranhados".

Ao analisar este fato observamos que há certo estigma em relação às internações em UTI's, pois para muitos indivíduos as características desse setor acabam proporcionando sentimentos contrários à recuperação do paciente que ali se encontra. Sabemos que não muito longe disso a UTI também é vista por muitas pessoas como o corredor da morte, e quando se trata de um ente querido essa percepção agregada aos sentimentos de medo da morte, angústia e desespero estão sempre presentes (FERREIRA; MENDES, 2013).

Dentre os depoimentos obtidos, pudemos observar que 40% dos entrevistados, associaram a Morte com o ambiente de uma UTI. Vejamos.

“Eu já penso que o paciente, está quase morrendo, que tá muito mal, muito mal, que não tem como ele ficar em outro lugar, a não ser este (...)” (Familiar 11)

“(...) UTI é morte. Às vezes ele entra e não sai, já sai morto.” (Familiar 15)

“(...) me vem logo morte, eu já penso que só Deus pode tirar aquela pessoa dali, porque às vezes o homem faz o máximo que ele pode fazer, mas quem da à resposta é Deus.” (Familiar 40)

“Muitas pessoas me falam, que quem vai pra lá não volta mais, que já está morto, me ligam às vezes, e falam: ah! morreu, está morto, não vai viver mais. Sabe? Parece assim pra mim (...).” (Familiar 28)

“É uma palavra meio triste, por que eu acho, que quando a pessoa vai pra UTI, é por que está muito ruim, está quase morrendo.” (Familiar 1)

Conforme supracitado percebe-se que ao falar a palavra morte ou pensar nela, já refere um pensamento prévio de que ela pode vir a ocorrer. E isso nos remete ao pensamento de Kovács (2002), o qual faz alusão ao chamado luto antecipatório, ou seja, um luto com a pessoa ainda viva, onde sua perda já é sentida. Um luto pelo indivíduo que não apresenta mais as mesmas características de quando estava saudável.

Analisando os discursos desses familiares é possível observar que há consciência do momento interior vivenciado diante do sofrimento da pessoa internada, onde não há perspectiva de melhora. Nos fragmentos de discursos como “UTI é morte”, “(...) vai pra lá e não volta mais” e “está quase morrendo” notou-se que os familiares padecem com a desesperança e, até certo ponto, se conformam com a morte inevitável. De modo geral, referem que a experiência de ter um familiar internado na UTI é muito difícil por conviverem com esse medo constante da perda, que vem acompanhado de muitos sentimentos.

Segundo Oliveira (2002) em uma Unidade de Terapia Intensiva observa-se que no decorrer de desequilíbrios e incertezas facilmente se passa da luta pela vida à morte instaurada (e vice-versa), do risco de continuar vivo, ao medo de morrer. Nesse cenário, a família se percebe doente, pela desestruturação holística, causada pela vivência do risco iminente da perda, a sensação de impotência diante da doença, o sentimento de culpa, a impossibilidade de manter suas tarefas diárias e tantas outras modificações que a doença e a hospitalização acarretam no seu cotidiano (CUNHA; ZAGONEL, 2006).

Diante disto, observa-se que ao mencionar UTI várias pessoas pensam na morte o que de acordo com Menezes (2004), todos têm que enfrentar independente das crenças trazidas pelos indivíduos. Para a autora, as percepções da morte e do morrer, as formas de reações esperadas, socialmente aceitas variam histórica e culturalmente.

De fato permanecer em um ambiente hostil como o de uma UTI, mesmo que temporariamente, marca a vida daqueles que permeiam este ambiente. Estabelece-se ali um

mistura de sentimentos, os quais acabam gerando o sofrimento. Para muitos o sofrer está simplesmente ligado ao estado de espírito do indivíduo e grande parte deste sofrimento é oriundo do estigma que se tem de um ambiente de UTI.

Outro ponto a ser discutido revela a UTI como um local que presta cuidados mais específicos aos pacientes. Este fato pode ser evidenciado na fala de 32,5% dos familiares entrevistados, os quais revelam que embora o paciente seja direcionado a este ambiente por padecer de um estado crítico, este também é considerado local de cuidados e recuperação.

“A UTI eu acho que é o ápice de um doente, se ele foi pra UTI é porque ele está muito mal, aí eu já desanimo, mas eu acho que a UTI também cuida muito bem (...).” (Familiar 19)

“(...) eu acho que a UTI é justamente, pra quem já está num estágio bem crítico, aí vem para melhorar, né?” (Familiar 21)

“(...) a UTI, para muitas pessoas, ela é o fim, mas pra mim, eu creio que é um recomeço, eu sei que, eu creio que são bem cuidados (...).” (Familiar 32)

“As pessoas falam de morte, mais para mim é um local de recuperação (...).” (Familiar 13)

(...) “ela vem pra receber um cuidado melhor, mais específico, um tratamento bem melhor, eu acho.” (Familiar 17)

As expressões “é um recomeço”, “local de recuperação” e “receber um cuidado melhor e mais específico” revelam que os familiares já tem uma visão mais diferenciada da UTI, frequentemente vista como unidade que carrega o estigma de “corredor da morte”. Nota-se que o vivenciar lhes permitiu conhecer a UTI por outra face, podendo ser percebida uma nova interface em que é possível afastar o conceito de ser um setor aonde o paciente vai para morrer, e passa a percebê-lo como um lugar para cuidar melhor do seu ente querido.

O processo do cuidado envolve uma ação interativa. Esse comportamento tem como base os valores e o conhecimento do ser humano cuidador. Daí envolver atitudes de solidariedade humana. A solidariedade é, pois, uma atitude de cuidado, e este, por sua vez, uma expressão de solidariedade, tendo como propósito uma maior valorização da vida do ser humano (BETTINELLI, 2002).

O cuidado tem uma dimensão ontológica da constituição do humano e está na origem da existência. Ele participa do destino, auxilia nas experiências de busca da pessoa, podendo dar novo sentido à sua vida. O cuidador, nesse caminho do cuidado, vai construindo o seu próprio ser, sua autoconsciência e a sua própria identidade (BOFF, 2004).

Numa linha semelhante Torres, Sé e Queiroz (2004) afirmam que mais do que refletir, idealizar e estimar, o cuidado é uma ação que envolve atenção, amparo, apreensão, modos e sentimentos que induz a uma relação interpessoal, práticas e atos sociais, conduzidas por aspectos simbólicos acerca da solidariedade. Para Waldow (2001), o cuidar é tido como uma ajuda, é onde se tem uma relação de respeito, compreensão e carinho pelo próximo e não apenas um processo ou intervenção.

Durante o processo de internação na UTI é comum notar entre os familiares as mais diversas reações emocionais, principalmente o estado de sofrimento e angústia, os quais foram ser expressos pelo seguinte discurso: “UTI é tristeza, “UTI é medo, UTI é angústia”. Isto pôde ser observado nas falas de 17,5% dos familiares entrevistados, conforme citado abaixo.

“UTI é tristeza (...) desespero, porque eu nunca passei por isso, e dizem que só vai pra UTI, porque a pessoa tem risco de morrer não é?” (Familiar 25)

“UTI é triste, muito triste, você saber que um parente que você ama tá no UTI (...).” (Familiar 14)

“(...) UTI é medo, por mais que a gente tente pense positivo sempre vem aquele pensamento negativo das coisas, é insegurança.” (Familiar 22)

“(...) UTI é angústia, é medo, é aflição, apreensão.” (Familiar 26)

“UTI é meio preocupante, por que a pessoa que vai pro UTI está mal (...).” (Familiar 29)

A internação, vivenciada pelo familiar e pelo paciente, pode tornar-se uma experiência difícil, devido à debilidade emocional que os invade nessa ocasião, pois se encontram sensivelmente abalados. Segundo Araújo et al (2011), a angústia e a insegurança, neste tipo de situação são extremas, dado a constante presença de morte iminente. Boeira et al

(2004), nos diz que nesses tipos de situação, se deve facilitar a presença do familiar junto ao paciente, para assim oferecer uma assistência humanizada, o que é de grande importância para a recuperação e a promoção da segurança do paciente durante esse momento de fragilidade física e emocional.

Sousa (2010) revela que o familiar deve ser visto como paciente secundário, pois chega a UTI desconfiado e inseguro frente a realidade vivenciada e precisa ter a oportunidade de falar sobre a doença, seus medos, fantasias sobre a morte e expressar seus sentimentos.

Em uma linha semelhante Maestri e colaboradores (2012) acrescentam que:

A prática assistencial em UTI nos mostra que é incontestável a necessidade de acolhimento aos usuários, tendo em vista as suas fragilidades. Os enfermeiros, por realizarem o gerenciamento da assistência de enfermagem, são vistos pelos demais trabalhadores da equipe de enfermagem como modelos e referência para o cuidado técnico.

Para os autores supracitados, é extremamente preocupante observar que o acolhimento, em sua maioria seja estabelecido de forma sutil por esses profissionais. Nessa perspectiva, avalia-se que se tais profissionais tivessem a chance de se obter maiores aprendizados sobre a abordagem e o cuidado em UTI, indubitavelmente suas práticas de cuidado estariam pautadas no respeito e na particularidade dos sujeitos envolvidos, assim sentiriam que o cuidado oferecido é integral e eficaz.

Entretanto, por muitas vezes isso não ocorre, e o familiar acaba por sentir-se desamparado e permanentemente inseguro até o desfecho da situação do seu ente querido. Simonetti (2011) afirma que tudo é intenso na UTI, inclusive o tratamento, os riscos, emoções, o trabalho e a esperança. Para ele, nesse lugar é necessário criar canais de escoamento dessas intensidades por meio da palavra falada e, embora o foco primário de atendimento seja o paciente, é preciso também acolher os familiares angustiados.

Durante a entrevista a UTI também foi associada a condição de saúde do indivíduo, alcançando o percentual de 10% dos entrevistados, onde estes relataram que a UTI é um local onde as pessoas se encontram muito debilitadas e/ou com algum tipo de enfermidade avançada, observadas abaixo:

“Várias pessoas doentes, por que é isso que a gente encontra, quando a gente chega na UTI (...).” (Familiar 16)

“Vir pra UTI já é uma coisa mais grave (...)” (Familiar 34)

“(...) é quando a pessoa tá bastante doente, assim, aí a gente fica bastante triste, então quando vai pra UTI, é por que ela não tá bem (...)” (Familiar 30)

“(...) me vem à mente que a pessoa está muito mal, mas nem todas as pessoas que vão pra UTI permanecem mal entendeu, eu sei que voltam da UTI como já vi vários casos acontecerem (...)” (Familiar 38)

De acordo com Lemos e Rossi (2002), a percepção ocorrida por parte desses indivíduos de que a UTI é tida como local destinado a pacientes graves, é o que os aproxima da possibilidade da morte. Assim somando-se a esta perspectiva Puggina, Silva e Araújo (2008) afirmam que estes significados são devidos ao desconhecimento das pessoas em relação ao meio hospitalar, somados a crenças e fantasias sobre UTI, a qual é vista como um lugar destinado à morte, pouco acolhedor e que causa muito sofrimento.

5.3 O cuidado nas representações sociais sobre o processo saúde-doença

A palavra “cuidado” é derivada do latim *cura*, que constitui um sinônimo erudito de cuidado. O termo *cura*, em sua forma mais antiga do latim é escrita como *coera* e é usada, em um contexto de relações de amizade e amor, com objetivo de expressar um ato de inquietação, desvelo, cuidado, e preocupação pelo outro. Todavia, outra origem é apontada por estudos filológicos sobre a palavra “cuidado”, a *cogitare-cogitatus*, que significa cogitar, pensar, colocar atenção, revelar atitudes de interesse, preocupação e desvelo (BOFF, 2004).

De acordo com a pesquisa em questão 37,5% dos familiares entrevistados relataram o Cuidado como a prática de bons hábitos na qual culmina a existência de um ser saudável.

“Acho que é cuidar bem da saúde da gente, da nossa alimentação, pra gente não adoecer.” (Familiar 1)

“(...) ter cuidado com nossa vida, com tudo, cuidando da saúde, da alimentação, dos filhos, da saúde deles, com o asseio da casa, cuidado

com a água que a gente bebe, com a comida que a gente faz pra comer.” (Familiar 28)

“(…) se preservar, olhar mais para nossa saúde, se alimentar direito, cuidar de nós mesmo, evitar preocupações, fazer um checkup (…).” (Familiar 40)

“É procurar estar com alguém que a gente se sente bem, é entender o lado do doente, ter paciência, ter carinho, fazer exercícios, praticar esportes, correr, manter a saúde bacana, pra não depender de remédios.” (Familiar 13)

“(…) é a gente ter cuidado com a saúde, no dia-a-dia entendeu, com as pessoas que a gente gosta, cuidado pra não adoecer, não dar bobeira pras coisas ruins e não ter que ir parar em hospital sabe.” (Familiar 35)

Segundo Freitas (2012), uma alimentação saudável aliada à prática de exercícios, frequentes idas ao médico e o uso de filtro solar são cuidados simples que refletem na saúde dos indivíduos. Em virtude dessas perspectivas, a World Health Organization (1998) revela que do ponto de vista da alimentação saudável, as indicações devem fundamentar-se em alimentos mais do que em nutrientes.

Com isso, a OMS, em publicação recente recomenda o estabelecimento de metas realísticas de ingestão de alimentos peculiares, sendo estes alimentos identificados em função dos nutrientes que se pretendam abranger. Vale ressaltar ainda outro fator aliado a pratica dos bons hábitos – a higiene, a qual segundo a OMS refere-se ao campo de conhecimento que objetiva evitar doenças e promover a saúde.

Ao analisar o discurso dos entrevistados observou-se que há uma consciência relativa em relação a pratica de bons hábitos, haja vista que a promoção da saúde e principalmente a prevenção de doenças e agravos são considerados anseios fundamentais dos familiares cuidadores. As expressões *“pra gente não adoecer”*, *“manter a saúde bacana, pra não depender de remédios”* e *“não dar bobeira pras coisas ruins e não ter que ir parar em hospital”* configuram o pensamento desses familiares.

Outro aspecto relevante ligado à prática do cuidado revelou o sentimento, mas precisamente o amor pelo próximo, como a definição desta pratica por 22,5% dos entrevistados. Quando lhes foi indagado o que lhes vinha à mente quando ouviam a palavra

cuidado, estes revelaram que o cuidado ao próximo reflete sentimentos que devem ser estimulados de forma que possam estabelecer o bem estar.

“Cuidar pra você ver, poder estar com a pessoa que você ama, é ter zelo, é querer bem, é amar, é isso, é fazer de tudo para poder estar com ela bem (...).” (Familiar 15)

“Cuidado, ele vem da palavra amor, se não tiver amor, você não cuida e se você não se ama você também não se cuida (...) cuidado é não maltratar.” (Familiar 32)

“Eu acho que é o extremo do amor, a pessoa doente é cuidada, e olhada, e recebe o cuidado de todas as pessoas, ela se sente mais confortada e cuidada.” (Familiar 19)

“Eu acho que cuidar é a gente amar, é a gente zelar (...).” (Familiar 31)

De acordo com Seguro et al., (2008), o cuidar assim como o amor, floresce junto de cada indivíduo e nos distingue como seres humanos. Para estes autores sem amor não há cuidado, pois o cuidar em si é um verdadeiro ato de amor.

Ao observar os seguintes depoimentos “*se não tiver amor, você não cuida*” e “*cuidar é a gente amar*” nota-se que os familiares atribuem o cuidado como a expressão terna do amor, o que reflete as ideias de Maturana (2001), onde o cuidar é tido como um sentimento biológico, revelando este como a emoção central para nossa existência. Para ele, se não houvesse essa emoção não existiria as relações sociais e não haveria a aceitação do outro.

Acrescentando-se a este pensamento Boff (2004) refere que o cuidado consiste em um sentimento e elemento de equilíbrio para a vida. Refere ainda que “o cuidar vive do amor primal, da ternura, da carícia, da compaixão, da convivialidade, da medida justa em todas as coisas”.

Seguindo o paradigma de que o cuidado exprime a ideia de uma atenção especial a quem vive uma situação específica, prestando-lhe ajuda e contribuindo para o seu completo bem-estar, torna-se evidente que esta prática faz parte da vida do ser humano desde os primórdios da humanidade, como resposta ao atendimento às suas necessidades.

Partindo dessa premissa Heidegger (2001) assegura que o “cuidado é entendido como um modo de ser; sem o cuidado deixa-se de ser humano”. Para ele o cuidado é vivido pelo ser humano como sentido de sua própria existência e é o que confere a condição de humanidade do indivíduo.

Nesse contexto, observou-se que 20% dos entrevistados de nossa pesquisa atribuíram o conceito de cuidado ao zelo pelo próximo, o que corrobora as ideias de Seguro e alguns autores (2008), onde estes revelam que ao exercer a prática do cuidar revelamos ao próximo a importância que este tem para nós, desta forma torna-se imprescindível ações de responsabilidade, apreensão e atenção para com o outro.

“Cuidado é tratar, cuidar bem, dar carinho e cuidar daquilo que a pessoa tá precisando, atender à necessidade naquele momento, por que se tá precisando de cuidado é por que não pode fazer algumas coisas, não é”? (Familiar 3)

“Cuidar é você tomar conta de uma pessoa enferma, por que ela não tem condições de fazer certas coisas, é você estar ao lado para ajudar né, tratar do doente, é um cuidado geral (...)” (Familiar 4)

“Cuidar, é dar carinho, atenção, levar no banheiro, às vezes ela precisa de mim para botar comida na boca dela, entendeu? Tudo isso na medida. Eu acho que eu estou cuidando, não é”? (Familiar 14)

“(...) proteger, tratar bem, zelar, deixar que a pessoa se sinta bem, deve ser isso, não é”? (Familiar 37)

Diante disto, nota-se que nas expressões “*cuidar daquilo que a pessoa tá precisando*” e “*estar ao lado para ajudar*” refletem as atitudes dos familiares que consideram o seu ente querido digno de receber momentos de dedicação e cooperação para que assim possa estabelecer o conforto e bem estar daqueles que tanto necessitam.

Nesse contexto, estabelece-se uma alusão ao pensamento de Seguro e alguns colaboradores (2008), onde estes referem que a prática do cuidado “não é apenas um cuidado afetivo àquela ou outra pessoa, mas sim cuidar de um ser humano que por ser vivo ou por pertencer a nossa existência já se faz digno de cuidado”.

Nesse sentido Boff (2004), ressalta que o cuidado é tido como uma ação, uma atitude. Segundo este mesmo autor o ato de cuidar compreende mais que um momento de atenção de zelo e desvelo, “representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização com o outro e consigo”.

De acordo com Potter e Perry (2004, p.88),

O ciclo o cuidado percorre toda a nossa existência, somos cuidados, cuidamo-nos e zelamos pelo cuidado do outro. É uma atividade eminentemente humana, transmitida através da cultura e educação, seja de família, comunidade ou até mesmo de uma sociedade. O cuidado, diferente da cura, é direcionado para assistir um indivíduo ou grupo na melhoria de uma condição humana.

Seguro et al (2008) ressalta a importância de uma relação de confiança fundada entre quem pratica o cuidado e quem o recebe, todavia afirma que se houver respeito e carinho para com o próximo esta relação dá-se espontaneamente. Ressaltando essa relação com o outro entendemos que esta é extremamente necessária não só para suprir as necessidades do corpo, mas também da mente e da alma. Assim, o cuidado será completo.

Ao falar em confiança lembramo-nos dessa relação ao frequentar um consultório médico. É fato que essa relação fica mais evidente diante deste profissional, pois simboliza um momento de cuidado para como o sujeito enfermo. Além disso, as frequentes idas ao médico revela o anseio na busca não só pela cura, mas também e, principalmente pela saúde daqueles que procuram por um cuidado profissional.

Segundo Gadamer (1996, p34), ao médico é atribuído confiança devido ao seu profissionalismo e poder de convicção. De acordo com o autor sem a confiança, não há a cooperação do doente, o que é imprescindível para a cura, revela ainda que:

O reconhecimento de que as condições nas quais se encontra o corpo afetam a totalidade do indivíduo exige do médico a incorporação de uma dimensão que ultrapasse o objeto imediato de seu saber e de sua habilidade, tornando a sua situação no mundo intermediária entre um profissionalismo desligado do humano e uma aposta pessoal no humano (Gadamer,1996, p.56).

Em concordância Costa (2004) acredita que o poder de convicção e a atuação do médico é fruto da arte de cura, a qual é o objeto da ação não só desse profissional, mas também dos serviços de saúde, os quais em conjunto contribuem para o bem-estar da

população. Nesse contexto, foi possível notar que 10% dos entrevistados de nossa pesquisa conferiram o termo “cuidado” ao fato de realizarem acompanhamento médico.

“(…) manter sempre um acompanhamento médico, sempre cuidar da saúde, é tratar bem, dar carinho a uma pessoa, para não ficar doente, né”? (Familiar 5)

“(…) quem vai ao médico, se cuida para não ter doença em casa, porque é melhor pra gente (…).” (Familiar 18)

“(…) cuidar de nós, da nossa saúde é ter que ir ao médico, fazer exame, essas coisas (…).” (Familiar 24)

“Cuidar, aí é que tá, a gente tem sempre que procurar um médico, pra você está bem, não só a gente como todos os nossos familiares, né (…).” (Familiar 25)

Dessa forma, ao analisar os depoimentos obtidos nota-se que nas expressões “quem vai ao médico, se cuida para não ter doença em casa” e “a gente tem sempre que procurar um médico, pra você está bem” nos leva a crer que frequentar um profissional nos traz a ideia de que este poderá nos auxiliar melhor contra os males que comprometem nossa saúde.

Com isso, Costa (2004) afirma que a ampliação do conhecimento sobre a vida é incitada pelas práticas médicas, já que constituem o alívio do sofrimento humano, operando através de diversos métodos que profissionais realizam para socorrer os que necessitam afim de que a vida possa ser usufruída de forma mais rica em todas as suas dimensões.

Entretanto, a autora ressalva que submeter-se ao tratamento de um profissional médico não significa estar sob suas ordens ou determinações. Para ela o tratamento requer que se confira a liberdade de decisão ao doente e não somente que se estabeleçam prescrições, determinem procedimentos e exames. Essa postura significa assumir certa responsabilidade no exercício de atenção e cuidado, desde que esta não comprometa a liberdade do doente.

Nesse sentido, o médico não pode exceder do poder e ambicionar dominar o paciente, mesmo que seja possível. Este deve limitar-se a aconselhá-lo e ajudá-lo. Porém, deve ter consciência que o tempo de tratamento do paciente se fará até que o mesmo esteja recuperado. Assim, o médico deve inspirar confiança na sua aptidão em cuidar do outro,

todavia não deve impô-la, ou seja, não deve pôr em jogo sua autoridade pelo fato de, a todo custo, desejar obter a confiança do doente (GADAMER, 1996, p.125).

Aliado a essa perspectiva de que o cuidado dá-se através do acompanhamento médico estabelece-se ainda a Prevenção como cuidado fundamental para os agravos a saúde. Fato este evidenciado por outros 10 % dos nossos entrevistados. Segundo eles a prevenção ainda é o melhor remédio no que concerne à manutenção de nossa saúde.

“Prevenção, se cuidar, evitar certos males que a gente tem aí, em tudo, em relação à alimentação, vícios, em preocupação, segurança (...).”
(Familiar 20)

“(...) Viver se cuidando, tendo cuidado com a alimentação, se prevenindo, contra males, doenças, contra tudo.” (Familiar 21)

“Prevenção, proteger o outro, incentivar, deixar a pessoa do melhor jeito possível.” (Familiar 22)

Em geral, entende-se que o termo prevenir tem o significado de “preparar, chegar antes, dispor de maneira que evite (dano, mal); impedir que se realize” (FERREIRA, 1986). Na saúde, ela se define como intervenções orientadas a evitar o aparecimento de doenças, isto é, tem como base o conhecimento epidemiológico. A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença" (LEAVELL; CLARCK, 1976: 17).

Compartilhando dessa ideia Rouquayrol (1988) alega que a atuação dos profissionais em saúde é fundamental, todavia não se faz sozinha. A eles competem decisões importantíssimas no que diz respeito à ação preventiva, dentre estas a decisão técnica, a ação direta e parte da ação educativa. De acordo com a autora “o sucesso da prevenção em termos genéricos, na sua vertente de promoção da saúde, com vistas a uma sociedade sadia, só parcialmente depende da ação dos especialistas.

No coletivo, a ação preventiva deve começar ao nível das estruturas socioeconômicas”, ou seja, para ela as atuações dos especialistas só são eficientes a partir do momento em que as situações sócio-político-econômicas estejam equilibradas. Diante deste fato social, político e econômico entende-se que a evolução do bem-estar social depende tanto de cuidados que abrangem a afetividade quanto dos que dizem respeito ao corpo, como a

qualidade da alimentação e os cuidados com a saúde, quanto da forma como esses cuidados são oferecidos e das oportunidades de acesso que se tem a conhecimentos variados.

Nesse contexto, ao observarmos os discursos de nossos depoentes destacamos que o cuidado é inerente às atitudes de guarda e proteção do indivíduo, logo é possível admitir que cuidar de alguém nos remete claramente à proteção deste. Isto pode ser evidenciado no seguinte trecho: *“proteger o outro, incentivar, deixar a pessoa do melhor jeito possível”*.

Assim ao avaliar todos os conceitos relacionados ao termo Cuidado atribuídos pelos familiares entrevistados foi possível notar as diferentes visões desses familiares a cerca desta prática.

5.3.1 Mudanças no Cuidado de Si: Familiares de pacientes internados no CTI

No cenário da terapia intensiva, é notório que familiares modifiquem seus hábitos de vida, frente o estado de saúde de seu ente querido internado, o que por muitas vezes também influencia no cuidado de si. O cuidado de si segundo Grabois (2011) é definido pelo termo grego *“epimeleia heautou”*, termo considerado complexo e rico, pois abrange o conceito de cuidar, de ocupar-se e preocupar-se consigo mesmo.

Para o autor, este termo não envolve apenas uma preocupação, mas todo um conjunto de interações que se interligam nos afazeres diários e que influenciam na relação do indivíduo consigo mesmo. Segundo Santos e Radünz (2011) o cuidar de si é uma necessidade comum a todo indivíduo, no qual, o conhecimento de si o conduz a busca da bom senso e do autoconhecimento, que facilitam a tomada de ações para o cuidar de si.

Diante disto, indagamos a estes familiares se a forma de cuidar de si mudou após a internação do ente querido. Através desta pergunta observamos que 77,5% dos entrevistados tiveram mudanças significativas, haja vista a dedicação e esforço que estes exercem perante o seu familiar internado, frases destacadas abaixo:

“Eu não tenho vontade de nada, eu sei que é preciso fazer uma higiene, mas às vezes o tempo, a ansiedade, o nervosismo, ele não te dá prazer pra isso (...).” (Familiar 3)

“(...) Minha vida mudou, porque agora eu só foco no cuidar dele e esqueço, assim, um pouco de mim, sabe?” (Familiar 9)

“Mudou, mudou tudo (...) eu deixei de sair, deixei de conversar por que às vezes isso abala meus nervos e eu evito, eu só as vezes me ajoelho oro e choro, não tenho prazer pra nada, nada, nada(...).”
(Familiar 15)

“Mudou muitas coisas, os cuidados aumentaram, cuidados com a alimentação, com a própria saúde, estou tendo um cuidado maior, uma atenção maior.” (Familiar 16)

“Mudei, porque eu percebi que a minha alimentação não estava normal e agora eu estou mais atenta.” (Familiar 33)

“Mudou, eu estou me preocupando mais com a minha saúde, estou tentando me alimentar melhor, viver melhor.” (Familiar 40)

A alteração da dinâmica familiar é um fato comum perante o adoecimento e internação de um ente querido na UTI, dado que a hospitalização tende a retirar o ser enfermo de sua rotina e do convívio com amigos e familiares. Neste processo de doença vivencia-se uma angustia perturbadora e desorganizadora, sendo necessário estar apto às alterações da rotina que a enfermidade impõe. O cuidado de si neste contexto é influenciado, conforme os acontecimentos da vida diária, quer nas atitudes tomadas ou na forma de se comportar, dado que o cuidado de si impregna o modo de viver de cada indivíduo (BONFIM; BASTOS; CARVALHO, 2007; FOUCAULT, 2015:55).

Segundo Câmara et (2012) a maioria dos indivíduos reconhece a importância de estabelecer hábitos saudáveis em sua vida, no entanto por intercorrências do cotidiano, não conseguem aplicar esses hábitos em seu dia-a-dia. A mudança no cuidado de si aqui é expressa segundo os depoentes pela dificuldade em manter os cuidados que antes eram dispensados a si mesmo, sendo estas evidenciadas nas seguintes declarações “*agora eu só foco no cuidar dele e esqueço, assim, um pouco de mim*”; “*eu deixei de sair, deixei de conversar*”.

Neste contexto, pode-se dizer que a forma de privação não é nada mais que um cuidado de si, na qual se tem o ato de recolher-se em si para evitar consequências indesejáveis. A preocupação com a condição do seu membro internado é tão grande que faz com que não se sintam muitas vezes, em condições de satisfazer as próprias carências. Nessa

relação entre o cuidador e o ser cuidado estabelece-se uma profunda renúncia do ser cuidador em detrimento daquele que necessita.

Foucault (2015:54) nos diz que um dos princípios do cuidado de si é o ter cuidado consigo, sendo este cuidado uma necessidade do indivíduo, no qual o mesmo deve saber guiar seu desenvolvimento e organizar suas práticas diárias. Os discursos além da renúncia própria também traduzem a complexidade com o atual momento vivido desses familiares, de honrar seus compromissos de maneira satisfatória, visto que o familiar sobrecarregado com as responsabilidades sente-se abalado emocionalmente, levando a um prejuízo das suas atividades profissionais, pessoais e de lazer.

Para Foucault (2015:119), os elementos do meio ambiente, são percebidos como portadores de efeitos positivos e/ou negativos para a saúde do ser humano. No caso da hospitalização temos todo um drama que envolve o indivíduo e aquele que o rodeia, podendo esta situação induzir efeitos de doença para o corpo. Sendo por este motivo necessário que o familiar determine certos cuidados para tomar consigo.

Diante disto, ressaltamos o pensamento de Botelho et al., (2012) que refletem a ideia de que o cuidado não abrange apenas sentimentos de afeto, apego e prazer, mas também submerge desta prática a cobrança, a atenção para promover e manter a saúde do indivíduo. Foucault (2015:65) enfatiza que o indivíduo ao cuidar-se apropriadamente está propenso a relacionar-se e conduzir-se em qualquer relação com o outro.

Pensando nesse contexto Petersen (2011), ressalta que:

“O cuidado de si é tomado então, como uma noção ética que possibilita pensar uma estética da existência. Esta noção de ética é uma tentativa de pensar a formação da subjetividade a partir do cuidado de si próprio entendido como preocupação por constituir a própria subjetividade. Tal cuidado de si só é possível por meio de práticas de virtude, as quais não só abre a possibilidade de um caminho singular capaz de conduzir a ação de um indivíduo, como também produz mudanças neste indivíduo.”

Assim o cuidado deve ser visto como atitudes práticas, racionais e voluntárias no qual o ser humano deve tomar como regra e assim buscar transformação diante da situação em que se encontra.

Dentro do contexto de mudanças, observamos que 22,5% dos entrevistados confessaram que pensaram ou pretendem mudar a forma como se cuidam diante da internação do seu familiar, uma vez que desempenham papel importante no auxílio a este membro, o

familiar cuidador percebe que alterações em seu cuidado de si o levará ao seu bem-estar e consequentemente a qualidade de vida.

“(...) deixa ela melhorar mais um pouco, eu vou fazer os exames, cuidar mais de mim (...)” (Familiar 34)

“(...) estou propenso a tá mudando, em relação à alimentação (...) é muito bom se cuidar, principalmente com o histórico de família né, doença na família.” (Familiar 36)

“(...) eu já pensei, porque eu já venho a tempos tomando uns remédios, então eu tomo cuidado com a minha saúde, pouco, não vou te dizer que é 80% ou 100%, mas eu me cuido na alimentação, nos exercícios, faço meus exames periódicos sempre.” (Familiar 19)

“Exercício quase não estou fazendo, também não vou ao médico, porque na verdade, meu tempo é dela entendeu, o principal é ela, mas já pensei em me cuidar, em mudar né, se Deus quiser.” (Familiar 17)

Avaliando estes depoimentos nota-se nas expressões “*estou propenso a tá mudando*” e “*já pensei em me cuidar, em mudar né*”, nestes são evidenciados o desejo dos familiares em transformar seus hábitos para melhorar sua qualidade de vida. O pensamento no cuidado físico e em atitudes saudáveis são importantes estratégias de cuidado de si.

Para Pinheiro (2009), o interesse pela ação cuidadora está a cada dia mais complexo, o que tem demandado cada vez mais o desempenho de diferentes sujeitos e profissionais, uma vez que o ser cuidado requer atenção, responsabilidade, zelo e desvelo com seus desejos, suas aspirações e especificidades, de maneira que ocorra a sua inserção na tomada de decisão sobre sua própria saúde.

Santos e Radünz (2011) nos informam que para as pessoas poderem cuidar de si, as mesmas, precisam conhecer o que lhes faz bem, ou pelo menos devem conhecer como suavizar acontecimentos e situações que as prejudicam. Nesse sentido é notório que o processo do cuidar na terapia intensiva envolva as relações entre pacientes, profissionais e familiares. Esse cuidar abrange certa complexidade, e se realiza no campo da linguagem e da afetividade de seus integrantes. Sendo assim, observa-se a presença da afetividade e efetividade nesse processo.

Maruiti e Galdeano (2007) afirmam que embora o foco da assistência de enfermagem seja o atendimento às necessidades do paciente, este não é o único a sofrer com a doença, com a hospitalização e com a mudança em seus hábitos, os familiares e outras pessoas envolvidas diretamente com ele, também compartilham a angústia, o medo, o sofrimento e também estão a mercê de mudanças em seu cotidiano.

Sendo assim, destacamos que é extremamente relevante que essas mudanças traduzam o bem estar e qualidade de vida desses cuidadores. Para isso, destaca-se o papel dos profissionais de saúde afim de que também ocorra a atenção aos familiares, com o objetivo de facilitar o enfrentamento dessa nova experiência e conseqüentemente, aconselhar e auxiliar no autocuidado desses cuidadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou conhecer as representações sociais de familiares de pacientes internados no CTI sobre o processo saúde doença e suas implicações para o cuidado de si. Através deste percebeu-se a necessidade em elaborar metas relevantes para estruturação de estratégias educativas, que contribuam para a realização de um cuidado em saúde eficiente e eficaz de um determinado grupo social, sendo aqui destacados os familiares de pacientes internados no CTI. Através da realização deste estudo, percebemos o quanto é necessário entender as representações destes familiares sobre o processo saúde-doença, reconhecendo sua complexidade.

O referencial teórico metodológico dos conceitos da teoria das representações sociais foi utilizado como um agente facilitador, promovendo a construção da realidade social no âmbito da saúde e doença, além do contexto psicossocial em que está inserido. Os depoimentos dos quarenta sujeitos foram gerados por meio da aplicação de entrevista semiestruturada com perguntas abertas, a qual possibilitou a captação das representações sociais de modo espontâneo sem risco de contaminação por parte do pesquisador.

Verificamos que no decorrer do material coletado, houve saturações das ideais nos depoimentos dos sujeitos que propiciaram a elaboração de três unidades temáticas: **Saúde e Doença: equilíbrio vital**, da qual emergiram duas subunidades: **Saúde: expressão positiva do viver** e **Doença: expressão negativa de viver**. A segunda unidade temática foi intitulada: **UTI: Morte x Cuidado**. E a terceira foi representada por: **O cuidado nas representações sociais sobre o processo saúde-doença**, da qual emergiu a subunidade **Mudanças no Cuidado de Si: Familiares de pacientes internados no CTI**.

Na primeira unidade temática, observamos que boa parte dos depoentes consideraram a saúde e a doença como estados de equilíbrio e desequilíbrios, respectivamente. Para muitos dos entrevistados, a doença é tida como um desequilíbrio visto implicar em alterações biofísicopsicossociais dos indivíduos, proporcionando nesses indivíduos sentimentos de incapacidade e tristeza. Já a saúde foi intimamente ligada à ausência de patologias, sendo lhe atribuída o sentimento de bem-estar e melhor qualidade de vida.

Na segunda unidade, a maioria dos entrevistados vislumbrou a morte como o principal fator desencadeante da desesperança na recuperação de seu ente querido. Para eles,

vivenciar a internação de um parente em uma UTI lhes remete a sensação de perda iminente, perda esta que geralmente é acompanhada de uma mistura de sentimentos que os levam de certa forma a aceitarem o que para muitos seria inevitável.

Observamos também nesta unidade que o ambiente de uma UTI é tido por alguns familiares como local de recuperação. Para estes depoentes, a vivência no ambiente de terapia intensiva possibilitou conhecê-lo por outra interface, a qual revela um local de cuidados que preza pela recuperação e melhora dos indivíduos.

Na terceira e última unidade, percebemos que o cuidado é representado pelos familiares pela prática de bons hábitos. Esta prática, segundo estes familiares, é considerada essencial para a manutenção e prevenção da saúde. Observamos ainda que para alguns depoentes as palavras amor e zelo ao próximo estão intimamente ligadas a prática do cuidar. Segundo eles, a vivência de um ente querido em um ambiente de UTI o torna digno de receber momentos de dedicação e cooperação para que assim possa estabelecer o conforto e o bem estar.

Em alguns depoimentos constatamos ainda que o cuidado também está aliado a um bom acompanhamento médico. Para alguns familiares, frequentar um profissional regularmente, revela um verdadeiro combate às mazelas que podem vir a comprometer a nossa saúde.

Estas considerações tecidas a partir das representações sociais dos Familiares de pacientes internados no CTI, necessitam de um olhar mais profundo por parte da equipe de enfermagem, uma vez que, este estudo servirá como base para a compreensão da representação social destes familiares sobre o processo saúde-doença, visando proporcionar melhorias na qualidade de vida. Reforçamos a importância do apoio ao familiar que se encontra frente a hospitalização de um ente querido no CTI, como forma de enfrentarem os produtos negativos da hospitalização, visto que esse ambiente ainda é tido por muitos como sinônimo de morte iminente.

Diante do exposto, entendemos que o percurso trilhado ao longo deste estudo sobre o processo saúde-doença e as implicações deste para o cuidado de si, permite reconhecer que as várias dimensões de um fenômeno social como é o caso dos familiares de pacientes internados no CTI e o cuidado de si, não pode ser resumido neste único trabalho e, portanto, não se esgota com esta trajetória, estando aberto o convite ao diálogo e a difusão destas e de novas análises sobre o familiar frente ao CTI.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C. **A experiência da doença em todos os lugares da vida social**, In: *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

ALEXANDRE, M. Representação Social: uma genealogia do conceito. **Comum - Rio de Janeiro**, v.10, nº 23, p. 122-138, julho / dezembro 2004.

ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

ALVES, E.F. O Cuidador de Enfermagem e o Cuidar em Uma Unidade de Terapia Intensiva. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde**; v. 15, nº. 2, p. 115-122, 2013. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/xmlui/bitstream/handle/10437/4371/O%20cuidador%20de%20enfermagem%20e%20o%20cuidar%20em%20uma%20unidade%20de%20terapia%20intensiv a.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 de jun. 2014.

AMORIN, R.C, SLVÉRIO, I.P.S. Perspectiva do paciente na UTI na admissão e alta. **Revista Paulista de Enfermagem**, v 22, nº. 2, p. 209-212, 2003.

ANGERAMI-CAMON, W. A. (org.). **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: Pioneira, 1994.

ARANTES, R.C; et al. Processo Saúde-Doença e Promoção da Saúde: Aspectos Históricos e Conceituais. **Rev. APS**, v. 11, n. 2, p. 189-198, abr/jun. 2008. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/262/99>>. Acesso em: 07 de jun. 2014.

ARAÚJO, J.S; OLIVEIRA, A.C. **As representações sociais do cuidador de pacientes vítimas de acidente vascular cerebral (AVC) sobre a doença e suas implicações para o cuidado de si**. 125 p. Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade Federal do Pará. Instituto de Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem. Belém, PA, 2010.

ARAÚJO, J.S; et al. O processo do cuidar/cuidado nas representações sociais de cuidadores de pacientes sequelados por acidente vascular cerebral. **Enfermagem em Foco**, v. 2, nº. 4, p. 235-238. 2011.

ATKINSON, D. **Language terminology across time and space: changing labels in the United Kingdom**. In: 10th World Congress of the International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities. Helsinki: 1996. p. 61.

BACKES, M.T.S; et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico, **Revista de enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro; v. 17, nº. 1, p. 111-117, 2009 jan/mar. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>. Acesso em: 11 de jun. 2014.

BADLEY, E.M. An introduction to the concepts and classifications of the international classification of impairments, disabilities, and handicaps. **Disabil Rehabil**, nº 15, p.:161-78, 1993.

BALESTRIN, M.F; BARROS, S.A.B.M. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. **VOOS Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá**, cadernos de ciências da saúde, v. 1, p. 18-41, jul. 2009. Disponível em: <http://portalfadesp.mentorhost.com.br/midias/anexos/274__relacaoconcepcaooprocesso_para_prova_do_mestrado_.pdf>. Acesso em: 07 de jun.2014.

BARDIN L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BARROS, A.J. da S. **Fundamentos de metodologia científica**. 2ª ed. Ampliada. SP: Pearson Makron Books. 2000.

BATISTELLA, C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: FONSECA, A.F.; CORBO, A.M.D. (orgs) **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro. Escola Politécnica de Saúde João Venâncio. FIOCRUZ, 2007. <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=8&Num=24>

BETTINELLI, L.A. **A solidariedade no cuidado: dimensão e sentido da vida**. Florianópolis: UFSC/PEN; 2002.

BOEIRA, M.M; et al. A presença do familiar junto ao paciente no centro de terapia intensiva adulto (CTI): uma forma de humanizar o cuidado. **Rev Méd Hosp Pompéia**, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. 9ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

BONFIM, A.C; BASTOS, A.C; CARVALHO, A.M.A. A família em situações disruptivas provocadas por hospitalização. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**. v. 17, p. 84-94. 2007.

BONI, V; QUARESMA, S.J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, v. 2 nº 1, p. 68-80, janeiro-julho/2005. Disponível em:<www.emtese.ufsc.br>. Acesso em: 17 de abril de 2014.

BOTÊLHO, S.M; et al. Maternal care of the premature child: a study of the social representations. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, nº 4, p.: 929-34. 2012.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceitos e Definições em Saúde**. Brasília, 1977.

BRASIL. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 de jan 2015.

BREILH, J; GRANDA, E. **Investigação da saúde na sociedade. Guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico.** São Paulo: Instituto de Saúde/Rio de Janeiro: Abrasco. 1986

BRÊTAS, A. C. P; et al. **O processo saúde - doença - cuidado e a população em situação de rua.** 2005. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/pesquisa/bbe-online/obras> Acesso em: 10 de jun. 2014.

CAETANO, V.C; et al. Processo saúde-doença: um estudo das representações sociais de trabalhadores com DORT. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, nº 3, p. 1047-1062, 2012.

CÂMARA, AMCS; ET AL. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica.** v. 36, nº. 1, suplemento 1, p. 40 – 50. 2012.

CARDOSO, D.C.S; CONDE, M.R. **A Representação Social de Pacientes Oncológicos sobre o Processo Saúde-Doença: Implicações para o Cuidado com a Saúde.** 111 p. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade federal do Pará Belém-PA, 2007.

CHOPRA, D. **Conexão saúde** - como ativar as energias positivas do seu organismo e ter saúde perfeita. São Paulo: Best Seller, 1987.

CÔA, T.F; PETTENGILL, M.A.M. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45 nº. 4, p. 825-832. 2011

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.5-15, set-dez 2004.

CRUZ, M.A.; SILVA, S.É.D. da S. **Desvelando o câncer de próstata sob o enfoque das representações sociais:** uma contribuição para a enfermagem preventiva. 2003. 63 p. Monografia apresentada ao Programa de Graduação da Universidade do Estado do Pará para obtenção do título de especialista em enfermagem no controle do câncer.

CUNHA, P.J.C; ZAGONEL, I.P.S. A relação dialógica permeando o cuidado de enfermagem em UTI pediátrica cardíaca. **Revista Eletrônica de Enfermagem**[Internet]. v. 8, nº 2, p.:292-7. 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a14.htm>. Acesso em: 12 de jan. 2015.

CZERENIA, D. **Do contágio à transmissão:** ciência e cultura na gênese do conhecimento epistemológico. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1997

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./ jun.1986.

DETHLELFFSEN, T; DAHLKE. R. **A doença como caminho, uma visão nova da cura, como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem.** São Paulo: Cultriy. 1983.

DI BIAGGI, T. M. **Relação Médico-família em UTI: a visão do médico intensivista.** Dissertação de Mestrado, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

DUARTE, L. F. D. **Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

EVANS, R.G.; STODDART, G.I. Producing health, consuming health care. **Soc. Sci. Med.**, v.2, n. 31, p. 1347-63, 1990.

FARIA, J.B; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contexto de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicol Reflex Crit.** v. 18, nº 3, p.:381-9. 2005.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, P.D; MENDES, T.N. Família em UTI: Importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Rev. SBPH;** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jun. 2013.

FONSECA, N. da R; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 13, nº. 4, July/Aug. 2008.

FONSECA, R. M. G. S. **A classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e o uso da Epidemiologia Social.** Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.

FOUCAULT, M. História da Sexualidade III: o cuidado de si. Antropos: Lisboa, 2015.

FREITAS, R.F. **Para se ter um corpo saudável é preciso formar bons hábitos por toda a vida, dizem especialistas.** Uol, São Paulo, 2012. Disponível em <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2012/09/14/para-se-ter-um-corpo-saudavel-e-preciso-formar-bons-habitos-por-toda-a-vida-dizem-especialistas.htm>>. Acesso em 03 fev. 2015.

FREITAS, K.S; MUSSI, F.C; MENEZES, I.G. Desconforto de familiares de pessoas internadas na UTI. **Escola Anna Nery** (impr.), v. 16, nº. 4, p. 704–711, out – dez. 2012

FRIZON G, et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) v. 32, nº. 1, p. 72-78, março de 2011.

GADAMER, H. G. **El estado oculto de la salud.** Barcelona: Gedisa, 1996. 190 p.

GALINHA, I; RIBEIRO, J.L. Pais: História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjectivo. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 6, n. 2, nov. 2005. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862005000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 29 nov. 2014.

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em:<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 18 de abril de 2014.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 3 ed. São Paulo. Atlas.1991.

GONÇALVES, M. A. C.; LEITE, T. V. **As Representações Sociais de mulheres mastectomizadas sobre a mama e suas implicações para o cuidado de Enfermagem**. 89 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Pará. Instituto de Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem Belém-PA, 2008.

GOOD, B. J. **Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective**. Cambridge: Cambridge University Press. 1994.

GOTARDO, G.I.B. SILVA, G.A. O cuidado dos familiares na UTI. **Revista de Enfermagem UERJ**; n°. 13, p. 223-228, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a13.pdf>>. Acesso em 11 de jun. 2014.

GRABOIS, P. **Sobre a articulação entre cuidado de si e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à Antiguidade**. Ensaios Filosóficos, Volume III - abril/2011.

GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone. 2004.

HAYAKAWA, L.Y; MARCON, S.S; HIGARASHI, I.H. Alterações familiares decorrentes da internação de um filho em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS); v. 30, n°. 2, p. 175-182. Jun. 2009

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. 8ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2001.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. **Malades d' Aujourd'hui**. Paris, Payot, 1984.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

JODELET, D. **Representação social: um domínio em expansão**. RJ: Eduerj. 2001.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo.2002

LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social.** In: Nunes ED, organizador. **Medicina social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global; 1983

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latino-americana de Saúde,** México, n.º 2, p. 7-25, 1982. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: <<http://fopspr.files.wordpress.com/2009/01/saudedoenca.pdf>>. Acesso em: 07 de jun. 2014.

LEAVELL H.R.; CLARK E.G. **Medicina preventiva.** Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.

LEMOS, R.C.A.; ROSSI, L.A. 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,** Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 345-357, 2002.

LEOPARDI, M. T. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Revista Texto e contexto-Enfermagem.** V.6, n.3. Setembro/Dezembro, 1997.

_____. **Metodologia da pesquisa em saúde.** 2ª. ed. Florianópolis, UFSC/Pós-graduação em Enfermagem. 2002.

LIMA, R.A.G; ROCHA, S.M.M; SCOCHI, C.G.S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev Latino-Am Enfermagem,** v. 7, nº 2, p.:33-9. 1999.

LOBIONDO-WOOD, G; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização.** 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LUCAS, M. **29 Benefícios da atividade física na sua saúde** (online) 2009. Disponível em: ><http://www.escolapsicologia.com/29-beneficios-da-atividade-fisica-na-sua-saude/>/. Acesso em 06 dez 2014.

LUCAS, R.E; DIENER, E; SUH, E. Discriminant validity of well-being measures. **Journal of Personality and Social Psychology,** v. 71, p: 616-628. 1996.

LUCCHESI, F; MACEDO, PCM; DE MARCO, MA. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista SBPH,** v. 11, n. 1, p. 19–30, jun.2008. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 dez. 2014.

LUNARDI, V.L; et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem,** v. 12, nº. 6, p. 933-9. nov-dez. 2004.

LUSTOSA, M.A. A família do paciente internado. **Rev SBPH.** v.10, p. 3-8. 2007.

LUZ, M. **Saúde. (verbetes).** In: EPSJV & Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (Orgs.) **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

MAESTRI, E. et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos Pacientes na unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, v, 20, nº, 1, p. 73-78. Jan/mar 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a13.pdf>>. Acesso em: 12 de dez 2014.

MARQUES, M. **A importância do profissional na saúde pública**. 2012. Disponível em <http://www.literatus.edu.br/sitenovo/profissional/detalhar/conteudo/3/pagina/1047>. Acesso em 28 nov 2014.

MARTINS, J.J; et al. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]; v. 10, nº. 4, p. 1091-1101, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a22.htm>>. Acesso em: 11 de jun. 2014.

MARSDEN, C. An ethical assessment of intensive care. **J Technol Assessment Healt Care**. v. 8, nº. 3, p: 408-18. 1992.

MARUITI, M.R; GALDEANO, L.E. Necessidades de familiares de pacientes internados em unidades de cuidados intensivos. **Acta Paul Enferm**, v. 30, nº 1, p.: 37-43. 2007.

MATURANA, H. **Cognição, ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

MENDES, T.N.C. **UTI – Passado, Presente e Futuro**. Atividade apresentada ao curso de enfermagem como pré-requisito avaliativo da disciplina Enfermagem em UTI. Universidade Estadual do Maranhão Centro de Estudos Superiores de Itapecuru-mirim CESIM. Curso Enfermagem, 2010. Disponível em: <<http://nursingreport.files.wordpress.com/2011/01/uti-passado-presente-e-futuro.pdf>>. Acesso em; 11 de jun. 2014.

MENEZES, R. A. **Em Busca da Boa Morte. Antropologia dos Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Fio Cruz. 2004.

MERCÊS, N. N. A. das. **Enfermagem oncológica: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio**. Blumenau: Nova Letra. 2004.

MINAYO, G.C.; THEDIM, C.S.M. A construção do campo de saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2º ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco. 1994.

_____, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro. 1999.

MORESCHI, C. **Atuação do enfermeiro no processo saúde-doença**. 2000. Disponível em: <<http://www.uces.br/ccet/deme/emsoares/inipes/atuenfer.html>>. Acesso em: 12 de jan. 2015.

MOSCOVICI, S. **Representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: investigações em psicologia social.** 2ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOSCOVICI S. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Rio de Janeiro: 6ª ed. Vozes; 2009.

NASCIMENTO, E.R.P.do; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2. 2004.

NAGI, S.Z. An epidemiology of disability among adults in the United States. **Milbank Mem Fund Q**, v. 54, nº 4, p.: 493-467. 1976.

NEME, C. M. B.; ROLIM, O. M. P. **Psicologia da saúde-perspecticas interdisciplinares.** São Paulo: Rima. 2003.

NOGUEIRA, M.B. **A Família: Conceito E Evolução Histórica E Sua Importância.** 2007. Disponível em:<<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/18496-18497-1-PB.pdf>>. Acesso em: 01 de maio de 2014

NORDENFELT, L. **Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico.** Tradução de Maria Bettina Camargo Bub e Théó Fernando Camargo Bub. Florianópolis (SC): Bernúncia; 2000.

OLIVEIRA, E.C.N. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 22, n. 2, Jun. 2002 .

OLIVEIRA, N.E.S. **Humanização do cuidado em terapia intensiva: saberes e fazeres expressos por enfermeiros.** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – 2012. Disponível em:
<http://mestrado.fen.ufg.br/uploads/127/original_Nara_Elizia_Souza_de_Oliveira.pdf?1391017634>. Acesso em: 11 de jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Documentos básicos.** 26 ed. Genebra: OMS, 1976.

PALMONARI, A; DOISE, W. **Representações Sociais – Definição de um conceito.** trad. Dionéia Soares. Paris: TDB. Trad. Lê Representations Sociales. Definicion d'un concept. 1986.

RODRIGUES, J.M; PEIXOTO JUNIOR, C.A. Reflexões sobre conceitos afirmativos de saúde e doença nas teorias de Georges Canguilhem e Donald Winnicott. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, nº. 1, p. 291-310, 2014.

PEREIRA JÚNIOR, G.A; et al. O papel da unidade de terapia intensiva no manejo do trauma. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.32, p. 419-437, out./dez. 1999. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/1999/vol32n4/o_papel_uti_manejo_trauma.pdf>. Acesso em: 11 de jun. 2014.

PESSINI, L. **Pastoral da saisar. Ministério junto aos enfermos.** São Paulo: Santuário, 1987.

PESSINI, L. **Problemas atuais de bioética.** São Paulo: Loyola, 1991.

PETERSEN, M. **Cuidado de si e do outro.** I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE, PUCPR. Curitiba-PR, 2011.

PINHEIRO, R. **Cuidado em Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro- RJ,2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>>. Acesso em 03 fev. 2015.

POTTER, P.A; PERRY, A. G. **Fundamentos de Enfermagem.**5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2004.

PUGGINA, A.C.G.; SILVA, M.J.P.; ARAÚJO, M.M.T. Mensagens dos familiares de pacientes em estado de coma: a esperança como elemento comum. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 1, n. 2, p. 249-255, 2008.

REICH, W.T. **History of the notion of care.** In: Reich WT, editor. Bioethics encyclopedia. 2nd ed. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library; 1995.

RODRIGUES,K.R.B. A atuação do psicólogo hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva. Relatório de Estágio supervisionado em Psicologia da Saúde e Hospitalar. Rio Verde-GO: Hospital Presbiteriano Dr.Gordon, 2006.

ROUQUARYOL, M.Z. **Epidemiologia & saúde. In: Epidemiologia & saúde.** Medsi, 1988.

RÚDIO. F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Petrópolis: Vozes. 2001.

SÁ, C.P. **Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria.** In: SPINK, M.J. O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SABROZA, P.C. **Concepções sobre Saúde e Doença.** Curso de aperfeiçoamento de gestão em saúde. Educação à distância/escola nacional de saúde pública. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br/UserFiles/File/13%20CNS/SABROZA%20P%20ConcepcoesSau deDoenca.pdf>>. Acesso em: 10 de jun. 2014.

SANTOS, I. E. **Textos selecionados de métodos e técnicas de pesquisa científica.** 4 ed. Rio de Janeiro: Impetus. 2003.

SANTOS, V.E.P; RADÜNZ, V. O cuidar de si na visão de acadêmicas de enfermagem. **Revista de enfermagem UERJ,** Rio de Janeiro; v. 19, nº. 1, p. 46-51. jan/mar. 2011.

SCLIAR M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SÊGA, R.A. **O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici.** Porto Alegre, Anos 90, nº. 13, julho de 2000. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/ppghist/anos90/13/13art8.pdf>>. Acesso em: 18 de abril de 2014.

SEGURO, A.O; et al. O cuidar: a dimensão de uma palavra que tem como significado uma profissão. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 2, nº. 2, p. 1-14. 2008.

SEGRE, M; FERRAZ, F C. O Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 5, outubro de 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de novembro de 2014.

SHEALY, C.N.; MYSS, C.M. **Medicina Intuitiva - reações emocionais, psicológicas e espirituais que propiciam a saúde e a cura.** São Paulo: Cultrix, 1993.

SILVA, F.S. **Dimensão imaginativa dos familiares de clientes internados em unidades de terapia intensiva: Necessidades de acolhimento e informações sobre saúde.** Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de enfermagem, 140 folhas. 2008.

SILVA, J. L. L. O processo saúde-doença e importância para a promoção da saúde. **Informe em promoção da saúde.** n. 2, p. 03-05. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acesso em: 10 de jun. 2014.

SILVA, L.F; ALVES F. Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1207-1229, 2011

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar. O Mapa da Doença.** São Paulo: Casa do Psicólogo. 2011.

SONTAG, S. **A doença como metáfora.** Rio de Janeiro: Graal, 1984.

SOUZA, R. P. **Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva.** São Paulo: Atheneu. 2010.

SOUSA, R.F. **Um Novo Olhar: as representações sociais de pacientes transplantados de córnea sobre o transplante e suas implicações para o cuidado de si.** 120 p. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Pará. Instituto de Ciências da Saúde. Faculdade de Enfermagem. Belém, PA, 2011.

TATAR, M. **Saúde ao Alcance de Todos.** 2012. Disponível em: <<https://mauriciotatar.wordpress.com/>>. Acessado em 18/12/2014.

TAVARES, C. **Iniciação a visão holística.** 3 ed. Rio de Janeiro: Record. 1994.

TORRES, S.V.S; SÉ, E.V.G; QUEIROZ, N.C. **Fragilidade dependência e cuidado: desafio ao bem-estar dos idosos e de suas famílias.** In: Diogo MJD, Neri AL, Cachioni M, organizadores. Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2004.

TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <<http://minhateca.com.br/atilamunizpa/Documentos/TRIVIÑOS.+Introdução+à+pesquisa+em+Ciências+Sociais,2855028.pdf>>. Acesso em: 18 de fev. 2015.

VARGAS, D; BRAGA, A.L. **O Enfermeiro de Unidade de Tratamento Intensivo: Refletindo sobre seu Papel.** Artigo elaborado a partir da monografia intitulada "O papel do enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva", de Ana Lúcia Braga, apresentada ao Curso de enfermagem das Faculdades Integradas – São Paulo, para obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem. 2014. Disponível em: <<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010093459.pdf>>. Acesso em: 13 de jun. 2014.

VAZ, N. **O ensino e a saúde: um olhar biológico.** Cad. Saúde Pública. v. 15 (sup. 2), p. 169-176, 1999.

VICINI, G. **Abraço afetuoso em corpo sofrido: Saúde integral para idosos.** São Paulo: SENAC. 2002.

VISCOTT, D. **A linguagem dos sentimentos.** Trad. Luiz Roberto S. S. Malta. São Paulo: Sumus. 1982.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** 3ª ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

World Health Organization (WHO) - **Report of a Joint FAO/WHO Consultation. Preparation and use of foodbased dietary guidelines.** Geneva, 1998.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O COTIDIANO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI

ESCLARECIMENTO DA PESQUISA

Venho por meio deste, apresentar o trabalho de pesquisa e extensão da profa. Msc. Esleane Vilela Vasconcelos. Esta pesquisa tem como objetivo: Identificar o esclarecimento de familiares de pacientes internados na UTI quanto à necessidade de cuidados intensivos que o paciente necessita no ambiente da terapia intensiva e analisar o saber ingênuo do familiar sobre o processo de internamento do seu parente na UTI. Convidamos você a participar da pesquisa respondendo a um conjunto de perguntas sobre a referida temática, na forma de uma entrevista, que só será gravada se você autorizar. Caso contrário, as suas respostas serão registradas por escrito em um caderno. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento, você tem liberdade para não responder. Para evitar a preocupação de que os dados sejam divulgados, deixamos claro que as informações obtidas têm como única finalidade o estudo e que os resultados obtidos serão descritos de forma geral e não individual, não sendo divulgada qualquer informação que possa levar a sua identificação. Nesta pesquisa não será realizado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. A qualquer momento você pode desautorizar o pesquisador de fazer uso das informações obtidas. Assim como, afastar-se da pesquisa e todo o material gravado e/ou anotado lhe será devolvido. Não há despesas pessoais para você em qualquer fase do estudo. Também não haverá nenhum pagamento por sua participação. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos e publicações científicas e, os dados obtidos serão preservados por cinco anos e depois descartados. Se tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa ou aos seus direitos poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Prof^a Msc. Esleane Vilela Vasconcelos pelo número 91- 81498268.

Declaro que li o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e compreendi as informações que me foram explicadas sobre o estudo em questão. Autorizo a gravação da entrevista, ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou

claro também que a minha participação não tem despesas, nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Autorizo a divulgação dos dados em eventos e publicações e concordo voluntariamente em participar desse estudo.

Belém, ____/____/____

Assinatura do Entrevistado

RG: _____

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PARTE I: ROTEIRO DE AVALIAÇÃO SÓCIO-CULTURAL		
Idade:	Gênero: ()F () M	Naturalidade:
Grau de Parentesco:		Estado civil:
Escolaridade:	Religião:	
Tempo de internamento do seu familiar na UTI:		
PARTE II: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA		
Quando eu falo a palavra Saúde o que lhe vem à mente. Por quê?		
Quando eu falo a palavra Doença o que lhe vem à mente. Por quê?		
Quando eu falo a palavra UTI o que lhe vem à mente. Por quê?		
Quando eu falo a palavra Cuidado o que lhe vem à mente. Por quê?		
Para você, mudou sua forma de cuidar de si após o internamento do seu ente querido?		

APÊNDICE C

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
JOÃO DE BARROS BARRETO -
UFPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O COTIDIANO DE FAMILIARES DE PACIENTES INTERNADOS NA UTI

Pesquisador: ESLEANE VILELA VASCONCELOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35615814.4.0000.0017

Instituição Proponente: Hospital Universitário João de Barros Barreto – UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio.

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 867.598

Data da Relatoria: 10/11/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto tem como objetivo conhecer o cotidiano de familiares que estão com seus parentes ados no centro de terapia intensiva, prestando esclarecimentos quanto ao ambiente e os cuidados que o nte requer a partir da educação em saúde e assistência humanizada, além de realizar grupo de apoio os familiares favorecendo a socialização das trocas de experiências de quem possui um ente querido ado nessa unidade, juntamente com a equipe multiprofissional da terapia intensiva que participa desse sso de acolhimento dos familiares. Essa educação em saúde é voltada aos familiares de paciente ados na UTI com o intuito de esclarecer suas dúvidas e amenizar suas angustias.

Metodologicamente, os procedimentos incluem: levantar banco de dados, pesquisa bibliografia, es de planejamento, grupos de estudo, treinamento da equipe de discentes, seleção dos participantes, tura de termo de consentimento livre e esclarecido, produção de relatório, cartilha e artigos. Os ados esperados são esclarecer os familiares sobre o ambiente da terapia intensiva e fornecer apoio onal, esclarecendo as dúvidas e diminuindo as angustias decorrente desse processo de internação, afim e estes possam ter um olhar diferenciado voltado à unidade hospitalar e possam compreender que os entes estão recebendo um cuidado humanizado, com qualidade e essencial a vida. Dessa forma, ndo as dúvidas relacionadas aos cuidados prestados espera-se contribuir para o estímulo à esperança o à melhora do paciente.

Objetivo da Pesquisa: Compreender o entendimento do familiar de um paciente internado na UTI o à internação desta Unidade.	
Avaliação dos Riscos e Benefícios:	
Riscos: Os dados coletados na entrevista não são identificáveis, e em nenhuma hipótese, serão dados de forma que possa permitir sua identificação, garantindo, assim, o seu sigilo e anonimato, tendo os riscos potenciais de exposição e constrangimento, declaro que, caso estes riscos se tornem reais, será seus direitos garantidos.	
Benefícios: A pesquisa em questão será importante para contribuir com as pesquisas da enfermagem eira, além de tudo consistirá em compreender o cotidiano de familiares de pacientes internados em uma de de Terapia Intensiva.	
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Segunda versão Corrigida.	
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: As pendências foram atendidas, e está de acordo com as normativas do Sistema CEP - CONEP.	
Recomendações: Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos entes ao projeto. Deverá também ser informado ao CEP: - Envio de Relatório de Cancelamento; - Envio de Relatório de Suspensão de projeto; - Comunicação de Término do projeto.	
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Protocolo aprovado.	Situação do Parecer: Aprovado
Necessita Apreciação da CONEP: Não	
Considerações Finais a critério do CEP: Diante do exposto, este Colegiado manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa por de acordo com a Resolução nº466/2012 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS. Ainda em atendimento a Res. 466/2012 esclarecemos que a responsabilidade do pesquisador é gável, indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. Além de apresentar o protocolo amente instruído ao CEP ou à CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a isa; de elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Cabe ainda ao pesquisador: 1- desenvolver o projeto conforme delineado; 2- Em acordo com a Resolução 466/12 CNS, ítems X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis	

deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa. Os relatórios deverão ser inseridos no Sistema Plataforma Brasil pelo "Inserir Notificação" disponível para projetos aprovados.

3- apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP, a qualquer momento;

4- manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por período de 05 anos após o término da pesquisa;

5- encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e pessoal técnico integrante do projeto;

6- justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

BELEM, 11 de Novembro de 2014

Assinado por:

João Soares Felício

(Coordenador)

Endereço RUA DOS MUNDURUCUS 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-000

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-6754 **Fax:** (91)3201- **E-mail:** cephujbb@yahoo.com.br

