



## **CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS**

*Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016*  
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Michele Almeida Barros

NECESSIDADES DE CUIDADOS EM SAÚDE NAS UNIDADES DE TERAPIAS  
INTENSIVAS: UM OLHAR PELO LIVRO ATÉ BREVE JOSÉ

Palmas – TO

2017

Michele Almeida Barros  
NECESSIDADES DE CUIDADOS EM SAÚDE NAS UNIDADES DE TERAPIAS  
INTENSIVAS: UM OLHAR PELO LIVRO ATÉ BREVE JOSÉ

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II elaborado e apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof. M.e Fabiana Fleury Curado.

Palmas – TO

2017

Dados internacionais da catalogação na publicação.

B277n            Barros, Michele Almeida  
                    Necessidades de cuidados em saúde na unidades de terapias  
                    intensivas: um olhar pelo livro Até breve José / Michele Almeida  
                    Barros – Palmas, 2017  
                    42 fls, 29 cm.

Orientação: Profa. Me. Fabiana Fleury Curado  
TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Psicologia - Centro  
Universitário Luterano de Palmas. 2017

1. Psicologia da saúde. 2. Psicologia Hospitalar. 3.  
UTIneonatal – Luto. I. Curado, Fabiana Fleury. II. Título  
III. Psicologia.

CDU: 159.91

Michele Almeida Barros  
NECESSIDADES DE CUIDADOS EM SAÚDE NAS UNIDADES DE TERAPIAS  
INTENSIVAS: UM OLHAR PELO LIVRO ATÉ BREVE JOSÉ

Pesquisa elaborada e apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II) do curso de bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Prof. M.e Fabiana Fleury Curado.

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Orientadora

Prof. M.e Fabiana Fleury Curado

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof. M.e Lauriane dos Santos Moreira

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

---

Prof. M.e Mayra Tavares

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2017

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a todas às mães que por algum motivo passaram pela difícil experiência de ter seu bebê internado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, assim como para todos os psicólogos que trabalham nesse contexto, tentando amenizar o sofrimento dessas mães.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ter me iluminado e abençoado não somente ao longo desse trabalho como também em toda a graduação.

Agradeço minha família, por todo apoio nos momentos de fraqueza e choro, pelos incentivos e por nunca terem deixado de acreditarem em mim.

Especialmente a minha orientadora Fabiana, que foi companheira e antes mesmo de embarcar comigo nesse trabalho me fez apaixonar pela psicologia hospitalar. Agradeço imensamente por toda compreensão e cuidado. Continuarei “a nadar, a nadar...” como Psicóloga, sempre me recordando de você e do quanto me fez crescer quanto acadêmica. Parabéns! Você é um exemplo a ser seguido.

Aos colegas de curso e amigos próximos, todo o carinho e compreensão por algumas ausências durante a produção desse trabalho.

Muito Obrigada!

## RESUMO

ALMEIDA, Michele. Atuação Dos Psicólogos Nas Unidades de Terapias Intensivas Um Olhar Pelo Livro Até Breve José. 2017. Trabalho de Conclusão de curso (Graduação) – Psicologia, pelo Centro Universitário Luterano de Palmas.

O presente trabalho discutiu as necessidades de cuidados dos acompanhantes de bebês internados na UTIneonatal por meio da narrativa do livro Até Breve José, assim como a atuação dos psicólogos nesta unidade, realizando uma pesquisa bibliográfica, com o objetivo metodológico exploratório. As buscas para realização do trabalho foram realizadas através do livro “Até Breve José” (GOYTACAZ, 2014), artigos científicos em periódicos publicados na base de dados *SciELO*, Biblioteca virtual de saúde- BVS, livros da biblioteca do CEULP/ULBRA. Os dados relatados no livro Até Breve José das necessidades de cuidados para com os acompanhantes, assim como também os relatos de cuidados desenvolvidos pelos profissionais da saúde, foram analisados através de comparações entre duas tabelas, construídas para se obter uma integração dos dados, a fim de verificar se as necessidades dos pais estavam sendo correspondidas. A conclusão final é de que os profissionais da área da saúde possuem consciência da existência das necessidades, bem como sabem elencar quais são essas necessidades, dos acompanhantes da UTIneonatal. Mesmo que os profissionais saibam sobre essas demandas e o que precisa ser modificado para buscar uma melhoria no que se refere a essa atuação profissional, não conseguem se reorganizar, para que possa haver mudanças nesse contexto, ou até mesmo sanar esses déficits, como uma equipe interativa, com o olhar e linguagem única. A hipótese desse acontecimento é a dificuldade de se obter um bom funcionamento de uma equipe hospitalar, logo trabalhando essa demanda, as dadas demandas de necessidades dos acompanhantes poderiam ser atendidas com maior efetividade.

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Psicologia Hospitalar, UTIneonatal e Luto

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
Scielo	Scientific Electronic Library Online
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TO	Tocantins
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1	Relatos do livro até breve José
TABELA 2	Relatos dos profissionais no contexto da UTIneonatal
TABELA 2	Possíveis intervenções

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. PSICOLOGIA HOSPITALAR E CUIDADOS INTENSIVOS.....	4
3. IDEALIZAÇÃO E EXPECTATIVAS DO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO ROMPIDO COM A INTERNAÇÃO NA UTI .....	11
4. ELABORAÇÃO DO LUTO.....	13
5. DESCRIÇÃO DO LIVRO ATÉ BREVE JOSÉ.....	18
6. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	27
REFERENCIAS.....	29



## 1. INTRODUÇÃO

A Psicologia da Saúde é uma área consolidada internacionalmente e que vem conquistando espaço no cenário da psicologia. Conforme Almeida e Malagris (2011) teve um rápido crescimento, porém a inserção de psicólogos na área da saúde não acompanhou o crescimento.

A Psicologia Hospitalar, sendo uma área de atuação da Psicologia da Saúde, tem sido uma das áreas que mais se desenvolveu no Brasil, principalmente quando nos referimos aos últimos 20 anos. Este fato pode estar relacionado ao aumento de publicações e trabalhos desenvolvidos na área, que embora ainda sejam tímidos, vêm crescendo, bem como, ao momento da sua regulamentação no país, sendo aprovada no ano de 2000 pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), como uma especialidade (FOSSI; GUARESCHI, 2004).

No atendimento às pessoas com necessidade de cuidados intensivos, internações com agravos, a UTIneonatal foi pensada para salvar a vida dos recém-nascidos prematuros e de riscos, porém essa visão foi expandida, projetando um ambiente de alta tecnologia com capacidade para atender casos de má formação, síndromes, problemas do próprio parto, e também problemas respiratórios e cardíacos. Os cuidados nessas unidades exigem um saber multiprofissional e interdisciplinar, e o papel do psicólogo nesse âmbito é o de cuidar no que tange ao emocional da família e equipe, zelando pela qualidade de vida do internado, e no bom relacionamento interdisciplinar.

O presente trabalho dissertou sobre esse lugar de atuação hospitalar, UTIneonatal, abordando um breve histórico de como a Psicologia surgiu no Brasil no campo da saúde, mais especificamente o seu desenvolvimento no âmbito hospitalar, abordando também a psicologia e os cuidados intensivos, a idealização e as expectativas do pré-parto, parto e pós-parto rompidos com a internação na UTIneonatal, os aspectos que concernem ao luto nesse ambiente, assim como um breve resumo do livro Até Breve José.

O objetivo geral deste trabalho foi comparar se as ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde na UTIneonatal corresponderam com as necessidades de cuidados dos pais, por meio dos relatos do livro Até Breve José. Para que o mesmo pudesse ser alcançado foram seguidos os seguintes passos:

- Elencar as necessidades de cuidado dos pais descritas no livro;

- Levantar bibliografias que representem a atuação dos psicólogos e profissionais da saúde de modo geral através de relatos de experiência;
- Relacionar as necessidades relatadas pelos pais no livro com as atividades realizadas por esses profissionais.

A presente pesquisa é bibliográfica, com o objetivo metodológico exploratório. Segundo Lakatos (1999) a pesquisa exploratória é muito utilizada para realizar um estudo preliminar do principal objetivo da pesquisa que foi realizada, ou seja, familiarizar-se com o fenômeno que está sendo investigado, de modo que a pesquisa subsequente possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão. A apreciação dos dados foi analisada de forma qualitativa, a partir da análise de conteúdo.

As buscas foram realizadas através do livro *Até Breve José*, (GOYTACAZ, 2014) artigos científicos em periódicos publicados na base de dados *SciELO*, Biblioteca virtual de saúde- BVS, livros da biblioteca da universidade Luterana de Palmas- CEULP/ULBRA. Os critérios de inclusões escolhidos foram relatos de experiências de psicólogos e profissionais da saúde, relacionados ao contexto de Terapia Intensiva Neonatal. Os descritores de busca foram as palavras chaves: UTIneonatal, Psicologia Hospitalar, Psicologia da Saúde e Luto. Já os de exclusão delimitados foram: relatos de experiência de psicólogos em UTI adulto.

Os procedimentos seguidos foram extrair do livro “*Até Breve José*” os relatos das necessidades de acompanhantes que possuem bebês internados numa UTIneonatal, sendo que essas informações foram apresentadas através de Tabelas, para melhor compreensão do leitor.

Dos materiais bibliográficos foram extraídos relatos de profissionais atuantes no âmbito hospitalar da UTIneonatal com ênfase em psicólogos que narrassem sobre a prática de trabalhar nesse ambiente, que envolvem as dificuldades assim como também os pontos positivos dessa atuação

Após a leitura dos instrumentos escolhidos, os relatos relacionados ao tema da pesquisa, os dados foram agrupados em formato de tabela para que possuísse um agrupamento das informações obtidas com finalidade de análise e interpretação partindo de uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo.

O intuito dessa pesquisa foi contribuir com uma atuação mais eficaz, dos profissionais da área da saúde no que concerne às práticas de atendimento aos acompanhantes.

No CEULP/ULBRA, assim como na maioria das universidades, esse assunto compete à disciplina de Psicologia Hospitalar, que é optativa, ou seja, não obrigatória na matriz curricular. Logo, nem todos os acadêmicos, quando formam. Levam consigo o conhecimento acerca deste tema. A pesquisa pode ser uma conduta tomada, como fonte teórica, para maior esclarecimento do tema, logo fazendo com que essa área da psicologia acabe sendo mais assistida.

Outra relevância é a própria exploração da área, com o tempo os cuidados nas UTIs neonatais, assim como os procedimentos foram modificados, visando a melhoria na qualidade e na quantidade de internações. Com todas essas mudanças os pais e a ciência psicológica precisam rever se seus papéis de cuidar da saúde, precisam de adaptação, ou não.

## 2. PSICOLOGIA HOSPITALAR E CUIDADOS INTENSIVOS

A psicologia da saúde é caracterizada como um subcampo da psicologia, e é responsável pela aplicação de princípios e pesquisas de cunho psicológico que visem à melhoria de tratamentos e prevenção de doenças. O modelo adotado pela psicologia da saúde é o biopsicossocial, modelo que por sua vez está interessado nas condições sociais, nos fatores biológicos e psicológicos que estão envolvidos no processo de saúde e doença. A psicologia da saúde tem quatro objetivos: estudar de forma científica a etiologia das doenças; promover saúde; prevenir e tratar doenças; promover políticas públicas e aprimoramento de sistema de saúde (STRAUB, 2005).

Castro e Bornholdt (2004) afirmam que nos últimos 15 anos foi a área que mais absorveu profissionais em Psicologia, tanto no Brasil quanto em outros países da América Latina, sendo em maior destaque na Argentina. Embora já haja um grande avanço no número de publicações e pesquisas científicas em nível nacional, esta quantidade ainda é pequena, o que tem dificultado o acesso a literaturas.

O domínio da Psicologia em Saúde diz respeito ao papel da Psicologia, como sendo, ciência e profissão, referentes aos campos da doença e saúde, incluindo assim as saúdes física e mental, abrangendo ainda o campo da medicina, mas ultrapassando-a ao se considerar os aspectos culturais, sociais e ambientais que estão relacionados à saúde e doença (TRINDADE; TEIXEIRA, 2002).

De acordo com Almeida e Malagris (2011), o psicólogo da saúde busca conhecer a forma como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde e/ou doença, a partir do conhecimento da relação do sujeito consigo mesmo, com outrem e com o mundo. Dessa forma, na atuação do psicólogo na saúde, é necessário investigar aspectos psicológicos do paciente que possam contribuir para o aumento do bem estar geral, de forma que seja possível combater à doença.

O trabalho desenvolvido por psicólogos na área da saúde pode ir além da contribuição de uma melhor qualidade de vida e bem estar psicológico, podendo interferir diretamente na diminuição de internamentos hospitalares, assim como também na diminuição do uso de medicamentos, elevando assim a utilização adequada dos serviços e recursos da saúde (APA, 2004a).

No âmbito da saúde, os psicólogos hospitalares oferecem atendimentos à pacientes com dificuldade de enfrentar o adoecimento. A partir de então, trabalham, por exemplo, na redução de sentimentos de depressão no paciente internado. Nos

centros de saúde/hospitais o psicólogo da saúde trabalha considerando a tripla dimensão na qual irão intervir: o paciente, os familiares e os profissionais de saúde. Os campos de atuações podem ser: atenção básica e de média complexidade, unidades de internação hospitalar, alta complexidade, oncologia etc. (ALMEIDA & MALAGRIS, 2011).

A psicologia hospitalar é um subcampo da psicologia da saúde, que compreende a dinâmica hospitalar, buscando a minimização do sofrimento causado pela hospitalização, ou seja, o entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos do adoecimento, assim fornecendo suporte ao sujeito adoecido a fim de que ele passe por essa fase com maior resiliência, afirma Romano (1987).

O adoecimento ocorre quando a pessoa e sua subjetividade entram na real doença presente no corpo, o que acaba desorganizando a sua vida, de modo que provoca várias transformações em sua subjetividade, portanto, o sujeito sai do conforto de seu lar e se depara com a hospitalização, a mudança de seus hábitos, perde sua identidade e, muitas vezes, acaba virando um número de prontuário.

Lustosa e Mosimann (2011) afirmam que a Psicologia tem proporcionado práticas profissionais mais humanizadas dentro do contexto hospitalar; aspectos emocionais envolvidos no quadro do paciente, antes ignorados, passaram a ser considerado, o que ampliou e tem ampliado a visão médica sobre as patologias e promovido mudanças na postura dos profissionais da saúde diante dessas. Afirmam ainda que atuar como Psicólogo Hospitalar é crer que a humanização da abordagem hospitalar é possível e real, sobretudo, verter o grito de dor do paciente de modo que este seja não tão somente escutado, mas, sobretudo, compreendido em toda a sua dimensão humana.

Nesse sentido, a Psicologia Hospitalar busca acolher o indivíduo e compreendê-lo em sua totalidade, atentando-se para a sua subjetividade e não simplesmente para a sua doença, a fim de entender a sua dor de uma forma humanizada e oferecer-lhe uma escuta interessada. Tudo isso de modo a reposicionar o sujeito em relação ao seu estado de doença, para que ele crie novas expectativas de vida.

Em outros países o termo psicologia hospitalar não é utilizado, pois pertence à lógica que toma referência o local para determinar as áreas de atuação. Segundo Pereira (2003), na década de 40 as políticas de saúde no Brasil eram centradas no

hospital, seguindo um modelo que priorizava as ações de saúde via atenção secundária, sendo modelo clínico e assistencialista, deixando então em segundo as ações ligadas à saúde coletiva como exemplo o modelo sanitarista.

Kerbauy (2002) afirma que no Brasil, a própria denominação Psicologia na Saúde já é problemática, suscitando discussões de como denominar uma área que aplica os princípios de Psicologia a problemas de saúde e doença. É recorrente a confusão de terminologias, como Medicina Psicossomática, com o tema em questão psicologia hospitalar e com psicologia clínica.

Desde o seu surgimento no país, a Psicologia da Saúde não era reconhecida como uma especialidade, recentemente o Conselho Federal de Psicologia (2000) alterou a resolução nº 13/2007 que tinha como especialidade somente a Psicologia Hospitalar, para a resolução nº 03/2016 incluindo a Psicologia em Saúde.

Apesar de muitos questionamentos, várias produções científicas têm aderido a esta denominação, Psicologia Hospitalar. Mesmo com a predominância dessa nomenclatura no corpo deste trabalho, concorda-se com Vieira (2004, p.46) quando afirma que “a Psicologia Hospitalar, no Brasil, equivale, de certa forma, à Psicologia da Saúde nos outros países”.

Segundo Castro e Bornholdt (2004), essas duas áreas de atuação não podem ser analisadas como equivalentes, uma vez que a Psicologia Hospitalar está inserida dentro do que seria Psicologia da Saúde. Dessa forma, as práticas dos psicólogos hospitalares serão entendidas como Psicologia em Saúde no âmbito hospitalar.

Segundo Romano (1987), no início da década de 50 iniciou-se o trabalho dos psicólogos nos hospitais gerais no Brasil, com a atuação desses profissionais em hospitais de grande porte, como no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Até aquele momento, a profissão de psicologia não havia sido regulamentada, o que provavelmente constituiu um obstáculo a mais para essa inserção.

A princípio, os psicólogos eram estipulados para atuar na área de recrutamento e seleção ou para realizar psicodiagnósticos com subsídio de testes, estando usualmente ligados ao setor de psiquiatria dos hospitais gerais. Entretanto, gradualmente passaram a ser chamados para a atuação precisamente na área clínica, fornecendo suporte aos pacientes, às famílias e às equipes de saúde.

Segundo Simonetti (2004), foi a partir dessa especificidade que o campo de psicologia hospitalar começou a se configurar.

A Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar foi fundada em 1997 por 45 psicólogos com sede em Belo Horizonte com o objetivo de reunir, difundir as pesquisas na área, organizar melhor a profissão e definir suas atividades junto ao Conselho Federal de Psicologia e o título de especialista em psicologia hospitalar, foi regulamentado pela Resolução 014/2000 do CFP (CFP, 2000).

A equipe trabalhista de um hospital é multiprofissional o que, para Romano (1999), consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Juntamente com essa equipe, surge o papel do psicólogo hospitalar, de acolher e escutar o sofrimento do outro, frente as suas principais dificuldades no que se refere a essa fase de adoecimento. Enquanto a medicina visa curar a patologia, a psicologia hospitalar buscar ressignificar a posição do sujeito frente à doença.

Para Angerami et al (2003), a Psicologia ao ser posta no hospital reviu suas próprias premissas, adquirindo conceitos e questionamentos que fizeram dela um novo amparo na busca da compreensão da existência humana.

Simonetti (2004) afirma que o adoecimento ocorre quando a pessoa e sua subjetividade “embarcam” na real doença presente em seu corpo, que acaba desorganizando sua vida, de modo que provoca várias transformações da própria subjetividade, ou seja, o sujeito quando hospitalizado acaba saindo do conforto de sua casa, mudando os hábitos e pode chegar a uma perda de identidade em casos de longas internações.

Mais que uma atuação determinada por uma localização, a "Psicologia hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento" – aquele que se "dá quando o sujeito humano, carregado de subjetividade, esbarra em um "real", de natureza patológica, denominado "doença" (SIMONETTI, 2004, p. 15).

O trabalho desenvolvido nos hospitais diferencia-se de todos os demais em que o psicólogo realiza, uma vez que apresenta um espaço físico agitado, onde o ambiente dificulta o sigilo necessário para o atendimento psicológico, devido ao grande número de pacientes internados juntos ou, ainda, pelas interrupções frequentes de outros profissionais da equipe que também precisam exercer suas funções; é um espaço de domínio médico, na qual o saber ainda é centralizado a sua atuação.

Outras características também se fazem presentes neste contexto, como afirmam Rudnicki e Sanches (p.28, 2014) “o tempo disponível para o atendimento, visto que o paciente internado receberá alta, não havendo, na maioria das vezes, a continuidade no tratamento psicológico”. Assim, esse tempo irá variar de acordo com a duração da recuperação do sujeito, ou o tempo para morrer.

Apesar de ser uma área especializada, muito tem se debatido sobre as especificidades dos serviços psicológicos oferecidos em hospitais que contam com estes profissionais na equipe multiprofissional.

A unidade de tratamento intensivo é encontrada dentro do sistema hospitalar de complexidade que possui monitoração e vigilância 24 horas, assim recebendo pacientes com problemas graves que com a ajuda da UTI podem vir a se recuperar. Já a UTI neonatal é caracterizada para bebês, que não necessariamente precisam estar doentes, apenas em fase de maturação para obter o funcionamento normal, o que não ocorre naturalmente quando esse bebê nasce prematuro.

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) trata-se de um setor que atende os recém-nascidos proporcionando assistência humanizada e de qualidade, oferecendo suporte e monitorização continuada às funções vitais dos neonatos por meio de equipamentos específicos (KLOCK e ERDMANN, 2012. p. 37).

Para melhor compreensão do funcionamento do serviço é preciso entender como surgiu a UTI. Em 1854 teve-se a necessidade de monitoração constante de feridos na guerra de Criméia, na qual Reino Unido, França e Turquia declararam guerra à Rússia, então foram separados homens das mulheres e crianças. Florence Nightingale ficou conhecida como a dama da lâmpada, pois a mesma rodava durante toda a noite no ambiente em que estavam os feridos, com uma lamparina, para monitorá-los. Somente no ano de 1927 foi criada a primeira UTI, nos Estados Unidos da América. Já no Brasil a implementação do sistema foi um pouco mais tardia, sendo na década de 70, no hospital Sírio Libanês em São Paulo.

O primeiro bebê nascido em um local de cuidados prematuros foi em 1927 em Chicago, a escassez de enfermeiros e médicos se dava por ser a Segunda Guerra Mundial, logo era preciso agrupar os pacientes em salas de recuperações de pós-operatórios, para que o cuidado fosse maior.

Moritz (2005) afirma que a UTIneonatal foi pensada para salvar a vida dos recém-nascidos prematuros e de riscos, porém essa visão foi expandida, projetando um ambiente de alta tecnologia que está capacitado para atender casos de má formação, síndromes, problemas referentes ao próprio parto, respiratório e cardíaco.

As equipes que compõem as unidades complexas são multiprofissionais e interdisciplinares, todos os colaboradores são chamados de intensivistas e entre a equipe existe o espaço do psicólogo. Este profissional tem o papel de cuidar do que pertence ao estado da família, e equipe, zelando pela qualidade de vida do internado, e no bom relacionamento interdisciplinar.

A unidade de terapia intensiva, de acordo com Pitta (1991) é um ambiente favorável para o desenvolvimento do estresse, no caso da neonatal, podendo ser desencadeado nos familiares, por diversos estímulos. Os temores podem ser o medo de que algo ruim aconteça ou ter que ser submetido a algum procedimento que venha gerar mais riscos ao bebê, a tensão de receber os boletins médicos, o barulho contínuo dos aparelhos.

Assim como já citado, a atuação do psicólogo intensivista é cuidar da parte emocional que se refere tanto ao bebê, quanto à família e até mesmo da equipe. A atuação é pautada na humanização, sendo assim, para Moritz (2005) é papel do psicólogo organizar as visitas dos pais, humanizar esse contato, promovendo o contato direto, quando permitido, o que é variável de acordo com o quadro clínico do internado, assim como proporcionar, preparar e acompanhar parentes próximos, como irmãos e avós para a visita. Favorecer um ambiente que deixe esse contato mais acolhedor para as visitas.

Entre as atividades que o psicólogo desenvolve no contexto da hospitalar na UTIneonatal, estão incentivar a mãe quanto à amamentação, acompanhar os boletins médicos, para ser gerador de apoio caso os pais recebam alguma notícia indesejada, ter o olhar através de aparelhos, compreender e treinar a equipe a enxergar que ali se encontra uma vida e toda uma história familiar, também são tarefas atribuídas ao profissional de psicologia, (PITTA 1991).

Pitta (1991) defende que o estresse também ocorre com os profissionais que ali trabalham, agindo diretamente em todas as relações desse indivíduo, desencadeados por diversos motivos, que entre eles estão conflitos entre a equipe, inaptidão para a aparelhagem, o despreparo para enfrentar as mortes, assim como também os barulhos dos equipamentos.

As famílias dos internados de UTI não podem ficar de acompanhante durante todo o tempo, existem os horários de visitas, segundo Moritz (2005) essa distância acaba sendo motivo gerador de discussão dos familiares com a equipe, para tanto a

humanização, sendo conjunto de ações desenvolvidas visando uma melhor qualidade, tornar vem buscando essa proximidade.

Moritz (2005) afirma que apesar das evoluções que tivemos o espaço da UTI, continua sendo visto como um ambiente de morte e isolamento, as equipes tentam mudar esse olhar para um local de assistência, cuidado, porém nota-se que um processo de mudança cultural demanda tempo.

### **3. IDEALIZAÇÃO E EXPECTATIVAS DO PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO ROMPIDO COM A INTERNAÇÃO NA UTI**

Geralmente quando se fala em parto forma-se uma expectativa dele, e até idealiza-se, o que pode gerar decepção, pois o parto idealizado nem sempre é o real. A mulher, ao descobrir a gravidez, entra em um processo de mudança tanto corporal quanto emocional, e a idealização da mulher quando comparada com a do homem é diferente. Para Costa (2002), o processo da gravidez é uma condição natural no que se refere ao biológico, sendo assim a essência de ter um filho compete ao mundo feminino, já a visão masculina em relação à maternidade é mais tardia, sendo que o papel de pai costuma iniciar com o parto.

Segundo Costa (2002), a idealização começa na escolha do parto, principalmente quando o mesmo foi planejado para ser realizado de maneira natural e acabe sendo cesárea, levando em conta outros diversos fatores como, poder ser mais rápido que o esperado, ou mais demorado, não acontecer em casa ou até que não consiga chegar ao hospital.

Existem quatro maneiras de dar a luz, sendo elas: o parto natural não possui intervenção de medicamentos, as vontades das mães são respeitadas, na maioria das vezes ocorre em casa e, assim como todos os outros, não dispensa o pré-natal.

Já a humanizada conta com o apoio de uma doula e do companheiro, sendo que a obstetrícia apenas acompanha, mas não faz intervenções no parto, caso não tenha maiores complicações. A cesárea possui a anestesia e o corte, a mãe entra em contato com o filho de forma rápida e depois é sedada para que os procedimentos finais sejam feitos, a recuperação é lenta há exposição para infecções, à mesma é indicada quando a gestante tem problemas de saúde ou complicações na gravidez. Para finalizar existe também o fórceps ou chamado de vácuo extrator, é utilizado quando o bebê está em sofrimento fetal e outras complicações julgadas graves.

De acordo com Pereira (2007) uma forma de promover mais segurança é a humanização do local que a gestante escolheu para ganhar o bebê, ao passo que quando a mesma gestante se sente acolhida, está participando de um sistema humano. Pereira (2007), afirma ainda que a atual conjuntura do Brasil é de rompimento com o tradicional atendimento hospitalar, da forma “mecânica”, na qual

o diálogo é quase inexistente, resultado de uma deficiência na formação que acaba sendo reflexo do mau atendimento de gestantes e suas necessidades individuais.

Com a internação em uma UTIneonatal o recém-nascido, passa por um processo de adaptação distante do ambiente intrauterino, que são distintas da intrauterina. Segundo, Pitta (1991), esse ambiente que agora o bebê se encontra além de proporcionar uma melhor qualidade para o internado, também é um local gerador de desconforto e nervosismo, quando se leva em conta iluminação, sons, temperaturas, entre outros.

A humanização faz com que o bebê e o acompanhante possam ser assistidos em suas necessidades individuais, e os pais se tornam sujeitos ativos no processo na qual estão vivenciando.

A humanização representa um conjunto de iniciativas que visa à produção de cuidados em saúde capaz de conciliar a melhor tecnologia disponível com promoção de acolhimento e respeito ético e cultural ao paciente, de espaços de trabalho favoráveis ao bom exercício de saúde e usuários. (LACAZ, 2006).

Um método muito utilizado na humanização é o do Canguru, idealizado na Colômbia em 1979 e iniciado no Brasil no ano de 1991 em Santos São Paulo, segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), por ano nascem no mundo 20 milhões de recém-nascidos de baixo peso, muitos em consequência de um parto prematuro.

Sendo um modelo de assistência ao recém-nascido prematuro e sua família, internado na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, voltado para esse cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial.

A família também é avaliada, pois os pais devem estar seguros, ser capazes de aplicar o método e colocar-se totalmente à disposição para comparecer às consultas regularmente. A família deve ter muita disciplina, compromisso, motivação e disponibilidade, visto que a posição canguru é adotada durante 24 horas. Quando mãe e filho se encaixam no perfil exigido, o bebê recebe alta independentemente do seu peso. A ideia é integrá-lo à família precocemente. (PRADO, 2003).

O método pretende favorecer a formação de vínculo pais- bebê, sendo um contato pele a pele, podendo ser sentido o cheiro e a regulação de temperatura. Para que isso ocorra, o bebê é posto em contato com os pais, na posição de canguru, sendo uma posição quase sentada e com as costas apoiada em um pano envolto no cuidador, essa aproximação é gradativa e crescente de acordo com os limites do bebê e dos pais, levando em conta até onde os responsáveis se sentem confortáveis. Esse método é gerador de participação maior dos pais para com os cuidados necessários neonatais.

#### 4. ELABORAÇÃO DO LUTO

Quando se fala em luto, o pensamento automático é que alguém está em sofrimento porque perdeu uma pessoa próxima. O luto não está relacionado somente a perdas de vidas humanas, podendo ser caracterizada por perda de um animal de estimação, separação de um casal, perda de um bem material, emprego, todos esses são vivências de luto.

O luto não é denominado doença e sim um processo, segundo Feliú (2009), reage-se a dor da perda de alguém próximo passando pelo processo de luto, sendo ele a maneira como se enfrenta tal situação e não uma doença. O luto inclui respostas fisiológicas, biológicas, psicológicas e comportamentais, fazendo parte da vida das pessoas. A aceitação da morte de alguém próximo acontece de forma gradual e lenta.

A forma com que cada indivíduo passa por esse processo é diferente, existem influências sobre esse sistema, como o meio social que o indivíduo está inserido, a forma como a perda chegou, assim como a duração e a consequência do luto são variáveis, o que depende da cultura de cada ser.

O luto é a manifestação de reações a uma perda significativa, pois há o rompimento dos vínculos que as pessoas estabelecem umas com as outras. A perda de uma pessoa significativa é uma situação altamente estressante, sendo o luto uma resposta normal de enfrentamento. Portanto, não é uma doença. É um processo e não um estado (PARKES, 1995) *apud* FELIÚ, 2009, p. 20).

Para D'Assunção (2010, p. 83) “o apego é a raiz de todos os males e de todos os sofrimentos”. Falar e ouvir sobre o luto é um grande segredo para quem vivencia essa dor e por vezes as pessoas não sentem o acolhimento que gostariam de sentir naquele momento de dor.

Segundo Parkes (1998, p. 199), “o luto é um processo de aperceber-se, de tornar real o fato da perda”. (*apud*, OLIVEIRA & LOPES, 2008, p. 218). É um momento para que o enlutado vivencie esse processo, sendo esse um dos ciclos da vida mais severos para ser enfrentando (PARKES, 1998, *apud*, OLIVEIRA & LOPES, 2008, p. 218).

Vivenciar a dor da perda não é algo fácil, requer coragem para poder entrar em contato com essa dor. Para Oliveira & Lopes (2008, p. 218) “uma forma de abrandar o luto é manter a sensação de que a pessoa está por perto e criar uma idealização através do reviver de lembranças felizes”.

Todo esse contexto que envolve o luto não tem um momento exato para acabar. O luto pode ser vivenciado durante meses, anos ou até mesmo nunca ser finalizado. O que possivelmente poderá influenciar neste processo da vivência do luto, tanto para um enfrentamento quanto para uma negação, é no convívio com a família, vida social, e a configuração como a perda ocorreu. A cultura e as crenças também influenciam diretamente na forma de como o luto será elaborado. (FELIÚ, 2009, p.20)

“O luto é a manifestação de reações a uma perda significativa, pois há o rompimento dos vínculos que as pessoas estabelecem umas com as outras. A perda de uma pessoa significativa é uma situação altamente estressante, sendo o luto uma resposta normal de enfrentamento. Portanto, não é uma doença. É um processo e não um estado”. (PARKES *apud* FELIÚ, 2009, p. 20).

Para Feliú, (2009 p. 22) “O luto faz parte da vida das pessoas e inclui respostas psicológicas, fisiológicas, sociais e comportamentais.” Algumas dessas respostas podem não responder no processo da elaboração do luto. Com isso pode ser gerada uma carga emocional muito grande levando o enlutado a não viver o luto. Quando algumas dessas respostas falham, ele não consegue expressar de uma maneira natural, sentimentos como raiva, culpa e tristeza, tornando assim o processo do luto ainda mais doloroso.

“A aceitação da morte de pessoas próximas ocorre de modo gradual e lento. O envolvimento com a pessoa que se foi, como se ainda pudesse estar viva, e os sentimentos de revolta e negação da realidade persistem entre os familiares até que haja a aceitação da perda e a superação do luto”. (FELIÚ, 2009, p. 20).

Após a morte de uma pessoa querida, o enlutado começa a ter um repertório do antes e do depois da pessoa que morreu. Parkes (1998) relata que “Os enlutados têm que aprender a desempenhar novos papéis, até então vividos pela pessoa falecida, num momento de sofrimento e instabilidade emocional”. (*apud*, FELIÚ, 2009 p. 22).

Parkes (1998) ainda descreve que quando se perde uma pessoa querida, o enlutado demonstra queixas em relação a dores físicas com mais frequências, sendo essas queixas uma parte do processo do luto. (*apud*, FELIÚ, 2009 p. 22).

“O processo de luto mostra-se organizado e é conscientemente aceito quando a morte foi tomada como real e o enlutado apresenta disponibilidade para novos investimentos em sua vida, podendo assim manter vivos os sentimentos em relação ao falecido, a que se alia a recuperação da autoestima e da valorização do ego”. (Oliveira & Lopes 2008, p. 218).

É direito de o enlutado escolher como deseja vivenciar esse momento que causa tanta dor. Parkes (1998, p. 205) afirma que “a verdadeira ajuda consiste em

reconhecer o fato e permitir que ele se organize para que fique disponível para elaborar a perda”.

A pessoa enlutada deve escolher como conduzir sua vida. Dentre as opções estão morrer junto com o morto, ou seja, perder a alegria de viver; continuar vivendo como uma pessoa incapaz de transpor a barreira determinada pela perda; ou superá-la, buscando uma nova maneira de enfrentar a vida, com a dor e a lembrança, porém retomando gradativamente as atividades do cotidiano, com as adaptações pertinentes. Para essa autora, por meio do lamento, podemos reconhecer sentir e superar a dor da perda, aceitando as dificuldades advindas da morte do ente querido”. (Viorst, 1988 *apud*, FELIÚ, Ximena, 2009 p. 22).

A adaptação do processo do luto leva tempo e necessita de cuidados, Franco (2002, p. 15-38) traz que a sociedade exige que as pessoas vivenciem esse processo o quanto antes, para poder voltar a sua rotina social. Obrigando o enlutando abandonar o processo e gerando ainda mais sofrimento. (*apud*, COSTA & LIMA, 2005 p. 22).

Franco (2002, p. 15-38) cita que “o processo de luto deve ser completo, as pessoas precisam passar por cada estágio que o compreende, pois, somente assim, conseguirão adaptar-se à nova vida sem a pessoa que morreu”. (*apud*, COSTA & LIMA, 2005 p. 22).

A psiquiatra Kubler-Ross, se tornou uma das grandes referências no processo da elaboração do luto, a partir do seu livro *Sobre a Morte e o Morrer* (1996), escrito acerca de entrevistas com pessoas em estados terminais.

“Há muitas razões para se fugir de encarar a morte calmamente. Uma das mais importantes é que, hoje em dia, morrer é triste demais sob vários aspectos, sobretudo é muito solitário, muito mecânico e desumano. Às vezes, até mesmo difícil determinar tecnicamente a hora exata em que se deu a morte”. (KUBLER-ROSS, 1997, p. 19).

As fases do luto, segundo Elisabeth Kübler- Ross (1998) são cinco, sendo a primeira a negação, quando ocorre a tentativa de não entrar em contato com o que está acontecendo. A segunda é a raiva, em que o sujeito não compreende a perda, causando assim a revolta e o sentimento de injustiça. O terceiro é a barganha, onde ocorrem negociações com o seu interior, prometendo formas de comportamentos diferentes do que está tendo. A quarta é a depressão, fase de sentimento de impotência o que gera isolamento. A quinta e última é a aceitação, pois enxerga o acontecido na sua total realidade, assim estando pronto para enfrentar e superar.

As fases do luto na visão de Bowlby (1984) são quatro, sendo a primeira o entorpecimento, dura horas até uma semana, caracteriza pelo processo de aflição e negação da realidade. A segunda, conhecida como anseio, fase normal para ocorrer

a ansiedade e culpa como tentativas de recuperar a vida de quem morreu. A terceira é desorganização em que a raiva e tristeza são controladas, oriundas do sentimento de abandono de quem partiu. A última fase do luto é a reorganização, em que a pessoa retoma a vida, dentro do possível, a sua normalidade.

Durante a gestação os pais tendem a uma angústia, oriunda do medo da perda, o que naturalmente vai sendo amenizado com os ultrassons. Outra forma de acabar com esse medo é com a formação de vínculo no pós-parto, que no caso da UTI, ocorre um déficit. Partindo desse princípio, são existentes dois tipos de luto, quando falamos em gravidez, sendo o luto simbólico e o concreto.

O luto simbólico está relacionado na gestação com a perda do corpo, pois a mulher começa a ter percepções diferentes do corpo, de forma rápida. Outro fator que deve ser levado em conta é a mudança de filha para mãe, assim, transformando a maneira de ser mulher. Maldonado (2003) trata o ciclo gravídico-puerperal como uma transição existencial importantíssima na vida de uma mulher, porque não só as modificações corporais ocorrem no corpo feminino, mas as maneiras de ser mulher.

Na internação do bebê na UTI, existe uma quebra do procedimento normal do pós-parto. Parkes (1998, p. 205) afirma que vivenciar uma perda referente à como não poder ter o filho sempre por perto. Tendo como exemplos a dificuldade de uma formação de vínculo, em que muitas vezes a mãe toca o filho apenas via incubadora, ou pelo método do canguru, a amamentação não ocorrer da forma planejada, o que depende do motivo da internação, quando muito prematuro, a alimentação acaba sendo por meio de sondas.

O luto concreto é a perda do bebê, de duas formas distintas, a primeira é a fetal, morte antes de nascer ou perinatal, morte no parto, nos caso a mãe não chega a ter a experiência de ter aquele filho vivo, a relação mão-bebê fica apenas no imaginário e no desejo.

A ajuda do profissional de psicologia no luto concreto trabalha em cima das vulnerabilidades dos pais enlutados, ressaltando que cada caso é vivenciado de uma forma, fazendo com que os pais se apropriem do que estão vivendo, da dor, para que futuramente possa ocorrer a resiliência, sendo a capacidade de passar por momentos difíceis, sendo buscando o melhor de cada situação e abertura para novas experiências. Gesteira (2006) defende que é preciso passar pelo velório, pois a aceitação desencadeia a reabilitação. O psicólogo pode orientar os pais, caso

queiram, a visitar o corpo, para tornar o processo mais real e recolherem lembrança. Esses são procedimentos que ajudam no processo da recuperação da saúde mental.

A segunda é a perda de um bebê que vai além do imaginário, quando a mãe o possui no mundo real, ou seja, a morte ocorre no pós-parto, os pais puderam toca-lo e construir, por mínima que seja uma relação com a criança. Gesteira (2006) define o luto como uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido, e sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas.

Independente da morte ser antes do nascimento ou após, o fato é que a morte de um filho vai contra a ordem natural da vida, ou seja, os pais morrerem antes dos filhos, além de cessar com desejos, sonhos que foram destinador à criança que faleceu.

## 5. DESCRIÇÃO DO LIVRO ATÉ BREVE JOSÉ

O livro Até Breve José trata-se de um relato sobre o filho de Camila, o José, que é narrado por ela e traz a experiência de estar grávida, o preparo para com as coisas que pertenceriam ao filho, o parto, os desdobramentos de uma mãe que possui um bebê internado na UTI neonatal, assim como também todo o sofrimento causado pela dor da perda, o luto.

Ela relata que a gravidez não teve complicações, foi desejada, mas não planejada. No dia da primeira ultrassonografia a mãe comprou um diário, no qual foi relatando todos os acontecimentos, numa ordem cronológica. A primeira imagem do filho, a expectativa do irmão Pedro de dois anos, esperando o novo membro da família na porta principal, pois por ali chegavam todas as visitas. Quando o sentiu mexer, como imaginava os olhos, cabelos, as roupas que comprou, até que na sexta-feira de carnaval José nasceu.

Camila conta que o primeiro contato com o filho foi na UTI neonatal, ao se preparar para entrar, os barulhos do local incomodaram e a deixaram trêmula, um dos únicos lugares que poderia ser tocado era o pé de José, pois em todo seu corpo tinham aparelhos, que de fato a deixaram assustada. Durante alguns raros momentos de silêncio foi possível ouvir os pássaros, então a genitora rezava e cantava as músicas que os acompanharam desde a gestação, nesses momentos as imaginações os levavam para qualquer lugar longe daquela sala branca e gelada.

A mãe ao passar do tempo, relata que os aparelhos não assustavam mais, já conhecia sobre alimentação parenteral, que acessos são furos, que existem pomadas para não ressecarem os olhos que ainda não abriram que o suporte básico da vida é a dopamina, adrenalina e dobutamina. Ela apenas desejava que mesmo com tudo isso o filho não sentisse dor, e que se possível induzi-la ao coma, no caso da mãe, assim estaria então mais próxima dele e o ajudaria e retornar ao caminho da vida.

Quando chegavam novos bebês na UTI, mesmo a regra sendo de não poder falar com outros leitos, sempre dava um oi e apresentava verbalmente José aos novos amigos. Assim uma família foi se formando, mães, pais, filhos, todos lutando contra a batalha da internação e servindo de suporte um para com o próximo. Com o passar do tempo compartilharam histórias, almoçavam, jantavam, faziam a retirada do leite, sempre em um grande grupo de mulheres apáticas e choronas. Segundo

Camila, as enfermeiras já não percebiam vida e morte tão próximas nas salas, agiam como se nada estivesse ocorrendo, a pior hora para a mãe era quando elas avisavam que era troca de plantão e precisavam sair da sala, então cada até breve José era como se fosse ensaio para um adeus.

A sala de espera era a mesma para todos, aos que levavam flores e chocolates comemorando barulhentemente a vida e para os que choravam uma possível perda, o desejo da mãe então era de uma sala para cada tipo de grupo que ali se encontrava. Nesse mesmo local as visitas de parentes ocorriam, a mãe já não aguentava mais responder para todos que José estava vivo, mas a real vontade era de estar em casa com o filho. E quando então ia para casa, era pior ainda, com todo o silêncio e se deparar com o quarto dos meninos no qual uma cama não tinha ninguém, logo o barulho do hospital, dos aparelhos ecoava na cabeça dela.

Para Camila entre todas as coisas que os médicos falavam a melhor era o silêncio, quando não falavam nada era porque o neném estava sobrevivendo, mas quando chegavam com um envelope, um papel pra desenhar ou um copo de água, sempre era uma notícia ruim.

A surpresa ao perceber que o José cresceu foi grande, mas a angústia da mãe de não poder segurá-lo no colo e amamentar só crescia, e junto com essa angústia nascia a corrente do xixi, não fazer era sinal de que os rins não estavam bem, todas as mães juntas mandavam pensamentos positivos para a corrente.

As mães de UTI possuem uma rotina, se vestirem, lavarem, pedirem a autorização para entrarem e, mesmo que sem ânimo, não reclamavam, pois no momento precisavam ser a força e a base de cada filho que ali estava. Já os pais de UTI costumavam aparecerem apenas durante as noites, na sua maioria ainda com roupas dos trabalhos, e logo iam embora.

José foi embora seis horas da tarde do dia 16 de março de 2011, a mãe relatou que foi uma morte digna, acompanhada do marido, puderam vestir uma roupa no filho, tirar os aparelhos, senti-lo no colo, se despedirem da forma como segundo eles, tinha que ser. Um buraco que cabia dor, tristeza, raiva, solidão e medo se abriu no coração dos pais de José, o eterno José. Durante três meses o diário ficou sem ser tocado.

Apesar da distância de José, a mãe sempre sentia que o mesmo estava bem perto, cuidando de todos os membros da família, e eles tinham que ser exemplos,

pois do céu alguém estava sempre olhando por eles. Falando em despedida foi algo contínuo, sendo um dia o corpo, depois o cheiro, a alma e um dia quem sabe as lembranças, porque a mãe achava sempre mais fácil um até breve do que um adeus.

Mais uma vez o diário ficou por muito tempo sem ser tocado, até que um dia outra perda ocorreu, parte dos relatos que fizera após a morte foi perdido, então a mãe começou a escrever novamente, pois dessa forma se sentia conversando com o filho e mostrando pra ele que o amava.

Muito se fala em crianças órfãs, mas ninguém fala de órfãs de filho, a mãe de José era uma dessas pessoas. Os dois lados foram preenchidos pela mãe, primeiro perdeu o pai José e depois o filho que em homenagem também se chamava José. E o choro nem se fazia presente, pelas fraldas que não trocaram, os beijos que não deram, os olhos, sorrisos, voz que ficaram apenas no imaginário, toda uma vida que não viveu era motivo de sofrimento.

Cada novo mês também era um mês a menos, ela poderia ter passado junto ao filho, a mãe encontrava-se em um estado de cansaço, sem forças para a dor, choro e até mesmo escrever. E o silêncio sempre se torna presente e as perguntas frequentes, ao olhar pessoas na rua, sempre imaginava coisas que elas poderiam estar passando em suas vidas. Para todas as perguntas a resposta era sempre a mesma, a de que o filho tinha morrido, mesmo que a pergunta fosse se iria passar a compra no débito ou crédito.

A mãe não sabia se o pior era conversar com pessoas que sabiam do ocorrido e fingiam que nada ocorreu ou ter que explicar para pessoas que não sabiam e chegavam cheias de ternuras lembrando sua barriga de grávida. Algumas delas se emocionavam e lamentavam o fato, como a moça da barraca de frutas da feira, o pedreiro de sua casa, o barbeiro e assim por diante.

A falta de outra mãe com a mesma experiência que a de José fez com que a mesma procurasse na internet alguns grupos para compartilhar sua dor, porém não conseguiu encontrar, assim fez uma na sua imaginação e o que a mãe imaginária enfatizava era a felicidade. E com o tempo, a contagem de anos e meses sempre acontecia, ela sabia exatamente quanto tempo de vida seu bebê teria caso estivesse vivo ainda.

Cada morte é sentida de forma diferente, dessa vez a cadela da família, Choco, a casa que já era grande se tornou ainda maior, foi uma perda dentro da perda, relatou a mãe, morte dentro da morte, então algo confortante ocorreu, choco estava no céu e deveria estar fazendo companhia para José, os dois correndo e brincando como os amigos que seriam em vida. E o que mais se pedia na casa, era que mais nada ocorresse de ruim.

O irmão Pedro se sentia traído, muito esperou a chegada do caçula, tantos preparos, e quando enfim chegou, logo foi morar nas estrelas, e sempre ao anoitecer, olhava para céu e procurava a estrela mais brilhante, e em oração conseguia conversar com ele. Com o tempo, a mãe percebeu que foi abençoada, pois outras não conseguiram ver seus filhos, ou saberem o sexo, escolherem nomes, ou até mesmo as que não conseguiram engravidar.

Com o passar do tempo, uma confissão da mãe para com o José foi feita, as conversas que antes eram longas e dolorosas se tornaram curtas e tranquilas, assim passaram a serem lembranças boas, mas o esquecimento jamais ocorreria.

Mais uma experiência começa para a mãe de José, Camila engravida, Joana é o nome da mais nova integrante da família, a maratona se inicia compras, preparação do quarto, a expectativa do irmão. O parto não poderia ter sido melhor, assim como a mãe imaginou, cada detalhe, e quando Joana foi retirada e colocada nos braços da mãe, a emoção de toda a equipe foi nítida.

Camila relata que o tempo foi generoso, mesmo quando não parecia ser. A dor da perda do José nunca acabaria, porém com o tempo iria sendo amenizada, a contagem de quantos anos ele teria nunca se perderia assim como a presença do mesmo que seguirá sempre nos desenhos de Pedro e nas falas dos pais.

## 6. RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

O levantamento dos dados ocorreu entre os dias 23 de março e 06 de abril, e a amostra da pesquisa contempla um total de: um livro e quatro artigos entre os anos de 2004 a 2013.

A pesquisa bibliográfica tratou-se de relatos de acompanhantes de bebê internado em UTIneonatal e profissionais da saúde que trabalham em UTIneonatal. Para atender o objetivo desta pesquisa, os dados serão exibidos de acordo com as duas categorias elaboradas para levantar as devidas informações, que serão apresentadas por meio de Tabelas.

Segue abaixo a tabela 1 referente aos relatos extraídos do livro Até Breve José e a tabela 2 referente aos relatos de experiências dos profissionais que trabalham na UTIneonatal

Tabela 1 Relatos do livro Até Breve José

---

### **Relatos Da Mãe Referente ao Livro Até Breve José**

---

Ambiente da UTIneonatal gelado, com muita claridade e barulhos, principalmente em relação aos sons dos aparelhos.

---

Não saber lidar com a quantidade de aparelhos conectados ao corpo do filho.

---

A Importância de conhecer os procedimentos realizados com o paciente e materiais utilizados nos procedimentos.

---

Proibição da comunicação com leitos próximos.

---

Enfermeiras que não percebem a morte tão próxima no ambiente da UTIneonatal.

---

Importância do vínculo com outras mães na mesma situação como forma de apoio.

---

Vínculo da mãe para com o bebê, no que se refere ao toque.

---

Dificuldades de não poder realizar a amamentação.

---

Dificuldade de receber as atualizações de boletins médicos.

---

Morte digna, com pais.

---

Sentir-se sozinha após a morte do filho, pois ninguém fala do fato ocorrido.

---

Tabela 2 Relatos dos profissionais no contexto da UTIneonatal.

<b>Relatos de Profissionais da Saúde Com Ênfase Nos Psicólogos Referente à UTIneonatal</b>	<b>Autor</b>	<b>Ano</b>
Dificuldades de explicar ao acompanhante sobre os procedimentos e rotinas da unidade.	GONÇALVES, A. D	2012
Limitações de uma só linguagem no que diz respeito á comunicação entre a equipe e o paciente.	ARRAIS, A.R.; MOURÃO, M.A.	2013
Objecções na criação e manutenção do vínculo mãe-bebê (toques e expressões de afeto, método do canguru).	ARRAIS, A.R.; MOURÃO, M.A.	2013
Promover a individualização do paciente e respeito à privacidade.	SOUZA, K.M.O.; FERREIRA. S.D.	2008
Acompanhar os boletins médicos.	GONÇALVES, A. D	2012
Um olhar além dos aparelhos	SOUZA, K.M.O.; FERREIRA. S.D.	2008
Olhar para com a equipe (estresse e luto)	VALANSE, L.; MORSCH, D.S.	2004
Dificuldades do primeiro contato com o acompanhante, acolhimento.	GONÇALVES, A. D.	2012

De acordo com os relatos descritos no livro foi percebido a falta de apoio da equipe à mãe, não houve relatos da mesma sobre acolhimentos psicológicos, nem ao dar entrada na UTIneonatal, de atendimentos ao longo do tempo, e nem de que essa classe profissional acompanhou os boletins médicos ou prestou serviços no momento da morte ou após. O que não significa que não ocorreu, apenas não fez diferença para a mãe, pois o mesmo não foi exposto.

Ao se referir aos enfermeiros, a percepção da mãe foi de que tinham algidez para com os acompanhantes e principalmente aos bebês internados, demonstrando que os interesses desses eram apenas com os aparelhos que rodeavam os bebês e os procedimentos que tinham que cumprir, deixando assim o olhar humanizado de lado, a singularidade de cada ser que ali estava e o contexto de cada família que ali se encontrava.

O fato de o hospital tornar-se parte de uma rotina, um segundo ou talvez até primeiro lar, fez com que a acompanhante principal, nesse caso Camila, mãe de

José, se sentisse solitária, tendo mais evidencia por conta da difícil formação de vínculo com o filho, que se justifica pelo contexto da UTI. Nesse vínculo esta incluso a não amamentação, a interrupção desse aleitamento causando desconfortos emocionais para com as mães.

O aleitamento materno natural é fundamental para proteção e desenvolvimento de recém-nascido. Além das funções nutricionais, exerce importante papel no fortalecimento da relação entre mãe e filho. Comumente, a mãe que não amamenta passa por experiências negativas e frustrações, acreditando não ter cumprido seu papel (NEVES, 2013).

Como forma de amenizar a situação, no momento da retirada do leite, as mães trocavam experiências sobre o que estava ocorrendo em relação as suas vidas dentro e fora do contexto hospitalar.

O local desconfortável, gelado e barulhento por conta dos aparelhos também são contribuintes para o estresse.

Além dos eventos de vida estressores, os denominados acontecimentos diários menores, que podem ser vivenciados em diversas situações cotidianas, como barulhos excessivos, esperar por notícias, também são provocadores de resposta de estresse. Muitas vezes estes acontecimentos diários menores, quando frequentes, geram resposta de estresse com efeitos psicológicos e biológicos negativos mais importantes do que eventos de vida estressores de menor frequência (SAIORO, 2008).

Os barulhos eram tão frequentes e estressores que até mesmo fora do ambiente da UTI neonatal, a mãe relatou que os ruídos continuavam em sua cabeça de forma perturbadora.

Segundo os relatos da mãe, o procedimento do local, dos pais não poderem se comunicar com os leitos vizinhos também favoreceu para o isolamento da mãe, mesmo sendo uma regra frequentemente quebrada. Esse apoio de pessoas que estavam passando pela mesma situação foi visto como fundamental, logo de forma independente, as mães começaram a zelar uma para com a outra, assim como também para os filhos.

A humanização de como a morte ocorreu fez parte dos poucos relatos de contentamento da mãe, o fato de deixarem os pais fazerem a retirada dos aparelhos, poderem trocar o filho, segura-lo no colo, o contato pele a pele, foram procedimentos que permitiram poderem vivenciar da forma mais carinhosa e menos dolorida a hora da morte.

Não ter um acompanhamento após a morte também foi algo negativo, não ter pessoas que compartilhassem da mesma experiência, mesma dor, da perda de um filho, de como enfrentar o vazio desse fato e superar o momento.

Sobre o luto nota-se que na Tabela 2 também esse acontecimento é descrito como uma das maiores dificuldades em relação ao psicólogo na atuação do contexto hospitalar dentro da UTIneonatal. É ter um olhar mais laborioso para com a equipe, ter o cuidado de expor e propiciar um local saudável e produtivo, assim a equipe de forma em geral, acaba sendo mais unida, fazendo de fato o trabalho multiprofissional.

Muito se fala do luto e do estresse no hospital, sempre voltado para os acompanhantes e pacientes, porém os profissionais passam pela mesma situação, vivenciam o luto dos seus pacientes ou de um caso próximo. O estresse de horas de trabalho, o fato de estarem lidando com vidas, a cobrança e responsabilidade de bons resultados e assim por diante.

O estresse pode estar relacionado ao trabalho quando a pessoa percebe situações estressantes em seu ambiente de trabalho e isto acaba ameaçando as suas necessidades de realização pessoal e profissional, seu desempenho no trabalho e sua interação com os demais profissionais, atingindo, assim sua saúde física e mental (Siqueira, 2002; Leão & Carpentieri, 2002).

Conscientizar a equipe sobre a importância da individualização de cada paciente e acompanhante, que no local existe um ser único e cheio de subjetividade para além dos aparelhos, isso traduz um olhar mais humanizado, a compreensão e o respeito se tornam de mais fácil acesso.

A comunicação da equipe para com os acompanhantes no caso de bebês deve ser da forma mais clara e calma possível, no que se refere às rotinas da unidade e os procedimentos que serão feitos.

A equipe hospitalar tem que ter uma organização diferenciada, pois no trabalho eles se deparam com várias dificuldades e situações imprevisíveis, onde precisarão buscar auxílio e informações nos colegas, numa busca de ajuda mútua, apoio e auxílio permanente. O trabalho em grupo nesse contexto traz novos desafios, por isso exige competências e habilidades para que a equipe desenvolva um trabalho claro e objetivo (TONETTO, 2007).

Quando todos estão sabendo sobre os ocorridos com os pacientes, evitam informações desencontradas e estímulos para causas de pânico.

Pautada como dificuldades relatadas por psicólogos é o fato de fazer o primeiro contato com o acompanhante do bebê que está internado, pois geralmente estão agitados e desolados, sendo assim na sua maioria, não querem conversar, impedindo um devido acolhimento. Porém, apenas o fato de saberem que possuem pessoas ali na qual podem procurar, para desabafarem ou pedir qualquer outra ajuda já se torna válido. Com o passar do tempo esse contato com o psicólogo se

torna mais fácil e corriqueiro, pois o mesmo acompanha a atualização dos boletins médicos junto aos acompanhantes, como forma de apoio.

Segue uma tabela das necessidades e possibilidades de intervenções.

Tabela 3 Possíveis intervenções

<b>Necessidades Relatadas</b>	<b>Formas de amenizar as necessidades</b>
Queixa do ambiente, barulhento (aparelhos), gelado e claro. A falta de convívio com o externo que acaba fazendo com que as mães procurem apoio com outras que estão na mesma situação.	Oferecer rodas de conversas, fora do ambiente da UTIneonatal que possibilitem aos acompanhantes trocarem experiências e buscarem apoio para seguirem a internação com mais resiliência.
Equipe interativa com boa comunicação. Toda a equipe em uma só linguagem para com os pacientes e acompanhantes, buscando a totalidade, individualização, sendo um olhar além dos aparelhos.	Dispor de momentos com estudos de casos onde mostre a importância do trabalho interativo em equipe e a importância da singularidade do outro.
Frustrações e expectativas da equipe	Sistematizar oportunidades de convivências, sociabilização e trocas de experiências, sendo um espaço acolhedor e sem julgamentos.

Visando uma melhor assistência no que se refere aos relatos encontrados no livro Até Breve José e dos profissionais, a tabela de possíveis intervenções mostra o que pode ser feito para amenizar as necessidades de cuidados dos acompanhantes de UTIneonatal, podendo ser realizadas de forma adaptada de acordo com cada unidade, dentro de suas restrições.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa contribuiu para obter de uma maior compreensão sobre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, na qual se podem observar algumas imprecisões no que se refere aos profissionais que trabalham nessas unidades.

Ao comparar as necessidades relatadas no livro Até Breve José com os relatos de experiências de profissionais da área da saúde, apresentadas nas Tabelas 1 e 2, nota-se que o único relato positivo da mãe de José foi sobre a forma humanizada em que o filho morreu. Logo durante toda a internação os relatos foram negativos, referidos ao ambiente, a assistência de profissionais, o fato de se sentir abandonada, precisando buscar apoio com mães na mesma situação, e logo após a morte a percepção desse abandono se elevou, pois ninguém conversava com ela sobre a morte do seu filho.

Os relatos dos profissionais descreveram os pontos que encontraram dificuldades e que precisam ser melhorados ou substituídos, notando-se então que possuem ligações diretas aos relatos da mãe do livro, o que reforça que os mesmos possuem consciência das imprecisões, porém até então não conseguiram reconfigurar esse cenário para melhor atender esses pacientes e seus acompanhantes.

O trabalho hospitalar é desenvolvido em equipe, e a falta de concordância e desenvolvimento da mesma pode desencadear desajustes no ambiente, indo de encontro com os relatos, a maior ênfase de mudanças para melhoria foi sobre essa questão.

Para Queiroz (2009), a organização do trabalho baseada na formação de equipes certamente tem sido a forma mais democrática, produtiva e humanizada de se realizar o trabalho em saúde. As equipes devem ter autonomia para desenvolver novos projetos e métodos de trabalho, bem como sugerir políticas de pessoal para a organização do trabalho.

O psicólogo hospitalar além do acolhimento ao paciente e acompanhante, busca a compreensão da totalidade, atentando-se para a sua subjetividade, porém é preciso fazer com que esse olhar totalitário e singular seja não somente do psicólogo e sim de toda a equipe envolvida no ambiente, para que então necessidades relatadas pela mãe como: falta de acolhimento, ambiente estressor, um olhar além

dos aparelhos, reconhecimento de um lugar que a morte está lado a lado com a vida, possam ser amenizadas.

A equipe precisa reconhecer que além do estresse que o ambiente trás, também possuem expectativas e frustrações quanto ao trabalho que desenvolvem o luto também é algo vivenciado, não da mesma forma que os acompanhantes, mas existe. E todos esses fatores precisam ser trabalhados para que não ocorram transferências ou contratransferências, atrapalhando assim os resultados dos trabalhos realizados.

Queiroz (2009) afirma que o trabalho em equipe é uma estratégia de organização do trabalho que contempla, simultaneamente, a articulação das ações e dos saberes de diversas categorias profissionais em busca de consenso e que se traduz em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde de sua clientela.

Este tipo de trabalho enseja a oportunidade de se construir uma visão global de cada situação, mediante uma interlocução entre os diferentes profissionais envolvidos no seguimento terapêutico, contribuindo para alcançar um melhor prognóstico para os pacientes hospitalizados. Profissionais com formação e tempo de experiência diferentes podem contribuir de forma diversa para o desenvolvimento do trabalho em equipe. (QUEIROZ, 2009).

Tendo em vista a pesquisa realizada sendo uma revisão sobre as formas de cuidado na UTIneonatal e as necessidades dos acompanhantes, mais estudos sobre o tema poderão ser realizados, produzindo como sugestões de futuras pesquisas de campo em um Hospital de UTIneonatal no que se refere em coletar dados das necessidades tanto dos acompanhantes, quanto da equipe de saúde que ali trabalham, para então, de acordo com as demandas levantadas, poder aliar a teoria com a prática, sugerindo intervenções permissíveis de acordo com a unidade.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R.; MALAGRIS L. E. A prática da psicologia da saúde. **Rev. SBPH** vol. 14 no.2. Rio de Janeiro, jul/dez – 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000200012&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582011000200012&script=sci_arttext). Acesso em: 20 de setembro de 2016.

ANGERAMI, A- CA (ORG.); TRUCHARTE, F. A. R.; ROSA, BERGER K; RICARDO W. S. **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. São Paulo: ed. Thompson Learning, 2003.

**APA On Line**. Psychology: Promoting Health and Well-Neing trough High Quality, Cost-Effective Treatment, 2004.

ARRAIS, A.R.; MOURÃO, M.A. **Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio**. Campo Grande. 2013

BOWLBY, J. **Psicologia da morte**, São Paulo, Pioneira, 1984.

CASTRO, L. K.; BORNHOLDT, E. Psicologia da Saúde X Psicologia Hospitalar: Definições e Possibilidades de Inserção Profissional. **Rev. Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 24, n. 3, 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-8932004000300007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8932004000300007). Acesso em: 25 de mar. 2017.

**CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA**. Resolução nº 014/2000 de 20 de dezembro de 2000. Brasília, DF, 2000.

COSTA RG. Reprodução e gênero: paternidades, masculinidades e teoria da concepção. **Ver. Estud Fem.** 2002.

D'ASSUNÇÃO. A atitude dos profissionais de saúde diante da morte. **Ver. Bras Terap Intens** 2010

FELIÚ, X. **Enfrentando a morte: A experiência de luto em famílias de doadores de órgãos e tecidos**. 2009. 78 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, 4 Estações Instituto de Psicologia, São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/monografia\\_ximena\\_feliu.pdf](http://www.4estacoes.com/pdf/publicacoes/monografia_ximena_feliu.pdf)>. Acesso em: 19 set. 2016.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI. N. M. F. A Psicologia Hospitalar e as equipes multidisciplinares. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.7, n.1, 2004. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582004000100004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582004000100004) Acesso em: 17 out. 2016.

GESTEIRA, S. A. **O luto e sua reabilitação**. Rio de Janeiro. Ver Estud 2006.

GONÇALVES, A. D. De Uti a Uci: relato de uma experiência com a psicanálise. **Revista. Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, dez. 2012; 1(1): 129-139. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/52> Acesso em: 7 abril. 2017.

GOYTACAZ, C. **Até Breve José**. 2. Ed. Brasil: Goytacaz. 2014.

KERBAUY, R. R. Comportamento e Saúde: Doenças e Desafios. **Psicologia USP**, v. 13, n. 1, p. 11-28, 2002.

KLOCK, P., ERDMANN, A. L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo: EEUSP, v. 46, n. 1, p. 45-51, 2012.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes Ltda. 8 ed. 1998.

LACAZ FAC, SATO L. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

LAKATOS, EVA. M; MARCONI; MARINA. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1999.

LUSTOSA, M. A.; MOSIMANN, L. T. N. Q. A Psicologia hospitalar e o hospital. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2011. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100012](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100012) Acesso em: 26 abr. 2017.

MALDONADO, M. T. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

MORITZ RD. A Morte e o Morrer nas Unidades de Terapia Intensiva, em: **David CM- Medicina Intensiva**. 1. Ed, Rio de Janeiro, Revinter, 2005; 68-78.

MORITZ RD, MACHADO FO, MELO CR, BEDUCHI G. Avaliação dos óbitos ocorridos na UTI do Hospital Universitário da UFSC. **In: Anais do Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva**; 2005 Abr.29/mai.2; Recife.

NEVES CV, MARIN AHA. **A Impossibilidade de Amamentar em Diferentes Contextos**. *Barbarói*. 2013;(38):198-214.

**Organização Mundial de Saúde**. Método Madre Canguru: Guia Prático. Genebra, 2004.

OLIVEIRA, JOÃO. B. L.; RUTH G. C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 13, n. 2, p. 217-221, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a03v13n2> acesso em 16/03/2017

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta**. São Paulo, 1998.

PEREIRA ALF, MOURA MAV, SOUZA IEO, TYRREL MAR, MOREIRA M C. **Pesquisa acadêmica sobre humanização do parto no Brasil: Tendências e contribuições**. Acta Paul Enferm. 2007.

PEREIRA, FERNANDA M. **A Inserção do Psicólogo no Hospital Geral: A construção de uma nova especialidade**. 2003. 104pg. Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Área de Concentração: História das Ciências da Saúde. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/6111> Acesso em: 27 de Setembro de 2016.

PITTA A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

PRADO SRA. Método Mãe–Canguru: um novo paradigma na assistência ao recém-nascido e sua família. **Ver. Enferm UNISA**. 2003.

QUEIROZ E, ARAÚJO. T. **Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde**. Paidéia. 2009;19(43):177-87.

**Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, jul. /dez. 2013, p. 152-164. Disponível em: <http://atualizarevista.com.br/wp-content/uploads/2015/07/revista-atualiza-saude-v.2-n.2.pdf> Acesso em: 7 abril. 2017.

ROMANO, BELLKISS W. **O psicólogo clínico no hospital: contribuição para o desenvolvimento da profissão no Brasil**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. 1987.

RUDNICKI, T.; SANCHES, M. et al. **Psicologia da Saúde: a prática de terapia cognitivo-comportamental em hospital geral**, Cap. 01. In: RUDNICKI, T. (Org). Novo Hamburgo, 2014.

SAIORO, A. (2004). **Programa de Redução do estresse**. Disponível em: <<http://arte-do-estresse.blogspot.com/>>. Acesso em abril de 2017.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa Da Doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2004.

SIQUEIRA, C.M., LEÃO, L.S.C., & CARPENTIERI, M. (2002). **Auto-produção de Estresse e o Estresse no Ambiente de UTI**. Acesso em abril de 2017, de Scielo (Scientific Electronic Library Online): [http://www.cphd.com.br/trabalhos/cphd\\_11022006112316.doc](http://www.cphd.com.br/trabalhos/cphd_11022006112316.doc).

SOUZA, K.M.O.; FERREIRA. S.D. **Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde**. Rio De Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n2/21.2%20k%E1tia.pdf> Acesso em: 7 abril. 2017

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TONETTO, A.M., & GOMES, W.B. (2007). **A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar**. Acesso em abril de 2017, de Scielo (Scientific Electronic Library Online): [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000100010&lang=pt).

TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia em serviços de saúde: Intervenção em centros de saúde e hospitais. **Análise Psicológica** v.20, n.1, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312002000100018](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312002000100018) Acesso em: 25 abr. 2017.

VALANSE, L.; MORSCH, D.S. O Psicólogo como Facilitador da Interação Familiar no Ambiente de Cuidados Intensivos Neonatais. **Psicologia ciência e profissão**, 2004, 24 (2), 112-119. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000200012&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932004000200012&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 7 abril. 2017

VIEIRA, C. M. A. M. **A Construção de um lugar para a Psicologia em Hospitais de Sergipe**. (Mestrado em Psicologia Social) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.