



# **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

Monica Candido Fontes

## A PSICOLOGIA HOSPITALAR E A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO A FAMÍLIA DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Palmas – TO

2017

Monica Candido Fontes

PSICOLOGIA HOSPITALAR E A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO A  
FAMÍLIA DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA ADULTO

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).

Orientador: Prof<sup>a</sup>. M.e Rosângela Veloso de Freitas Morbeck.

Palmas – TO

2017

Monica Candido Fontes  
A PSICOLOGIA HOSPITALAR E A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO A  
FAMÍLIA DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA  
INTENSIVA ADULTO

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).

Orientador: Prof. M.e Rosângela Veloso de Freitas Morbeck

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

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. M.e Rosângela Veloso de Freitas Morbeck

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP.

---

Prof. M.e. Heitor Abreu de Oliveira Dantas

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP.

---

Prof<sup>ª</sup>. M.e. Fabiana Fleury Curado

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP.

Palmas – TO.

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Biblioteca do Centro Universitário Luterano de Palmas - TO

---

F683p Fontes, Monica Candido

A psicologia hospitalar e a contribuição do psicólogo junto a família dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. / Monica Candido Fontes - Palmas – TO, 2017.  
50 fls. II.

Monografia (TCC) Trabalho de Conclusão de Curso – Bacharel em Psicologia - Centro Universitário Luterano de Palmas, 2017/2

Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Me. Rosângela Veloso de Freitas Morbeck

1. Psicologia Hospitalar. 2. Unidade de Terapia Intensiva. 3. Família. I. Morbeck, Rosângela Veloso de Freitas II. Título. III. Psicologia.

CDU:159.9

---

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária – Maria Madalena Camargo – CRB 2/1527

Todos os Direitos Reservados – A reprodução parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código penal.

Dedico este trabalho a Deus  
Meu refúgio e paz em meio a tantas tribulações  
O motivo das minhas não desistências  
Minha fonte de esperança  
Meu modelo de perfeito amor.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que é o responsável pela força de finalizar este trabalho.

Aos meus pais que são pessoas que já venceram tantos obstáculos e que expressam abundantemente seu amor por mim.

Ao meu amado esposo Marco, que teve como companhia a minha ausência e cuidou de mim com tanto zelo e amor.

Aos meus irmãos tão queridos e amados, que sempre acreditaram em mim.

Às minhas cunhadas e sobrinhos, que faziam de um pequeno momento fonte de descanso.

À minha amiga Neila, ao qual dividimos das mesmas angústias. Sua presença fez toda diferença para vencer este momento.

À tantos amigos que fizeram parte da minha história acadêmica. Lilia, Gisélia, Fernando, Mayelle, Cândida, Eva, Ulisses, entre muitos outros. Quero levar essa amizade e guardar esses momentos por toda vida.

À minha orientadora, que teve ações de pura humanidade e serei grata sempre.

À professora-orientadora Fabiana, que colaborou para um olhar mais profundo e reflexivo no meu trabalho. À senhora, minha mais sincera gratidão.

Quanto à cura, o que se pode dizer da filosofia da psicologia hospitalar é que ela não se dá pela cura, também não se dá contra cura. É outra coisa, uma filosofia “além da cura”. Mas o que existe para além da cura? Suprimidos os sintomas e eliminadas as causas das doenças, ainda permanecem a angústia, os traumas, as decepções, os medos, as consequências reais e imaginárias, ou seja, as marcas da doença. Mesmo no trabalho bem sucedido de cura, muitas coisas ficam, resistem, tanto no curador como no doente. A psicologia hospitalar quer tratar dessas coisas, dessas marcas (SIMONETTI, 2016, p.20-21).

## RESUMO

FONTES, Monica Candido. **A PSICOLOGIA HOSPITALAR E A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO A FAMÍLIA DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO.** 2017. 50 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, 2017.

O ambiente hospitalar é uma área ao qual a atuação da Psicologia é reconhecida há apenas 17 anos e vem se destacando pelo trabalho que vem realizando. A Unidade de Terapia Intensiva Adulto é um dos locais mais intensos do hospital, onde pessoas entram em estado grave e permite ao psicólogo atuar em três grupos: pacientes, equipe e familiares. Este último grupo, demanda maior atenção pelo estado de vulnerabilidade que a família se depara por ter um ente querido em um lugar que exige cuidados rigorosos com o paciente em estado comatoso ou sedado. Diante do exposto o objetivo deste trabalho é descrever como a prática do psicólogo hospitalar contribui no processo de hospitalização junto aos familiares em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. A metodologia do trabalho foi pautada em uma pesquisa qualitativa, exploratória, de procedimento bibliográfico nas plataformas eletrônicas Scielo, P@psic, PubMed e de fontes físicas dos acervos da biblioteca do Centro Universitário Luterano de Palmas. Foram encontrados 282 artigos, das áreas da Psicologia, Enfermagem e Medicina, sobre a temática da presença do familiar do paciente na UTI-A. Deste, 34 foram lidos na íntegra e fichados. E utilizados 28 na elaboração dos resultados. O presente trabalho trouxe revelações dos fenômenos existentes neste cenário, ajudando a compreender as reações psicológicas da família causadas pelo sofrimento ao adentrar uma UTI-A e como o papel do psicólogo é imprescindível no atendimento às demandas subjetivas neste ambiente através de ações práticas que contribuem para diminuição do estresse e ansiedade, como: acolhimento, informação e apoio psicológico. O psicólogo pode ajudar os familiares a superar e conduzir melhor suas emoções e atitudes no âmbito de uma UTI-A.

Palavras-chaves: Psicologia Hospitalar. Unidade de Terapia Intensiva. Família. Psicólogo Hospitalar.



## **ABSTRACT**

**FONTES, Monica Candido. A PSICOLOGIA HOSPITALAR E A CONTRIBUIÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO A FAMÍLIA DOS PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO. 2017. 50 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, 2017.**

The hospital environment is an area to which the performance of Psychology has been recognized for only 17 years and has been outstanding for the work it has been doing. The Adult Intensive Care Unit is one of the most intense places in the hospital, where people go into serious condition and allow the psychologist to work in three groups: patients, staff and family. This last group demands greater attention due to the state of vulnerability that the family is faced by having a loved one in a place that demands rigorous care with the patient in a comatose or sedated state. In view of the above, the objective of this study is to describe how the practice of the hospital psychologist contributes to the hospitalization process with family members in an Adult Intensive Care Unit. The methodology of the study was based on a qualitative, exploratory research of bibliographic procedure in the electronic platforms Scielo, P @ psic, PubMed and of physical sources of the collections of the library of the University Center Luterano de Palmas. We found 282 articles, from the areas of Psychology, Nursing and Medicine, on the thematic of the presence of the patient's relative in the ICU-A. Of these, 34 were read in full and signed. And 28 were used in the elaboration of the results. The present work has brought revelations of the phenomena existing in this scenario, helping to understand the psychological reactions of the family caused by the suffering when entering an ICU-A and how the role of the psychologist is essential in meeting the subjective demands in this environment through practical actions that contribute to stress and anxiety, such as: reception, information and psychological support. The psychologist can help family members overcome and better manage their emotions and attitudes within an ICU-A.

**Key-words:** Hospital Psychology. Intensive care unit. Family. Hospital Psychologist.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEULP	Centro Universitário Luterano de Palmas
EETI	Escala de Estressores em Terapia Intensiva
GCS	<i>Coma Scale de Glasgow</i>
GRAF	Grupo de Apoio aos Familiares
ICUESS	<i>Intensive Care Unit Environmental Stressor Scale</i>
MI	Manual Informativo
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
P@PSIC	Periódico Eletrônico em Psicologia
PubMed	Publicações Médicas
SUS	Sistema Único de Saúde
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UTI-A	Unidade de Terapia Intensiva Adulto
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Gráfico 01 – Resultados de artigos pesquisados.....	28
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – reconhecimento cultural da UTI como ambiente de morte.....	29
Tabela 02 – sentimentos e reações emocionais em familiares na UTI –A.....	30
Tabela 03 – Esperança.....	32
Tabela 04 – Acolhimento.....	33
Tabela 05 – Manual Informativo.....	34
Tabela 06 – Comunicação .....	35
Tabela 07 – Percepção de outras áreas .....	38

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 REFERÊNCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>15</b>
2.1 A PSICOLOGIA NO HOSPITAL.....	15
2.2 AMBIENTE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO.....	17
2.2.1. <i>Olhar sobre a Equipe</i> .....	18
2.2.2 <i>Olhar sobre os pacientes</i> .....	19
2.2.3. <i>Olhar sobre a família</i> .....	20
2.2.4 <i>Olhar do Psicólogo</i> .....	21
2.3 O FAMILIAR DO PACIENTE NA UTI-A .....	22
2.4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA UTI-A COM FAMILIARES .....	24
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>28</b>
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>30</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>42</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>45</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No momento em que uma pessoa adoecer, uma crise é instalada. Sendo que, as reações emocionais deste adoecer dependerão de vários fatores, como: a características da personalidade do paciente, sua biografia, o diagnóstico e prognóstico, o apoio familiar e social, a espiritualidade e da interação médico-paciente (COSMO *et al.* 2014, p.2). Logo, se faz necessário que haja uma assistência para as demandas, dentro de um hospital, que não seja somente para queixas física e voltada somente aos pacientes.

A Psicologia Hospitalar é uma das áreas da psicologia que se debruça sobre os aspectos psicológicos que cada doença traz em si. Diferente de adoecimentos identificados como causas psicossomáticas, gerados por motivos psicológicos e que acabam por adoecer o corpo. No âmbito hospitalar, a Psicologia se ocupa com as reações psíquicas do adoecimento sem descartar a parte orgânica e entendendo o impacto recíproco dos danos orgânicos e psíquicos que a doença provoca. (SIMONETTI, 2016, p 17).

A Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) é um local atribulado pela complexidade apresentada, onde as pessoas entram de forma grave e inesperada. Esse espaço se compõe de aparelhos sofisticados, 24 horas de monitoramento, medicações e medicina especializada junto a uma equipe multiprofissional em prol de manter a vida do paciente. A gravidade da doença, o afastamento do núcleo familiar, barulho de aparelhos e pessoas, espaço limitado, trocas de turnos da equipe, entre outros, são fatores que tornam esse lugar impessoal e estressante. O medo, a insegurança, a impotência frente ao adoecer, a iminência de morte, a ansiedade e sujeição ao contexto somada à esperança, compõe o quadro de sentimentos que ocupam este ambiente. (COSMO *et al.*, 2014,p.1-2).

A família de um paciente que é internado em uma UTI-A vê seu núcleo familiar ser interrompido causando uma descontinuidade na dinâmica existente. A aflição que o familiar sente ao ver seu ente dependente de aparelhos, de medicamentos e de profissionais neste ambiente, lhe traz dor e sofrimento. Nesta situação, ela entra em um processo de vulnerabilidade juntamente com o paciente ao se sentir impotente quanto à iminência de morte, a transformação da rotina e dos cuidados próprios. Esse momento não pode ser interrompido, mas permite que esses sentimentos familiares sejam diminuídos em sua intensidade pela acolhida e apoio emocional do psicólogo no processo de hospitalização (FREITAS, MUSSI & MENEZES, 2012, p.709-710).

O papel do psicólogo, segundo Simonetti (2016), é o de ser participante no processo de internação. De acordo com Saboya *et al.* (2014), a UTI-A é um local gerador de muitos conflitos, equívocos e reações emocionais desajustadas ao contexto. O autor aponta ser

necessário que algumas rotinas sejam implantadas para abarcar essas situações e diminuir a ansiedade nos familiares para que eles tenham condições de ajudar o ente acamado. Essas ações acontecem, segundo ele, por meio de acolhimento, orientações, entrevistas, grupos de apoio, atendimento psicológico dentre outros. Com estas ações é possível gerar saúde emocional para esses sujeitos.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi descrever como a prática do psicólogo hospitalar contribui no processo de hospitalização junto aos familiares em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Para cumprir o objetivo acima foi apresentado a Psicologia Hospitalar, a descrição das rotinas em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto, foi identificado o papel e as reações do familiar frente a internação de um ente na UTI e as possíveis intervenções que o psicólogo pode ofertar aos familiares nesta unidade.

O estudo sistemático destes elementos possibilita a outros profissionais tomar conhecimento dos fenômenos existentes neste cenário e compreender as reações psicológicas que o outro em sofrimento traz, seja o paciente ou a família. Assim, ao “enxergar” o outro há possibilidade de atendê-lo de forma humanizada, uma das relevâncias que o Sistema Único de Saúde (SUS) preconiza.

Nesta intenção, a presente pesquisa investigou, com base na literatura e pesquisas publicadas nas plataformas P@psic, Scielo e Pubmed, quais as práticas já materializadas por profissionais da saúde na UTI com os familiares dos pacientes e como o psicólogo pode contribuir neste momento tão singular na vida das pessoas, de modo a perceber o que isso impacta de forma benéfica no seu comportamento emocional junto ao paciente internado.

Por meio da pesquisa foi possível constatar que a vários sentimentos, como: medo, tristeza, incertezas, angústia, estresse e ansiedade estão presentes quando uma pessoa é internada na UTI. Contudo, algumas ações também são possíveis para diminuir a repercussão na área emocional dos familiares, como: acolhimento, uma boa comunicação e apoio psicológico.

A realização deste trabalho nasce de duas vertentes que o justifica. Primeiro pela autora estar fazendo Estágio Específico na Ênfase Hospitalar em uma UTI-A e observou a necessidade de mais estudos ao qual viesse colaborar com sua prática. A segunda vertente se deu pela escassez de produção da área de Psicologia com a temática de atendimento a familiares em uma UTI-A. Foram encontrados somente 07 artigos exclusivamente de Psicologia em um recorte de 10 anos.

## **2 REFERÊNCIAL TEÓRICO**

### **2.1 A PSICOLOGIA NO HOSPITAL**

O ano de 1954 marca o início da Psicologia Hospitalar com Matilda Neder, psicóloga que foi chamada para realizar atendimento psicológico no pré e pós-operatório de pacientes que realizariam cirurgia de coluna na Clínica Ortopédica e Traumatológica da USP, hoje denominada de Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Neder teve que adaptar e criar novos modelos teóricos que se diferenciassse da prática clínica e que viessem ao encontro da realidade hospitalar (CAMON, 2002, p.3).

Especificamente, a Psicologia Hospitalar recebe essa nomenclatura somente no Brasil e está voltada somente para ambientes hospitalares. Em outros lugares do mundo é conhecida como Psicologia da Saúde. A Psicologia da Saúde, no Brasil, engloba toda ação voltada para a saúde da população e não somente trabalha com ambientes hospitalares. Ela participa dos três níveis de assistências à saúde no Brasil, que são o atendimento primário às Unidades Básicas de Saúde, que abarca a saúde preventiva e os outros dois níveis, o secundário e terciário, com atendimentos em ambulatórios, especialidades médicas, prontos socorros e internações. (BAPTISTA, BAPTISTA & DIAS, 2003, p.1).

A especialização em Psicologia Hospitalar foi regulamentada no ano de 2000 pelo Conselho Federal de Psicologia através da resolução nº 014/2000, que determina os documentos necessários para se conseguir esse registro. No ano seguinte, a resolução nº 01/2001, o Conselho Federal de Psicologia (2001), direciona sobre as várias atuações em que o psicólogo hospitalar pode exercer sua prática.

Camon (1995) diz que o principal objetivo da Psicologia Hospitalar é o de diminuir o sofrimento resultante da hospitalização e as possíveis consequências emocionais geradas por esta ao paciente. Por isto, o psicólogo promove várias ações em prol de alcançar estabilidade emocional neste momento, que às vezes, torna-se uma fase única na vida do sujeito.

O Programa Nacional de humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH, que teve início de sua implantação em Maio de 2001, em Brasília, e entrou para Política Nacional de Humanização em 2003, aconteceu pela identificação de várias queixas no atendimento ao público, sendo que estas não eram somente de ordem física, mas principalmente no que tange à qualidade deste atendimento e na qualidade do ambiente para os profissionais de saúde. O programa teve como objetivo trazer a transformação e esse atendimento visando expandir o processo de humanização (BRASIL, 2001).



Os princípios que regem a Política Pública de Humanização do SUS são o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, no qual o paciente, a equipe e todos os envolvidos no sistema são reconhecidos, valorizados e direcionados à promoção de saúde. Neste sentido, o Acolhimento, umas das diretrizes utilizadas pela Política Pública é uma das estratégias de humanização, realizado de forma coletiva, constituído pela equipe e usuários com o objetivo de criar vínculos de confiança e compromisso tornando o convívio uma relação socioafetiva elaborada através da escuta qualificada (BRASIL, 2014).

Hoje, o que mais se espera, segundo o Simonetti (2016), é o estabelecimento da humanização da medicina, visto que os instrumentos tecnológicos já atendem muito bem a demanda biológica. O autor coloca que a junção de outros saberes, o que abrange a psicologia, a política, a espiritualidade e a cultura, são fatores fundamentais colaboradores como fonte geradora de saúde.

Mesmo que a medicina e a psicologia se unam e conversem entre si, considerando que o paciente é comum às duas áreas, de acordo com Simonetti (2016), ambas têm objeto e metodologias de trabalho diferentes. Enquanto a medicina busca a cura das doenças e preservar a vida do paciente, a psicologia no ambiente hospitalar procura ressignificar esse sujeito frente essa nova condição em estar doente.

Quanto à cura, o que se pode dizer da filosofia da psicologia hospitalar é que ela não se dá pela cura, também não se dá contra cura. É outra coisa, uma filosofia “além da cura”. Mas o que existe para além da cura? Suprimidos os sintomas e eliminadas as causas das doenças, ainda permanecem a angústia, os traumas, as decepções, os medos, as consequências reais e imaginárias, ou seja, as marcas da doença. Mesmo no trabalho bem sucedido de cura, muitas coisas ficam, resistem, tanto no curador como no doente. A psicologia hospitalar quer tratar dessas coisas, dessas marcas (SIMONETTI, 2016, p.20-21).

Nesta perspectiva, a Psicologia Hospitalar preocupa-se com a subjetividade do paciente no processo de hospitalização. Simonetti (2016) aponta que um dos papéis do psicólogo no hospital é o de facilitar a elaboração simbólica que o adoecer acarreta, o que está subordinado a muitas condições. Com isso, o profissional se posiciona como um suporte durante esse processo.

Na psicoterapia clínica o cliente, independentemente da abordagem adquirida pelo psicólogo, busca por autoconhecimento, crescimento emocional e tratamento de alguma psicopatologia. O *setting* terapêutico é privado, as condições de infraestrutura favoráveis, horário exclusivo e tempo de atendimento marcado sem interrupções, onde a pessoa, por decisão própria, busca esse atendimento (CAMON *et al.*, 1995, p.19-20).

O *setting* hospitalar, diferentemente do que ocorre na psicologia clínica, não é um local delimitado ou protegido de inúmeras interrupções, ora um técnico de enfermagem, ora o

profissional da fisioterapia, entre outros adentram o *setting* para algum tipo de procedimento. Nesta situação, não há uma reflexão ao qual leva uma pessoa a buscar terapia. É o psicólogo que vai até os leitos e corredores. Contudo, respeitando a vontade do paciente de ser ou não atendido por este profissional, para que não se torne um tipo de intervenção abusiva ou agressiva, visto que, o paciente hospitalizado tem o direito de recusar esse tipo de atendimento (CAMON *et al.*, 1995, p.19).

Portanto, a Psicologia Hospitalar, ao longo de sua história, ainda que recente, com especialização reconhecida há apenas 17 anos, tem contribuído na promoção de saúde. Essa nova forma de ver o sujeito em um momento tão frágil de sua existência, mesmo em um ambiente cheio de restrições, provoca a possibilidade de diminuir a dor psíquica e conseqüentemente coopera no restabelecimento físico do paciente. A UTI-A é, portanto, considerada um dos locais mais tensos de um hospital requerendo dinâmicas e práticas eficazes diante da repleta complexidade envolvidas neste ambiente.

## 2.2 AMBIENTE DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

A Unidade de Terapia Intensiva é resultado do avanço da medicina e das tecnologias do século XX com a intenção de ser um local preparado exclusivamente para atender pacientes em estado grave. Este ambiente é composto por profissionais especializados, aparelhagens sofisticadas, realização de exames conforme a solicitação da equipe de saúde e uso intenso de medicações tendo como foco a pessoa doente (SEBASTIANI, 2006, p.30; SABOYA *et al.*, 2014, p.24 & SOUZA, 2012, p. 1).

Romano (1999) define que a UTI é um local para atendimento de pacientes graves de cunho cirúrgico ou clínico, onde as práticas exigem precisão e eficiência da equipe. As decisões e ações tomadas são influenciadas pela vida ou morte. A circulação de pessoas é restrita à equipe multiprofissional e visitas são realizadas em horários e dias pré-estabelecidos com quantitativo limitado de familiares.

A UTI por ser um local estranho, com troca permanente de equipes de saúde, ambiente estressor causado pela intensa rotina de práticas, constante iminência de morte, sofrimento, dor, distância da família, mudança no cotidiano da pessoa acamada que geram ansiedade e medo, são fatores que também fragilizam o paciente e podem ser agravantes do estado biológico do acamado (SEBASTIANI, 2006, p.29; COSMO, 2014, p.2).

Para Sebastiani (2006) e Simonetti (2016) os objetos inerentes ao trabalho do psicólogo na UTI-A são direcionados a três focos: paciente, equipe e familiares. Assim, o atendimento intenso neste ambiente ao estado grave do paciente não ocorre somente nos

aspectos físico-clínico, mas também são intensas as relações neste ambiente entre paciente, equipe e familiares, o que aumenta a possibilidade de ocorrer mal-entendidos e conflitos, onde é necessária a intervenção para ajustamento das relações neste local, segundo aponta Saboya (2014).

### **2.2.1. Olhar sobre a Equipe**

Romano (1999) afirma que os profissionais que atendem na Unidade de Terapia Intensiva, devido ao trabalho intensivo que realizam e sentimentos que esse ambiente provoca, se tornam mais susceptíveis a apresentar disfunções emocionais.

Segundo Souza (2012) a equipe tem a possibilidade de despertar o autodiálogo no paciente através de discursos incentivadores para que este se torne sujeito ativo frente ao seu estado de hospitalização. Esse comportamento poderá promover sentimentos de segurança, otimismo, gerar capacidade de se adequar a situação, percepção de controle e esperança.

Sebastiani (2006) infere que não se pode ir ao outro extremo, onde há uma entrega completa à dor do outro. Nesse sentido, a iminência de morte é um dos fatores que se tornam presentes no dia a dia da UTI. O que acarreta em um comportamento frio e distante da equipe como método de enfrentamento para evitar o peso emocional que este ambiente evoca.

Os profissionais de saúde hospitalar também recebem uma carga de expectativas dos familiares, do paciente e dos próprios colegas que causam sentimentos contraditórios ora de poder ora de frustração. É nessa oscilação de emoções, que o psicólogo pode atuar e favorecer a reflexão e compreensão dos sentimentos existentes neste ambiente. Do mesmo modo, a percepção que as pessoas têm de sofrimento, dor e morte da UTI chega bem perto da realidade. O paciente ali internado realmente requer cuidados intensivos 24 horas, pelo grau de gravidade clínica em que se encontra (SEBASTIANI, 2006, p. 31).

Há um processo de despersonalização do paciente ao adentrar na UTI que pode ser agravado pelas ações dos profissionais da saúde, quando estes apresentam comportamentos agressivos, invasivos ou abusivos no tratamento ao paciente. Por isso o respeito é fundamental para que o processo de despersonalização não prejudique a possibilidade do reequilíbrio orgânico. Sendo assim, o psicólogo deve ser o agente mediador entre equipe, paciente e família (FOGARO & SEBASTIANI, 2003, p.47).

A perda da saúde implica na perda concreta de órgão (cirurgias mutilatórias) ou hábitos (doenças crônicas), sendo necessária a constatação desse luto, para que possa ocorrer o reforço da autoestima e autoconceito de modo efetivo. Como todo objeto com representação psíquica, a ausência deste ocasiona o entristecimento, o questionamento pela perda, a sensação de esvaziamento e a necessidade de contato

com a mesma para reorganização frente a identidade e à vida (FONGARO; SEBASTIANI, 2003, p.17).

### 2.2.2 Olhar sobre os pacientes

Vários são os fatores que irão contribuir para o comportamento psicológico do paciente durante seu processo de internação na Unidade de Terapia Intensiva. A personalidade, a história, o tipo de doença acometida, os vínculos sociais e familiares, o prognóstico, a espiritualidade do paciente além da qualidade do relacionamento médico-paciente serão determinantes juntamente com o estado orgânico para a recuperação do doente (COSMO *et al.*, 2014, p.2).

De acordo com a autora supracitada, os pacientes que se encontram nos leitos na UTI-A podem ser pacientes que conseguem se comunicar verbal ou não verbalmente (aqueles que se encontram acordados e conscientes) e os pacientes não interativos. Para pacientes interativos o psicólogo irá esclarecer, primeiramente, sobre as rotinas da unidade e orientar sobre o funcionamento dos aparelhos de monitoramento para que este se sinta seguro e confiante no ambiente. Posterior a estas orientações, o psicólogo precisa realizar uma entrevista ao paciente para colher dados de sua vida, avaliar as reações emocionais e neurológicas, saber se o doente tem conhecimento sobre seu adoecimento, observar como o paciente se comporta junto à equipe, conhecer seu suporte social e familiar e como este enfrenta seu próprio adoecimento. Estas informações podem requerer mais de um atendimento e gerar mais levantamento de dados, contido em um plano terapêutico do paciente elaborado pelo psicólogo (COSMO *et al.*, 2014, p.12-13).

Cosmo (2014) define paciente não interativo como aqueles que se encontram incapacitados de se comunicar verbal ou não verbalmente, devido à sedação ou estado comatoso. O paciente comatoso pode apresentar alterações no nível de consciência profunda ou desorientação têmporo-espacial.

De acordo com o psicanalista Simonetti (2016), mesmo que o paciente esteja inconsciente, a fala deve ser priorizada. No estado comatoso do paciente a fala em destaque será a do psicólogo que poderá conversar com o acamado repassando-lhe informações sobre o tratamento, sobre sua família e que sejam palavras que venham somar na recuperação do paciente. Visto que, muitos são os relatos de pacientes que mesmo inconscientes recordavam o que ouviam.

[...] Considerar a possibilidade de existência de vida psíquica no paciente comatoso, respeitando-o, estimulando-o, estando a seu lado e daqueles que lhe são caros, pode não ser, como muitos acreditam, um gesto vão, uma perda de tempo. Pode talvez

representar o elo de ligação entre o limbo de incomunicabilidade e a vida de relação e interação. Pode representar também um morrer sentindo-se acolhido e respeitado na sua dignidade de pessoa, no seu antigesto silencioso de adeus aos que ficam [...] (SEBASTIANI, 2006, p.70).

Cosmo (2014) ao citar Haberkon (2008) e Romano (1999) declara que se o estado comatoso do paciente estiver em um grau leve, o psicólogo deve falar com este de forma pausada, abordando poucos temas, estimular o paciente a se comunicar com o movimento de algum membro e buscar que ele entre em contato com a realidade e proporcionando-lhe sentimento de segurança.

A pessoa no processo de hospitalização passa por uma dinâmica de despersonalização. Seu nome é substituído pelo número do leito, doença ou trauma acometido a ela. Neste momento, novas ressignificações existenciais tomam forma e até mesmo vínculos relacionais ganham uma nova atividade a partir da hospitalização. Assim a rotina pessoal e o espaço fogem ao domínio do paciente devido ao reposicionamento existencial que dependerá do diagnóstico e prognóstico da doença ou sequelas adquiridas para que a pessoa alcance novamente a homeostase (CAMON *et al.*, 1995, p.17-18).

Santos e Sebastiani (2003) acrescentam que uma pessoa quando vivencia uma doença, se inicia um processo de vários sentimentos contraditórios que é intensificado com o processo de hospitalização, em razão dela se encontrar em um estado de dependência, podendo perceber este momento da sua vida como uma forma de agressão.

Kovács (1996) completa que para o paciente, no momento de hospitalização pode ser vivenciado como uma morte, pelas perdas da liberdade, da convivência familiar e social, pelo sofrimento e dor, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva onde a maioria dos pacientes se encontram isolados e em respiradores mecânicos.

### **2.2.3. Olhar sobre a família**

O processo de adoecimento de uma pessoa se torna uma experiência singular de como este momento é vivido pelo sujeito. Percebe-se que há alterações da dinâmica emocional do paciente que transforma seus contatos sociais (CAMPOS, 1995, p.42), sendo a relação familiar a mais afetada por este momento devido aos vínculos afetivos existentes.

A família também se encontra em grande angústia e sofrimento pela gravidade do seu familiar e se sentindo impossibilitada de ajudar. Assim, este é outro foco da atenção do psicólogo, pois os familiares exercem influências afetivas fundamentais no processo de hospitalização e que serão motivadoras para o paciente (SEBASTIANI, 2006, p. 31; ROSS, 2008, p.163).

O maior grupo de sujeitos ao qual o atendimento psicológico é realizado na Unidade de Terapia Intensiva acontece com os familiares, em virtude da grande parte dos pacientes neste local encontrar-se sedados. Por isso a família é a extensão do paciente a ser trabalhada, assim, irão ajudar no restabelecimento da saúde do paciente (MOREIRA, MARTINS & CASTRO, 2012, p.136).

#### **2.2.4 Olhar do Psicólogo**

No âmbito hospitalar, segundo Pregolatto e Agostinho (2003), o psicólogo, faz a avaliação e acompanhamento psicológico dos pacientes e familiares, tendo em vista sempre o bem estar de ambos. Neste espaço de atuação, o psicólogo poderá criar inúmeros métodos de intervenções que alcance paciente, equipe e família para a promoção da saúde no ambiente e valorização interdisciplinar dos sujeitos.

Independente da abordagem escolhida pelo psicólogo, durante sua formação e no exercício de seus atendimentos clínicos, não é esta que o definirá como um psicólogo hospitalar, e sim, os benefícios que sua prática pode exercer ao doente, desde que estejam ligados à instituição de seu atendimento (ROMANO, 1999, p.25).

Considerando a autora, há quatro relações pertinentes no hospital, que competem à ação do psicólogo hospitalar, a saber:

- a) Primeira relação: pessoa com pessoa - onde se esclarece a identificação do paciente e do familiar e os dados biopsicossocioespiritual são coletados;
- b) Segunda relação: paciente e os grupos – no ambiente hospitalar o paciente estará em contato com seu grupo familiar, com a equipe e com outros pacientes;
- c) Terceira relação: paciente e seu processo de adoecimento e internação - observando que o paciente se encontrará em um local bem diferente de sua rotina.
- d) Quarta relação: paciente consigo mesmo – sua personalidade, seus desejos, medos, fantasias e outros.

As expectativas lançadas ao profissional de medicina podem ser um dos pontos que causam conflitos entre esse relacionamento, tornando a comunicação difícil entre ambos. O psicólogo poderá se posicionar como um intérprete dessa situação (CAMON, 2014, p.13). O autor ressalta que o tipo de relação estabelecida entre médico e paciente é imprescindível e prioritário no ambiente hospitalar. O psicólogo tem como papel não só de estabelecer um bom vínculo com o paciente, mas intervir quando a relação médico-paciente for ruim e buscar possibilidades de recuperação deste relacionamento.

O psicólogo hospitalar precisa conhecer a extensão em que atua cada profissional de saúde para que este possa ter uma visão ampla da dinâmica hospitalar, uma vez que o relacionamento do paciente com a equipe deve ser coeso e garantir que o paciente se sinta seguro e confie no atendimento direcionado a ele (CAMON, 2014, p. 14).

O local que o psicólogo precisa ocupar, segundo Simonetti (2016, p.159) é como o “olho do furacão”. O lugar é seguro, neutro e calmo, porém rodeado de turbulências, conflitos e tudo o mais que este evento traz, sem, contudo, deixar-se ser sugado pelas situações que emergem neste contexto. Em complementação Sebastiani (2006) contribui que o psicólogo não deve se colocar em posição onipotente e sim reconhecendo suas limitações e habilidades diante das circunstâncias apresentadas.

### 2.3 O FAMILIAR DO PACIENTE NA UTI-A

Cervený & Berthoud (2009) falam sobre as duas principais atribuições que a família exerce: a de ser um local onde a pessoa recebe amor incondicional e se sente vinculada a um grupo, tendo este também a finalidade de ser o referencial no auxílio para a construção da identidade.

Quando um familiar é hospitalizado, Freitas, Mussi & Menezes (2012) destacam que há uma “descontinuidade” na rotina da família. O paciente fica afastado em um lugar estranho, restrito e muitos familiares que o acompanha também estão vivendo o distante do núcleo familiar, visto que em muitos casos estes moram em cidades diferentes ao da internação.

Para Camon (2014) há uma “fusão” dos sintomas emocionais que determinada patologia provoca ao paciente, somado ao sofrimento que a família sente ao tratamento dispensado ao mesmo. Esse sistema dicotômico resulta em que a dor vivida pelo paciente e pela família seja a mesma dor.

Urizzi (2008) destaca que a família sente a necessidade de estar perto do seu ente querido e cercar-se de todo atendimento prestado a ele. Segundo o autor, a família também espera ser ouvida, acolhida pela equipe de saúde e que esta seja objetiva ao relatar o estado clínico e o desenvolvimento do paciente.

Na Idade Média a morte e o adoecer eram vistos como algo natural na vida de um homem. O doente era tratado em casa, a sua morte acontecia em sua cama e esta pessoa estava envolto de seus familiares que conseqüentemente se tornavam adaptados a este momento de sofrimento que é natural da própria vida - consciência de finitude. Hoje, o adoecer e a morte

estão subordinados a hospitais e leitos da UTI sendo os profissionais responsáveis pelos fenômenos que brotam neste local (PITTA, 2003, p.28).

Considerando ser a UTI-A um ambiente para atender pacientes graves, Lemos & Rossi (2002) e Sebastiani (2006) afirmam que este local é percebido culturalmente pelos pacientes e familiares como um local onde os sentimentos e pensamentos de morte são favorecidos.

Santos e Sebastiani (2003) acrescentam que o processo de internação de uma pessoa gera inúmeros sentimentos nocivos, indesejáveis, criações fantasiosas ruins e muitas vezes apresentação de comportamentos regredidos no paciente. Neste momento, a família é o apoio necessário, devido aos laços afetivos existentes, que poderá amparar seu familiar acamado para que este se sinta acolhido e protegido. O PNHAH (2001) acredita que em um momento em qual a pessoa se encontra em fragilidade física e conseqüentemente emocional, a participação da família é imprescindível para recuperação do paciente.

A família é um sistema de organização fechado, na qual seus membros são interdependentes e cada indivíduo exerce um papel e ocupa um espaço. Quando essa dinâmica de funcionamento é quebrada, pela falta de uma pessoa que foi hospitalizada, esse sistema entra em desequilíbrio que pode durar por um tempo ou ser definitivo. Esse sistema busca uma reorganização, mesmo envolvimento de muitos conflitos e trocas de papéis para que novos espaços sejam delimitados (SANTOS & SEBASTIANI, 2003, p.164). Para este autor, há três tipos característicos de famílias que apresentam comportamentos distintos. São elas:

- a) A família que se **mobiliza** na intenção de resgatar seu estado anterior - Nesta reação, a família manifesta as mesmas reações que teria o paciente: medo, ansiedade, utilização dos mecanismos de defesa (negação, racionalização, pensamentos fantasiosos, etc.). A organização, a desorganização e a reorganização da família vão acontecendo de acordo com o desenvolvimento do paciente, do diagnóstico e prognóstico. Apesar desta agitação, as reações emocionais ocorrem em busca de superar esse momento. O papel do psicólogo neste momento é de orientar e apoiar essa família para que facilite esse processo (SANTOS & SEBASTIANI, 2003, p.164-166, grifo nosso).
- b) A família que se **paralisa** frente ao impacto da crise - Esta reação acontece em todos os estágios, mas neste sistema a imobilidade não é superada. A paralisação ocorre de acordo com o grau de importância que o familiar acamado tem e pela maturidade dos membros da família. Esse tipo de família omite ao paciente seu verdadeiro estado de saúde e, em contrapartida não evita trazer os problemas de fora. Essa família tem mais dificuldades em lidar e ouvir a equipe e vice-versa,



querendo a qualquer custo a alta do paciente, mesmo que isso signifique prejudicar o tratamento. O psicólogo tem papel fundamental no desenrolar desta trama, pois é necessário que todos estejam engajados no estabelecimento da saúde do paciente (SANTOS & SEBASTIANI, 2003, p. 166, grifo nosso).

- c) A família que se **identifica** com os benefícios da crise e se mobiliza para mantê-la - Nesse sistema tanto o paciente como um membro da família podem se utilizar das vantagens que o adoecimento causa. O primeiro talvez por ter se livrado de responsabilidades que a ele era designada, ou de ver suas vontades atendidas na situação de estar adoecido. Ao assumir esses papéis frente a uma enfermidade crônica o comportamento pode ser cristalizado e não haver evolução do quadro de saúde do paciente. Para o psicólogo esse sistema é mais difícil de resolver, porque muitos do ‘Ganho Secundário’ que essa dinâmica apresenta, se estabelece no inconsciente do sistema familiar (SANTOS & SEBASTIANI, 2003, p. 167, grifo nosso).

Em pesquisa realizada com familiares na UTI-A, Freitas, Mussi & Menezes (2012), observaram um sentimento que se apresentou comum a todos os membros - a ruptura familiar, desencadeada por sentimentos de proximidade de perder um ente querido, por obstáculo de cuidar de si e o de viver uma nova configuração social e profissional. Pois, durante a hospitalização de um membro da família, a pessoa passa a negligenciar os cuidados básicos consigo próprio, deixando de dormir e se alimentar por se sentir angustiado e preocupado causados por pensamentos de insegurança de não ter certeza da recuperação de seu familiar (FREITAS, MUSSI & MENEZES, 2012, p. 708).

Em complementação, Ross (2008) afirma sobre a importância dos familiares reservarem um tempo para o reestabelecimento de energia fora do ambiente da pessoa enferma alegando que “Não podemos ser eficientes com constante presença de doença” (ROSS, 2008. p. 163).

## 2.4 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA UTI-A COM FAMILIARES

Em relação ao trabalho do psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva, Cosmo (2014) destaca que o seu papel inicia desde o momento do ingresso do paciente na unidade até o recebimento da alta para internação no quarto ou óbito do paciente, acompanhando assim, toda a trajetória, personagens e intercorrências inseridas durante esse processo.

A hospitalização e todo processo composto por diagnóstico, exames e procedimentos cirúrgicos, em que tudo corrobora para o desequilíbrio dentro da família. O paciente adoce e

consequentemente a família também sente o impacto dessa mudança de rotina. Romano (1999) ao citar Fry (1987) e Engli (1993) afirma que o adoecimento de uma pessoa nunca é vivido de forma individual, mas sim coletivamente.

A família, ao ser englobada no atendimento hospitalar, receberá condições e sustentáculos emocionais para que o paciente encontre alívio no sofrimento provocado pelo afastamento do núcleo familiar. Paciente-família é um binômio indivisível, e como tal deve ser abordado no contexto hospitalar, com o risco de perder-se um aspecto muito importante na intervenção do psicólogo; as implicações emocionais que um processo de hospitalização provoca no núcleo familiar (CAMON, 2014, p.18).

Uma das diretrizes na efetivação do Humaniza SUS é o Acolhimento, que tem como definição:

[...] reconhecer o que o outro traz como legítimo e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuários com uma rede sócio afetiva (BRASIL, 2014).

O autor, psicanalista, Simonetti (2016), aponta a “escuta continente” como uma característica de ouvir o outro de forma tranquila, mesmo que o espaço hospitalar e tempo sejam limitados, estes pequenos momentos devem ser dedicados ao sujeito, sem a ansiedade e correria que este ambiente provoca.

Além da escuta qualificada oferecida, é essencial que a comunicação no contexto hospitalar se desenvolva de forma efetiva. Segundo Souza & Forte (2012) o sucesso de uma boa comunicação não depende do emissor e sim do receptor. Os autores apontam que é necessário que a linguagem usada seja acessível ao receptor de acordo com as experiências por ele vivida.

Sendo a UTI-A um ambiente gerador de conflitos e equívocos e tendo a família como foco de maior atenção do psicólogo Saboya *et al.* (2014) sugere algumas diretrizes para orientar a prática do psicólogo ao atendimento dos familiares nesta unidade.

#### **a) Apresentar-se e orientar sobre as rotinas da UTI-A**

As políticas de funcionamento da instituição devem ser estabelecidas para que não ocorra equívocos nas orientações dadas aos familiares, que de acordo com Saboya *et al.* (2014), é um momento fundamental, ao qual um instrumento impresso facilitará a informação e orientação sobre o local. As Informações relativas ao horário de visitas e quantitativo limitado de familiares por leito, sobre as práticas de higienização, a importância de se estar com este ente acamado e demonstrar carinho, evitando assuntos ansiogênicos ao paciente,

mesmo que este esteja sedado ou em estado comatoso, são necessárias para a adequação e contribuição dos familiares na UTI.

#### **b) Identificar o familiar âncora e a base familiar**

Saboya *et al* (2014) afirma ser necessário que se eleja um dos familiares para que este ocupe o lugar de responsável em receber informações em prol de evitar ao máximo os equívocos e confusões. Além de receber as informações, esta pessoa poderá dar informações sobre a vida do paciente e responder por este se necessário. Também é preciso que seja registrado os nomes das pessoas que formam o núcleo familiar e aqueles que tenham laços afetivos importantes para o paciente.

A comunicação quando se estabelece de forma efetiva e afetiva proporciona, de acordo com a afirmação de Souza & Forte (2012), uma diminuição da ansiedade que este momento acarreta e por outro lado aumenta a confiabilidade construída pelos vínculos gerados entre equipe-família-paciente.

#### **c) Realizar breve entrevista**

A entrevista psicológica tem por finalidade colher informações sobre o paciente e a família, assim como momento oportuno para observar a dinâmica emocional familiar. A ocasião para se aplicar a entrevista precisa ser analisada pelo psicólogo, visto que este momento a familiar poderá se encontrar em um estado de muita ansiedade (SABOYA *et al.*, 2014, p. 27).

#### **d) Esclarecer dúvidas e desmitificar o ambiente**

A Unidade de Terapia Intensiva é um local repleto de tecnologias que estão ligadas ao paciente e que causa estranheza aos familiares que julgam ser este um ambiente frio e insensível. Em contrapartida, necessários para manter a vida do ente querido. É importante que o psicólogo acompanhe o visitante ao leito, porém antecipe a ele sobre os métodos de tratamento que estão sendo dispensado ao paciente afim de que esta experiência se torne o menos desconfortável possível (SABOYA *et al.*, 2014, p. 31).

Um instrumento eficaz para se esclarecer dúvidas, orientar sobre rotinas, reunir, conhecer e identificar as famílias, replicar informações acontece em grupos de apoio à família antes do horário de visita, dirigido pelo psicólogo e aberto para que os outros profissionais da equipe participem (ROMANO, 1999, p. 77; PREGNOLATTO & AGOSTINHO, 2003, p. 102).

Finalizados esses procedimentos, o psicólogo pautado nas informações colhidas, poderá traçar o plano terapêutico que é o de identificar e intervir nas necessidades subjetivas que cada família apresenta, pois cada sistema tem suas singularidades.

### 3. METODOLOGIA

A presente pesquisa é de natureza qualitativa, com objetivo exploratório e de procedimentos bibliográficos. Teve como fonte de estudos as bases de dados eletrônicos obtidos nas plataformas: P@psic, PubMed e Scielo, com recorte de 10 anos. Das fontes físicas foram utilizados livros da Biblioteca do CEULP/ULBRA (Centro Universitário Luterano de Palmas) e de acervo pessoal com recorte de 22 anos.

Ao acessar as Plataformas de pesquisa, utilizaram-se palavras-chaves. No Periódico Eletrônico em Psicologia – P@PSIC, foram utilizadas as palavras UTI, Família e Psicólogo. Na fonte PubMed foram usadas as palavras em inglês *ICU*, *Family* e *Psychologist* e especificamente nesta plataforma foram utilizados artigos no período dos últimos 5 anos, devido a relevância do tema e que fossem gratuitos. Na fonte Scielo se utilizou as palavras UTI, Família e Psicólogo.

Para a seleção de artigos, foram utilizados alguns critérios pertinentes ao contexto acadêmico:

I - Critérios de inclusão:

- a) Objeto de estudos que envolvessem familiares na UTI-A;
- b) Estudos de familiares na UTI-A realizados por outros profissionais de saúde;
- c) Estudos que tivessem acesso gratuito.

II - Critérios de exclusão:

- a) Estudos dos familiares na UTI pediátrica;
- b) Familiares na UTI neonatal.

De acordo com a descrição de Gil (1994), esse tipo de pesquisa é realizada por meio de pesquisa em materiais já existentes composto por livros e artigos científicos. A pesquisa em material já elaborado facilita o acesso a informações que o pesquisador não precisará realizar um novo levantamento ao qual o autor nomeia de “fontes secundárias”. Todavia, não menos importante, observando a confiabilidade das fontes.

O autor chama a atenção, em contrapartida, de que se houverem erros de pesquisa na fonte secundária pesquisada e o pesquisador se pautar nesta fonte, inevitavelmente ele replicará o erro cometido por esta. Por isso é necessária uma análise crítica e detalhada para averiguar possíveis erros e incoerências na bibliografia consultada.

O trabalho teve início com a pesquisa nas plataformas com as palavras-chaves. O segundo momento se deu pela seleção dos artigos de acordo a leitura do tema e resumos das pesquisas encontradas. Em seguida, foi realizada a leitura na íntegra, enumeração e

fichamento dos artigos, que seguiram a seguinte ordem: nome do artigo, autor, metodologia, amostra, local, resultados e discussões e conclusão. Após o fichamento uma nova tabela foi construída para identificar: autores, área de estudo, metodologia utilizada na pesquisa e objetivo da pesquisa. Após estes procedimentos foi possível analisar os artigos e extrair os resultados.

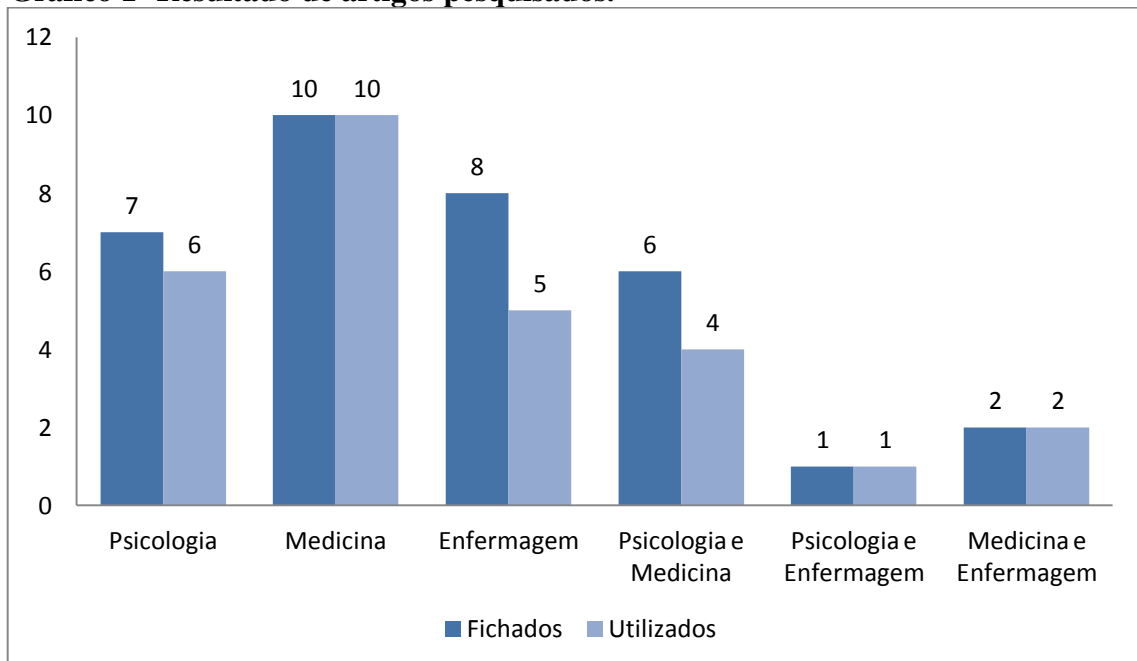
#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo foram obtidos através de buscas de artigos que abordassem a temática de familiares de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. As plataformas eletrônicas utilizadas foram: P@psic, Scielo e Pubmed.

As buscas nestas plataformas resultaram em um total de 282 artigos, ao qual foram lidos os temas e resumos para selecionar os artigos que seriam lidos na íntegra. Após essa primeira leitura, foram escolhidos 7 artigos da P@psic, 8 da Scielo e 19 da Pubmed. Totalizando a leitura e fichamento de 34 artigos, dos quais 28 foram utilizados na pesquisa e direcionou os resultados. Foram utilizados 06 artigos da P@psic, 08 da Scielo e 14 artigos da Pubmed.

O **Gráfico 1** traz em detalhe o quantitativo dos artigos usados e suas respectivas áreas.

**Gráfico 1- Resultado de artigos pesquisados.**



Fonte: Resultado da Pesquisa.

Como mostra no **Gráfico 1**, foram fichados 07 artigos de Psicologia, 10 de Medicina, 8 de Enfermagem, 6 de Psicologia e Medicina, 1 de Psicologia e Enfermagem e 2 de Medicina e Enfermagem.

Os artigos utilizados neste estudo, conforme mostra o Gráfico 1, foram usados 6 artigos da Psicologia, 10 da Medicina, 5 da Enfermagem, 4 da Psicologia e Medicina, 1 da Psicologia e Enfermagem e 2 da Medicina e Enfermagem, totalizando 28 artigos.

Após fichamento dos artigos foram extraídas as seguintes categorias: Reconhecimento cultural da UTI como local de morte, Desequilíbrio do Sistema da Família, Sentimentos e Reações emocionais dos familiares na UTI-A, Sustentação da Esperança, Acolhimento, Manual Informativo, Comunicação, Papel da família, Importância do papel do profissional de psicologia e Limitação de outras áreas dos profissionais de saúde. As classificações esboçadas acima guiaram as apresentações sobre as práticas da psicologia descritas em cada sessão.

#### *Reconhecimento cultural da UTI como local de morte*

A **Tabela 1** mostra o resultado sobre o reconhecimento cultural da UTI como um ambiente de morte.

**Tabela 1 - Reconhecimento cultural da UTI como ambiente de morte.**

<b>Autores</b>	
Gaeni <i>et al.</i> (2014) e Turner-Cobb <i>et al.</i> (2015)	Preocupação antecipada à chegada a UTI.
Urizzi & Correa (2007) Reis, Gabarra & Moré (2015)	Um local temido, porém necessário.
Auriemma <i>et al.</i> (2015)	Associação da palavra morte a este local.

Fonte: Resultado da pesquisa.

De acordo com a **Tabela 1**, as pesquisas de Gaeni *et al.* (2014) e de Turner-Cobb *et al.* (2015) mostram a preocupação antecipada da família ao adentrar a UTI, com dúvidas sobre qual é o verdadeiro estado de saúde de seu familiar e se esse ainda está com vida. A ambivalência entre a percepção da vida e da morte na UTI é compreendida pelos familiares como um local temido, porém necessário devido ao quadro clínico do paciente de acordo com os estudos de Urizzi & Correa (2007) e Reis, Gabarra & Moré (2015).

A associação da palavra morte a este local, na pesquisa de Auriemma *et al.* (2015), teve um alto índice na percepção dos familiares, mesmo que o ente enfermo tenha sobrevivido. As pesquisas relatadas vêm ao encontro do que a literatura expõe com os autores Lemos & Rossi (2002) e Sebastiani (2006) do reconhecimento cultural da UTI como um local que gera sentimentos e pensamentos de morte.

Neste momento um dos papéis importante do exercício do psicólogo, segundo Saboya *et al.* (2014), é o de desmistificar o ambiente. Ele precisa esclarecer sobre o método do tratamento que o paciente está recebendo e acompanhar o familiar até o leito para que este instante se torne o menos dolorido possível para a família.



### *Desequilíbrio no sistema familiar*

Camon (1995) afirma que a hospitalização de uma pessoa causa um desequilíbrio no sistema familiar ao qual ela pertence. A falta do convívio com o sujeito que está internado faz com que a família precise entrar em uma nova dinâmica na rotina, o que envolve muitos conflitos e trocas de papéis. Nas pesquisas de Frizon *et al.* (2011), Freitas, Mussi & Menezes (2012), Reis, Gabarra & Moré (2015) e Turner-Cobb *et al.* (2015), apresentam que um dos principais desconfortos vividos pela família ao ter alguém do seu convívio hospitalizado, é a descontinuidade na vida cotidiana devido a esse corte no dia à dia da família, ao qual novas atribuições precisam ser designadas.

Pregnoatto & Agostinho (2003) mostram que neste momento o apoio psicológico é importante, que é preciso orientar e apoiar os familiares, levá-los a refletir e assim auxiliando-os na reorganização do sistema familiar.

### *Sentimentos e reações emocionais em familiares na UTI-A*

Através da **Tabela 2** abaixo, é possível visualizar as diferentes reações emocionais e sentimentos que se manifestam nos familiares na UTI-A.

**Tabela 2 – Sentimentos e reações emocionais em familiares na UTI-A.**

Sentimentos e Reações	Autores	
A dor, o medo, tristeza, angústia, impotência e incerteza.	Frizon <i>et al.</i> (2011), Ferreira & Mendes (2013) e por Reis, Gabarra & Moré (2015).	Sentimentos presentes em familiares em uma sala de espera da UTI-A.
Estresse	Bitencourt <i>et al.</i> (2007)  Costa <i>et al.</i> (2010) e Barth <i>et al.</i> (2016)	Paciente não dormir, ter dor e os tubos.  Motivo da internação, tempo de internação, paciente em coma, paciente não poder falar e familiar não poder ser acompanhante.

Ansiedade	Ferreira & Mendes (2013) e Reis, Gabarra e Moré (2015).  Turner-Cobb <i>et al.</i> (2015).  Fuzis <i>et al.</i> (2015)	A notícia da gravidade do paciente e a entrada súbita na UTI  A ansiedade foi resposta predominante das reações emocionais.  Ansiedade como desencadeadora de TEPT.
-----------	--	---

Fonte: Resultado da pesquisa.

No que se refere aos sentimentos, as pesquisas de Frizon *et al.* (2011), Ferreira & Mendes (2013) e Reis, Gabarra & Moré (2015), revelam que os sentimentos apresentados pelos familiares em uma sala de espera na UTI-A, são: dor, tristeza, angústia, impotência, incerteza e medo ao vivenciarem a internação de um ente querido na unidade.

Em relação ao estresse, o estudo de Bitencourt *et al.* (2007) mostra que a percepção da família em relação aos itens mais estressores no ambiente da UTI são diferentes do que o paciente aponta como causador de maior estresse na unidade. Enquanto para as famílias o paciente não conseguir dormir, ter dor e estar dependente de tubos são eventos estressantes, para os pacientes ver a família e amigos por pouco tempo, ter tubos no nariz e na boca e não ter o controle do próprio corpo, são as causas de maior estresse na UTI.

Já nos estudos de Costa *et al.* (2010) e Barth *et al.* (2016) que também falam sobre estresse, os fatores mais estressantes para a família são: o motivo da internação, o tempo da internação, o paciente estar em coma, o paciente não poder falar e o familiar não poder permanecer como acompanhante na UTI. As pesquisas de Bitencourt *et al.* (2007) e de Costa *et al.* (2010) utilizaram o questionário ICUESS (Escala de Estressores em Unidade de Terapia Intensiva) e Barth *et al.* (2016) usou a Escala de Estresse em Terapia Intensiva (EETI) a partir desses instrumentos identificaram diferentes fatores que geram estresse na UTI. Porém, nas três pesquisas o sofrimento do paciente é o causador de maior estresse nos familiares.

Em referência a ansiedade, os estudos de Ferreira & Mendes (2013) e Reis, Gabarra & Moré (2015) a notícia da gravidade do paciente e a entrada súbita na Unidade de Terapia Intensiva são fatores que provocam este mal estar físico e psíquico. Na pesquisa de Turner-Cobb *et al.* (2015) uma das repostas predominantes de reações emocionais presentes nos familiares na UTI foi a ansiedade. Sintomas de ansiedade, na pesquisa de Fumis *et al.* (2015), foram um dos principais motivos que podem desencadear Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

### *Sustentação da Esperança*

A presente pesquisa também trouxe como resultado, no ambiente da UTI-A, o sentimento de esperança. Porém, nos estudos encontrados, esse sentimento pode ter sido sustentado através de dinâmicas diferentes, como mostra a **Tabela 3** e será explanado a seguir cada resultado.

**Tabela 3- Esperança.**

<b>Autores</b>	<b>Ações que sustentam a Esperança</b>
Schenker <i>et al.</i> (2013) Reis, Gabarra & Moré (2015)	Preferem não receber notícias.
Gaeni <i>et al.</i> (2014)	Receber informações gera esperança.
Garrouste-Orgeas <i>et al.</i> (2014) Reis, Gabarra & Moré (2015)	Cuidado e desejos de melhoras da equipe para o paciente geram sentimentos de esperança.
Ferreira & Mendes (2013)	Religiosidade

Fonte: Resultado da pesquisa.

De acordo com o que se observa na **Tabela 3**, o sentimento de esperança aparece nas pesquisas como um dos sentimentos bons na ambivalência emocional que ocorre nos familiares na UTI. Schenker *et al.* (2013) e Reis, Gabarra & Moré (2015) mostram que os familiares queriam manter a esperança, porém havia temor em receber notícias sobre seu ente enfermo. Nestas pesquisas, o resultado em temer receber notícias, parece ser um comportamento de mecanismo de defesa, ou seja, estes familiares parecem estar em uma reação de negação como afirma os autores Santos & Sebastiani (2003). Segundo os autores é muito importante que o psicólogo, neste momento apoie e oriente estes familiares.

Já os resultados na pesquisa de Gaeni *et al.* (2014), o que contrapõe com as pesquisas acima, mostra que receber informação sobre o quadro de saúde do paciente gera esperança em seus familiares. Nas pesquisas de Garrouste-Orgeas *et al.* (2014) e de Reis, Gabarra & Moré (2015), o papel da equipe com o cuidado com estes familiares e expressão do desejo de melhoras do paciente, geraram o sentimento de esperança nas famílias. Ferreira & Medes (2013) apresentam que outra forma de enfrentamento, que acontece através da religiosidade, utilizada pela família, também gera sentimentos de esperança.

Mesmo que os familiares apresentem um comportamento de enfrentamento que esteja dentro do que se espera em uma situação de sofrimento, é necessário que esta família seja

observada e receba apoio psicológico que busque auxiliar no processo de enfrentamento, de acordo com que afirma Pregnotatto & Agostinho (2003).

O Acolhimento, o Manual Informativo e uma boa Comunicação, são ferramentas que possibilitam o psicólogo no atendimento aos familiares para um melhor enfrentamento das reações emocionais no ambiente de uma UTI-A. Assim, diminuído o choque que a internação causa. A contribuição de cada um desses instrumentos e o fazer do psicólogo serão mais bem descrita nas sessões abaixo.

### *Acolhimento*

Ter uma pessoa hospitalizada na Unidade de Terapia Intensiva, trás a esse ambiente familiares em estado emocional fragilizado. O acolhimento, umas das diretrizes como estratégia de humanização, é uma prática que se espera possibilitar o surgimento de vínculos de confiança que ocorrem em uma relação socioafetiva (BRASIL, 2014).

A **Tabela 4** irá apresentar as possibilidades que um acolhimento proporciona aos familiares em uma UTI-A.

**Tabela 4- Acolhimento.**

<b>Autores</b>	
Freitas, Mussi & Menezes (2010) Ferreira & Mendes (2012) Barth <i>et al.</i> (2016)	Ao acolher a dor do outro diminui o impacto emocional gerada pela internação.
Oliveira <i>et al.</i> (2010), Nunes & Santos (2011) Maestri <i>et al.</i> (2012)	Momento importante para passar normas e rotinas.
Frizon <i>et al.</i> (2011)	Necessidade de um local físico.
Gibaut <i>et al.</i> (2013)	Independente de uma estrutura física.

Fonte: Resultado da pesquisa

Como mostra na **Tabela 4**, as pesquisas de Freitas, Mussi & Menezes (2010), Ferreira & Mendes (2012) e de Barth *et al.* (2016), os autores concordam que os profissionais de saúde ao acolher a dor do outro, proporcionam um menor impacto emocional que a internação desperta nos familiares dos pacientes nesta unidade. Os estudos de Oliveira *et al.* (2010), Nunes Santos *et al.* (2011) e de Maestri *et al.* (2012) expõem que o momento do acolhimento é muito importante para apresentar aos familiares as normas e rotinas de funcionamento desta

ala do hospital. Frizon *et al.* (2011), fala da necessidade de um local físico para este atendimento, porém Gibaut *et al.* (2013) pontua que o acolhimento independe de uma estrutura física, mas de um comportamento ético frente ao sofrimento do outro.

De acordo com Cosmo *et al.* (2014), um dos papéis do psicólogo é promover acolhimento. Saboya *et al.* (2014) afirma que através do acolhimento é possível verificar as queixas e por meio de uma escuta qualificada levantar a demanda. A partir daí, traçar o plano terapêutico.

Os estudos confirmam que, ao amparar uma pessoa através de um acolhimento, que chega a um local estranho, com um familiar em estado grave, gera neste sujeito um sentimento de estar sendo apoiado por profissionais que realmente se importam com ele e com o paciente. Com isso, a ansiedade pode ser diminuída e se dar o início de uma comunicação efetiva.

#### *Uso do Manual Informativo*

Os autores Romano (1999) e Pregolato & Agostinho (2003), afirmam sobre a importância de se utilizar um instrumento que favoreça a informação e comunicação sobre as rotinas na UTI.

Nas pesquisas encontradas foram usados termos diferentes, Boletim Informativo e Manual Informativo, para esse instrumento que é um material impresso que auxilia no atendimento aos familiares na UTI.

A **Tabela 5** mostra como o Manual Informativo ajudou aos familiares neste ambiente.

**Tabela 5- Manual Informativo.**

<b>Autores</b>	
Nunes Santos <i>et al.</i> (2011)	É um auxílio na comunicação.
Cesarin <i>et al.</i> (2013)	Suporte de conhecimento e orientação.
Maestri <i>et al.</i> (2012)	Indispensável como forma de acolhimento

Fonte: Resultado da pesquisa.

De acordo com a **Tabela 5**, a pesquisa de Nunes Santos *et al.* (2011), para implantação do Serviço de Psicologia na UTI foram desenvolvidas ferramentas que auxiliassem na comunicação da equipe com a família e o Boletim Informativo foi uma destas ferramentas escolhidas para facilitar essa interação.

Nos estudos de Casarin *et al.* (2013), o Manual Informativo (MI) foi analisado sobre sua eficácia. O grupo controle, familiares que não receberam o MI, apresentaram percepções equivocadas, incompletas e distorcidas sobre a UTI e demonstraram comportamentos passivo. Já os familiares que receberam o MI viram este instrumento como um suporte de conhecimento e orientação, causando assim, menos estranheza do ambiente, dos procedimentos dispensados ao paciente e melhor confiança nos profissionais de saúde. Na pesquisa de Maestri *et al.* (2012), o Boletim Informativo resultou como um instrumento indispensável como forma de acolhimento.

Saboya *et al.* (2014) fala sobre a relevância do psicólogo utilizar um material impresso como recurso de orientação e informação para os familiares neste ambiente.

### *Comunicação*

Segundo os autores Souza & Forte (2012) a comunicação quando acontece de forma efetiva e afetiva, colabora para diminuição da ansiedade e aumento da confiança numa relação equipe-família-paciente.

A **Tabela 6** expõe sobre o efeito da comunicação na UTI.

**Tabela 6- Comunicação.**

Autor	
Carlson <i>et al.</i> (2015), Jensen <i>et al.</i> (2015), Lam <i>et al.</i> (2015) Hutchison <i>et al.</i> (2016)	A falha na comunicação aumentou o nível de ansiedade e sofrimento dos familiares.
Day <i>et al.</i> (2013), Puggina <i>et al.</i> (2014), Gaeeni <i>et al.</i> (2014), Turner-Cobb <i>et al.</i> (2015) Reis, Gabarra & Moré (2015),	Comunicação honesta, clara, completa, com uma linguagem não técnica, mas leiga para facilitar o entendimento, contribui para diminuir a ansiedade e preocupação dos familiares.
Backes, Backes & Erdman (2012).	Passar informação não é interação.
Garrouste-Orgeas <i>et al.</i> (2014) – Uso do Diário	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajudou os familiares a entender as informações;</li> <li>- Assimilar as informações gradualmente;</li> <li>- trocas afetivas e de informações, gerou experiências emocionais.</li> </ul>

Fonte: Resultado da pesquisa.

Como é possível visualizar na **Tabela 6**, as pesquisas de Carlson *et al.* (2015), Jensen *et al.* (2015), Lam *et al.* (2015) e Hutchison *et al.* (2016) que tinham como objetivo de pesquisa avaliar a qualidade no atendimento aos familiares na UTI-A, eles utilizaram o mesmo instrumento metodológico, que apontaram que: a falha na comunicação aumentou o nível de ansiedade e sofrimento dos familiares neste ambiente e conseqüentemente aumentou o grau de insatisfação em relação ao atendimento que equipe multiprofissional de saúde realizava.

Nos estudos de Day *et al.* (2013), Puggina *et al.* (2014), Gaeni *et al.* (2014), Turner-Cobb *et al.* (2015) e Reis, Gabarra & Moré (2015), uma comunicação honesta, clara, completa, com uma linguagem não técnica, mas leiga para facilitar o entendimento, contribuiu para diminuir a ansiedade e preocupação dos familiares, como mostra a Tabela 6.

Os resultados sugerem que a qualidade da comunicação entre equipe e familiares atua positivamente ante o enfrentamento da internação do familiar adoecido diminuindo o efeito simbólico da morte, os aproximando das rotinas da equipe e dos procedimentos adotados para busca da reintegração da saúde de seus entes.

Evidenciou-se na utilização do Diário na pesquisa de Garrouste-Orgeas *et al.* (2014), não como um documento, mas um instrumento de comunicação entre familiares, pacientes e equipe, como uma ferramenta válida que contribuiu na comunicação. Ao analisar os resultados desta ferramenta, pode-se observar que ajudou os familiares a entender as informações, pois quando não compreendiam o que o médico falava no momento do boletim médico devido à ansiedade, podiam recorrer ao Diário e assimilar as informações gradualmente.

O uso do Diário, como um instrumento de trocas afetivas e de informações, gerou experiências emocionais benéficas para o ambiente da UTI. A equipe deixava mensagens para o paciente, mesmo estes estando inconscientes. Essa ação fez com que a família enxergasse a equipe mais próxima e vice e versa. Os familiares relataram que ao ler o que um médico escrevia, esse profissional era percebido por eles como “um humano falando com outro ser humano” (GARROUSTE-ORGEAS *et al.* 2014). Backes, Backes & Erdman (2012) enfatizam que somente passar informação não é interação. Isto significa que ao se comunicar com o outro é preciso que seja uma via de mão dupla, ao qual um é compreendido pelo outro.

De acordo com Souza e Forte (2012), quando há uma boa comunicação, esta depende mais do emissor do que do receptor, ao quais os termos usados na comunicação precisam estar em consonância com a realidade de quem está recebendo as informações. Essa ação irá contribuir para um aumento da confiabilidade e diminuição da ansiedade. Camon (2014)

declara que o papel do psicólogo é o de ajudar como um intérprete na comunicação no ambiente hospitalar.

### *Papel da família*

A família é a extensão do paciente internado e que também se encontra em sofrimento. Mesmo que diagnósticos e prognósticos ruins e óbitos ocorram na UTI, as relações familiares precisam ser resolvidas. Sejam nas trocas de papéis da dinâmica familiar, ou em questões de perdão e despedidas a serem resolvidas na finitude de um paciente.

A pesquisa de Tavangar *et al.* (2015) com o objetivo avaliar o efeito da voz dos familiares nos pacientes em estado de coma, utilizando gravações em MP3 com duração de 5 a 10 minutos, ao comparar o resultado com pacientes do grupo controle, através do Coma Scale de Glasgow (GCS), ao qual se pode medir o nível de consciência do paciente em estado de coma, resultou que, a voz dos familiares aumentou o nível de consciência dos pacientes. O próprio PNHAH (2001) concorda que a família é parte essencial na recuperação da pessoa enferma. Na literatura de Santos & Sebastiani (2003), os autores reforçam a importância da família no processo de hospitalização devido aos laços afetivos que ajudam o paciente se sentir acolhido e protegido.

Segundo os autores Pregnoatto & Agostinho (2003), o papel do psicólogo é o de estimular os familiares a terem o contato com o paciente e expressarem seu carinho. Segundo o autor, o momento da visita da família é uma oportunidade de tocar o paciente e falar de assuntos que não sejam ansiogênicos, mas agradáveis ao paciente. Mesmo não podendo confirmar se o paciente ouve, porém se acredita que ele sinta esse contato.

### *Atuação do Psicólogo*

Segundo o que afirma Simonetti (2016), o papel do psicólogo é trabalhar com o corpo simbólico do paciente em adoecimento através de uma escuta especializada e que para isto, suas tarefas abrangem equipe, paciente e familiar tendo como foco a melhora do paciente.

Em concordância com estas literaturas, as pesquisas de Nunes Santos *et al.* (2011), Moreira, Martins & Castro (2012) e de Ferreira & Mendes, mostram que o profissional de psicologia é de fundamental importância e preparado para atender demandas práticas, como orientações, informações, acolhimento, como também as questões de cunho emocional.

Na pesquisa de Moreira, Martins & Castro (2012), o papel do psicólogo, contribuiu nas orientações, no atendimento psicológico ao familiar em sofrimento, além de ajudar na comunicação com a equipe e com o paciente. Já na pesquisa de Ferreira & Mendes (2013), o



papel do psicólogo foi necessário para que os familiares expressassem seus sentimentos e pedidos de perdão ao seu ente enfermo e elaborassem sua própria dor ao qual possibilitou que permanecessem ao lado do paciente até os últimos instantes de vida através do suporte emocional dado pelo psicólogo.

#### *Resultados com a percepção de outras áreas*

As pesquisas encontradas que tinham como objeto de estudo o familiar do paciente na UTI, foram sobre ponto de vista de 03 (três) áreas: o da Psicologia, da Medicina e Enfermagem. A literatura de Simonetti (2016) afirma que os profissionais da saúde em um ambiente hospitalar, priorizam a parte orgânica do paciente, sendo que cada qual destes profissionais sabem o papel que precisam executar.

A **Tabela 7** mostra as limitações encontradas em outros profissionais da saúde em uma UTI-A em atendimento aos familiares, ao qual indica o resultado da percepção das áreas de Enfermagem e Medicina.

**Tabela 7- Percepção de outras áreas.**

<b>Área</b>	<b>Autores</b>	<b>Percepção</b>
Enfermagem	Oliveira <i>et al.</i> (2010) Frizon <i>et al.</i> (2011) Gaenni <i>et al.</i> (2014)	Concordam que há um despreparo da equipe para lidar com os familiares, por priorizarem o estado físico do paciente.
Enfermagem	Backes, Backes e Erdman (2012).	Acham que a presença dos familiares é motivo de desordem no ambiente.
Medicina	Howell <i>et al.</i> (2014).	Falta qualificação para demandas emocionais.

Fonte: Resultado da pesquisa.

Nas pesquisas dos profissionais de enfermagem, como mostra a **Tabela 7**, que buscou conhecer mais sobre a família dos pacientes internados na UTI, Oliveira *et al.* (2010), Frizon *et al.* (2011) e de Gaenni *et al.* (2014), concluem que há um despreparo da equipe de enfermagem em lidar com os familiares devido a priorização que precisam dar ao estado físico do paciente e que para atender aos familiares seria necessário qualificação específica.

Nos estudos dos também profissionais de enfermagem sobre as interações existentes na UTI, ao qual equipe, gestores e familiares de pacientes participaram, Backes, Backes e Erdman (2012) mostram que há preferências da equipe em trabalhar na UTI por terem pouco contato com os familiares e por acharem que estes são causadores de desordem na rotina da

unidade, como aponta a Tabela 7. Na percepção da família dos pacientes, nesta pesquisa, os profissionais fogem desta interação por se sentirem impotentes e por não saberem atender a dor do outro. Concluíram que a equipe foca em atender as demandas biológicas e que nas situações extremas, quando há risco de morte do paciente, a equipe de enfermagem não tem preparo para exercer apoio psicológico, seja ao paciente ou à família.

Nos estudos realizados por profissionais de enfermagem, Oliveira *et al.* (2010), os pesquisadores implantaram o GRAF (Grupo de Apoio aos Familiares), tendo como objetivo acolher, informar e orientar os familiares. O grupo foi eficaz, porém concluíram haver falta de qualificação para as demandas emocionais. Na pesquisa da área de medicina, Howell *et al.* (2014), elegeram profissionais não psicólogos, um enfermeiro e um assistente social, para funções como: acolhimento, informação, comunicação, orientação e suporte emocional. A pesquisa de Howell *et al.* (2014), concluiu que os facilitadores são um importante no trabalho com a equipe e familiares na UTI. Sendo este papel especialmente definido como prática do profissional de psicologia na UTI-A, como afirma Saboya *et al.* (2014).

Os autores, Romano (1999) e Pregnolato & Agostinho (2003), afirmam ser um instrumento eficaz as reuniões com os familiares antes do horário de visita para esclarecer dúvidas, informar sobre as rotinas e dar apoio às famílias.

Cada profissional de saúde, no ambiente hospitalar, tem suas funções bem definidas e suas prioridades a serem cumpridas. A psicologia é uma área nova que abarca as demandas de ordem emocional. Quando não existia o profissional de psicologia neste local, os que ali estavam atuando, principalmente a equipe de enfermagem, eram os que tinham que dar conta desta demanda, porém sempre priorizando a esfera biológica do paciente. É possível perceber que a enfermagem ainda tenta atuar e entender esses processos psicológicos, mas se encontram limitados de teoria para uma *práxis* eficaz.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo central descrever a prática do psicólogo hospitalar na contribuição do processo de hospitalização junto aos familiares na UTI-A. Pode-se constatar que as produções científicas tiveram maior destaque nas áreas de Medicina e Enfermagem sobre a presença dos familiares na Unidade de Terapia Intensiva. Ao qual foram utilizadas neste estudo como fonte de pesquisa para entender os fenômenos apresentados pelos familiares neste ambiente. Ou seja, poucas publicações com aporte teórico da Psicologia foram encontradas. Foi necessário maior afinco para que o fazer do psicólogo neste local fosse identificado.

Não se espera que as reações e sentimentos não possam ocorrer neste ambiente. Porém, elas precisam ser entendidas acolhidas e orientadas para que não se torne algo vulgarizado ou patológico. A dor não precisa ser negada, mas pode ser vivida de forma apropriada, respeitando o tempo e as reações de cada um.

O estudo evidenciou que a demanda da família de um paciente ao chegar à UTI-A não está na esfera física, mas sua necessidade é de ordem informacional e de reações emocionais que ocorre ao ter um ente querido internado em estado grave. Assim, constatou-se que toda a equipe, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, entre outros, podem e devem acolher aos familiares, conceder informações dentro do seu limite de atuação.

Porém, reconhecer as reações psicológicas, mecanismos emocionais de enfrentamento e de defesa e o que dá origem a comportamentos que não são adequados ou prejudicam na recuperação do paciente é incumbência da idoneidade do profissional de psicologia. Este profissional, provido de teoria certa e prática ética, tem por função atender demandas que são resultado da subjetividade humana e favorecer a elaboração de angústias vivida neste contexto, que conseqüentemente, irá contribuir em um familiar com melhor saúde mental para enfrentar esse momento que é tão singular na vida de um sistema familiar.

Durante o estágio específico na UTI-A realizado pela pesquisadora, foi possível confirmar que os familiares são o alvo de maior demanda para os psicólogos neste ambiente devido à maioria dos pacientes estarem sedados, entubados ou em estado de coma. A família, assim como confirma a literatura, chega a esta unidade em sofrimento, com medo de perder seu ente querido. A UTI tem uma rotina específica e procedimentos terapêuticos que causam estranheza aos familiares. Por isso o acolhimento, a comunicação, informação e apoio psicológico são indispensáveis ao atendimento à família.

Foi possível constatar que a UTI realmente tem uma rotina muito intensa, onde os profissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas,

nutricionistas, dentistas estão a todo o momento se locomovendo para o atendimento do paciente. Ficando assim, limitados para assistência às demandas psicológicas, seja elas com familiares, pacientes ou equipe.

Pode ser observado, durante o estágio, familiares agressivos com a equipe provavelmente como mecanismo de defesa. Essa ação trazia muitos conflitos entre a equipe e família, o que fazia com que os profissionais se afastassem e conseqüentemente prejudicasse a comunicação e resultando em mais agressividade. Notadamente, o papel do psicólogo foi fundamental ao entender que a agressividade dos familiares era em decorrência do sofrimento que aquele momento lhes causava e não a equipe. Intermediar essa situação foi possível adequar essa família ao processo de hospitalização, melhorar a comunicação e relacionamento com a equipe multiprofissional.

Em um dos atendimentos, foi solicitado o acompanhamento da Psicologia, pela equipe da Assistência Social, ao leito de um paciente cuja mãe estava apresentando dificuldade de aceitação da hospitalização do filho. Ele tinha passado por uma cirurgia e seria encaminhado a UTI-A. Durante a visita, a mãe do paciente e a técnica de enfermagem tiveram dificuldade de se comunicarem, chegando a serem agressivas uma com a outra. Neste momento a intervenção se deu em “interpretar” a angústia da mãe para técnica e acalmar a mãe com as orientações e informações sobre os procedimentos que seu filho estava recebendo. A situação corroborou para um início do vínculo terapêutico com a familiar. E também, o vínculo existente entre o profissional de psicologia com a técnica de enfermagem, fez com que ela entendesse posteriormente a atitude da mãe. Assim, ao final da visita o nível de ansiedade e estresse da mãe diminuiu e a técnica se mostrou mais solícita ao atendimento a essa mãe.

Em relação à importância da presença da família, segundo o relato de um ex-paciente, que ficou internado na unidade por um período de 60 dias, a presença de seus familiares o fazia continuar lutando por sua vida. Essa fala vai ao encontro do que Santos & Sebastiani (2003) afirmam sobre a importância da presença dos familiares no processo de hospitalização. O ex-paciente disse que a única voz ao qual percebia, era o da família. E que mesmo estando em coma, sentia que a voz dos entes queridos, amigos e principalmente a voz da esposa, o resgatava para a realidade, para acordar. Segundo ele, a demonstração de amor, as massagens nas pernas e braços lhe causavam muito alívio nas dores terríveis que sentia.

No presente estudo foi possível constatar, como afirma a literatura, que, mesmo sendo o paciente o foco das atenções de todos os profissionais que atendem na UTI-A, o psicólogo é o profissional preparado para as demandas psicológicas existentes neste ambiente e isto inclui as queixas relacionadas aos familiares dos pacientes. Também foi possível averiguar que há

poucas produções científicas realizadas pela psicologia na Unidade de Terapia Intensiva tendo os familiares como objeto de estudo. Para tanto, sugere-se ampliação de pesquisas que estudem esse tema com aporte teórico da Psicologia.

## REFERÊNCIAS

- AURIEMMA, Catherine. L. et al. Defining the Medical Intensive Care Unit in the Words of Patients and Their Family Members: A Freelisting Analysis. **American Journal Of Critical Care**, [s.l.], v. 24, n. 4, p.46-50, 30 jun. 2015. AACN Publishing. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2015717>>. Acesso em: 13 fev 2017
- BACKES, Marli Terezinha Stein; BACKES, Dirce Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s.l.], v. 25, n. 5, p.679-685, 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-21002012000500006>>. Acesso em: 04 mar. 2017
- BAPTISTA, Makilim Nunes; BAPTISTA, Adriana Said Daher; DIAS, Rosana Righetto. A psicologia da saúde no mundo e a pesquisa no contexto hospitalar. In: BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. Cap. 1. p. 1-10.
- BARTH, Angélica Adam et al. Estressores em familiares de pacientes internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 28, n. 3, p.323-329, 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0323.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2017
- BITENCOURT, Almir Galvão Vieira et al. Análise de estressores para o paciente em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.53-59, mar. 2007. GN1 Genesis Network. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s0103-507x2007000100007>>. Acesso em: 05 mar 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. 2001. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, DF.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizaus/11-humanizaus/12417-principios>>. Acesso em: 11 abr. 2017.
- CAMON, Valdemar Augusto Angerami - et al (Org.). O Psicólogo no Hospital. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami *et al.* **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1995. Cap. 1. p. 15-28.
- \_\_\_\_\_. Breve Reflexão Sobre a Postura do Profissional da Saúde Diante da Doença e do Doente. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami- et al (Org.). **Urgências Psicológicas no Hospital**. São Paulo: Pioneira, 2002. Cap. 3. p. 41-60.
- \_\_\_\_\_. Elementos Institucionais Básicos para a Implantação do Serviço de Psicologia no Hospital. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami-; CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho; MELETI, Marli Rosani. **A Psicologia no Hospital**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014. Cap. 1. p. 1-22.

CARLSON, Eve B. et al. Care and caring in the intensive care unit: Family members' distress and perceptions about staff skills, communication, and emotional support. **Journal Of Critical Care**, [s.l.], v. 30, n. 3, p.557-561, jun. 2015. Elsevier BV. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.01.012>>. Acesso em: 05 mai. 2017

CASARINI, Karin A. et al . Análise qualitativa do uso de manual informativo para familiares em UTI. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 2, p. 55-72, 2013 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702013000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702013000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 ago. 2017.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana Mercadante Esper. A família: origem e destino das terapias familiares. In: OSORIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elizabeth Pascual do (Org.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 25-74.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (2001). **Resolução nº 02/2001**, de 10 de março de 2001. Altera e regulamenta a resolução CFP nº 014/00 que institui o título profissional de especialista em Psicologia e o respectivo registro nos Conselhos Regionais. Brasília.

COSMO, Mayla et al. O Paciente em Unidade de Terapia Intensiva: Critérios e Rotinas de Atendimento Psicológico. In: KLTAJIMA, Katya et al (Org.). **Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: Critérios e Rotinas de Atendimento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2014. Cap. 1. p. 1-22.

COSTA, Jaquiline Barreto da et al. Fatores estressantes para familiares de pacientes criticamente enfermos de uma unidade de terapia intensiva. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [s.l.], v. 59, n. 3, p.182-189, 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s0047-20852010000300003>>. Acesso em: 03 jun. 2017

DAY, Alex et al. Sleep, anxiety and fatigue in family members of patients admitted to the intensive care unit: a questionnaire study. **Critical Care**, [s.l.], v. 17, n. 3, 2013. Springer Nature. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1186/cc12736>>. Acesso em: 10 mai. 2017

DESLANDES, Suely Ferreira. A Construção do Projeto de Pesquisa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap. 2. p. 31-50.

FONGARO, Maria Lúcia Hares; SEBASTIANI, Ricardo Werner. Roteiro de Avaliação Psicológica Aplicada ao Hospital Geral. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami- et al (Org.). **E a Psicologia entrou no Hospital...** São Paulo: Pioneira, 2003. Cap. 1. p. 05-64.

FERREIRA, Priscila Dias; MENDES, Tatiane Nicolau. Família em UTI:: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 1, p. 88-112, jun. 2013 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 abr. 2017.

FREITAS, Kátia Santana; MUSSI, Fernanda Carneiro; MENEZES, Igor Gomes. Desconfortos vividos no cotidiano de familiares de pessoas internadas na UTI. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 16, n. 4, p.704-711, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s1414-81452012000400009>>. Acesso em: 11 mar. 2107

FRIZON, Gloriana et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.72-78, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472011000100009>>. Acesso em: 12 mai. 2017

FUMIS, Renata Rego Lins et al. Emotional Disorders in Pairs of Patients and Their Family Members during and after ICU Stay. **Plos One**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.311-332, 23 jan. 2015. Public Library of Science (PLoS). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0115332>>. Acesso em: 13 ago. 2017

GAEENI, Mina et al. Informational Support to Family Members of Intensive Care Unit Patients: The Perspectives of Families and Nurses. **Global Journal Of Health Science**, [s.l.], v. 7, n. 2, p.8-19, 25 set. 2014. Canadian Center of Science and Education. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v7n2p8>>. Acesso em: 15 set. 2107

GARROUSTE-ORGEAS, Maité et al. Writing In and Reading ICU Diaries: Qualitative Study of Families' Experience in the ICU. **Plos One**, [s.l.], v. 9, n. 10, p.110-146, 16 out. 2014. Public Library of Science (PLoS). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0110146>>. Acesso em: 14 out. 2017

GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes et al. Comfort of the patient's family in an Intensive Care Unit related to welcoming. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 47, n. 5, p.1114-1121, out. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342013000500015>>. Acesso em: 07 abr. 2017

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994. 208 p.

HOWELL, A. A. et al. Clinicians' Perceptions of the Usefulness of a Communication Facilitator in the Intensive Care Unit. **American Journal Of Critical Care**, [s.l.], v. 23, n. 5, p.380-386, 31 ago. 2014. AACN Publishing. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2014517>>. Acesso em: 04 mar. 2017

HUTCHISON, Paul J. et al. Dimensions and Role-Specific Mediators of Surrogate Trust in the ICU. **Critical Care Medicine**, [s.l.], v. 44, n. 12, p.2208-2214, dez. 2016. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1097/ccm.0000000000001957>>. Acesso em: 02 set 2017

JENSEN, Hanne Irene et al. Families' experiences of intensive care unit quality of care: Development and validation of a European questionnaire (euroQ2). **Journal Of Critical Care**, [s.l.], v. 30, n. 5, p.884-890, out. 2015. Elsevier BV. j. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26169545>>. Acesso em: 15 ago. 2017

KOVÁCS, Maria Júlia. A Morte em Vida. In: BROMBERG, Maria Helena Pereira Franco et al. **Vida e Morte: Laços da Existência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. Cap. 1. p. 11-33.



LAM, Sm et al. Intensive care unit family satisfaction survey. **Hong Kong Medical Journal**, [s.l.], p.435-443, 11 set. 2015. Hong Kong Academy of Medicine Press. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.12809/hkmj144385>>. Acesso em: 12 set. 2017

LEMOS, Rejane Cussi Assunção; ROSSI, Lídia Aparecida. O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 10, n. 3, p. 345-357, June 2002 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000300009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 mai. 2017.

MAESTRI, Eleine et al . Avaliação das estratégias de acolhimento na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 75-81, Feb. 2012 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 mar. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza et al (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. Cap. 1. p. 8-30.

MOREIRA, Emanuelle Karuline Correia Barcelos; MARTINS, Tatiana Milhomem; CASTRO, Marleide Marques de. Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 1, p. 134-167, jun. 2012 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 set. 2017.

NUNES SANTOS, Samantha et al . Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 50-66, dez. 2011 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 set. 2017.

OLIVEIRA, Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante et al. Grupo de suporte como estratégia para acolhimento de familiares de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [s.l.], v. 44, n. 2, p.429-436, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342010000200027>>. Acesso em: 23 ago. 2107

PITTA, Ana Maria Fernandes. **HOSPITAL: dor e morte como ofício**. 5. ed. São Paulo: Annablume/hucitec, 2003. 198 p.

PREGNOLATTO, Ana Paula Ferrari; AGOSTINHO, Valéria Batista Menezes. O Psicólogo na Unidade de Terapia Intensiva - Adulto. In: BAPTISTA, Makilim Nunes et al. **Psicologia Hospitalar: Teoria, Aplicações e Casos Clínicos**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. Cap. 6. p. 93-107.

PUGGINA, Ana Claudia et al. Perception of communication, satisfaction and importance of family needs in the Intensive Care Unit. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.18-29, 2014. GN1 Genesis Network. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140040>>. Acesso em: 17 set. 2017

REIS, Larissa Cabral C; GABARRA, Leticia M.; MORÉ, Carmen Leontina Ojeda O.. As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares. **Temas em Psicologia**, [s.l.], v. 24, n. 3, p.815-828, 2016. Associação Brasileira de Psicologia. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.9788/tp2016.3-03>>. Acesso em: 25 set. 2017

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Princípios para a Prática da Psicologia Clínica em Hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 145 p.

ROSS, Elisabeth Kubler -. **Sobre a Morte e o Morrer**. 9. ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2008. 296 p.

SABOYA, Fernanda et al. O Papel do Psicólogo Junto aos Familiares. In: KLTAJIMA, Katya et al (Org.). **Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: Critérios e Rotinas de Atendimento**. Rio de Janeiro: Revinter, 2014. p. 23-67.

SANTOS, Claudia Tavares dos; SEBASTIANI, Ricardo Werner. Acompanhamento Psicológico à Pessoa Portadora de Doença Crônica. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami- et al (Org.). **E a Psicologia entrou no Hospital...** São Paulo: Pioneira, 2003. Cap. 3. p. 147-176.

SCHENKER, Yael et al. “It Hurts To Know...And It Helps”: Exploring How Surrogates in the ICU Cope with Prognostic Information. **Journal Of Palliative Medicine**, [s.l.], v. 16, n. 3, p.243-249, mar. 2013. Mary Ann Liebert Inc. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2012.0331>>. Acesso em: 15 set 2017

SEBASTIANI, Ricardo Werner et al. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: CAMON, Valdemar Augusto Angerami et al (Org.). **Psicologia Hospitalar: Teoria e Prática** . 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2006. Cap. 2. p. 29-70.

SILVEIRA, Denise Tolfo; CORDOVA, Fernanda Peixoto. A pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (Org.). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Ufrgs, 2009. p. 1-120.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. 8. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2016. 200 p.

SOUZA, Raquel Pusch. Identificação e Abordagem Inicial do Sofrimento. In: MORITZ, Rachel Duarte et al (Org.). **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012. Cap. 1. p. 1-4.

SOUZA, Rachel Pusch de; FORTE, Daniel. Especificidades da Comunicação em Situações Críticas. In: MORITZ, Rachel Duarte et al (Org.). **Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva**. São Paulo: Atheneu, 2012. Cap. 2. p. 5-17.

TAVANGAR, H., Shahriary-Kalantary, M., Salimi, T., Jarahzadeh, M., & Sarebanhassanabadi, M. (2015). Effect of family members' voice on level of consciousness of comatose patients admitted to the intensive care unit: A single-blind randomized controlled trial. **Advanced Biomedical Research**, 4, 106. Disponível em:<<http://doi.org/10.4103/2277-9175.157806>>. Acesso em: 07 jun. 2017

TURNER-COBB, J.m. et al. The acute psychobiological impact of the intensive care experience on relatives. **Psychology, Health & Medicine**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.20-26, 9 jan. 2015. Informa UK Limited. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2014.997763>>. Acesso em: 24 out 2017

URIZZI, Fabiane; CORRÊA, Adriana Katia. Relatives' experience of intensive care: the other side of hospitalization. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 15, n. 4, p.598-604, ago. 2007. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692007000400012>>. Acesso em: 01 set. 2017

URIZZI, Fabiane et al . Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 370-375, Dec. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2008000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2008000400009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 jun. 2017.