



CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS

CURSO DE PSICOLOGIA

LETÍCIA HELEN SANTOS SILVA BEZERRA

**A ATUAÇÃO DA PSICÓLOGA HOSPITALAR NO ACOLHIMENTO AOS
FAMILIARES DE PACIENTES NA UTI**

FORTALEZA

2023

LETÍCIA HELEN SANTOS SILVA BEZERRA

A ATUAÇÃO DA PSICÓLOGA HOSPITALAR NO ACOLHIMENTO AOS
FAMILIARES DE PACIENTES NA UTI

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Psicologia do
Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Joyce Hilario
Maranhão

FORTALEZA

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Centro
Universitário Christus - Unichristus

Gerada automaticamente pelo Sistema de Elaboração de Ficha Catalográfica do Centro Universitário Christus - Unichristus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

B574a Bezerra, Letícia Helen Santos Silva.
A atuação da psicóloga hospitalar no acolhimento aos familiares de pacientes na uti / Letícia Helen Santos Silva Bezerra.
- 2023.
35 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Centro Universitário Christus - Unichristus, Curso de Psicologia, Fortaleza, 2023.
Orientação: Prof. Dr. Joyce Hilario Maranhão .

1. Unidade de terapia intensiva . 2. Psicologia hospitalar . 3. Família .
I. Título.

CDD 150

LETÍCIA HELEN SANTOS SILVA BEZERRA

A ATUAÇÃO DA PSICÓLOGA HOSPITALAR NO ACOLHIMENTO AOS
FAMILIARES DE PACIENTES NA UTI

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao curso de Psicologia do
Centro Universitário Christus, como
requisito parcial para obtenção do título
de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Joyce Hilario
Maranhão

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Joyce Hilario Maranhão

Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof^a. Ma. Rebecca Holanda Arrais

Consultório Particular

Prof^a. Esp. Ana Beatriz Correia Mendes de Moraes

Consultório Particular

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo compreender quais são as estratégias de cuidado da psicóloga hospitalar com a família na Unidade de Terapia Intensiva. Esta pesquisa teve enfoque qualitativo, na qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas com psicólogas hospitalares que atuam em Unidades de Terapia Intensiva em hospitais públicos e privados do estado do Ceará. Participaram da pesquisa 5 psicólogas hospitalares que atuam em Unidades de Terapia Intensiva no Ceará de instituições públicas e privadas. Para análise dos conteúdos que surgiram nas entrevistas com as profissionais foi utilizado o método da Análise de Conteúdo. A discussão foi dividida em 6 categorias: formação profissional em saúde; especificidade do trabalho da psicóloga hospitalar em UTI; medo da perda em diversas dimensões e o luto; escuta de sofrimento dos familiares; estratégia de cuidado; conflitos entre família e a equipe de saúde. Os achados da pesquisa nos sinalizaram que é possível haver a sustentação de um trabalho psicológico com os familiares dos pacientes desde que a psicóloga hospitalar compreenda o potencial de sua práxis no contexto do intensivismo.

Palavras-chaves: Unidade de terapia intensiva. Psicologia hospitalar. Família.

ABSTRACT

The present study aimed to understand the care strategies of the hospital psychologist towards families in the Intensive Care Unit (ICU). This research had a qualitative approach, in which semi-structured interviews were conducted with hospital psychologists working in ICUs in public and private hospitals in the state of Ceará, Brazil. Five hospital psychologists from both public and private institutions in Ceará participated in the study. The method of Content Analysis was used to analyze the data obtained from the interviews with the professionals. The discussion was divided into six categories: professional training in healthcare, specificity of the hospital psychologist's work in the ICU, fear of loss in various dimensions and grief, listening to the suffering of family members, care strategies, and conflicts between families and the healthcare team. The findings of the research indicated that it is possible to sustain psychological work with patients' families as long as the hospital psychologist understands the potential of their praxis within the context of intensive care.

Keywords: Intensive care unit. Hospital psychology. Family.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	13
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	15
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
ANEXO.....	32

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como temática as estratégias de cuidado do psicólogo junto à família na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Este é um tema que nos convoca a falar de uma dupla posição: enquanto profissionais de saúde e no lugar de pessoas que acompanharam a hospitalização de um familiar em UTI. Na primeira posição, enquanto psicóloga e estudante de psicologia, desejamos sustentar a escuta de pessoas em estado agudo de adoecimento e de seus familiares durante o período da hospitalização. Compreendemos que no lugar de psicólogas devemos manter uma postura ética, técnica e científica para acolher as demandas dos usuários dos serviços de saúde, seja nas instituições de âmbito público ou privado.

Na segunda posição de familiar de um paciente, pudemos experimentar sentimentos já abordados na literatura da psicologia hospitalar acerca do trabalho psicológico com a família, bem como aqueles relatados pelos familiares dos pacientes, tais como: medo da morte, ansiedade diante da separação corporal do paciente, desamparo e irritação diante de notícias potencialmente constrangedoras, dentre outros sentimentos que são vividos singularmente por cada um que experiencia a hospitalização de um familiar em UTI.

O interesse por este tema surgiu a partir de duas questões centrais, em primeiro lugar, temos a atuação da estudante pesquisadora enquanto estagiária, no semestre de 2021.2, no Hospital Geral Dr. Fernandes Távora. Esta é uma instituição que atende um perfil geral de pacientes que se encontram em processo de adoecimento e tratamento em saúde, na qual realizei atendimentos de diversas demandas, dentre elas casos de baixa e alta complexidade, como pacientes oncológicos, pacientes em cuidados paliativos e pacientes que estavam aguardando uma cirurgia ou em tratamento reabilitador. Em segundo lugar, na posição de família, pois houve para a pesquisadora a experiência de ter um familiar internado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na época, tanto a aluna como sua família não tinham nenhum acesso ou informação sobre o paciente, sendo limitado ao horário de visita hospitalar. Este contexto de hospitalização causou sentimentos de angústia, tensão, aflição e medo e, naquele momento, houve a percepção da ausência dos profissionais de psicologia e do trabalho com as famílias.

Posto isso, cresceu na pesquisadora o grande interesse de pesquisar a atuação do psicólogo no acolhimento de familiares de pacientes hospitalizados em UTI, a fim de compreender quais estratégias poderiam ser usadas para o cuidado dos mesmos. Embora a estudante não tenha tido o contato prévio com esta unidade hospitalar na condição de campo de prática em psicologia hospitalar, a experiência em atender o familiar do paciente no ambiente da enfermaria já possibilitou a observação de que muitos dos familiares se encontravam em estado de exaustão e tensão diante da tarefa de prestar cuidados ao sujeito adoecido e de estar na mediação entre o paciente e os profissionais de saúde. Somando a experiência pessoal e o interesse acadêmico, este estudo se propõe a investigar a área de atuação da psicóloga hospitalar na unidade de terapia intensiva.

Conforme os autores Lima e Martins (2017) e Simonetti (2013), a Psicologia Hospitalar dispõe da escuta e do acolhimento como instrumentos essenciais para fornecer cuidado ao paciente e à família. Além de mediar o diálogo entre equipe-paciente-família no contexto de hospitalização e intervir no sofrimento do sujeito adoecido. Esta é uma das áreas de atuação que compõem o campo da Psicologia em Saúde e que oferta cuidados direcionados às demandas psicológicas em torno dos processos de adoecimento e de hospitalização (SIMONETTI, 2013). De acordo com Lima e Martins (2017), a inserção do psicólogo no ambiente hospitalar possibilitou a ampliação do olhar sobre a singularidade do paciente no cuidado em saúde, por conseguinte, o foco deixou de ser apenas o corpo em seu aspecto biológico e passou-se a observar e tratar o indivíduo de modo integral, considerando os fatores subjetivos, espirituais, sociais e culturais.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é o ambiente no qual são internados os pacientes em estado agudo da doença. As intervenções realizadas são diárias, ágeis e essenciais, exigindo uma enorme competência da equipe de saúde diante de um extremo entre a vida e a morte. Além disto, a UTI possui uma assistência interdisciplinar assídua perpetrada por profissionais altamente qualificados e equipamentos tecnológicos especiais (CAMPONOGARA et al., 2011) que corroboram para a manutenção da vida e posterior continuidade do tratamento em enfermaria.

Ao falarmos do trabalho em saúde na UTI, apontamos que a psicóloga hospitalar não atua de modo isolado dos demais profissionais de saúde, sendo necessário para que ela possa exercer sua função de cuidado estar inserida na equipe multiprofissional e engajada na rotina da unidade, isto significa dizer que a psicóloga que atua no hospitalar deve se sentir integrante da equipe e mais que isso deve ter sua presença lembrada em situações em que a equipe demonstra ter dificuldades para lidar com os aspectos subjetivos e emocionais dos pacientes e de suas famílias. Além disso, uma das atribuições comuns ao trabalho da psicóloga hospitalar é dirimir fantasias, crenças e conflitos dos pacientes e seus familiares relacionados à função e ao ambiente da UTI, bem como mediar a relação entre a equipe de saúde e a família com a finalidade de contribuir para o trabalho conjunto desses personagens para o tratamento do paciente.

Outra contribuição da psicologia hospitalar é a explicitação sobre as diversas tecnologias presentes no ambiente intensivista que podem causar dúvidas e receios para aquelas pessoas que nunca transitaram pelo ambiente hospitalar e mais especificamente por uma UTI. A existência majoritária de tecnologias duras (MERHY, 1998) neste setor pode ocasionar a construção de fantasias e percepções irreais pelos pacientes e por seus familiares sobre este ambiente, sendo comum a crença de que a UTI é um ambiente invasivo e hostil, o que reverbera em uma amplificação do desamparo emocional. De acordo com Almeida et al. (2009), a percepção de que a UTI é um ambiente de frequente aflição e risco de morte acentua a condição de estresse para o paciente e a sua família, logo, a presença do profissional de psicologia pode vir a contribuir para o trabalho com as questões emocionais emergentes neste contexto.

Convém explicar o que são as tecnologias em saúde e suas tipologias, a fim de apresentar o trabalho da psicologia nesta unidade. Segundo Rocha et al (2007), as tecnologias categorizam-se em leve quando referem-se às relações, acolhimento e gestão de serviços. A tecnologia leve-dura se refere aos conhecimentos estruturados e a tecnologia dura aos equipamentos tecnológicos como máquinas e demais equipamentos criados pelo homem para auxiliar o seu trabalho. A práxis da psicologia se organiza principalmente pelo uso de tecnologias leves e leve-duras a depender da função e das ações do cotidiano de trabalho da psicóloga no contexto hospitalar, especificamente, na UTI.

Para Lima e Martins (2017), apresentam a UTI como um ambiente desfavorável, agressivo e que interfere negativamente na saúde mental dos indivíduos que estão internados, assim como de familiares e da equipe de saúde. Ainda, o distanciamento causado pela hospitalização em ambiente fechado e de acesso restrito pode causar nos familiares medo, ansiedade e insegurança por não estarem presentes nos momentos de cuidados técnicos ao paciente. Todavia, esse ambiente, esporadicamente, gera esperança e chance de conservar o ente querido vivo (LEITE et al., 2011), uma vez que é o lugar que oferece o suporte para a continuidade da vida do paciente.

A inserção legal do psicólogo na UTI ocorreu no ano de 2005, a partir da Portaria Ministerial nº 1071/2005 que previu a obrigatoriedade de um profissional da psicologia nas UTIs para avaliação, intervenção e tratamentos psicológicos, bem como para atuar como mediador e facilitador na relação entre médico e paciente no sentido de proporcionar a humanização da assistência (Pereira & Feliciano, 2012). Algumas atribuições da psicóloga hospitalar direcionadas aos familiares são: oferecer apoio psicológico ao familiar, considerando que o mesmo pode ter variadas reações, dentre elas, dificultar o tratamento ou ser uma peça significativa na rede de apoio, contribuindo nos planos de enfrentamento criados pelo paciente e mediar a relação família/paciente e/ou família/equipe, com o objetivo de tornar o hospital um lugar menos desagradável para a família (CRP, 2016).

A inclusão das psicólogas nas UTIs tem o intuito de ofertar suporte ao paciente grave e à sua família, também oferecendo apoio à equipe interdisciplinar para possibilitar um olhar das dimensões biopsicossociais da saúde, do adoecer e da morte humanizados (Gusmão, 2012). A psicóloga hospitalar se atenta aos fatores vinculados ao adoecimento, respeitando as crenças, medos, angústias e demais sentimentos que possam surgir nos pacientes e familiares (PESSINI & BERTACHINI, 2004).

Uma das contribuições da inserção das profissionais de psicologia na UTI é o manejo das urgências subjetivas em torno do processo da agudez da doença, da hospitalização em uma unidade fechada e da junção de informações advindas de um mundo operatório de tratamento. Calazans e Bastos (2008), apresentam o conceito de urgência subjetiva como a demanda do paciente em estado de crise.

Este fenômeno psicológico refere-se à pressa do indivíduo em querer o alívio do seu sofrimento causado pelo contexto de hospitalização (CARVALHO,2000), o que deve ser validado durante a escuta psicológica para que se possa construir estratégias junto ao paciente que contribuam para a dissolução do sofrimento.

Vale lembrar que o acesso limitado ao ambiente da UTI se deve a uma questão de biossegurança no cuidado aos pacientes, acarretando a diminuição ou ausência do contato entre o paciente e seus familiares (ROMANO,1999). Logo, este estado de urgência subjetiva pode estar presente nos familiares, visto que a limitação do acesso ao ambiente hospitalar pode causar sentimentos de impotência e ansiedade frente a atualização de notícias negativas sobre a evolução do tratamento e do estado clínico do paciente como também o sofrimento por ausência ou incompreensão de algumas informações repassadas pela equipe de saúde. Estes sofrimentos podem ser considerados de determinação quando há algo em específico que causa o sentimento no indivíduo ou de indeterminação quando a pessoa sofre por aquilo que ainda não sabe especificar, mas que está presente pelos efeitos em sua saúde mental (DUNKER, 2016).

De acordo com Farias et al (2013), a família tem suma importância para melhorar e promover a segurança emocional ao adoecido durante o processo de hospitalização, uma vez que todas as situações durante o tratamento neste ambiente despertam uma intensidade de sentimentos, desde o medo da morte até a esperança na recuperação da saúde (SIMONETTI, 2013).

Segundo Prado (2017), a família demonstra uma ampla habilidade de sobrevivência e adaptação, apesar dos momentos de crise e evolução da doença. Considerando que a família passa por um processo de alterações significativas e de fragilidades emocionais relevantes no período de hospitalização de um de seus membros, podem se fazer presentes sentimentos de medo e angústia (LUSTOSA,2007).

Sabe-se que, a dinâmica de hospitalização e a vivência no corpo do adoecimento causam no indivíduo perdas físicas, emocionais e sociais podendo incorrer em crises psíquicas e sofrimento para o paciente, podendo também reverberar nos familiares e profissionais de saúde. O adoecimento e a hospitalização se configuram como fenômenos disparadores de crise no indivíduo, pois o remete a

um novo contexto ao qual ele deverá se adaptar. A crise é vista como uma fase de adversidades na qual o indivíduo não consegue articular seus recursos psíquicos e físicos para enfrentar a situação, portanto, a vivência de uma crise é um período de ameaça para a pessoa, na qual a habilidade de se adaptar será provada (HOLANDA,2012).

Segundo Erikson (1976) existem as crises acidentais que são provocadas por eventos vitais como perda ou risco de perda, elas ocorrem inesperadamente e podem ser encaradas pelas pessoas/famílias de inúmeras formas, de acordo com os mecanismos psicológicos que possuam e dos conhecimentos antecedentes. A hospitalização em UTI é um tipo de crise acidental, pois ninguém espera algum dia necessitar deste suporte. As crises neste contexto poderão ser por aquisição ou por perda, por aquisição no caso de aumento do universo pessoal e por perda no caso de diminuição (SIMON, 1989).

As ações psicológicas neste ambiente trazem consigo a redução da angústia e da ansiedade do paciente e das demais pessoas que acompanham este processo, propiciando o progresso e fortificação de recursos psíquicos para melhor enfrentamento do momento e acomodação no ambiente hospitalar (ROSSI, 2016). Posto isso, a psicóloga precisa agir como um condutor, viabilizando o fluxo das emoções e reflexões. Para Di Biagi e Sebastiani (2007), a implantação do psicólogo na equipe intensivista, objetiva acrescentar os seus conhecimentos e práticas aos outros cuidados, para assim proporcionar uma assistência abundante à vida do paciente e de sua família.

Esta pesquisa teve como objetivo compreender quais são as estratégias de cuidado da psicóloga hospitalar com a família na Unidade de Terapia Intensiva e como objetivos específicos conhecer a práxis da Psicologia na Unidade de Terapia Intensiva, identificar as demandas psicológicas dos familiares de pacientes na UTI e analisar o discurso das psicólogas hospitalares sobre o trabalho com a família na UTI.

2 METODOLOGIA

O presente estudo consistiu numa pesquisa de campo, com enfoque qualitativo (BOSI,2012), uma vez que teve como objetivo compreender o trabalho das psicólogas hospitalares que atuam no estado do Ceará junto às famílias em Unidades de Terapia Intensiva. Houve uma aproximação mais íntima da realidade da profissão no campo da prática, podendo contribuir para a formação profissional a nível de graduação, pós-graduação e educação permanente das psicólogas ao expor as táticas de cuidado das profissionais que já atuam neste contexto.

A pesquisa qualitativa atende a assuntos particulares, não se atentando somente para a quantificação de dados. Este enfoque lida com o sentido, causas, pretensões, opiniões, princípios e ações dos participantes da pesquisa, o que é equivalente a um ambiente mais enraizado das relações humanas, dos processos e dos fenômenos (MINAYO,2015).

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada contendo perguntas referentes ao início do trabalho em psicologia hospitalar, as formações/especializações voltadas para o hospital e a família, as atribuições de uma psicóloga hospitalar na UTI, o papel da psicóloga junto às famílias, as demandas dos familiares de pacientes internados na UTI e as estratégias de cuidado utilizadas com a família. Abaixo, descreve-se as perguntas direcionadas às profissionais de psicologia:

- 1- Como você iniciou o trabalho em psicologia hospitalar e na Unidade de Terapia Intensiva?
- 2- Você fez alguma formação/especialização ou residência para trabalhar no hospital e com a família?
- 3- O que uma psicóloga hospitalar pode fazer no hospital? E na UTI?
- 4- Para você, qual o papel da psicóloga hospitalar junto às famílias dos pacientes?
- 5- Quais as demandas dos familiares que têm pacientes internados na UTI em que você trabalha?
- 6- Quais suas estratégias de trabalho com a família na Unidade de terapia intensiva?

As entrevistas foram realizadas de forma presencial e online, levando em consideração o que melhor se adaptasse a rotina da profissional. O aplicativo utilizado para as entrevistas online foi o Google Meet, além disso, todas as

entrevistas foram gravadas, tendo suas respostas transcritas e armazenadas em dispositivo on-line com senha.

Na análise dos dados coletados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin. Este é um conjunto de ferramentas metodológicas em contínuo aprimoramento, com aplicabilidade a discursos variados, trata-se de técnicas de análise das comunicações (BARDIN,2011).

Os sujeitos que compuseram a amostra foram 5 (cinco) psicólogas hospitalares que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no estado do Ceará. Os critérios de inclusão foram: profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva no Estado do Ceará e com inscrição ativa no Conselho Regional da 11ª Região. Os critérios de exclusão foram: profissionais de psicologia que atuam somente em outras unidades no contexto hospitalar, profissionais que não estejam ativos no conselho regional da 11ª Região ou que não atuam no momento da pesquisa em UTI e profissionais que não atuam no estado do Ceará.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus (CEP) analisou e aprovou o projeto do presente trabalho, protocolo de pesquisa nº 67088123.7.0000.5049.

Após a realização das entrevistas semi-estruturadas, da escuta de cada entrevista e análise dos dados, chegamos a 6 (seis) categorias, são elas: Formação profissional em saúde; Especificidade do trabalho da psicóloga hospitalar em UTI; Medo da perda em diversas dimensões e o luto; Escuta de sofrimento dos familiares; Estratégia de cuidado; Conflitos entre família e a equipe de saúde. Acreditamos que as discussões corroboraram para atingirmos o objetivo desta pesquisa, qual seja: compreender quais as estratégias de cuidado da psicóloga hospitalar com a família na Unidade de Terapia Intensiva.

Vale ressaltar que neste trabalho citamos a categoria profissional da psicologia no artigo feminino, pois corroboramos com a deliberação do Conselho Federal de Psicologia em nomear a profissão no feminino diante do número expressivo de mulheres nesta categoria. Além disso, as participantes da pesquisa foram todas mulheres, o que coaduna para a sustentação do uso da profissão no feminino.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização das entrevistas semi-estruturadas com as psicólogas hospitalares nos auxiliou na reflexão sobre a práxis da psicologia hospitalar no contexto do intensivismo. Apresentamos uma discussão a partir de cada categoria, a fim de conhecer quais as demandas dos familiares que têm pacientes hospitalizados nas unidades de terapia intensiva e, principalmente, quais as possibilidades de intervenção da psicóloga hospitalar junto a estes indivíduos.

3.1 Formação profissional em saúde

Uma das nossas questões relacionadas ao trabalho da psicóloga hospitalar junto com a família foi a formação teórico-prática para o exercício das funções da psicóloga hospitalar na UTI, uma vez que consideramos que a sustentação de um trabalho com rigor ético, técnico e teórico também está associado a um processo formativo antes e durante a inserção no contexto hospitalar.

Percebemos que 4 psicólogas hospitalares foram residentes em programas de residência multiprofissional no estado do Ceará. Este modelo de formação é uma estratégia de fortalecimento do percurso formativo multiprofissional da saúde brasileira que contribui para a promoção de práticas interdisciplinares em saúde e que corroboram para um trabalho cooperativo e eficaz para a melhora do paciente (MARANHÃO E MELO, 2016). Ainda,

As residências multiprofissionais em saúde, modalidade de especialização lato sensu, têm por objetivo uma educação para o trabalho em saúde através da aprendizagem em serviço, formando profissionais, a partir de uma perspectiva crítica e comprometida com o trabalho em saúde pública nas áreas prioritárias do SUS (MARANHÃO E MELO, 2021, p.65).

Este tipo de formação para o trabalho em saúde no âmbito das instituições hospitalares públicas é algo relativamente recente no estado do Ceará, pois a primeira turma de residência multiprofissional em saúde da Escola de Saúde Pública do estado do Ceará data do ano de 2013. Esta modalidade de formação buscou qualificar os profissionais de diversas categorias profissionais para o trabalho multi e

interdisciplinar na política pública de saúde. A entrada de psicólogas nesta modalidade de formação demonstra que a categoria está atenta na ampliação de seu campo de trabalho e sensível a um trabalho entre vários no campo da saúde.

Segundo Maranhão e Melo (2021), as residências multiprofissionais colaboram para que a formação em saúde em uma perspectiva multiprofissional e integrada seja estabelecida através de um olhar teórico-pedagógico paralelo aos princípios e as diretrizes do SUS e em acordo com as diretrizes da educação em saúde, conciliando com as outras políticas no processo saúde-doença. As falas das psicólogas corroboram para a importância do ingresso nas residências como uma oportunidade de qualificação das suas formações profissionais, como observamos abaixo:

“O interesse pela UTI veio durante a residência, quando eu iniciei a residência era um dos cenários que a gente passa 3 meses e aí eu passei 3 meses na UTI do ICC e eu gostei muito. Para mim foi um dos melhores cenários que passei, gostei do trabalho, gostei do local mesmo, da unidade fechada, da dinâmica em si, que ao mesmo tempo pode mudar tudo muito rápido, mas ao mesmo tempo existe uma continuidade, então não era algo tão rotativo quanto a emergência, então eu sempre gostei mais dessa linha de cuidados que podia progredir no trabalho e eu via muito isso na UTI e daí foi o meu interesse pela UTI” (sic). (Participante 1)

“Depois de formada, eu passei para a residência, na época era a residência uniprofissional em psicologia, então rodava por todos os setores do hospital. E o meu segundo ano, que a gente escolhe duas, em ênfases, duas áreas, na verdade, né? Então, as áreas que eu fiquei foram em transplante renal e na UTI. Então, desde lá, já tenho uma formação mais aproximada nesse contexto de UTI” (sic). (Participante 3).

“Na metade da minha faculdade eu tive contato pela primeira vez com a residência multiprofissional por meio de uma disciplina. E aí eu achei muito incrível a proposta da residência multiprofissional. Eu conheci a residência do HU e aí eu achei muito incrível essa proposta da residência, a questão também de ser uma bolsa para você se formar, se especializar em uma área, enfim. Quando foi no final da faculdade, eu fiz o processo seletivo da residência, aí fui aprovada aqui para o XXX, então, eu sou egressa da residência aqui” (sic). (Participante 5).

Todas as psicólogas expressaram que não ingressaram em formações específicas para o trabalho com a família, o que demonstra que há um hiato formativo na perspectiva de compreender quem são estes indivíduos em um contexto de adoecimento e hospitalização, bem como quais tipos de intervenções psicológicas ou multiprofissionais podem ser direcionados a escuta e acolhimento

das famílias. Diante da ausência da formação específica é necessário pelo menos a disposição para trabalhar com as famílias, a fim de lhes dar o suporte para lidar com a situação de adoecimento, de hospitalização e de morte de um familiar, como também de contribuir com a equipe multiprofissional para o manejo das demandas das famílias (OLIVEIRA,2017).

Percebemos que as psicólogas entrevistadas tiveram os primeiros contatos com as famílias após ingressarem no contexto hospitalar e, apesar das psicólogas hospitalares não possuírem formação específica para o trabalho com a família, percebemos a busca pela sustentação de um trabalho ético, técnico e científico junto aos familiares, o que demonstra que há um interesse em prestar um cuidado qualificado com estes usuários. Apontamos que a formação para o trabalho em saúde também requer que os profissionais estejam atentos ao perfil do usuário e as suas demandas, portanto, uma formação em regime de capacitação ou especialização, ampliaria o escopo teórico e técnico das psicólogas.

Apostar na necessidade de buscar formações técnicas e teóricas para a atuação junto com a família vai ao encontro de pensar estratégias de cuidado que mais se aproximem das demandas psicológicas apresentadas pelos familiares. No entanto, isso não dirimi o esforço realizado pelas profissionais entrevistadas em executar um trabalho com estes indivíduos durante o processo de hospitalização de um familiar em UTI, uma vez que percebemos a intenção e a sensibilidade para o cuidado em saúde destas pessoas.

3.2 Especificidade do trabalho da psicóloga hospitalar em UTI

Nas entrevistas foi perceptível a diferenciação entre o trabalho das psicólogas nas unidades de terapia intensiva das demais unidades hospitalares. Um avanço nos dados da pesquisa foram as especificidades e diferenças trazidas pelas profissionais na atuação em UTI pediátrica e em UTI de adulto. Pode-se perceber nas falas das participantes:

“Nas minhas UTIs as mães ficam 24 horas, porque na pediatria a mãe e o bebê são considerados a mesma coisa, a criança é considerada uma extensão da mãe. Então é como se eu visse que são dois adoecimentos

tanto da criança quanto da acompanhante, que na maioria das vezes é a mãe” (sic). (Participante 1)

“Na pediatria a família fica junto. Então, querendo ou não, essa criança se sente acolhida, se sente segura. Na UTI do adulto, o adulto fica sozinho. Às vezes tem essa questão realmente, da família estar distante. Então, assim, são públicos diferentes, então também a equipe é diferente”(sic). (Participante 2)

O reconhecimento de que há demandas familiares diferentes a depender da idade do paciente é um dado relevante, visto que os membros da família estarão em tempos diferentes de sua vida e verão o paciente de acordo com o lugar que ele ocupa no núcleo familiar. Deste modo, as demandas das mães e pais de bebês, crianças e adolescentes serão distintas daquelas trazidas por companheiros, irmãos e filhos de pacientes adultos. Isto não elimina a possibilidade de que haja pessoas na posição de parentalidade dos pacientes internados em UTI adulta ou a ausência de irmãos nas UTIs neonatais e pediátricas, mas nos ajuda a pensar estratégias em torno das reais necessidades de cada tempo de vida dos indivíduos.

Percebemos que a hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva é um grande desafio para a família do paciente, seja na UTI adulto ou na pediátrica, assim, apesar das diferenças, faz-se necessário que a psicóloga atue junto a essas famílias como rede de apoio e facilitadora do processo. Tendo em vista que na UTI Pediátrica as mães precisam se adaptar muitas vezes a uma estrutura desconfortável, a rotina hospitalar e lidar com o desgaste físico e emocional. Na UTI de adultos, a família se sente abandonada, com o contato distante com a equipe e o distanciamento da rotina hospitalar (ISMAEL, 2004).

A hospitalização de um familiar na UTI simboliza um risco à estrutura familiar, pois pode representar um momento de instabilidade no equilíbrio do grupo (MOREIRA, MARTINS E CASTRO, 2012). Segundo Lucchesi et al. (2008, p.23) “instaura-se um período de crise e os conflitos pré-existentes acompanham o grupo familiar no período de internação e podem refletir diretamente na relação com a equipe e com o próprio paciente”. Podemos ver isso na fala da participante abaixo:

“Então, eu acho que o papel da psicologia junto ao familiar vai dar um suporte naquele momento, e tentar organizar o máximo possível aquela

família. Não só na parte mesmo dos sentimentos, mas de compreender agora o papel de cada um daquela família, com a saída, por exemplo, na UTI adulto que está internado o chefe daquela família, o senhorzinho. Então, quais são os papéis que ficaram pras outras famílias? Qual é a importância de cada um? Qual é a importância daquele paciente dentro dessa família? E, no ponto extremo, na neo, que são mães, pais, que sempre sonharam com aquele bebê e o bebê está ali, nasceu de 28 semanas, muito pequenininho, e saiu tudo do planejado deles. Então, trabalhar essas frustrações, ser uma pessoa que eles podem se apoiar, que vai estar ali pra ajudar eles, talvez na comunicação com a equipe, na comunicação com outros familiares. Eu vejo que cada vez mais a gente vai conseguindo compreender o funcionamento de cada família e estando junto ali” (sic) (Participante 4).

Nas falas das psicólogas podemos identificar diferenças entre a UTI adulta e a UTI Pediátrica, seja pelo espaço, pela distância estabelecida entre familiares e pacientes ou pelo contexto familiar. Mas algo imprescindível neste processo, é o sofrimento que estes familiares apresentam e enfrentam durante a internação, logo, é de suma importância que as profissionais de psicologia se atentem a escutar e compreender as necessidades destes sujeitos, que na maioria das vezes estão precisando se sentir mais próximos ao paciente hospitalizado, ter notícias mais frequentes do caso clínico e saber de fato o que está acontecendo com o paciente, além de ter um espaço no qual vai ser acolhido e escutado.

Aqui retomamos o que falamos anteriormente sobre a disponibilidade para a escuta e o acolhimento das psicólogas hospitalares (LIMA e MARTINS, 2017; SIMONETTI, 2013), uma vez que espera-se que a intervenção da psicóloga hospitalar junto ao paciente possa possibilitar a dirimção do sofrimento determinado e indeterminado do familiar no contexto de adoecimento e hospitalização do paciente.

3.3 Medo da perda em diversas dimensões e o luto

Na escuta das psicólogas hospitalares percebemos que as demandas direcionadas a equipe de psicologia se relacionam com o medo da perda em diversas dimensões e com o luto. Como exemplo, trazemos a fala:

“Muito medo da criança morrer, medo das sequelas que a doença vai deixar, para os familiares é muito difícil assimilar que a criança que chegou na UTI

não é a mesma que vai sair, requer muito tempo e acaba sendo um luto desse filho ideal” (sic). (Participante 1)

Para Helena (2018), a criança está presente na fala dos pais antes mesmo de nascer, sendo representada em suas expectativas e desejos. Morsch e Braga (2003) expressam que os pais vivenciam sensações diferentes durante a hospitalização de um bebê, como a perplexidade e o medo perante a uma realidade diferente da que foi projetada e idealizada inicialmente para o bebê e sua inclusão na família. Ao desejar uma criança, os pais iniciam a construção de uma história para o filho, já apontando o lugar que deverá ser ocupado por ele no núcleo familiar, assim, cabe aos pais apresentar o mundo para o bebê e este novo indivíduo ao mundo. A hospitalização de um filho seja pela prematuridade, síndrome genética, acidente ou outra comorbidade causa um desvio na história erigida pelos pais, uma vez que os profissionais de saúde irão apresentar um novo filho a estes pais que, por sua vez, terão que reescrever essa história para o mundo. Tratamos aqui como mundo, tudo aquilo e aqueles que são externos ao grupo familiar, mas que dialogam diretamente ou indiretamente com a inclusão de cada pessoa na civilização.

Vale lembrar que já haveria uma mudança para os pais entre a imagem do filho desejado e a imagem do filho que nasceu na realidade. No entanto, a prematuridade ou o adoecimento podem ampliar essa distinção entre o imaginado e a realidade, amplificando também o luto pela perda dessa construção imaginária. Articula-se a essa desconstrução da fantasia sobre o filho ideal, o medo da perda real do filho pela morte, complexificando o sofrimento e o processo de elaboração do luto. Aqui percebemos uma considerável contribuição da psicologia.

Ainda, as falas das psicólogas hospitalares manifestaram a presença da crença entre os familiares de que a UTI é um lugar onde as pessoas falecem, contradizendo o real objetivo da UTI que é propiciar estabilidade no estado de saúde do paciente, a fim de que ele possa dar continuidade ao seu tratamento no ambiente de enfermagem. Podemos verificar essa crença nas falas das participantes:

“Aos familiares, mais a questão realmente da fragilidade emocional. Doenças que agravam. Morte, finitude. Diagnóstico, receber o diagnóstico. Então, assim, o choque de receber um determinado diagnóstico. Chegam muitas coisas. Adaptação à rotina hospitalar, nesse ambiente (sic)”. (Participante 2)

“Muitos com dificuldade de lidar, de ter que enfrentar esse processo de adoecimento, internação, risco de óbito. Medo da UTI, o fato da UTI ainda ser muito associada com o conceito de morte (sic)”. (Participante 3)

“É estar lá, do lado do familiar, enquanto ele está visitando um paciente, que está em ventilação mecânica, que não está acordado, que não está se comunicando, enfim. Porque nesse momento, como o familiar, muitas vezes ele não sabe se pode tocar, se pode falar, quais as formas que ele pode interagir, por exemplo, transmitir o afeto que ele sente, para que o paciente sinta a sua presença e coisas do tipo. E quando está muito grave, também pra trabalhar questões de luto, né, de despedida, de facilitar esses processos. Porque as pessoas, elas têm um medo assim de, não, está na UTI é porque vai falecer. Está na UTI é porque vai morrer, já não tem mais o que fazer, tá só esperando. E até pra flexibilizar isso, né? Quando, obviamente, é um paciente grave, trabalhar com esses aspectos, de que a UTI, ela é um espaço que cuida de pessoas que estão em situação de saúde muito fragilizada, que precisam de mais suporte (sic)”. (Participante 5)

Sabemos que a Unidade de Terapia Intensiva é uma “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia” (BRASIL, 2010). A UTI caracteriza-se como paciente elegível para tratamento na UTI, aquele que apresenta “comprometimento de um ou mais dos principais sistemas fisiológicos, com perda de sua auto regulação, necessitando de assistência contínua” (BRASIL, 2010). Logo, o ambiente do intensivismo corresponde a um lugar de tratamento e possibilidade de seguimento para a cura em outras unidades. Muito embora saibamos que a morte pode acontecer na UTI, não deveria haver esta associação entre o fenômeno da morte e a unidade.

Segundo Haberkorn (2004), embora a internação em UTI disponha de cuidados especializados e atenção contínua aos pacientes, este serviço é visto como um dos locais mais críticos e causadores de medo no processo de hospitalização, por ser representado na sociedade como um lugar no qual a morte está presente.

Com isso, as profissionais buscam trabalhar o luto antecipatório com a família como prevenção ao luto complicado. De acordo com Franco e Silva (2021), o luto antecipatório é vivido pela família desde o diagnóstico e sua compreensão a respeito dos cuidados ofertados terá implicação no luto após a morte. Para

Pallottino, Rezende e Dantas (2021), ações como o compartilhamento do planejamento terapêutico, suporte ao outro, apoio e cuidado na preparação dos rituais de despedida e comunicação acolhedora, são utilizadas como intervenções preventivas para evitar um luto complicado.

3. 4 Escuta do sofrimento dos familiares

Nas entrevistas, as psicólogas hospitalares apontaram que a escuta do sofrimento é um dos principais cuidados oferecidos pela psicologia aos familiares dos pacientes internados na UTI, considerando que as demandas trazidas por estes estavam relacionadas ao processo de adoecimento e de hospitalização, que traz consigo anseio, angústia, ansiedade, dor, medo, insegurança, raiva, revolta e muitas vezes, depressão (Melo, 2007). Podemos verificar melhor nas falas das participantes:

“O que eu tento fazer no meu trabalho é principalmente escutar esse sofrimento e dar espaço pro subjetivo dentro desse local que é tão físico e biológico, que é tão rápido e mecanicista, cheio de protocolos e regras” (sic). (Participante 1)

“Na UTI tem mais mortes do que fora dela. Então, ansiedade, com os familiares a gente trabalha a questão da perda. Mas na UTI, ela é uma área muito delicada, né? Então, assim, a gente tem crianças que estão graves, então a gente tem realmente família fragilizada” (sic). (Participante 2).

De acordo com Moreira, Martins e Castro (2012), a psicóloga na UTI precisa escutar e atentar para o adoecer do sujeito e os pontos que estão ligados a ele, considerando os anseios, convicções e vulnerabilidade do paciente e da sua família, por conseguinte, a psicologia hospitalar tem como principal objetivo a redução do sofrimento causado pela hospitalização (CAMON, 2004).

Dunker (2016) fala de dois tipos de sofrimento: por determinação e por indeterminação. O sofrimento por determinação acontece quando “é possível reconhecer a presença da função nominativa como indutora do sintoma” (p.73) e o sofrimento de indeterminação é quando “estamos diante da ausência da função nominativa indutora do sintoma” (p.73). Podemos averiguar isto na fala da participante 5:

“Outras demandas também são em relação aos familiares bastante ansiosos, e isso de se desorganizar emocionalmente, não só a pessoa que está vindo visitar, mas vários familiares desse ciclo, dessa rede de apoio, porque muitas vezes são provedores que se hospitaliza, são pessoas que são fundamentais para manutenção da organização familiar. Aquela colinha que cola todo mundo, pois é. E isso gera muita desorganização em relação aos próprios familiares, de expectativas em relação a como é que vai ser daqui a não sei quanto tempo, será que ele vai sair da UTI? E isso são demandas da família, entender o processo de hospitalização e se adaptar a isso. Porque muitas vezes são dias constantes de ansiedade, e essa ansiedade não melhora, porque sempre pode vir uma notícia diferente, sempre tem aquela expectativa de que notícia vai receber, se ele vai melhorar, se ele não vai melhorar”(sic).

O sofrimento pela espera de uma notícia que pode ser boa ou ruim, o sofrimento pela distância que é estabelecida entre o familiar e o paciente, o sofrimento pelo medo da perda do ente querido, o sofrimento pela falta de informações. Estes são alguns dos sofrimentos vivenciados por familiares de pacientes internados na UTI diariamente, a psicóloga hospitalar deve então, favorecer a elaboração dos sentimentos envolvidos ao escutar a família do paciente, oferecendo assim uma rede de apoio no enfrentamento da dor, sofrimento e medo da perda do paciente (LUSTOSA, 2008). Pode-se perceber o papel fundamental da psicologia neste ambiente para a amenização da dor destes indivíduos.

3.5 Estratégia de cuidado

Para Figueiredo (2012), o cuidado é algo inerente ao ser humano, pois todos fomos recepcionados por humanos para que pudéssemos sobreviver à vulnerabilidade corporal e emocional no início da vida. Esta disposição para cuidar requer uma disponibilidade do humano, assim, mesmo que haja o cuidado como condição humana, nem todos poderão o exercer. Os profissionais de saúde são indivíduos que se colocam dispostos a cuidar de outras pessoas, por conseguinte, podemos compreender que as psicólogas hospitalares estão disponíveis para exercer o cuidado com os pacientes e familiares.

“Muitas vezes cuidar é basicamente ser capaz de prestar atenção e reconhecer o objeto dos cuidados no que ele entende próprio e singular,

danto disso testemunho e se possível levando de volta ao sujeito sua própria imagem”. (FIGUEIREDO,2012, p.138)

Segundo Helena (2018), como estratégia de cuidado a psicóloga hospitalar pode disponibilizar um lugar que permita uma elaboração psíquica da experiência que está sendo vivenciada de modo que genuinamente os sentimentos relacionados sejam falados e compreendidos.

De acordo com Romano (2005) a psicóloga pode trabalhar através do acompanhamento individual, no qual é dado um espaço de acolhimento no qual a família pode expressar seus sentimentos, ou também através de atendimento em grupo, no qual os familiares podem perceber que não somente eles estão passando por um momento difícil, outras pessoas também compartilham dos mesmos sentimentos e muitas vezes em situações piores, esse tipo de trabalho pode reduzir a ansiedade e aumentar a compreensão da doença e dos cuidados.

Entendemos que algumas estratégias podem ser construídas pela profissional de psicologia para que possa exercer o cuidado. As psicólogas hospitalares exemplificam seus trabalhos de aproximação e acolhimento das famílias com o uso de grupos de comunicação no WhatsApp, execução de grupos de apoio emocional no ambiente hospitalar, acolhimento das famílias durante a visita familiar na UTI, participação da visita multiprofissional no leito, uso de recursos lúdicos, dentre outros. Podemos ainda citar as falas:

“A gente tem uma rotina de acolhimento. Então, todos os pacientes que chegam hoje pra gente na UTI, a gente faz um acolhimento de todos eles. E aí durante esse acolhimento a gente percebe se tem demanda pra dar continuidade ou se não...Antes da pandemia fazíamos o grupo de apoio, a gente trazia uma temática, na verdade uma dinâmica pra conversar. E aí realmente era o que surgia naquele momento, eram grupos abertos. Então toda semana a gente tinha um grupo, uma semana estava uns familiares, na outra já eram outros. A gente tinha todo um cuidado, começo, meio e fim naquele mesmo grupo”(sic). (Participante 2).

“Na UTI o nosso trabalho é bem amplo, né? Pode trabalhar participando do round, participando dos boletins, atendimento às famílias, aos pacientes, a questão pode ser feito grupo de espera, né?. Assim, grupos terapêuticos com o pessoal na espera podem ser realizadas estimulações cognitivas quando o paciente está ali de certa forma desorientado, com um quadro de delírio”(sic). (Participante 3).

“Por exemplo, na hora da visita, antes de começar a visita, eu fazia um momento inicial com todos os familiares, buscando conhecer o nome de

cada um, saber quem era o paciente que eles estavam visitando, se era o filho, se era a mãe, se era o esposo, enfim. E dar umas pequenas orientações, porque a UTI é um espaço que é muito assustador. Para uma pessoa que nunca visitou, é muito assustador. São muitas máquinas, ruídos constantes, a equipe ativamente se movimentando lá. Eu explicava como era a rotina, quais os profissionais que participavam do cuidado, qual era o cuidado que a psicologia poderia ofertar aos familiares”(sic). (Participante 5).

No que tange ao cuidado à família do paciente em UTI pediátrica, percebemos que há um manejo mais específico no uso dos recursos. A exemplo do que nos fala a participante 4:

“Com as crianças dentro da UTI, eu utilizo muito brinquedo, muita pintura. Então, assim, eu levo pra poder a gente começar essa comunicação e aí, eu vou bolando as estratégias de acordo com o que vai aparecendo. Mas eu percebo muito a importância dessas reuniões com os familiares, de fazer atividades conjuntas entre as mães e as crianças maiorzinhas pra gente ver esse vínculo também familiar, a gente trabalhar tudo isso e tentar também trazer os dois à frente pra realidade. O que está acontecendo e como a gente pode ajudar”(sic).

Através das falas das psicólogas podemos perceber uma enorme diversidade de estratégias de cuidados oferecidos pelas mesmas aos familiares de pacientes internados na UTI. Estes cuidados são significativos a estes familiares, amenizando a ansiedade, o medo e o sofrimento.

3.6 Conflitos entre família e a equipe de saúde

A comunicação adequada com a equipe é considerada um fator relevante pelos familiares durante todo o tratamento (MUNHOZ ET AL.,2014). Entretanto, o contato entre os familiares e a equipe de saúde muitas vezes é conflituoso e inadequado, se tornando um fator de sofrimento, sendo assim a psicóloga deve atuar mediando esta comunicação. Podemos ver isso na fala da participante 1:

“Nas questões de conflitos de comunicação da equipe com o familiar eu tento intermediar, tentar perceber o que foi naquela escuta que não houve de outros profissionais, o que foi deixado passar, o que aquela pessoa queria, como também dos profissionais, então assim, tento mediar muito esses conflitos” (sic).

O que podemos perceber é que na prática da rotina hospitalar, principalmente na UTI que é um ambiente permeado pela pressa, por intercorrências que acontecem a todo instante, exigindo que a equipe de saúde esteja sempre atenta a cada detalhe. Muitas vezes passa despercebido estabelecer uma comunicação de qualidade com os familiares dos pacientes internados, que geralmente estão esperando notícias após um dia inteiro longe do familiar, considerando que a maioria das UTIs só recebem os familiares durante as visitas, que também estão precisando entender verdadeiramente o que está acontecendo com o seu ente querido e que necessitam de uma atenção adequada vinda dos profissionais.

Para Lamy (2003) uma dos deveres do psicólogo é auxiliar na mediação entre família e a equipe, procurando agir nas discordâncias que são capazes de ocorrer na comunicação. O psicólogo tem como responsabilidade proporcionar uma aproximação entre a família e a equipe interdisciplinar, mediando suas comunicações e fortalecendo vínculos de confiança (MOREIRA, MARTINS E CASTRO, 2012). Como apontado anteriormente, esta incorporação da função de mediadora da relação entre os familiares e a equipe de saúde contribui para a melhor transmissão de informações sobre o tratamento em saúde do paciente e as tecnologias de cuidado no ambiente intensivista, já que este é o ambiente novo para a maioria das pessoas, bem como para minimizar falhas na comunicação diante de situações de compartilhamento de notícias potencialmente constrangedoras. Este ato de mediação visa a prestação de uma assistência em saúde de qualidade, o que auxilia na inserção da psicóloga hospitalar na UTI e na sua implicação com o tratamento do paciente.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa intenção em compreender as estratégias de cuidado construídas pelas psicólogas hospitalares na intervenção com a família na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nos permitiu acessar questões relativas à formação em saúde, a especificidade do trabalho em UTI e a conhecimentos relativos à escuta do

sofrimento na hospitalização, ao cuidado de pessoas em situação de perda e de luto e à mediação das relações entre os profissionais e os familiares.

Acreditamos que as explanações sobre a práxis da Psicologia na UTI nos mostrou um campo de trabalho amplo e dinâmico, requerendo que a psicóloga hospitalar desenvolva habilidades técnicas para manejar as demandas específicas deste setor dentro do hospital. Embora as psicólogas não tenham apontado uma formação específica para o trabalho com a família, percebemos que há uma tentativa de compreender outras especificidades que comparecem neste campo, a exemplo do manejo dos sentimentos em torno da perda, da morte e da vulnerabilidade psíquica.

As demandas psicológicas recorrentes entre os familiares de pacientes na UTI, foram relacionadas ao medo da perda, à expectativa de receber notícias do paciente, angústia pela separação física entre o paciente e a família no período de internação na unidade. Logo, os achados da pesquisa nos sinalizaram que é possível haver a sustentação de um trabalho psicológico com os familiares dos pacientes desde que a psicóloga hospitalar compreenda o potencial de sua práxis no contexto do intensivismo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Andreza Santos; ARAGÃO, Neylor Rodrigo Oliveira; MOURA, Elaine; LIMA, Gabriela de Carvalho; HORA, Edilene Curvelo; MATEUS, Laurismary Araújo São. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 844-849, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reben/a/d6KNqK9MDvFVL4cQLMPwN3g/?lang=pt#ModalHowcite>. Acesso em: 12 jun. 2023.

ALMENDRA, Fernanda Saboya Rodrigues. **Psicologia em unidades de terapia: Intervenções em Situações de Urgência Subjetiva**. São Paulo: Atheneu, 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70. ed., São Paulo: Persona, 2011.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8NZjBqQKHGdkMW3TkVYWkVg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 674, de 6 de maio de 2002**. Dispõe sobre a tipificação da pesquisa e a tramitação dos protocolos de pesquisa no Sistema CEP/Conep. Brasília: Diário Oficial da União, 25 out. 2002. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/images/Resolucao_674_2022.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 25 fev. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 12 jun. 2023.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HN778RhPf7JNSQGxWMjdMxB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MÄDER, Bruno Jardini (org.). **Caderno de Psicologia Hospitalar**: considerações sobre assistência, ensino, pesquisa e gestão. Curitiba: CRP-PR, 2016. Disponível em: https://crppr.org.br/wp-content/uploads/2019/05/AF_CRP_Caderno_Hospitalar_pdf.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023.

CALAZANS, Roberto; BASTOS, Angélica. Urgência subjetiva e clínica psicanalítica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 640-652, dez. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/bWJgqMKJnKrzchYpcYnRsgM/?lang=pt>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CAMON, Valdemar Augusto Angerami. **Tendências em psicologia hospitalar**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

CAMPONOGARA, Silviomar; SANTOS, Tanise Martins; SEIFFERT, Margot Agate; ALVES, Camila Neumaier. O cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 124–132, 2011. DOI: 10.5902/217976922237. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2237>. Acesso em: 12 jun. 2023.

CARVALHO, S. C. de. Na angústia do desmame: o surgimento do sujeito. *In*: MOURA, Marisa Decat de (org.). **Psicanálise e hospital**. 2. ed., Rio de Janeiro: Revinter, 2000, pp. 73-82.

DiBiagi, T; Sebastiani, R. Atuação do Psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva Adultos. Alapsa Asociación Latinoamericana de Psicología de La Salud, 2007.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. *In*: KAMERS, Michele; MARCON, Heloisa Helena, MORETTO, Maria Livia Tourinho (orgs.). **Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde**. São Paulo: Escuta, 2016.

ERIKSON, Erik Homburger. **Identidade, juventude e crise**. 2. ed., São Paulo: Guanabara Koogan, 1976.

FARIAS, Flávia Baluz Bezerra de; VIDAL, Luanna Lucena; FARIAS Rosangela Almeida Rodrigues; JESUS, Ana Cristina Pereira de. Cuidado humanizado em UTI: desafios na visão dos profissionais de saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 635-642, 2013. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4767896>. Acesso em: 20 out. 2022.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. **As diversas faces do cuidar**: novos ensaios de psicanálise contemporânea. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2012.

GUSMÃO, Lyvia Maranhão. Psicologia intensiva: nova especialidade. **Revista online Rede Psi**, [S.l.], 8 maio 2012. Disponível em: <https://www.redepsi.com.br/2012/05/08/psicologia-intensiva-nova-especialidade/>. Acesso em: 1 nov. 2022.

HABERKORN, A. Atuação psicológica na UTI. *In*: BRUSCATO, Wilze Laura; BENEDETTI, Carmen; LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida (orgs.). **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo**: novas páginas em uma antiga história. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, pp. 99-107.

HOLANDA, Teresa Cristina Monteiro de. A teoria da crise: Base para a pb de apoio, 2012.

ISMAEL, Silvia Maria Cury. A família do paciente em UTI. *In*: MELLO FILHO, Júlio de; BURD, Miriam. **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, pp. 251-258.

KUPERMANN, Daniel. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na psicologia hospitalar. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 6-20, 2016. Disponível em: <https://revista.sbph.org.br/revista/article/view/408>. Acesso em: 12 jun. 2023.

LAMY FILHO, Fernando. A equipe da UTI neonatal. *In*: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 107-116, 2003.

LEITE, Marinês Tambara; SCHONS, Vanessa Fátima; SILVA, Luiz Anildo Anacleto da; MULLER, Luis Antonio; PINNO, Camila; HILDEBRANDT, Leila Mariza. Hospitalização em unidade de terapia intensiva na voz de idosos e familiares. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 535-549, 2015. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/46060>. Acesso em: 12 jun. 2023.

LIMA, Francielle Marques de; MARTINS, Cátia Paranhos. Reflexões sobre o trabalho da Psicologia na UTI. **Saúde Redes**, Porto Alegre, v.3, n.3, p. 207-213, 2017. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/858>. Acesso em: 12 jun. 2023.

LOPES, Fernanda Gomes (org.). **Residências multiprofissionais hospitalares**: revisitando resultados de um processo de construção. Fortaleza: EdUECE, 2021. Disponível em: <https://www.uece.br/eduecewp/wp->

content/uploads/sites/88/2013/07/Resid%C3%AAscias-multiprofissionais-hospitalares-revisitando-resultados-de-um-processo-de-constru%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 12 jun. 2023.

LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; MARCO, Mario Alfredo de. Saúde mental na unidade de terapia intensiva. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 19-30, 2008. Disponível em: <https://revistasbph.emnuvens.com.br/revista/article/view/174>. Acesso em: 12 jun. 2023.

LUSTOSA, Maria Alice. A família do paciente internado. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 10, n. 1, p. 3-8, 2007. Disponível em: <https://revista.sbph.org.br/revista/article/view/114>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MELO, Ana Paula Seixas de Albuquerque. A tarefa do psicólogo na instituição hospitalar. **Psicópio: Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, n. 6, 2007. Disponível em: <https://www.geocities.ws/revistavirtualpsicopio/edicoes.html>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. *In*: REIS, Afonso Teixeira (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120. Disponível em: <https://l1nq.com/292cN>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**, Lisboa, v.40, n. 40, p. 11-25, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/349/34958005002/34958005002.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

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. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 134–162, 2012. Disponível em: <https://revista.sbph.org.br/revista/article/view/375>. Acesso em: 23 abr. 2023.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; BRAGA, Nina de Almeida; MORSCH, Denise Streit. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

MOTA, Roberta Araújo; MARTINS, Cileide Guedes de Melo; VÉRAS, Renata Meira. Papel dos profissionais de saúde na política de humanização hospitalar. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 323-330, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2871/287122091011.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

MUNHOZ, Bruna Antenucci; PAIVA, Henrique Soares; ABDALLA, Beatrice Martinez Zugaib; ZAREMBA, Guilherme; RODRIGUES, Andressa Macedo Paiva; CARRETTI, Mayra Ribeiro; MONTEIRO, Camila Ribeiro de Arruda; ZARA, Aline; SILVA, Jussara Oliveira; ASSIS, Widner Baptista; AURESCO, Luciana Campi; PEREIRA, Leonardo Lopes; GIGLIO, Adriana Braz del; LEPORI, Ana Claudia de Oliveira; TRUFELLI, Damila Cristina; GIGLIO, Auro del. De um lado ao outro: o que é essencial? Percepção dos pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos. **einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 485-491, 2014. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/de-um-lado-ao-outro-o-que-e-essencial-percepcao-dos-pacientes-oncologicos-e-de-seus-cuidadores-ao-iniciar-o-tratamento-oncologico-e-em-cuidados-paliativos/>. Acesso em: 12 jun. 2023.

PEREIRA, H.; FELICIANO, R. M. H. **A Importância da psicologia intensivista no contexto hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Terapia Intensiva) - Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva, Brasília, 2012.

PESSINI, Leocir; BERTACHINI, Luciana (orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. 4. ed., São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PRADO, Danda. **O que é família**. São Paulo: Brasiliense, 2017.

ROCHA, Patrícia Kuerten; PRADO, Marta Lenise do; WAL, Marilene Lowen; CARRARO, Telma Elisa. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 113-116, 2008. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019608018.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2023.

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

ROSSI, Luciane de. Protocolo de avaliação psicológica em UTI: implicações para a equipe de saúde. In: SANTOS, Nivaldo de Oliveira; LUCIA, Mara Cristina Souza de. (Org.). **Psicologia Hospitalar, Neuropsicologia e Interlocuções**. 1. ed. Rio de Janeiro: Roca, 2016, p. 44-51.

SILVA, Walmy Porto da; GOMES, Isabel Cristina Oliveira. Atuação do psicólogo na unidade de terapia intensiva: uma revisão integrativa da literatura. **Psicologia e Saúde em debate**, Minas Gerais, v. 3, n. 2, p. 44-52, 2017. Disponível em: <http://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/176>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SIMON, Ryad. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de Psicologia Hospitalar: O Mapa da Doença**. 7. ed., São Paulo: Casa do Psicólogo. 2013.

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado por Letícia Helen Santos Silva Bezerra, como participante da pesquisa intitulada “A atuação do psicólogo hospitalar no acolhimento aos familiares de pacientes na UTI”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

O objetivo da pesquisa é compreender quais são as estratégias de cuidado do psicólogo hospitalar com a família na Unidade de Terapia Intensiva. Os objetivos específicos são: conhecer a práxis da psicologia na Unidade de Terapia Intensiva, identificar as demandas psicológicas dos familiares de pacientes na UTI e analisar o discurso das psicólogas hospitalares sobre o trabalho com a família na UTI. Essa pesquisa tem como benefícios a intenção de contribuir com o avanço do conhecimento teórico e técnico a respeito da atuação da psicóloga na UTI, acrescentando conhecimento para a psicologia hospitalar e psicologia em saúde.

Esse estudo vai produzir informações para a apresentação de um trabalho de conclusão de curso de Psicologia no Centro Universitário Christus, e será apresentado para uma banca de professores e para o público interessado. Essa pesquisa pode também gerar trabalhos científicos que poderão ser apresentados em congressos e/ou publicados em revistas científicas, sem citar nomes, mas mostrando algumas informações de forma pessoal e geral.

Caso você concorde em participar deste estudo, solicitamos a sua aquiescência em participar do estudo, obtido por meio da assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido. O termo está sendo disponibilizado em duas vias originais: uma para ficar com você e outra para ficar com o pesquisador.

Será realizada uma entrevista em um local seguro, onde não ocorram interrupções e incômodos. A entrevista conta com perguntas disparadoras que visam responder aos objetivos dessa pergunta e poderá ter duração média de 30 minutos, a depender de sua participação. Pedimos permissão para gravar suas respostas, a fim de que não seja perdida nenhuma informação. Na transcrição da gravação, não é colocado seu nome e sim um número, de modo a garantir o sigilo quanto à identificação dos

sujeitos. Portanto, sua identidade será mantida em sigilo e os dados a serem utilizados serão anônimos, ou seja: não se pode saber quem disse as respostas. Ao final da pesquisa, a gravação será destruída.

Caso ocorra algum desconforto ou constrangimento ou emoção incômoda, você será respeitado (a) e acolhido (a), sendo você quem decidirá se continuará a participar da entrevista. Você é livre para escolher participar da pesquisa e sua decisão será respeitada sem qualquer prejuízo, assim também como pode desistir a qualquer momento e pedir informações sobre esse estudo e seus resultados. Sua participação é voluntária, o que significa que não existe pagamento a ser feito.

Essa pesquisa foi submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Unichristus, instância responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Cumprindo as exigências da Resolução 466/12, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e da Resolução 510/16, que trata das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

Essa pesquisa cumpre as exigências da Resolução 510/16, que trata das normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujos procedimentos metodológicos envolvem utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Você terá esclarecimento sobre a pesquisa em qualquer ponto que desejar, sendo livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Poderá entrar em contato com a Pesquisadora Responsável através do e-mail leticiahelen536@gmail.com para esclarecimento de dúvidas ou divulgação de resultados; bem como dirigir-se até a instituição a qual a pesquisadora está vinculada, no endereço: R. João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180.

Nome: Letícia Helen Santos Silva Bezerra

Instituição: Centro Universitário Christus - Unichristus

Endereço: Rua José Gomes, 395 – Jardim do Amor, Caucaia - CE

Telefones para contato: (85) 98564-7059

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unichristus – Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133 - Cocó, Fortaleza - CE, 60190-180. Telefone: (85) 3265-8100. O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa:

Data:

Assinatura:

Nome do pesquisador:

Data:

Assinatura:

Nome do profissional que aplicou o TCLE:

Data:

Assinatura: