

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVESITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE (UNI RN)
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PEDRO FELIX DE VASCONCELOS

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:
A RELEVÂNCIA DO SUPORTE PSICOLÓGICO A FAMÍLIA DO DOENTE

NATAL
2017

PEDRO FELIX DE VASCONCELOS

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:

A RELEVÂNCIA DO SUPORTE PSICOLÓGICO A FAMÍLIA DO DOENTE

Relatório de estágio apresentado como requisito avaliativo parcial da disciplina de Estágio Supervisionado II do Curso de Psicologia da UNI -RN

Supervisora Acadêmica: Profa. Luciana Barbosa de Oliveira (CRP: 17/0742).

Supervisora de Campo: Psicóloga Vanessa Macambira dos Santos (CRP 17/1061).

NATAL

2017

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso é referente ao relatório de estágio supervisionado em ênfase clínica II na área hospitalar desenvolvida na disciplina estágio profissionalizante II, da unidade curricular do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário do Rio Grande do Norte – UNI RN. Tem como objetivo refletir sobre a relevância do suporte psicológico aos familiares dos pacientes que se encontram internados na Unidade de Terapia Intensiva pós-cirúrgica do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. É notório que a internação em uma UTI é julgada por muitos como o um local onde a possibilidade de morte é iminente e, se tratando de um parente, esse pensamento aliado aos os sentimentos de angústia e desespero estão sempre presentes, tais fatores podem influenciar no desencadeamento de constâncias altas de estresse, distúrbios de humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação. Diante disso, o presente trabalho objetivou refletir sobre importância do suporte psicológico aos familiares destes pacientes, e a relevância do profissional de psicologia em uma UTI.

Palavras-chave: UTI, Pacientes, Familiares, Suporte Psicológico

ABSTRACT

This dissertation is related to the report of supervised internship in clinical area II in the hospital area developed in the discipline vocational stage II, of the course unit of the undergraduate course in Psychology of the University Center of Rio Grande do Norte - UNI RN. It aims to reflect on the relevance of the psychological support to the relatives of the patients who are hospitalized in the Intensive Care Unit postoperative of the Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel. It is well known that ICU hospitalization is judged by many as the one where the possibility of death is imminent and, if it is a relative, this thought allied to the feelings of anguish and despair are always present, such factors can influence in the triggering of high stress constants, mood disorders and anxiety during the follow-up of hospitalization. Therefore, the present study aimed to reflect on the importance of psychological support to the relatives of these patients, and the relevance of the psychology professional in an ICU.

Keywords: ICU, Patients, Family, Psychological Support

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
2.1 BREVE HISTORICO DO HOSPITAL	8
2.2 PSICOLOGIA DA SAÚDE	9
2.3 PSICOLOGIA HOSPITALAR.....	10
2.4 CENTRO DE RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATORIO – CRO	13
2.5 UTI: breve histórico	15
2.6 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	16
2.6.1 Psicólogo Intensivista: definição, funções e atribuições	17
2.7 FAMÍLIA DO PACIENTE HOSPITALIZADO.....	19
2.8 HUMANIZAÇÃO	21
3 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO	24
4 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO	25
5 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA	28
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	32
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE	42

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como finalidade relatar através da vivência das famílias, a relevância do suporte psicológico a família do doente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Tendo como base os pressupostos teóricos da psicodinâmica, para estabelecer uma atuação prática no âmbito hospitalar de qualidade.

Para cumprir este desafio o local de estágio foi o Complexo Hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel, Localizado na Av. Sen. Salgado Filho, s/n – Tirol. A instituição possui o atendimento voltado serviços de urgência e emergência, atendendo exclusivamente os usuários do Sistema único de saúde (SUS).

Inicialmente será exposto de forma breve a história dos hospitais, e suas transformações ao longo da história, essas mudanças fizeram com que os hospitais ganhassem, na sociedade contemporânea, status de instituição pública e essencial.

Em seguida aborda-se o tema da psicologia da saúde, que apesar de ser uma área de atuação relativamente nova em comparação a Psicologia clínica, já está bastante consolidada entre as vertentes da psicologia. Seu modelo de atuação enfatiza compreender e atuar sobre a inter-relação entre comportamento e saúde e comportamento e doenças.

Adentrando na tríade Psicologia/saúde/doença, será explorado tópico da Psicologia hospitalar. Mais que uma atuação determinada por uma localização Psicologia Hospitalar é o campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento e está fundada em prática interdisciplinar. Levando o psicólogo a passar além dos limites do consultório, mantendo uma comunicação obrigatória com profissionais de outras áreas, o que indica a multidisciplinaridade de enfoques ao mesmo problema e em consequências e ações diversas.

Darei destaque neste trabalho, a relação da família com seu parente hospitalizado, visto que ao receber a notícia da doença e/ou hospitalização de um de seus membros, este desequilibra-se podendo até mesmo desenvolver algum tipo de patologia em decorrência do estresse (ROMANO,1999). Acreditando que o paciente é um seguimento da família, e que essa tem um papel fundamental na sua recuperação, é de extrema importância atender as reais necessidades dos familiares. Visto isso, o trabalho a ser realizado pelo psicólogo para com essa família vai exigir

algumas habilidades, como reconhecer suas ideologias, lideranças, crenças e, ao mesmo tempo, perceber que o doente e sua doença representam para ela. Pois a sua reação dependerá da estrutura existente antes da doença, do seu tipo de vínculo com o paciente e do lugar que este ocupa na constelação familiar.

O estudo para este trabalho foi realizado em um setor específico do hospital HMWG, a UTI pós-cirúrgica/CRO, pois ficou percebido que tanto o paciente quanto da família, ficam mais fragilizados com a internação na Unidade de Terapia Intensiva. Souza (2010), afirma que quando um familiar é hospitalizado instala-se uma crise, podendo precipitar uma desestruturação familiar. No momento da admissão do paciente torna-se necessário a conscientização da real situação do doente e da necessidade de tratamento ou hospitalização em UTI. O familiar deve ser visto como paciente secundário, pois chega a UTI desconfiado e inseguro frente a realidade vivenciada e precisa ter a oportunidade de falar sobre a doença, seus medos, fantasias sobre a morte e expressar seus sentimentos.

Tendo como aporte alguns conceitos e técnicas da psicodinâmica, busquei realizar através de atendimentos psicológicos individuais e em grupos, dá uma assistência a tríade paciente/família/equipe de saúde, diante de uma visão humanizada. Valendo-se da psicoterapia breve busquei utiliza-la no atendimento de situações agudas cujos objetivos foram alívio dos sintomas, prevenção de descompensações maiores, desenvolvimento da capacidade de enfrentar melhor futuras crises e restauração do nível prévio de equilíbrio.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Fundamentação teórica neste trabalho consiste em uma abordagem dos assuntos mais significativos que estão relacionados aos familiares de paciente internado em um leito de UTI, frente ao processo de adaptação ao adoecimento, tratamento, e a importância do cuidado e suporte psicológico para com essas pessoas. Os assuntos serviram, também, de subsídios à prática assistencial, auxiliando no alcance dos objetivos propostos pelo estágio. Portanto, a presente fundamentação, mesmo que ainda elementar, pretende trazer algumas considerações sobre:

Unidade de Terapia Intensiva: A relevância do suporte psicológico a família do doente

2.1 BREVE HISTÓRICO DO HOSPITAL

Segundo Campos (1944) A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*). Vem de *hospes* – que significa hospede em latim. Hóspedes, porque antigamente nas casas de assistência eram recebidos peregrinos, pobres e enfermos advindos de longas jornadas. No hospital medieval eles, eram higienizados, alimentados e recebiam outros cuidados, e ali permaneciam por um certo período, até estarem em boas condições de saúde para partirem para próxima viagem. Castelli (2005) refere-se ao termo hospes (hospedes), como significado de acolher, ir ao encontro, representando uma atitude proativa por parte de quem, acolhe, a qual cabe a figura do cuidador que se ocupa desse ser em necessidade, proporcionando bem-estar e os cuidados necessários a esta "estadia".

Campos (1995) ressalta que tais ambientes vão se construindo em espaços, conforme as necessidades, ou seja, o mercado foi hospital daquela época:

Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofridos o mesmo mal ou sabiam de outros que tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fora eficaz ou eficaz na cura de pessoas de duas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia. (CAMPOS, 1995, p. 67).

Ao longo da história muita coisa mudou quando se refere a hospital. Passou a ser uma instituição especializada no tratamento dos enfermos e ganhou, na

sociedade contemporânea, status de instituição pública e essencial. Em decorrência da necessidade do psicólogo na área da saúde e conseqüentemente na instituição hospitalar, a psicologia da saúde foi se desenvolvendo. No item subsequente trataremos desta necessidade e dos aspectos relacionados a este tema.

2.2 PSICOLOGIA DA SAÚDE

Psicologia da Saúde é uma área nova, foi desenvolvida principalmente a partir da década de 70, cujas pesquisas e aplicações, visam a compreender e atuar sobre a inter-relação entre comportamento e saúde e comportamento e doenças. (MIYAZAKI; DOMINGOS; CABALLO, 2001; BARROS, 2002).

Essa vertente da psicologia enfatiza a importância do modelo biopsicossocial, o qual dá importância não só aos aspectos biológicos da saúde humana, mas também a aspectos psicológicos e sociais, compreende o homem como um todo (BARROS, 1999).

O estudo sistemático da saúde sempre esteve atrelado ao desenvolvimento da medicina, tendo o modelo biomédico, durante anos como o único modelo da saúde estando presente ainda nas práticas dessa área.

A PS busca compreender o papel das variáveis psicológicas sobre a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e seus comportamentos associados, além de desenvolver pesquisas sobre cada um desses aspectos, no manejo ou no enfrentamento das mesmas (MIYAZAKI; DOMINGOS; CABALLO, 2001).

Teixeira (2004), diz que os psicólogos da saúde se direcionam para a compreensão da forma como os fatores biológicos, comportamentais e sociais influenciam a saúde e a doença.

Em seguida abordaremos o tema da Psicologia Hospitalar centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, enquanto que a Psicologia da Saúde desenvolve suas intervenções no âmbito preventivo e primário de atenção à saúde.

2.3 PSICOLOGIA HOSPITALAR

A história da Psicologia Hospitalar remonta a 1818, quando, no Hospital McLean, em Massachussets, formou-se a primeira equipe multiprofissional que incluía o psicólogo. Nesse mesmo hospital foi fundado, em 1904, um laboratório de psicologia onde foram desenvolvidas pesquisas pioneiras sobre a Psicologia Hospitalar (ISMAEL, 2005; BRUSCATO; BENEDETTI; LOPES, 2004).

No Brasil, os primeiros serviços de Higiene Mental foram fundados na década de 30, como propostas alternativas à internação psiquiátrica, e o psicólogo inaugura, junto à Psiquiatria, seu exercício profissional na instituição de saúde (ISMAEL, 2005).

Os relatos de inserção do psicólogo em hospitais começam na década de 50, com Matilde Neder instalando um Serviço de Psicologia Hospitalar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Matilde Neder, ao ser convidada para o trabalho, procurou fazer uma adaptação técnica de seu instrumental teórico, acoplando-o à realidade institucional. Houve então a criação de modelos teóricos de atendimentos que visavam agilizar esses atendimentos afim de torná-los adequados à realidade hospitalar (ANGERAMI-CAMON; CHIATTONE; NICOLETTI, 2003).

Durante muito tempo, a psicologia hospitalar utilizou-se de recursos técnicos e metodológicos de outras áreas do saber psicológico, que nem sempre se mostraram adequados ao contexto hospitalar. A inexistência de um paradigma claro que pudesse definir estratégias dificultou a oportunidade de legitimação do espaço psicológico nas instituições de saúde. A partir da pluralidade evidenciada no exercício da psicologia no contexto hospitalar, iniciou-se um direcionamento de pesquisas e publicações a respeito dessas práticas a fim de se fortalecer a identidade do profissional dessa área (ANGERAMI-CAMON, 2002).

O termo Psicologia Hospitalar tem sido usado no Brasil até então para designar o trabalho de psicólogos em hospitais, ao que se sabe, sem precedentes em outros países (BUCHER, 2003; SEIDL; COSTA, 1999). O movimento para demarcar a área como uma especialidade surgiu a partir do final da década de oitenta (YÉPEZ, 2001). Tal fato se concretizou em dezembro de 2000, quando o Conselho Federal de Psicologia (CFP) promulgou a Resolução de nº 014, regularizando a concessão de título de especialistas, incluindo a Psicologia Hospitalar.

Segundo Angerami-Camon (1997), a atuação do psicólogo hospitalar está

diretamente determinada por limites institucionais, pela instituição em si – o hospital – caracterizada por regras, rotinas condutas específicas que devem ser respeitadas e seguidas limitando as possibilidades de atuação do profissional.

No hospital é substancial que o psicólogo perceba a necessidade de reaprender com suas práticas, reintegrando seus conhecimentos através de uma postura de constante investigação sobre elas, apreender o objeto de trabalho como coletivo e planejar coletivamente em equipes as práticas de atuação, articular seus conhecimentos aos demais membros da equipe, recobrando assim, a ideia de trabalho socialmente articulado. Isso significa saber trabalhar em equipe interprofissional, com objetivos socialmente apreendidos e articulados em direção à melhoria coletiva (CHIATTONE, 2011, p. 145).

O psicólogo no hospital deve, portanto se inserir nas equipes de saúde afim de fixar-se, firmar-se, interagir. Contudo é preciso apontar que essa entrada do profissional da área de psicologia no hospital, ao pressupor adaptações teórico-práticas, pode induzir o profissional a correr o risco de ser aceito apenas por ser minoria, e de moldar-se ao modelo biomédico.

CFP (2003), coloca que, o psicólogo especialista em Psicologia Hospitalar tem sua função centrada nos âmbitos secundário e terciário de atenção à saúde, atuando em instituições de saúde com o objetivo tratar os aspectos psicológicos frente ao adoecer, realizando atendimento psicoterapêutico, podendo ser utilizado de diversas condutas:

- Avaliação Psicológica de pacientes e familiares;
- Suporte de pacientes, familiares e também da equipe de saúde;
- Acolhimento;
- Acompanhamento terapêutico de pacientes e familiares;
- Evolução de Prontuário (Manual ou em Sistema);
- Protocolos realizados pela equipe de saúde.

De acordo com as definições do CFP (2003), O psicólogo hospitalar pode atuar em diversos setores no hospital, como por exemplo: atendimentos em ambulatório, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), UTI Pediátrica, Semi-Intensiva e Neo-Natal, Pronto Atendimento (Pronto-Socorro Adulto, Obstetrícia, Infantil, Emergência), Enfermarias em geral (Adulto e Pediátrica), Centro Médico Cirúrgico (Pré-operatório/Pós-operatório). As atividades propostas por esse profissional podem ser executadas de diversas maneiras no contexto hospitalar como: Grupos Terapêuticos, Cuidados Paliativos, Sistema de Plantão, Visita Multidisciplinar, Grupos

de psicoprofilaxia, Interconsulta, programas de humanização, entre outros.

A psicologia inserida no hospital é de grande importância, pois o adoecer de um indivíduo vai muito além da doença orgânica; uma série de fatores estarão influenciando neste processo de adoecimento. O que interessa a psicologia hospitalar não é a doença em si, mas a relação que o doente tem com seu sintoma ou, em outras palavras, o que importa primordialmente é o destino do sintoma, o que o paciente faz com a sua doença, o significado que lhe confere, e a isso só se chega pela linguagem, pela palavra. Ao escutar, o psicólogo sustenta a angústia do paciente o tempo suficiente para que o próprio paciente, possa refletir e assim realizar a elaboração simbólica (BARROS,1999).

O ambiente hospitalar é designado principalmente para cuidar das questões orgânicas e biológicas de determinado paciente, neste sentido, todos os meios possíveis serão utilizados, e um deles é o Tratamento Intensivo. Embora a questão “doença” seja o foco, observa-se que uma série de fatores emocionais são desencadeados durante o processo, tanto no paciente, quanto em sua família e na equipe hospitalar. Desta forma, é imprescindível que ocorra também uma intervenção a nível psicológico, para que se tenha um melhor resultado do tratamento médico, e para que se possibilite uma melhor qualidade de vida ao convalescente e a sua família durante a hospitalização.

Confirmando esta afirmação, Romano (2002, p. 150) destaca que:

Quando o paciente é internado num hospital, o que se torna emergente e urgente são suas necessidades que precisam ser atendidas – necessidades biológicas, orgânicas. No entanto, as necessidades do homem, pelo fato de ele ser falante, sabemos transformá-las em demanda dirigida ao outro. A demanda não se coloca ao mesmo nível da necessidade, já que esta é vital para sua sobrevivência.

Apesar de não ser prioridade, a intervenção psicológica é totalmente necessária, também para que se tenha um atendimento mais humanizado, entendendo-se que o doente é uma pessoa com toda uma história de vida, e que não sente apenas dor, mas também ansiedade, medo e tristeza.

Sobre a atuação do psicólogo hospitalar Nicoletti, Chiattonne e Angerami (1996) destacam que a psicologia hospitalar busca renovar a esperança de que a dor seja entendida de uma forma mais humana, e de que os profissionais da saúde possam aprender a escutar a angústia, sofrimento, ansiedade, medo etc., presentes

em cada manifestação física de dor e sofrimento. E, até mesmo, das alterações físicas determinadas em níveis orgânicos a partir do sofrimento emocional. Do coração que vibra em ânsia antes e após cada cirurgia. Da família que sofre junto do paciente sua dor, medo e angustia. E até mesmo da clarificação dos sentimentos do profissional da saúde que se envolve com a dor do paciente.

A importância deste profissional no âmbito hospitalar é evidente, e sua atuação em quaisquer partes do hospital é cada vez mais indispensável, o Centro de Recuperação Pós-operatório - CRO é uma delas, por se tratar de um local com características distintas que podem influenciar no estado emocional do paciente, e muitas vezes gerador de angustia para os seus familiares. No item a seguir trataremos mais sobre este setor do hospital.

2.4 CENTRO DE RECUPERAÇÃO PÓS-OPERATÓRIO (CRO)

Pós-Operatório é o período durante o qual se observa e se assiste à recuperação de pacientes em pós-anestésico e pós "stress" cirúrgico. Os objetivos da equipe multidisciplinar durante este período são: a manutenção do equilíbrio dos sistemas orgânicos, alívio da dor e do desconforto, prevenção de complicações pós-operatórias, plano adequado de alta e orientações (BURNS, 1993, p.373-84).

Segundo Eltringham (1986), o CRO é definido como um setor do Centro Cirúrgico onde são dispensados cuidados intensivos após anestesia e cirurgia. Nesta sala, onde o tempo de permanência do paciente varia, em média, de 1 a 6 horas, a assistência prestada pela equipe de saúde tem como finalidade oferecer suporte ao paciente na fase de recuperação da anestesia, até que os reflexos protetores estejam presentes, os sinais vitais voltem à normalidade e seja recuperada a consciência assim como proporcionar ao paciente atendimento seguro, em se tratando de um local provido de recursos materiais específicos e humanos, preparados para a prestação da assistência neste período, considerado crítico.

Burns (1993), destaca que o Centro de Recuperação Pós-Operatório (CRO) tem por principal objetivo atender aos pacientes vindos da sala cirúrgica ou da recuperação Pós-Anestésica (RPA). O paciente, assistido nesta unidade, se portador crônico de alterações funcionais em órgãos ou sistemas, poderá apresentar repercussões importantes no pós-operatório. Nas cirurgias eletivas estas alterações são tratadas ou compensadas antes do ato operatório. Entretanto nas cirurgias de

urgência tais disfunções nem sempre são compensadas no pré-operatório.

O pós-operatório inicia-se com os períodos pós-anestésico e pós-operatório imediato, nos quais o paciente está se recuperando dos efeitos anestésico. Após a avaliação, pelo enfermeiro, dos controles gerais, dos antecedentes clínicos, da fisiopatologia da doença, das intercorrências operatórias, anestésicas, e de um exame físico completo, é possível elaborar um plano de cuidados individualizado (DENNISON, 1996, p.1027).

Estar internado para realização de um procedimento cirúrgico de alta complexidade desencadeia no paciente uma série de pensamentos e sentimentos relacionados ao medo da morte, da dor, dos desconhecidos procedimentos médicos, da separação de seus familiares, de possível complicação, sequela ou invalidez pós-operatória. Visto isso, o impacto sobre o bem-estar físico, social e emocional é muito grande, fazendo com que esses pacientes apresentem altos níveis de ansiedade e stress pelo distanciamento, mesmo que temporário, da rede de apoio social e familiar. Os sentimentos de ansiedade e medo decorrem de qualquer evento novo ou desconhecido, portanto são reações frente à ameaça de perigo ou ao perigo eminente. Quando se trata dos procedimentos cirúrgicos isto não é diferente. Pode-se supor que a antecipação desse evento gere sentimentos potencialmente negativos pautados na avaliação cognitiva de cada indivíduo (JUAN, 2007). Trinca (2003) ainda diz que a cirurgia é uma situação de crise que envolve a angústia da perda e aguça situações psíquicas que nela se insere, mobiliza e condensa conflitos já existentes, ajuda a evidenciar angústias latentes e a desencadear movimentos de elaboração.

Relatos de pacientes expostos a procedimentos cirúrgicos apontam que os principais fatores desencadeantes de ansiedade incluem: percepção antecipada de dor e desconforto; espera passiva pelo início do procedimento; separação da família e sentimentos de abandono; possível perda, mesmo que temporária, de autonomia; medo da morte, de sequelas, do procedimento de anestesia e do risco de alta prematura; e o procedimento cirúrgico como um todo (COSTA JÚNIOR, 2012).

Ruschel, Daut e Santos (2000) afirmam que quando os aspectos psicológicos não são considerados na situação de tratamento cirúrgico, poderá haver aumento da predisposição para complicações emocionais que prejudicam a convalescença, chegando a intensificar, em algumas situações, a morbidade no período pós-operatório.

Tendo em vista o tamanho do impacto que o indivíduo sofre sobre o seu bem-

estar físico, social e emocional, a Psicologia nesse contexto de atuação trabalha com o objetivo de reduzir os níveis de ansiedade do paciente, melhorar o bem-estar, aumentar a adesão ao tratamento, torná-lo mais apto para enfrentar com maior eficiência os procedimentos cirúrgicos, proporcionar um processo de recuperação pós-operatória mais rápido e humanizar os cuidados cirúrgicos dispensados aos pacientes (COSTA JÚNIOR, 2012).

No item subsequente trataremos da UTI, este setor onde a necessidade do psicólogo é mais presente, pois possui particularidades específicas que influenciam diretamente sobre o estado do paciente e seus parentes.

2.5 UTI: **breve histórico**

A Unidade de Terapia Intensiva foi criada como Unidade de Monitoramento de paciente grave através da enfermeira Florence Nightingale. De acordo com os estudos de Padilha e Mancia (2005), em 1854 inicia-se a guerra da Crimeia no qual a Inglaterra, França e Turquia declararam guerra a Rússia.

Em 1856, surge uma oportunidade para Florence ir trabalhar no hospital militar inglês em Scutari, que atendia os feridos anglo-franceses na Guerra da Criméia, onde os soldados morriam, vítima da cólera e do frio. Com o andamento da guerra, passou a existir alta mortalidade entre os soldados hospitalizados, devido as condições hostis e precárias, foi então que Florence e sua equipe, decidem separar os soldados com ferimentos mais graves daqueles com ferimentos de menor complexidade. Os mais graves passaram a receber cuidados intensivos, além de serem cercados de mais limpeza. Essa atitude fez com que a taxa de mortalidade naquela ocasião caísse bruscamente.

Os soldados fizeram dela seu anjo da guarda e ela seria imortalizada como a "Dama da Lâmpada", porque de lanterna na mão, percorria as enfermarias, atendendo os enfermos.

Segundo Knobel *et al.* (2006), Florence Nightingale é hoje considerada a primeira enfermeira intensivista, precursora da enfermagem moderna, que mostra as vantagens de separar os pacientes graves em Unidades de Tratamento Intensivo. Outro grande precursor para o desenvolvimento das UTI's, foi o Dr. Dr. Walter Edward, que em 1914 estabelece o primeiro modelo de uma unidade de terapia intensiva. Sendo reconhecida pela S.A Sociedade Americana de Terapia Intensiva (Society

Critical Care and Medicine - SCCM) como a primeira Unidade de Terapia Intensiva cirúrgica, no hospital Johns Hopkins, sendo esta de três leitos pós-operatórios neurocirúrgicos. Já no Brasil as primeiras UTI'S apareceram na década de 70, segundo Abrão (2010), elas foram instaladas com a principal finalidade de concentrar pacientes com alta complexidade em um ambiente hospitalar adequado, requerendo disponibilidade e infraestrutura própria, com materiais e equipamentos disponíveis, além da capacitação de recursos humanos para desenvolver o trabalho de uma forma segura.

2.6 UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

As UTI's nasceram da necessidade de se oferecer suporte de vida avançado para pacientes críticos ou gravemente doentes, com instabilidade clínica, mas que, se intensivamente tratados, poderiam sobreviver. Hoje, como discutido anteriormente, esses locais de internação têm caráter preventivo, remediativo e paliativo.

A Unidade de Terapia Intensiva é uma unidade fechada no ambiente hospitalar, que requer espaço físico diferenciado, equipamentos de alta tecnologia e equipe interdisciplinar. É uma unidade que faz parte do setor da alta complexidade em saúde, na qual seus serviços são caracterizados por um conjunto de procedimentos, cujo objetivo é proporcionar ao paciente o acesso a serviços de alta densidade tecnológica e profissional especializado (DI BIAGGI, 2001; SENRA; GUIMARÃES, 2010; NOGUEIRA et al., 2012; COSMO et al., 2014).

Logo, tudo é muito urgente, tudo precisa ser preciso e, além disso, a conotação de unidade fechada pode alimentar nos familiares a ideia de que o isolamento do paciente, combinado com tratamento terapêutico intensivo incrementa a garantia da vitória pela vida.

Romano (2007), diz que na esfera hospitalar, a UTI, é considerada como gerador de estresse para os pacientes e os familiares. Transtornos de origem psicológica e emocional, são identificados constantemente entre os pacientes internados, se fazendo de grande relevância a identificação dos estressores que favorecem para o desencadeamento destes quadros.

Duarte e Silva (2010), vão dizer que a atuação do psicólogo no âmbito das equipes de terapia intensiva é crucial, pois possibilita a compreensão e neutralização de sentimentos angustiantes por meio da pronta intervenção. Intervenção esta que se

constitui de suma importância para a recuperação do paciente crítico. As autoras ressaltam ainda, que a inserção do psicólogo na UTI visa somar e articular seus saberes e fazeres aos demais cuidados prestados pela equipe, para que se possa promover um amplo suporte à vida do paciente numa dimensão biopsicossocial.

2.6.1 Psicólogo Intensivista: definição, funções e atribuições

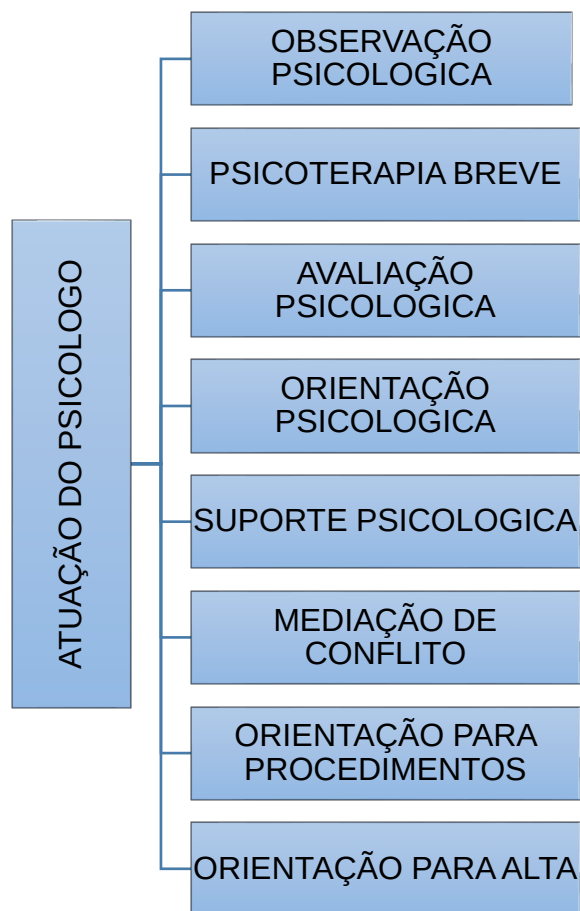
Denomina-se psicólogo intensivista, o psicólogo hospitalar que atua na Unidade de Tratamento Intensivo. A inserção do psicólogo nas UTI's foi regulamentada pela Portaria Ministerial nº 1071, de 04 de julho de 2005, a qual prevê a obrigatoriedade de um psicólogo disponível em UTI (SOBRATI, 2005).

Já o reconhecimento da especialidade intensivista para o psicólogo se deu por meio do Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva (IBRATI), Portaria de nº 17 de 28 de agosto de 2009 e do MS (Nº 3432 de 12 de agosto de 1998 – RDC de julho de 2010).

O trabalho psicólogo hospitalar, especialmente nas Unidades de Terapia Intensiva, de acordo com Silva e Andreolli (2005), visa criar condições para que o paciente e seus familiares possam mobilizar recursos internos e externos a fim de favorecer a elaboração da situação de crise, a adaptação e as mudanças necessárias.

Para Ismael (2005), cabe ao psicólogo na UTI ser um elo entre paciente/equipe/família. Atribui grande importância na intervenção a ajuda à família, auxiliando-a na determinação de um membro que tenha condições físicas e emocionais de receber e transmitir informações aos demais. Para uma melhor compreensão acerca da atuação, o autor a sistematiza, podendo, portanto, ser facilmente visualizada através do sistema abaixo:

Figura 1 – Objetivos e Alcances da atuação do psicólogo no contexto hospitalar



Fonte: Rev. SBPH v.13 n.1, Rio de Janeiro, jun. 2010

As funções atribuídas ao Psicólogo intensivista junto ao paciente consistem em assistência psicológica, atentando a fatores que podem influenciar sua estabilidade emocional e a avaliação da adaptação do paciente à hospitalização, considerando seu estado psíquico e sua compreensão do diagnóstico, além de suas reações emocionais diante da doença. O psicólogo também atua junto à família acolhendo, orientando e informando as rotinas da UTI a seus familiares e visitantes, oferecendo-lhes espaço para expressão dos seus sentimentos e questionamentos quanto ao processo de internação do paciente. Junto à equipe multiprofissional, é tarefa do psicólogo atender a solicitações dos profissionais relacionadas a aspectos psicológicos envolvidos na internação do paciente, além de incentivar o contato entre o paciente-equipe e familiares-equipe, buscando promover a adesão e compreensão do tratamento por parte dos envolvidos no processo de hospitalização (SANTOS et

al., 2011).

Pereira e Feliciano (2012), ressaltam que o psicólogo inserido na UTI deve ter condições de compreender o estado clínico do paciente, os objetivos e as condutas médicas estabelecidas, a fim de poder participar das decisões tomadas em reuniões com a equipe de saúde, contribuindo para o alcance de objetivos e metas, com isto, favorecendo reações psíquicas adaptativas e colaborativas do paciente e seus familiares para os procedimentos propostos.

O psicólogo traz ainda no seu contexto de atuação a condição de análise nas relações interpessoais, indispensável para a humanização, proporcionando um redirecionamento dos saberes num trabalho integrado. Cabe também a este profissional na sua postura ética, quer seja no trato com os pacientes ou no convívio com os demais profissionais, saber reconhecer os seus limites e o seu papel, respeitando a especificidade e o valor de cada profissional, mostrando que esse é o perfil de uma prática humanizada (MARQUES; CERQUEIRA; MORAES, 2014).

2.7 FAMÍLIA DO PACIENTE HOSPITALIZADO

O termo família origina-se do latim *famulus*, significando um conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor (PRADO, 1998). A família é entendida como um ponto médio entre a sociedade e o indivíduo sendo, pois, um dos lugares privilegiados na construção social da realidade (SACARENO, 1997).

O sentimento de família pauta-se nos valores que surgem da coabitação, da intimidade na vida da casa. Portanto, a família enquanto linhagem não necessariamente se encontra num espaço comum (FONSECA, 2015). A autora explica que um grupo social, chamado de família, pode estar unido tanto pelos laços de sangue, quanto pela coabitação ou ainda por ambos os motivos.

A estrutura e a dinâmica de uma família caracterizam a configuração da mesma. As características objetivas tais como número de componentes, religião, idade, sexo, escolaridade, profissões e nível econômico configuram a estrutura familiar. As características subjetivas referentes à maneira de se relacionar e da comunicação entre seus membros configuram a dinâmica familiar (CERVENY; BERTTHOUD, 2002).

Para Minuchin (1990), família é um conjunto invisível de exigências funcionais que ordena a interação dos membros da mesma, considerando-a, igualmente, como

um sistema, que opera por meio de padrões transacionais. Deste modo, no interior da família, seus membros têm a possibilidade de construir subsistemas, com a capacidade de serem formados por função, geração, sexo ou interesse. Para o autor a família é determinada numa dimensão social, cultural e universal, que ao longo do tempo, assume ou renuncia a funções de proteção e socialização de seus membros, como respostas às necessidades da sociedade as quais pertencem.

Nesta perspectiva, as funções da família são norteadas por dois objetivos, um interno para a proteção psicossocial de seus membros, e outro externo para a acomodação da cultura e sua propagação (MINUCHIN, 1990). Mediante a afirmação, Féres e Magalhaes (2007), colocam que a família tem papel central no processo de vinculação psíquica e sociocultural, que constitui a formação de cada sujeito, transmitindo às futuras gerações a informação de que se relacionar ainda é fundamental para seres humanos, o que nos leva a indagar: Seria função de uma família cuidar de um dos membros que adoece?

O adoecimento de um membro da família pode estabelecer a expressão de uma disfunção familiar (MINUCHIN, 1990). Mello Filho (2004) enfatiza a importante relação entre o doente, a família e as possibilidades mórbidas daí decorrentes. O autor afirma que existe uma tríade doente-doença-família que não é possível dissociar, então a família é parte integrante de qualquer tratamento de saúde e necessita de assistência tanto quanto seu ente em situação de doença.

Em cada fase do ciclo da vida, a família precisa lidar com algumas situações que lhe são intrínsecas. Quando uma situação de doença se instala em um de seus membros, a tarefa desta etapa da vida é superposta por mais uma variável que precisa ser manejada (MAZUTTI; GARCIA, 2010).

De acordo com Burd e Mello Filho (2004), a doença aguda, além de súbita e inesperada, pode disparar ansiedade nos familiares, seja pelo fato de que seu ente sentirá dor, ou que irá ficar afastado de casa pela necessidade de uma internação hospitalar, ou ainda que poderá ficar incapacitado por uma sequela ou evoluirá para o óbito dentre outras.

A doença crônica, em oposição à aguda, também acarreta ansiedade na família só que com um caráter permanente, sendo que também necessitará de transformações em sua estrutura e funcionalidade. As repetidas situações de crise e tensão, as incertezas quanto ao futuro, abalam os membros da família e o sistema em sua totalidade. O doente crônico coloca persistentemente a funcionalidade de sua

família em cheque (BARROS, 2004).

De acordo com Souza (2010), quando um familiar é hospitalizado instala-se uma crise, podendo precipitar uma desestruturação familiar. No momento da admissão do paciente torna-se necessário a conscientização da real situação do doente e da necessidade de tratamento ou hospitalização em UTI. O familiar deve ser visto como paciente secundário, pois chega a UTI desconfiado e inseguro frente a realidade vivenciada e precisa ter a oportunidade de falar sobre a doença, seus medos, fantasias sobre a morte e expressar seus sentimentos.

Simonetti (2011), diz que tudo é intenso na UTI: o tratamento, os riscos, emoções, o trabalho e a esperança. É o lugar onde se faz necessário criar canais de escoamento dessas intensidades por meio da palavra falada, e embora o foco primário de atendimento seja o paciente, é preciso também acolher a equipe apressada e os familiares angustiados. Além disso, Nogacz e Souza (2004), afirmam que o estado emocional da família é fortemente alterado, já que o medo da morte está constantemente presente, e ter por perto a situação de doença de um familiar faz com que haja maior união e companheirismo entre os membros da família, pois passam a ter o mesmo objetivo.

O cuidado aos familiares é uma das partes mais importantes do cuidado global dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva.

Os familiares têm necessidades específicas e apresentam constâncias altas de estresse, distúrbios de humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação na UTI, e que muitas vezes persistem durante todo o período de hospitalização e após a morte do seu parente. Dessa forma, a necessidade de atendimentos direcionado a esses familiares é de grande relevância para o bem-estar dos mesmos, assim como para a recuperação do paciente.

Visto as necessidades dos familiares/acompanhantes dos pacientes hospitalizados se faz necessário acima de tudo uma atuação humanizada por parte da equipe de saúde, com o intuito de apoiar essas famílias em suas dimensões psíquicas e sociais, assim como orientá-los e acompanhá-los durante sua permanência no hospital. Trataremos mais sobre o assunto no item subsequente.

2.8 HUMANIZAÇÃO

O termo humanização vem sendo utilizado frequentemente no âmbito da

saúde. Sua conceituação vem se tornando cada vez mais rica, em busca da abordagem do que é ser humano.

Segundo Ferreira (2009), humanizar significa, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude, humanar. Também quer dizer ser benévolo, afável, tratável. É realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde estão inerentes o respeito e a compaixão para com o outro.

O conceito de humanização está em discussão no mundo há muitas décadas, mas nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica e em pesquisas voltadas as ciências da saúde. Durante os séculos XIX e XX, ocorreram muitos avanços tecnológicos que passaram a ser aplicados na área da saúde, em todos os níveis de atenção, desde a prevenção, controle de morbidades e comorbidades, que está relacionada ao avanço das doenças, no tratamento dentro dos hospitais, ou na reabilitação (GOULART; CHIARI, 2010).

Ainda segundo Goulart e Chiari (2010), a humanização da assistência à saúde, tanto para os pacientes, como para os profissionais que atuam na área da saúde tem ocupado um lugar de destaque nas atuais propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de alcançar maior integralidade, efetividade, acesso e qualidade.

A validade temática da humanização ganha um novo status no ano de 2003 quando foi criado a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), iniciativa que corresponde à produção de novas atitudes por parte dos trabalhadores, gestores e usuários, de novas éticas no campo do trabalho, incluindo aí o campo da gestão e das práticas de saúde, superando problemas e desafios do cotidiano do trabalho para transformar definitivamente o atendimento em algo que verdadeiramente respeita a dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2010).

A Política Nacional de Humanização atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho como: Acolhimento, Gestão Participativa e cogestão, Ambiência, Clínica ampliada e compartilhada, Valorização do Trabalhador e Defesa dos Direitos dos Usuários (BRASIL, 2010).

Como política, a humanização deveria ser a base para expressar os princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar a integralidade da assistência à população e ampliar as condições de garantia dos seus direitos enquanto cidadãos. Falar de humanização da assistência em saúde coletiva implica pensar, portanto, em

tornar os serviços resolutivos e de qualidade. O objetivo principal da PNH é colocar a humanização como fundamento do cuidado com a qualidade da saúde (VASCONCELOS; PACHE, 2007). Para atingir os objetivos almejados, a PNH estrutura-se a partir dos seguintes pilares: os princípios: transversalidade, indissociabilidade, protagonismo, corresponsabilidade, autonomia dos sujeitos e dos coletivos; os métodos: a maneira de conduzir a PNH; os dispositivos, que visam a efetivação de mudanças; as diretrizes: gestão participativa e cogestão, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, ambiência, acolhimento e clínica ampliada (BRASIL, 2013).

No ambiente hospitalar, a incumbência da humanização, no sentido mais amplo é de incentivar, por todos os meios possíveis, a união e colaboração interdisciplinar de todos os envolvidos, dos gestores, dos técnicos e dos funcionários, assim como a organização para a participação ativa e militante dos pacientes e familiares nos processos de prevenção, cura e reabilitação. Humanizar não é apenas "amenizar" a convivência hospitalar, senão, uma grande ocasião para organizar-se na luta pela qualidade e da excelência do atendimento prestado (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006).

Humanizar a assistência na saúde “implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo”, estimulando e promovendo campanhas e programas com base na ética, respeito e solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006, p. 282). As autoras ressaltam que, conseqüentemente, a humanização é um processo amplo, complexo e demorado e que se oferecem resistências, pois implica em mudanças de comportamento dos atores sociais.

Para o Ministério de Saúde (BRASIL, 2001), a proposta de humanização da assistência à saúde não é apenas para alcançar uma melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário, mas também objetiva conquistar melhores condições de trabalho para os profissionais.

3 PROBLEMATIZAÇÃO DO CAMPO DE ESTÁGIO

O estágio obrigatório supervisionado foi realizado no complexo hospitalar Monsenhor Walfredo Gurgel em convênio com o Centro Universitário do Rio Grande do Norte, sob a supervisão de campo da Psicóloga Vanessa Macambira dos Santos (CRP 17/1061), juntamente à supervisão acadêmica pela Psicóloga Luciana Barbosa (CRP 17/0742).

O embasamento teórico utilizado para as intervenções foi na Abordagem Psicodinâmica. Essa vertente da Psicologia refere-se como uma compreensão do psiquismo em seus processos dinâmicos, orientando o trabalho em direção ao insight (GORGATI; HOLCBERG; OLIVEIRA, 2002). A abordagem está fundamentada nos princípios da teoria Psicanalítica, cuja técnica visa elaborar e resolver conflitos intrapsíquicos a serviço da reestruturação, reorganização e desenvolvimento da personalidade. Sob essa perspectiva, o sintoma consiste em uma comunicação simbólica sobre a natureza e a extensão do conflito subjacente. Esses conflitos, agregados a todos os afetos que o permeiam e ao protótipo das relações infantis, expressam-se na relação terapêutica, o que torna o campo transferencial uma vertente fundamental para as hipóteses do terapeuta (GORATI, 2002).

As atividades desempenhadas no hospital HMWG compreenderam a tríade paciente/família/equipe. Os atendimentos aos pacientes perpassaram por avaliações psicológicas para fins de parecer e acompanhamento; atendimentos individuais; preparação psicológica para cirurgia e procedimentos clínicos; atendimento pós cirúrgico; Interconsulta psicológica; e encaminhamentos para a rede de atenção psicossocial ou sócio assistencial. Junto aos familiares, acompanhantes e visitantes foi realizado acompanhamento e suporte psicológico individual em grupos; orientações para as visitas na UTI pós-cirúrgica e CRO; escuta e apoio psicológico em ocasião das comunicações de más notícias. No aspecto da atuação junto à equipe de saúde foram realizadas ações de orientação à equipe em relação à conduta junto a determinados aspectos psicológicos dos pacientes, visitantes e acompanhantes, bem como participação em eventos que contribuíram no desenvolvimento de ações que qualificaram as intervenções propostas aos pacientes internados.

4 ANÁLISE DIAGNÓSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO

O Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel é um complexo hospitalar de hierarquia publica, todos os seus serviços de urgência e emergência são ofertados exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É o único hospital público da região metropolitana de Natal que conta com serviço especializado de queimados, ortopedia, neurologia e neurocirurgia, mantém ainda com exclusividade, equipes para atendimentos em Cirurgia Plástica / Atendimento a Queimados, Nefrologia, Urologia, Cirurgia Vascular, Buco-Maxilo-Facial, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cirurgia Torácica e Hematologia. Oferece ainda serviços de Cirurgia geral, Cirurgia Pediátrica de emergência, serviço de Anestesiologia, Enfermagem, Nutrição e Dietética, Fisioterapia, Endocrinologia; Gastroenterologia, Fonoaudiologia, Psicologia, Dermatologia, Pneumologia, Cardiologia, Clínica Médica, Ginecologia, Serviço Social e Pediatria.

Tem como missão Oferecer atendimento hospitalar de referência a crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas e agravos de causas externas, em especial ao trauma e contribuir para a formação e qualificação de recursos humanos em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Durante o período que estive aprendendo como era a atuação de um psicólogo no ambiente hospitalar, experienciei inúmeros sentimentos e emoções. Com todo o arcabouço teórico obtido ao longo da graduação, pude vivenciar no estágio como era desenvolvido tal trabalho junto a uma equipe medica, o paciente e seus familiares no contexto de uma UTI pós-cirúrgica e CRO.

As demandas vindas dos pacientes e principalmente de seus familiares apontavam a necessidade de um suporte psicológico, muitas vezes não sendo possível devido ao hospital contar com um número muito restrito de psicólogas para atender todos os setores do hospital, o que impossibilitava dar conta de todas as demandas que surgiam.

Mesmo tendo conhecimento de algumas patologias, e ao longo de minha vida já ter vivenciado o ambiente hospital diretamente por anos, sofri um impacto nos primeiros contatos que tive ao adentrar a UTI pós-cirúrgica/CRO, lugar esse que tinha apenas nove leitos, mas que atendia aos mais variados casos, como pacientes vítimas de acidentes automobilísticos, baleados, acometidos de AVC's, amputações, entre outros.

A UTI caracteriza-se como uma unidade complexa dotada de sistema de monitorização contínua, que admite pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que, com suporte e tratamento intensivos, tenham possibilidade de se recuperar.

Este ambiente está associado aos mais elevados recursos humanos e tecnológicos, porém é percebido pelos familiares, muitas vezes, como ambiente agressivo e frio, bem como angustiante. Daí a necessidade de estabelecer uma comunicação clara e constante, como meio de reduzir a ansiedade diante do enfrentamento à possibilidade da morte, separação e mudanças na rotina de vida vivenciada pelos familiares, que em muitos momentos percebem seus entes com uma gravidade maior do que possam estar na realidade (RIBEIRO; SANTOS, 2008, p. 432).

A hospitalização em UTI geralmente ocorre de forma aguda e inesperada, fato que repercute na família, alterando todo o seu cotidiano. A situação de crise vivida pelos familiares pode ser observada pela desorganização das relações interpessoais devido à distância física do paciente, a problemas financeiros e ao medo da perda da pessoa amada. Urizzi (2008) diz que os familiares demonstram desequilíbrio psíquicos pela diminuição do número de horas de sono, por distúrbio na alimentação e aumento no uso de ansiolíticos. Muitos questionamentos podem emergir por parte da família nessas situações, questões referentes a possíveis sequelas, estado geral e possibilidade de morte. Considerando isso, é importante que o Psicólogo esteja atento e sensível às necessidades da família, buscando caminhos efetivos para atendê-la.

Familiares de pacientes internados em UTI podem experimentar sentimentos de incerteza e impotência diante do inevitável e do desconhecido. Por isso, podem ter a tendência de ficarem na defensiva e ter dificuldades de desenvolver um relacionamento autêntico com a equipe de saúde, mantendo certo distanciamento (PETTENGILL; ANGELO, 2005, p. 982). Visto isso pode-se observar as dificuldades da equipe em estabelecer uma comunicação interpessoal efetiva com os familiares, quer seja pela possibilidade de se identificarem com a situação, pelos próprios medos de se envolverem emocionalmente ou até mesmo pelo despreparo em lidar com situações de perda.

O cuidado a família do paciente em UTI sugere ao Psicólogo um enfoque mais abrangente, que inclui sensibilidade atenção e empatia. A família deve ser acolhida de modo que o profissional deve ter respeito e realizar a avaliação pautado por critérios e julgamentos éticos e interpessoais confiáveis.

Cuidar da família implica perceber o outro nos seus gestos e falas, em seus

conceitos e limitações; portanto, inclui conversa e informações pertinentes ao que o indivíduo quer saber, oferecendo uma escuta diferenciada permitindo que os familiares externalizem seus sentimentos, medos e angustias.

Importante também que o psicólogo, realize essas escutas em grupo, já que esses familiares estão vivenciando situações semelhantes, fazendo com que essas pessoas expressem suas dores, frustrações e temores.

Portanto, cabe ao psicólogo intensivista, nas intervenções individuais e grupais, trabalhar fatores psicológicos como luto, vínculos afetivos, elaborações de medos e ansiedade.

5 ATIVIDADES PROPOSTAS, OBJETIVOS E METODOLOGIA

O projeto de intervenção na UTI pós-cirúrgica/CRO do hospital Walfredo Gurgel teve como objetivo propiciar acolhimento aos familiares dos pacientes internados bem como atuar junto à equipe de atendimento.

O método utilizado para as intervenções foi caracterizado por um estudo descritivo de natureza qualitativa. A metodologia empregada nas intervenções foi a de atendimentos individuais e em grupos, com os familiares e acompanhantes dos pacientes internos na UTI, esses atendimentos ocorreram durante os horários de visita na Unidade intensiva pós-cirúrgica. Os settings das intervenções se deu entre a recepção da UTI e na beira do leito dos pacientes no ato da visita. De modo que os atendimentos fossem realizados nos moldes de apoio psicológico, envolvendo orientação, acolhimento e escuta dos atores envolvidos. Foram priorizados pontos focais, fundamentalmente no que diz respeito à doença, ao tratamento e ao hospital.

A escolha do tema deste trabalho foi baseada nas intervenções realizadas com os familiares dos pacientes internados na UTI pós-cirúrgica/CRO, durante o período de estágio de março a novembro de 2017, no setor de Psicologia do Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel.

Ao iniciar o estágio profissionalizante nesta instituição, fui apresentado a todos os setores do Hospital pela psicóloga Vanessa Macambira dos Santos. Após a apresentação, foi discriminado o período e setores onde eu iria atuar no decorrer do ano. Os primeiros setores onde comecei foram nas enfermarias do segundo quarto andar, onde ficam internados pacientes advindos da neurocirurgia e ortopedia respectivamente, e na UTI pós-cirúrgica/CRO. Tudo era muito novo, as expectativas, as ansiedades e medos de como seria a experiência dentro desses ambientes até então desconhecidos.

Os primeiros contatos com os setores foram para observação de como funcionava a dinâmica da equipe de saúde. Os atendimentos da Psicologia no contexto das enfermarias consistiam em atendimentos nos leitos com os pacientes e familiares, nas quais era apresentado o serviço de psicologia; estabelecida a formação de um vínculo com o paciente e familiares/acompanhantes; identificado o nível de conhecimento sobre a doença e o tratamento; levantado os dados acerca do comportamento do paciente e seus familiares/acompanhantes e suas expectativas anteriores relacionadas com a hospitalização; investigada reações, expectativas,

medos, fantasias a respeito da doença, hospitalização, diagnóstico e levantamento de hábitos de vida do paciente e seus familiares/acompanhantes.

Na UTI pós-cirúrgica/CRO do HMWG acompanhei a visita dos familiares a seus entes queridos. Nesse primeiro momento percebi que não havia uma boa comunicação entre a equipe multiprofissional e os familiares dos pacientes, o que dificultava a aproximação dessas pessoas junto à equipe de saúde.

Por parte da equipe de enfermagem, ficou evidente um clima de tensão e falta comunicação entre elas e com os familiares na hora da visita, o que para mim parecia que todo trabalho era executado de forma automática. Sentia dificuldade em ter uma aproximação para tirar dúvidas sobre determinados aparelhos, medicamentos e procedimentos por elas realizados. Com o passar do tempo, foi adquirido espaço junto a equipe, a qual passou a compartilhar toda a rotina do setor.

Ao acompanhá-los de perto e na íntegra todo o processo de visita na UTI pós-cirúrgica, foi possível perceber que os familiares ao visitar seus parentes, ficavam muito angustiados, apreensivos, tristes, e que aquele ambiente da UTI produzia dúvidas e incertezas.

Visto isso, foram surgindo alguns questionamentos sobre que forma poderia atuar naquele contexto, e de qual maneira seria realizado os atendimentos?

A partir daí observações foram realizadas a esses familiares/ acompanhantes, enquanto aguardavam o início da visita, durante e após seu término, pois ao final de cada visita, as informações de cada paciente interno na unidade intensiva eram fornecidas aos visitantes pelo médico intensivista.

Diante das observações, passei a abordar essas pessoas, apresentando-me e oferecendo a disponibilidade de escuta psicológica, caso precisasse conversar sobre o momento da hospitalização e a doença de seu parente. Entendo que esse é o primeiro passo para abrir esse canal de comunicação, um segundo passo partiria da família do paciente. O ambiente hospitalar é, muitas vezes, hostil; as relações humanas são deixadas em segundo plano e, geralmente, os familiares estão tão desamparados que a possibilidade de alguém oferecer sua escuta já é o suficiente para que eles queiram expressar-se, falar sobre o momento vivido.

Valendo-se da Psicoterapia Breve Psicodinâmica, foi aplicado como técnica nas intervenções a psicoterapia de apoio, pois esse modelo de psicoterapia se mostrou bastante eficaz quando utilizada no atendimento de situações agudas cujos objetivos são: alívio dos sintomas, prevenção de descompensações maiores,

desenvolvimento da capacidade de enfrentar melhor futuras crises e restauração do nível prévio de equilíbrio.

É na Psicoterapia de Apoio de curta duração, que ocorrem as intervenções em crise onde se adota predominantemente medidas imediatas de modificação do ambiente externo: remoção do fator estressante, afastamento do paciente de uma situação conflituosa. No apoio em crise busca-se o alívio dos sintomas e o retorno ao equilíbrio anterior (CORDIOLI, 1998).

Reafirmando a assertiva da escolha pela técnica PB, Di Biaggi (2002) coloca que, o atendimento deve ser realizado através da Psicoterapia Breve. Observou-se que as respostas às experiências traumáticas são de importância fundamental na prática da saúde psicológica. Amplia-se a hipótese que intervenções preventivas aumentam a contribuição para além da dinâmica intrapsíquica, principalmente em situações de crise. A Psicoterapia Breve é extremamente eficiente em situações de emergência. Dificuldades e tensões comuns à vida da maioria dos seres humanos produzem uma demanda urgente e de intervenção rápidas. Uma intervenção rápida e eficaz e sempre solicitada em acontecimentos catastróficos. A PB é eficaz para um ambiente como a UTI. Segundo Di Biaggi (2002), a Psicoterapia Breve é identificada com um método de tratamento para sintomas ou desajustamentos que exigem o alívio mais rápido possível, por causa da capacidade que estes sintomas psíquicos têm de levar a ameaça de vida.

Durante esses atendimentos percebeu-se que havia uma necessidade dessas pessoas de receberem um acolhimento mais humanizado. A desorientação da família com relação as informações sobre seus parentes, a angustia da espera e o medo da morte de seu ente querido, evidenciavam a necessidade desta atenção mais específica. Muitos relatavam não terem com quem poder expressar seus sentimentos e emoções em relação a tudo que estavam vivenciando durante o período de internação de seus familiares, bem como a respeito do diagnóstico e do tratamento, como também sobre os termos médicos por eles desconhecidos.

Entre esses assuntos abordados, surgiram questionamentos e dúvidas das famílias em relação aos doentes, por exemplo: se seu familiar mesmo estando em coma ouvia quando eles conversavam, para que servia os aparelhos que estavam no paciente, entre outras.

Visto a necessidade deste suporte as famílias dos pacientes da UTI, em conversa com a psicóloga responsável pela unidade intensiva, surgiu-nos a ideia de

elaborar um folder e um banner, com o intuito de orientar os familiares com informação clara e direta. Ideia que foi muito bem recebida e incentivada pelas equipes da UTI pós-cirúrgica. No item subsequente explanaremos mais sobre esta ideia.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Zachi et al. (2002), colocam que “a internação de um membro da família na Unidade de Terapia Intensiva provoca reações emocionais no núcleo familiar, que devem ser compreendidas dentro de um contexto de crise”.

Sendo assim, e de grande relevância o acolhimento dos familiares desses pacientes, fornecendo-lhes informações desde o início do processo de internação na UTI.

Romano (2002), ressalta que “há um tempo ótimo para obter melhores respostas. Realmente, sem intervenção alguma, a ansiedade diminui porque ela é transitória por definição. Mas, se não ocorrer essa atuação, as soluções encontradas podem gerar mais desorganização, além de cristalizar dificuldades de relacionamento com a equipe de saúde”.

Buscando uma intervenção que possibilite entre outros fatores a autonomia de uma parcela maior das famílias, assim como, observando as principais dúvidas e queixas, com a experiência de vivências, depoimentos e relatos de famílias expressos nos atendimentos psicológicos. Constatou-se a necessidade da elaboração deste folder direcionado aos familiares dos pacientes da UTI, que possa em conjunto com os atendimentos da psicologia ajuda-los neste momento de aflição.

Este projeto visou intervir em três aspectos da realidade hospitalar: o paciente, a sua família/acompanhante e a equipe de saúde, com intervenções de apoio, preparação e acompanhamento nos procedimentos realizados, dentre outros.

Neste sentido, o desenvolvimento deste folder e banner caracterizou uma ação que faz parte de um amplo conjunto de estratégias que tem por objetivo a promoção de saúde, possibilitando compatibilizar políticas públicas saudáveis, ampliar medidas protetoras e construir ambientes favoráveis a saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Durante o período de estágio no âmbito hospitalar, pude vivenciar diversos momentos e sentimentos, os quais foram de grande valia para minha formação, tendo em vista proporcionar um crescimento pessoal e profissional, o que veio reafirmar a minha escolha em trabalhar na área de Psicologia hospitalar. A experiência de estágio curricular em Psicologia, realizado no Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel, me ofereceu oportunidades de aprendizagem sobre a intervenção do psicólogo em instituições hospitalares, a adaptação do *setting* de atendimento em sua atuação na clínica ampliada com pacientes e familiares/acompanhantes, assim como no trabalho interdisciplinar em equipes de saúde. A prática no ambiente hospitalar também proporcionou a oportunidade de aprendizado prático ao aporte teórico.

Ao adentrar na UTI pós-cirúrgica/CRO no HMWG, defrontei-me com uma realidade difícil que requereu de mim muitas habilidades as quais pude desenvolvê-las em meu percurso nesse campo. Tive contato direto com o sofrimento, com a dor, a angústia e até mesmo com a morte. Passei a compreender com maior clareza que são muitas as dificuldades experimentadas pelas famílias durante o período de hospitalização de seu ente querido.

Foi nesse contexto que percebi o quanto foi importante minha atuação como estudante de Psicologia, pois através de que aprendi durante todos os anos na graduação e de minha atuação direta, pude disponibilizar-me para acolhimento, apoio emocional, escuta daquele paciente, familiar e acompanhante que necessitava ser ouvido, facilitando, assim, todo o processo de convívio hospitalar e a compreensão do que estava sendo vivenciado por todos.

Diante desses aspectos, percebi que, além da competência técnica, o psicólogo precisa refinar-se como instrumento de trabalho, ampliando recursos de comunicação que propiciem a melhora da qualidade do seu relacionamento com o paciente, com a família e com a equipe de saúde.

O psicólogo precisa entender como vive o paciente para que o ato terapêutico se exerça em toda a sua integridade. A base do relacionamento é o encontro entre a pessoa do profissional e a pessoa do cliente, no contexto em que realiza o atendimento.

No tocante da atuação deste profissional em uma UTI, ficou notório, sua total importância tanto para a equipe, como para pacientes e familiares. Para a equipe, por

precisar trabalhar algumas questões referentes ao distanciamento de determinados sentimentos e emoções para concluírem suas funções, ficando assim para o profissional de psicologia as intermediações entre a tríade: equipe de saúde/paciente/família, sendo o facilitador dos sentimentos que estão latentes e são manifestos pelo aparente distanciamento por parte da equipe, e do paciente. Já com a família observa-se que se faz necessário identificar anseios, angústias e dificuldades da unidade familiar em relação à doença e ao seu tratamento; a família apresenta uma escuta seletiva, o que torna ainda mais sensível a transmissão de informações, pois a emoção apresenta-se bastante abalada. Visto isso cabe ao Psicólogo intensivista resgatar o equilíbrio perdido pela doença com a internação na UTI, tanto para o paciente como para a família.

A interdisciplinaridade deixa transparente o papel de cada profissional diante das dificuldades e exigências nesta situação de emergência, amenizando e dividindo a dor do paciente e de seus familiares.

Com base nesses fatores, concluo ser de muita relevância a qualificação profissional para atender as demandas que possam surgir no âmbito hospitalar e que trabalhem para que façamos parte de uma mudança que gere benefícios a todos, contribuindo para humanização dos hospitais.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. C.. A Unidade de Terapia Intensiva. In: CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.

ALVES, Railda Fernandes. **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Disponível em:< <http://books.scielo.org>> Acesso em:

ANDREOLI, Paola Bruno de Araújo et al. Intervenção psicológica para familiares de paciente críticos. **Revista SBPH**, v. 5, n. 1-2, p. 15-18, jun./dez, 2002.

ANDREOLI, Paola Bruno de Araújo. Interconsultor: **Um papel possível para o psicólogo no Hospital Geral?**. **Temas**, **51**, p 22-30,1996.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto; CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho; NICOLETTI, Edela Aparecida. **O Doente, a Psicologia e o Hospital**. 3 ed. Pioneira. São Paulo, 1996.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto et al. **A Ética na Saúde**. São Paulo: Pioneira, 1997.

_____. **Psicologia da Saúde: um novo significado para pratica clínica**. São Paulo: Cengage Learning, 2000.

_____. **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2003.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. et al. (Org.). **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. 2 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

BAPTISTA, Makilim Nunes; DIAS, Rosana Righetto. **Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

BARROS, Tânia Martins de. Psicologia e Saúde: **Intervenção em hospital geral**. 1999. Disponível em: < <http://pesquisa.bvs.br>> Acesso em: 08/07/2017

BARROS, T.M. Doença renal crônica: Do doente e da dimensão familiar. In: MELLO FILHO, J; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BARLETTA, Janaína Bianca; FONSECA, Ana Lucia Barreto da; DELABRIDA, Zenith

Nara Costa. **A importância da supervisão de estágio clínico para o desenvolvimento de competências em terapia cognitivo-comportamental.** Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

BEDRAN, J.N. O Centro de Tratamento Intensivo como fonte de estresse psicológico. In: v. 34, 1., 1985. **Anais da Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais.** Disponível em: <<ftp.medicina.ufmg.br>>.

BRASIL. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar. **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro, 1944.

BRASIL. Ministério da Saúde.. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Cadernos Humaniza SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Rede Humaniza SUS.** Área temática da Humanização na Biblioteca Virtual de Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: <www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/politica_nacionalhumanizacao>. Acesso em: 6 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Cadernos Humaniza SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. - Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRUSCATO, Wilse L., BENEDETTI, Carmen., LOPES, Sandra Ribeiro de Almeida. **A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo:** novas páginas em uma antiga história, 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BUCHER, J. S. N. F.. Psicologia da Saúde no Contexto da Saúde Pública: Uma Complexidade Crescente. In: YAMAMOTO, Oswaldo H.; GOUVEIA, Valdiney Veloso. et al. (org.). **Construindo a Psicologia Brasileira:** Desafios da Ciência e prática psicológica. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

BURD, M. Abordagem familiar e psicoterapia da família. In: MELLO FILHO, J; BURD, M. (Orgs.). **Doença e família.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
CAMPOS, Ernesto de Souza. **História e evolução dos hospitais.** Rio de Janeiro:

Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Divisão de Organização Hospitalar, 1944.

CAMPOS, Teresinha Calil Padis. **Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.

CASTELLI, Geraldo. **Hospitalidade na perspectiva da gastronomia e da hotelaria**. São Paulo: Saraiva, 2005.

CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 105-111, 2005. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em 11 de junho de 2017.

CERVENY, C. M. O.; BERTHOUD, C. M. E. **Visitando a família ao longo do ciclo vital**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

CHEREGATTI, Aline Laurenti; AMORIM, Carolina Padrão. **Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. São Paulo: Martinari, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório final da pesquisa sobre o perfil do psicólogo brasileiro**. 2003 . Disponível em: <site.cfp.org.br>. Acesso em: 06 nov. 2017.

CORDIOLI, Aristides V. **Psicoterapias Abordagens Atuais**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

COSMO, M. et al. O Paciente em Unidade de Terapia Intensiva – Critérios e Rotinas de Atendimento Psicológico. In: KITAJIMA, K. **Psicologia em Unidade de Terapia Intensiva: critérios e rotinas de atendimento**. 1 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2014.

COSTA JUNIOR, Àderson Luiz. et al. **Preparação psicológica de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos**. *Estudos de Psicologia*, Campinas – SP. Scielo. Vol. 29, n.2. Abril – Junho, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório final da pesquisa sobre o perfil do psicólogo brasileiro**. 2003b. Disponível em: <site.cfp.org.br>. Acesso em: 06 nov. 2017.

DENNISON, P.D.. Cuidados de Enfermagem aos clientes com enfermidades nas Vias Aéreas Superiores. In: BLACK, J.M.; MATASSARIN-JACOBS, E.M.; LUKMAN, S.

Enfermagem Médico Cirúrgica - Uma abordagem Psicofisiológica. vol. 2. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1996. pág. 1027 – 42.

DI BIAGGI, T. M.. **A Relação médico-família em unidade de Terapia Intensiva – um estudo sobre as percepções do médico intensivista.** 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Dissertação) – Mestrado em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2001.

DUARTE, R. C.; SILVA, R. R.; LOPES, C. M. B. Uma experiência de intervenção em unidade de Terapia intensiva adulto. In: **3º Salão de Extensão e Cultura Institucionalizando a Extensão**, 2010. Unicentro, 2010. 4 f

ELSEN I. et al. **Um marco conceitual para o trabalho com famílias.** Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1992.

ELTRINGHAM, Roger; DURKIN, Michael; ANDREWS, Sue. **Recuperação pós anestésica.** Rio de Janeiro, Colina, 1986.

FÉRES-CARNEIRO, T.; MAGALHÃES, A. S.. Transmissão psíquica geracional: um estudo de caso. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (org). **Família e Casal: saúde, trabalho e modos de vinculação.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** Curitiba: Editora Positivo, 2009.

FONSECA, Rosane Gutman Lacombe da. **E aí a porta fechou... O Impacto da informação na internação compulsória em unidade de terapia intensiva adulto para o familiar do paciente.** 2015. 118 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, São Paulo, 2015.

GORGATI, S. B.; HOLCBERG, A. S.; OLIVEIRA, M. D. de. Abordagem psicodinâmica no tratamento dos transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, supl. 3, p. 44-48, dez. 2002. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 18 abr. 2017.

GOULART, B. N. G. de; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

ISMAEL, Sílvia Maria Cury. et al. (Org) **A prática psicológica e sua interface com as doenças.** 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

JUAN, Kelly de. **O impacto da cirurgia e os aspectos psicológicos do paciente: Uma revisão.** *Psicologia Hospitalar*, São Paulo, vol. 5, n. 1, 2007.

KNOBEL, E.; LASELVA, C. R. (coord); JÚNIOR, D.F.M. (coord). **Terapia intensiva: Enfermagem.** São Paulo: Atheneu; 2006.

MARQUES, I. S.; CERQUEIRA, I. E. S.; MORAES, I. M.. **Humanização no contexto Hospitalar.** Agosto, 2014.

MAZUTTI, S. R. G.; GARCIA, J. C. T. Família do paciente cardiopata. In: RIBEIRO, A. L. A.; GAGLIANI, M. L. (Org.). **Psicologia e Cardiologia: Um desafio que deu certo.** São Paulo: Atheneu, 2010.

MELLO FILHO, J.. Doença e família. In: MELLO FILHO, J.; BURD, M. (Org.). **Doença e família.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

MINUCHIN, S.. **Famílias: Funcionamento e Tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

MIYAZAKI, M.C.O.S.; DOMINGOS, N.A.M.; CABALLO, V.E.. **Psicologia da Saúde: Intervenções em Hospitais Públicos.** In: RANGÉ, Bernard. et al. **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** Porto Alegre: Artmed, 2001.

NOGACZ, F. R.; SOUZA, R. P.. **Fatores Estressores em UTI.** In: Associação de Medicina Intensiva Brasileira. (Org.). **Humanização em Cuidados Intensivos.** Rio de Janeiro: Revinter; 2004.

NOGUEIRA, L. S. et al. **Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTI's públicas e privadas.** *Texto Contexto - Enfermagem*. vol. 1, n. 1. Florianópolis, Jan – Mar, 2012.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA, C. S. Humanização na Assistência à Saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 2, p. 277-284, abr. 2006.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; MANCIA, Joel Rolim. **Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história.** *Revista brasileira de enfermagem*. Brasília, vol. 58, n. 6. Dezembro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 07/06/2017.

PEREIRA, H.; FELICIANO, R. M. H.. **A Importância da Psicologia Intensivista no Contexto Hospitalar**. 2012. Dissertação (Mestrado). Instituto Brasileiro de Terapia Intensiva. Brasília, 2012.

PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta; ANGELO, Margareth. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 982-988, nov./dez. 2005.

PRADO, Kátia Gonçalves do. et al. Centro de recuperação pós-anestésico: observação, análise e comparação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, p. 123-125, jul, 1998. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 16 maio 2017.

RIBEIRO, Juciara Almeida; SANTOS, Maria da Soledade Simeão dos. Diagnóstico de necessidade da família de clientes adultos na unidade de terapia intensiva: **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n. 3, jul./set. 2008.

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

_____. **A prática da Psicologia nos hospitais**. Pioneira. São Paulo. 2002.

_____. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. 4 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

RUSCHEL, P.P.; DAUT, P.E.; SANTOS, M.F.. **Grupoterapia na redução de complicações pós-operatórias em cirurgia cardíaca**. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. vol. 2, n. 3. Dezembro, 2000.

SARACENO, C.. **Sociologia da Família**. Lisboa: Editorial Estampa, 1997.

SANTOS, S. N. et al. Intervenção Psicológica em uma Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 14, n. 2, p. 50-66, 2011.

SAÚDE e Psicologia. **Diálogos**, Brasília, v.4, 2006.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; COSTA JR., Àderson L. O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, vol. 15, n. 1, jan-abr, 1999. Disponível em: <<https://revistaptp.unb.br/>> Acesso em: 16/04/2017.

SENRA, D. F.; GUIMARÃES, C. P. A.. UTI de Cirurgia Cardíaca. In: RIBEIRO, A.L.A.; GAGLIANI, M. L. (org.). **Psicologia e Cardiologia: Um desafio que deu certo**. São Paulo: Atheneu, 2010.

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SMELTZER, Suzanne C. et al. Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgico. 7 ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 1993.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE TERAPIA INTENSIVA. **Titulação do Psicólogo Intensivista**. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br>> Acesso em: jun/2017.

_____. **Diretrizes Curriculares Básicas para Formação do Psicólogo Intensivista**. Disponível em: <<http://www.medicinaintensiva.com.br>> Acesso em: jun/2017.

SOUZA, Raquel Pusch. **Manual Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

TAKAHASHI, E.I.U. **Visitas em unidade de terapia intensiva**. Revista Paulista de Enfermagem, vol. 9, n.3, p.113-115, 1986.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. **A interface psicologia social e saúde: Perspectivas e desafios**. Psicologia em Estudo. Maringá, vol. 6, n. 2, jul-dez, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 21/05/2017.

TRINCA, Ana Maria Trapé. **Intervenção terapêutica breve e a pré-cirurgia infantil: O procedimento de Desenhos - Estórias como instrumento de intervenção terapêutica**. São Paulo: Vetor, 2003.

URIZZI, Fabiane et al. Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 20, n. 4, p. 370-375, out./dez., 2008.

VASCONCELOS, C. P.; PASCHE, D. F. **O Sistema Único de Saúde**. 2007. Disponível em: <www.ufjf.br>. Acesso em: 12 jul. 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE A – FOLDER DE ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES DA UTI

Este folder, foi desenvolvido pelo setor de Psicologia, através do estagiário Pedro Felix de Vasconcelos, do UNI RN sob a coordenação da psicóloga Vanessa Macambira, com a experiência de vivências, depoimentos e relatos de familiares expressos nos atendimentos psicológicos.

O presente guia foi elaborado com o intuito de orientar os familiares dos pacientes de UTI com informação clara e direta. Desejamos que os nossos atendimentos psicológicos e essas informações que constam neste folder sejam concebidos como um instrumento capaz de contribuir com o desenvolvimento da autonomia e condições de vida e saúde dos familiares.



Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Avenida Senador Salgado Filho s/n - Tirol,
Natal-RN
Telefone: 84-3232-7500
Site: www.walfredogurgel.rn.gov.br

Folder de orientação aos familiares da UTI



Guia do setor de Psicologia para apoio aos familiares

O QUE É UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)?

A UTI é uma área destinada ao tratamento de pacientes que necessitam de cuidados intensivos e monitorização constante por uma equipe multidisciplinar qualificada. Esta equipe é composta por profissionais de diferentes áreas que prestam assistência aos pacientes durante 24 horas.

PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NA UTI

Médicos (as) Intensivista
Enfermeiro (a)
Técnicos de Enfermagem
Fisioterapeuta
Nutricionista
Psicólogo (a)
Assistente Social
Equipe de Higienização

QUE APARELHOS SÃO MAIS UTILIZADOS PELO PACIENTE NA UTI?

Os aparelhos utilizados na UTI poderão causar estranheza, mas servem para o controle contínuo da equipe sobre o estado do paciente.

O Monitor

É um equipamento computadorizado que fornece diferentes dados sobre o paciente, tais como: frequência cardíaca, pressão arterial, nível de oxigênio no sangue e temperatura.



Respirador/Tubo traqueal

O respirador é um aparelho que auxilia na respiração do paciente. É importante saber que enquanto estiver "intubado" o paciente não poderá falar. Muitas vezes o paciente é mantido sedado a fim de se adaptar melhor ao aparelho.



Bomba de Infusão

O aparelho serve para que o paciente receba sua medicação na quantidade e hora certa. Também é através dessa bomba que o paciente recebe sua alimentação, chamada dieta enteral.



VISITAS

As visitas na UTI são igualmente importantes para dar suporte emocional e psicológico aos pacientes internados. Este é um momento de dar apoio e demonstração de carinho, busque falar sobre coisas positivas, demonstre seu afeto e estimule a esperança! Alguns pacientes, por diversos motivos, ficam inconscientes e/ou sedados durante sua permanência na UTI, não estabelecendo contato com outras pessoas. Mas deverão receber a mesma atenção que os pacientes conscientes ("acordados"), como carinho, conversa e criação de um ambiente positivo e acolhedor.

RECOMENDAÇÕES IMPORTANTES PARA VISITA

- A visita acontece diariamente no seguinte horário: das 16:30h às 17h (podendo haver atrasos devido a intercorrências);
- Tocar o paciente é fundamental, desde que sejam tomadas as precauções necessárias como lavagem das mãos, utilização do álcool gel e uso de equipamentos de proteção quando necessário;
- São permitidos 3 visitantes, um por vez, para cada paciente;
- A família deverá trazer para o paciente os seguintes materiais de higiene:

(Lavanda, hidratante, desodorante, enxaguante bucal, fralda e sabonete líquido);

- Não utilize o celular dentro da UTI;
- É proibido tirar foto ou filmar o paciente (assegurado pelo Art.5º, inciso X da Constituição Federal);
- Não é permitida a entrada de flores e alimentos na UTI;
- Visitas de crianças menores de 12 anos não são permitidas;

A família deve fornecer ao serviço social telefones de contato e deverá trazer cópia dos seguintes documentos do paciente: RG, CPF, cartão do SUS e comprovante de residência

ORIENTAÇÕES AOS FAMILIARES

- As informações completas de cada paciente serão fornecidas aos visitantes pelo médico intensivista após a visita. Esse momento é importante para esclarecer todas as suas dúvidas!
- Para manter a segurança e integridade dos pacientes todas as informações e procedimentos com o paciente serão fornecidas apenas pessoalmente aos familiares responsáveis.
- A UTI pós-operatória do HMWG dispõe de serviço de psicologia para atender os familiares.
- A equipe multiprofissional está à disposição para atender e esclarecer todas as dúvidas.
- Cuide-se.
- Pense que seu familiar buscará força em você para se recuperar.
- Não tente fazer tudo sozinho. Peça apoio a outros familiares e amigos.

ALTA

Receber alta da UTI não significa necessariamente que o paciente está liberado. O comum é a passagem do paciente na enfermaria e posteriormente para sua casa.

Obs. O paciente só receberá alta da UTI após a família ser informada pelo serviço social do hospital.



