



CENTRO UNIVERSITÁRIO VALE DO SALGADO  
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

MARCUS ANTÔNIO SILVA LIMA

**ACOLHIMENTO A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNOS EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PSICOTERAPIA BREVE.**

Icó – CE

2021

MARCUS ANTÔNIO SILVA LIMA

**ACOLHIMENTO A FAMILIARES DE PACIENTES INTERNOS EM UNIDADE DE  
TERAPIA INTENSIVA: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PSICOTERAPIA BREVE.**

Monografia submetida à disciplina de TCC II, do Curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Vale do Salgado, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador(a): Esp. Lucas Ledo Alves.

Icó – CE

2021

MARCUS ANTÔNIO SILVA LIMA

Monografia aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário Vale do Salgado – UniVS.

BANCA EXAMINADORA:

---

**Esp. Lucas Ledo Alves**

*Orientador(a)*

---

**Esp. Lielton Maia Silva**

*Avaliador(a)*

---

**Esp. Letícia Augusto Oliveira**

*Avaliador(a)*

Icó – CE

2021

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que muito me apoiou.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer aos meus pais e familiares, amigos e todos aqueles que contribuíram para essa minha conquista e evolução.

## EPÍGRAFE

“Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas.  
Pessoas mudam o mundo.” (Paulo Freire, 1979, p. 84)

## RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo a compreensão das complexidades existentes na atuação da Psicologia diante os familiares de pacientes internos em Unidades de Terapias Intensivas, revelando todo processo histórico da Psicologia e sua inserção nos hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, utilizando a Psicoterapia Breve como intervenção primordial frente todo contexto existente no âmbito hospitalar, assim, fazendo uma explanação do surgimento da mesma e toda sua trajetória que vai das primeiras atuações na segunda Guerra Mundial até as intervenções nos hospitais, mostramos as peculiaridades que vão da tríade hospitalar até o entendimento do conceito Psicologia da Saúde e Psicologia hospitalar, dando ênfase aos fenômenos que atingem os familiares durante todos os processos de sofrimento causado pelo adoecimento de seu ente querido. Foram encontrados 20 artigos relacionados a temática, utilizando a base eletrônica Scielo, Pepsí. Por fim, deixamos registrado como fonte de conhecimento, a importância da atuação do Psicólogo nos hospitais diante os familiares inseridos no sofrimento de seu familiar, especificamente nas Unidades de Terapias Intensivas.

### **Palavras-chave:**

Psicoterapia Breve. Acolhimento Familiar. UTIs. Intervenção. Tríade hospitalar.

## ABSTRACT

The present work aimed to understand the complexities existing in the performance of Psychology before the relatives of internal patients in Intensive Care Units, revealing the whole historical process of Psychology and its insertion in psychiatric hospitals and general hospitals, using Brief Psychotherapy as a primary intervention in front of all existing context in the hospital environment, thus, making an explanation of the emergence of it and its entire trajectory that goes from the first performances in the Second World War to the interventions in hospitals, we show the peculiarities ranging from the hospital triad to the understanding of the concept Of Health Psychology and Hospital Psychology, emphasizing the phenomena that affect family members during all processes of suffering caused by the illness of their loved one. Twenty articles related to the theme were found using the electronic base Scielo, Pepsí. Finally, we leave registered as a source of knowledge, the importance of the psychologist's work in hospitals before family members inserted in the suffering of their family members, specifically in intensive care units.

### **Key words:**

Brief Psychotherapy. Reception Family. ICUs. Intervention. Hospital triad.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 OBJETIVOS: .....</b>	<b>13</b>
2.1 GERAL: .....	13
2.2 ESPECÍFICOS: .....	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>14</b>
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR COM A INSERÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE. ....	14
3.2 A ATUAÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE NA TRÍADE HOSPITALAR. ....	19
3.3 MÉTODOS DE ATUAÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE FRENTE AOS FAMILIARES NAS UNIDADES DE TERAPIAS INTENSIVAS.....	23
3.4 COMPREENSÃO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE E A PSICOLOGIA HOSPITALAR. ....	28
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>34</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>



## 1 INTRODUÇÃO

A literatura trouxe uma importante trajetória sobre os primeiros estudos que apresentam o trabalho do psicólogo no contexto hospitalar brasileiro. No final da década de oitenta, pode-se destacar alguns acontecimentos marcantes para essa inserção: a Constituição de 1988, que previa o SUS, a promulgação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e um dos maiores impulsionadores para transformação do sistema, a Reforma Psiquiátrica (ZURBA, 2010).

Tanto a entradas nos hospitais psiquiátricos como no hospital geral contribuíram para consolidação do psicólogo como profissional na área da Saúde. Como nos apresenta Angerami-Camon (2002), o psicólogo no hospital geral representa uma especificidade da Psicologia da Saúde no setor terciário, iniciando-se na década de 1950 e com poucos profissionais da categoria nessa área de atuação. Havia, no país, profissionais com formação nas áreas das Ciências Humanas, os quais eram responsáveis pela assistência psicológica aos pacientes hospitalizados. Nesse período, verificou-se a necessidade do surgimento dos cursos de graduação em Psicologia e a delimitação sobre a atuação do psicólogo nas instituições de saúde. Assim, pode-se destacar as diversas transformações que a psicologia teve antes de ser inserida definitivamente no sistema hospitalar, trazendo um contexto mais amplo no qual a relação da Psicologia com o campo da Saúde é ressignificado e problematizado no Brasil.

Nesse sentido, se fez necessário evidenciar em um contexto nacional a definição entre Psicologia da Saúde e Psicologia Hospitalar. A Psicologia Hospitalar vem como especialidade exclusivamente brasileira, denotamos, portanto, sobre a formação acadêmica, o campo de trabalho vinculado a essa área, e as questões diante da empregabilidade. Além disso, discorreremos a inserção da Psicologia Hospitalar na Psicologia da Saúde, área ampla que utiliza os conhecimentos das ciências. Como indica Teixeira (2004), a Psicologia da Saúde é a aplicação dos conhecimentos e das técnicas psicológicas à saúde, às doenças e aos cuidados de saúde, visando a promoção e manutenção da saúde e a prevenção da doença. A finalidade principal está em compreender como é possível contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades através de intervenções psicológicas.

Ao iniciarmos essa pesquisa foi nos revelado a real importância de explorar o contexto hospitalar, identificando os conflitos e transtornos mais intensos bem como a vivência das famílias dos internos nesse processo dolorosos. Continuamos a pesquisar detalhando os fatos

do cenário das UTIs, identificando os fenômenos manifestados entre os familiares e as equipes multidisciplinares, observando a atuação do psicólogo diante do sofrimento físico e psicológico.

Diante das complexidades encontradas, como a rotatividade de permanência do paciente e toda carga emocional de sofrimento e traumas enfrentados pelos acompanhantes, o sistema hospitalar necessitava de profissionais de Psicologia preparados e norteados por uma técnica que fosse capaz de compreender os mais diversos tipos de problemas encontrados no seu cotidiano. Dentro do sistema hospitalar, existe muitos conflitos envolvidos, não só os do paciente, familiares, mas também as equipes multidisciplinares que por muito tempo tentavam dar suporte em áreas que não eram de seu domínio. Segundo Romano (1999), a importância da presença de um psicólogo profissional de psicologia no meio hospitalar foi reconhecida quando os profissionais de saúde se deram conta de que há um lado obscuro, inconsciente que gera conflitos e queixas, que complicam evoluções e reduzem a eficácia terapêutica. Perceberam, então, que os aspectos emocionais podem alterar as reações e habilidades, modificando a aderência ao tratamento e possibilitando a tomada de decisões que influenciam as chances de avanços no quadro de saúde.

As pessoas internadas nas UTIs, por sua vez, sofrem perdas violentas, tanto psicologicamente quanto fisicamente, e também tem impactos na sua singularidade e subjetividade, ficam inseguros quanto a sua vida, diante das angústias não sabem o que vai acontecer, tem medo de causar dor a família, sendo uma pessoa sem utilidade e dependente de cuidados pelo resto da vida. No âmbito das UTIs a fragilidade se torna um sentimento muito intenso, muitas vezes, o desejo da morte é constante, o paciente nas UTIs vê sua vida indo embora junto com todos seus planos e sonhos, o medo de perder a família, de perder o emprego e de todos planos que ele tinha feito, um grande desajustamento psicológico, com uma significativa baixa do nível de consciência. Indo de encontro com a explanação de Gusmão (2012), a atuação do profissional de psicologia na UTI se deve ao suporte psicoterapêutico que o paciente necessita em virtude da possibilidade de apresentar uma série de transtornos/distúrbios psicológicos, relacionados ou não ao processo do adoecimento e da internação na UTI.

Ao discorrer sobre a atuação do psicólogo frente os desafios das UTIs, imaginamos o cenário do paciente e suas complexidades. Existe um amplo campo de afetados, na maioria das vezes, o interno se encontra inconsciente, ou já em processo de finitude, o que causa um enorme sofrimento e desajuste aos familiares. O medo constante da perda, a ansiedade por novos

boletins médicos, a frustração dos resultados negativos ou até o impactante comunicado da morte, tudo isso adicionado a longa permanência no cenário da UTI. Como apontam Fonseca & Fonseca (2002), o psicólogo pode ajudar os familiares a não estarem tão vulneráveis diante dos fatores de risco que podem gerar um luto complicado após a perda propriamente dita.

Transcrevemos a importância da composição desse assunto como algo que trará uma rica fonte de informações e esclarecimentos sobre um tema tão necessário e sensível. Para muitos, as Unidades de Terapias Intensivas são vistas como um cenário aterrorizante e traumático, uma constante ligação com a morte, onde são vivenciados e gravados os piores momentos da vida das pessoas internas, e conseqüentemente de seus familiares. Segundo Fonseca (2004) além da família sofrer um impacto pela doença de um dos seus entes queridos, ela necessita manter o equilíbrio para poder assegurar o cumprimento das tarefas e das necessidades do membro doente. É a percepção da importância da redistribuição dos papéis e responsabilidades, e a partir daí, a adaptação à ausência futura e às perdas a serem enfrentadas.

Outro ponto que se fez necessário a presença do psicólogo no sistema hospitalar, foi a ausência de uma técnica humanizada que fosse capaz de atender as demandas oriundas dos desajustes emocionais, assim foi assimilado pelas outras equipes a suma importância do psicólogo, tendo em vista todo seu embasamento teórico, onde se dá relevância aos avanços do trabalho terapêutico e da melhoria em outras áreas do hospital.

A Psicoterapia é reconhecida como uma estratégia de intervenção indispensável no âmbito hospitalar, tendo em vista toda sua versatilidade diante das demandas oriundas do sofrimento humano, os desajustes, os impactos, e principalmente o imediatismo das emergências no seu amplo campo de atuação. De acordo com Campos (1995), o Psicólogo no contexto hospitalar teria o papel clínico, mas também o social, o organizacional e o educacional na forma de assistência psicológica, que incluiria, como clientela, além do paciente e seus familiares, a equipe multiprofissional e demais funcionários do hospital, abrangendo atividades de assessoria, consultoria e interconsultoria.

Logo, nasce a possibilidade do exercício da Psicoterapia Breve no contexto hospitalar, desenvolvendo um trabalho sério e eficaz, modificando sua postura frente as outras equipes multidisciplinares, sua técnica traz um preenchimento dentro do vazio que existia em determinadas situações no hospital em relação às múltiplas adversidades que surgiam. Angerami-Camon (2002) vem nos apresentar 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.

Diante do que foi apresentado, comprova-se a necessidade da Psicologia dentro do sistema de saúde e principalmente no âmbito hospitalar, baseando-se nas demandas que esse sistema complexo exige. Frente ao estágio curricular obrigatório, constamos a oportunidade de conhecer o trabalho da psicologia dentro do sistema hospitalar, diante de todas suas complexidades e necessidades. Decidimos explorar sobre essa ampla área, relatando os pontos principais, dando ênfase as intervenções e apresentando os benefícios de promoção da saúde mental dos familiares inseridos em todo o contexto das UTIs.

## **2 OBJETIVOS:**

### **2.1 GERAL:**

- Discorrer sobre o acolhimento em Psicoterapia Breve diante os familiares de pacientes internos no contexto das UTIs.

### **2.2 ESPECÍFICOS:**

- Compreender a inserção da Psicologia no âmbito hospitalar e a atuação da psicoterapia breve;
- Apresentar características da Psicologia da Saúde e da Psicologia Hospitalar;
- Descrever acerca das necessidades de acolhimento às famílias inseridas nas Unidades de Terapias Intensivas.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA PSICOLOGIA HOSPITALAR COM A INSERÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE.

Para nossa melhor compreensão é de grande contribuição aqui apresentar os principais acontecimentos na trajetória da Psicologia dentro do sistema hospitalar. Ismael (2005) nos trouxe essa literatura que 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.

A trajetória da Psicologia Hospitalar tem particularidades de acordo com cada época e lugar. Lisboa (2002), refere ao budismo a propagação das instituições hospitalares a partir de Sidartha Gautama, o Iluminado (Buda), que, segundo os registros da autora, construiu vários hospitais e nomeou, para cada dez cidades, um médico já "formado", prática continuada por seu filho Upatise. Verifica-se que as primeiras figuras humanas a exercerem a "arte de curar" foram os sacerdotes dos templos e, estes, os primeiros locais para onde iam os doentes. Inicialmente, eram movimentos espontâneos, indo os enfermos orar ao Deus, pela cura de seus males. Com o passar do tempo, e o número desses enfermos aumentando, foi necessária a criação de lugares apropriados e, finalmente, novos templos foram construídos em locais de bosques sagrados, com fontes de água de propriedades terapêuticas, para atender aos doentes.

A entrada da Psicologia dentro do sistema de saúde teve uma trajetória de conquistas, que aos poucos foram solidificando a presença da psicologia como profissão imprescindível dentro das redes de saúde. Segundo Carvalho e Yamamoto (2002), a inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde ocorreu no final da década de 1970 com a finalidade de construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico, com vistas à redução de custos e maior eficácia dos atendimentos, por meio da formação de grupos multiprofissionais. Conforme atestam esses autores, dois fatos contribuíram para a presença de psicólogos no setor de saúde: primeiro, a redução do mercado de atendimento psicológico privado, em decorrência da crise econômica pela qual o país estava sendo afetado, e, segundo a crítica à Psicologia clínica tradicional, por não apresentar significado social, a qual motivava o surgimento de práticas alternativas socialmente mais relevantes. As potencialidades que a Psicologia carregava, foram as responsáveis pelo seu ingresso como promessa indispensável nas redes de saúde, aliadas as

necessidades que o modelo convencional apresentava, com incompletudes e sem flexibilidade para as demandas oriundas do conflito cotidiano nos equipamentos de saúde.

De acordo com os estudos de Angerami-Camon (2002), os relatos de inserção do psicólogo em hospitais começam na década de 50, no hospital geral dos Estados Unidos da América e no Brasil. Matilde Neder que se destacou-se pela sua atuação em Psicologia hospitalar, psicoterapia breve, psicoterapia familiar e psicossomática, instalou um Serviço de Psicologia Hospitalar no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 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. O trabalho de Matilde Neder foi primordial no sentido de reconhecer a importância da Psicologia dentro do âmbito hospitalar e trazer uma ampla teoria de técnicas para dentro das demandas hospitalares. Por isso, fez-se necessário ressaltar a relevância dos diversos nomes que contribuíram para essa trajetória diante um cenário de profissões já consolidadas no meio da Saúde.

É notório que a trajetória da Psicologia foi repleta de desafios, dificuldades para desenvolver seu trabalho com o embasamento adequado, a influência e a participação ativa de outras técnicas, de outras áreas que trabalhavam diretamente com o sistema público, não só retardou seu desenvolvimento, como sempre foi cercada de atritos. Angerami-Camon (2002) vem nos mostrar que 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, mostrando a inexistência de um paradigma claro que pudesse definir estratégias, dificultando a oportunidade de legitimação do espaço psicológico nas instituições de saúde.

Apesar de não ter uma grande fonte de pesquisas e publicações sobre a Psicologia Hospitalar, ao adentrar nesse contexto, percebemos o tamanho do campo no qual decidimos explorar, tendo a percepção que é uma área rica de atuação, e repleta de desafios no que se diz respeito a detalhar sua relação com o público alvo, 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 fortalecer o sistema Hospitalar. Ismael (2005) nos revela que desde o ano 2000, a Psicologia é reconhecida como especialidade indispensável no âmbito hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Além disso, a fundação da Sociedade

Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH), em 1997, vem fortalecendo a área no cenário brasileiro. A sociedade tem por objetivo ampliar o campo de conhecimento científico e promover cada vez mais o profissional que se dedica a este campo.

Diante do que vem sendo proposto nessa busca ativa e pela compreensão da Psicologia sendo desenvolvida dentro do hospital e ao mesmo tempo todo instante se posicionando como especialidade mais do que imprescindível, Ismael (2002) veio nos apresentar a atuação do psicólogo no hospital, detalhando suas funções e características: o psicólogo no hospital geral, representa uma especificidade da Psicologia da Saúde no setor terciário, iniciando-se na década de 1950 com poucos profissionais psicólogos. Havia, no país, profissionais com formação nas áreas das Ciências Humanas os quais eram responsáveis pela assistência psicológica aos pacientes hospitalizados. Entretanto, verificou-se a necessidade do surgimento dos cursos de graduação em Psicologia para delimitar a atuação do psicólogo nas instituições de saúde, às graduações tinha um papel primordial no que se diz respeito a legitimação de sua importância, um mecanismo norteador que orientava o profissional da psicologia a desenvolver suas intervenções nos seus devidos campos de atuação, daí o aumento da qualidade no atendimento, consequentemente a aceitação pelas outras equipes que lá desenvolviam suas técnicas.

Dá-se ênfase à classe de Psicólogos que além de desenvolverem um trabalho árduo dentro de umas das mais complexas categorias da Saúde, tinham que ficar a todo instante aperfeiçoando suas técnicas aplicadas nos hospitais. Romano (1999) referencia os avanços significativos que marcaram o crescimento da Psicologia no hospital geral devido à iniciativa de profissionais da área, os quais buscaram delimitar as práticas psicológicas. Na tentativa de facilitar a formação profissional, surge, em 1977, o primeiro curso de Psicologia Hospitalar realizado no país, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, produzido e ministrado por Bellkiss Romano, e a partir da década de 1980, destacam-se nessa trajetória o "I e o II Encontros Nacionais de Psicólogos da Área Hospitalar", eventos científicos que contribuíram para o aprimoramento profissional.

Transcrevemos a necessidade que o sistema hospitalar demonstrava diante das dificuldades apresentadas pelos setores interdisciplinares, a carência de um trabalho que tivesse suporte e respaldo para contribuir da forma multidisciplinar nos atendimentos aos pacientes, e aos familiares inseridos nesse contexto de sofrimento, não só preparo técnico, mas também um suporte emocional e repleto de empatia, carinho por aqueles que necessitassem de cuidados. Romano (1999) diz que os profissionais inseridos nos hospitais se diferenciam de todos os



outros nos quais o psicólogo atua. A começar pelo espaço físico que é tumultuado e de domínio do médico, dificilmente há privacidade para um atendimento psicológico, não só pelas lotações das enfermarias, mas também pelas frequentes interrupções de outros funcionários, como enfermeiros e técnicos, que precisam seguir com a rotina do hospital. Dessa forma, muitas vezes o atendimento é realizado na presença de outras pessoas.

A literatura demonstra detalhadamente os desafios enfrentados pelos profissionais da Psicologia, conseqüentemente as exigências e as limitações das outras equipes atuantes nos hospitais. Segundo Romano (1999) outra característica importante, e talvez a mais significativa para este trabalho, é o tempo disponível para atendimento, visto que o paciente internado receberá alta, não havendo continuidade no tratamento psicológico. Esse tempo varia com a duração da internação, que pode ser dias, semanas ou meses, dependendo da gravidade e da cronicidade do caso. Esse tempo pode ainda ser um tempo para recuperação da saúde ou um tempo de morrer, somente uma técnica bem elaborada e moldada de acordo com as demandas emergências dos hospitais, poderia dar esse suporte, assim a PB foi apresentada para ocupar esse espaço observado.

Para explicar a trajetória da PB, Gilliéron (1986) veio trazer que a mesma deve ser atribuída às primeiras experiências de S. Ferenczi em 1918, sendo que o primeiro congresso dedicado a esta modalidade de psicoterapia, ocorreu em 1941 em Chicago. Apesar de ter sua origem na psicanálise, a PB construiu sua identidade, percorrendo um caminho diferente, uma técnica que possui nas suas características a adaptação e flexibilização diante das adversidades as quais fossem submetidas, além dos fatores apresentados anteriormente, nessa construção da PB, seguimos nesse percurso onde Gilliéron (1986) vem apresentar que durante a II Guerra Mundial as publicações em PB aumentaram consideravelmente, contribuindo para a aceitação desta psicoterapia pelos psicoterapeutas tradicionais da época, bem como indicando, possivelmente, sua maior utilização para o atendimento de problemas psíquicos surgidos durante este conflito mundial, nesse sentido chegamos ao entendimento de que a PB veio suprir um espaço que antes era ocupado por técnicas que não tinham flexibilidade, não tinham suporte para atender as demandas que eram submetidas.

Para compreender a entrada da Psicoterapia Breve no hospital, foi necessário entender seu suporte teórico, conseqüentemente explorando seu poder de atuação frente as demandas do sistema hospitalar brasileiro. Somente uma atuação preparada e segura diante das adversidades poderia fazer parte das equipes multidisciplinares que lá atuam, foi com um papel ativo, porém

sem ser invasivo, que a psicoterapia breve teve consolidação nesse campo, o trabalho terapêutico em psicoterapia breve, assim, devemos enfatizar a importância da rápida tomada de decisão.

O sistema hospitalar manifesta situações complexas, emergenciais que exige uma certa rapidez e eficácia nos primeiros momentos de crise com os mais diversos desajustes que os usuários apresentam. De acordo com Braier (1991), a PB tem como característica substancial o foco, ou seja, estar atento a determinada problemática do paciente, que adquire prioridade, dada sua urgência e/ou importância, enquanto se deixam de lado as demais dificuldades. Para isso, há uma eleição dos conflitos a serem tratados.

Analizamos o conceito de 'ponto de urgência' que corresponde à situação psíquica inconsciente de conflito que, relação de fatores atuais, predomina no sujeito num dado momento, sendo motivo de determinadas ansiedades e defesas (BRAIER, 1991, p.44).

Outro aspecto que tem que ser levado em conta sobre a Psicoterapia Breve, foram os primeiros ambientes nos quais ela foi inserida e aplicada, um cenário nada tranquilo e muito traumático, todos esses fatores fizeram com que a PB crescesse com a capacidade de tomada de decisão em situações complexas, como diante do pavoroso panorama com o advento da 2ª Guerra Mundial (1939-1945).

As demandas de atendimentos psicológicos não tinham suporte com o modelo de atendimento convencional. Lustosa (2010) vem nos dizer que com o número de pessoas necessitadas de apoio psicológico cresce muito mais do que o de psicanalistas, que não podem dar conta de tratamentos longos como anteriormente. Somam-se a isto as severas restrições econômico-financeiras, que não permitem o pagamento, pela população empobrecida, do preço das sessões analíticas, assim como a imensa dificuldade de verbalização das classes menos favorecidas. Não bastassem estes fatores, o tempo se torna escasso para uma recuperação psicológica, com vista à reconstrução de cidades, países, e de estruturas egóicas destruídas pela experiência devastadora. A situação de catástrofe trazida pelos resultados de tantos anos de sofrimento em guerra demanda a expectativa de resultados rápidos nos tratamentos psicológicos da população necessitada.

Os inúmeros relatos de sofrimentos e de tratamentos frustrantes sem qualquer embasamento comprovado ou observado com alguma indicação de eficácia ou benefício, sinalizavam a busca urgente por alguma técnica e tratamento que tivesse resultados ou

demonstração de cuidados humanizados, a situação crítica impulsionou o desenvolvimento das primeiras tentativas da experiência de Ferenczi e muitos outros autores juntam-se a este movimento, despontando no nascimento da Psicoterapia Breve de inspiração analítica, movimento esse que iria mudar a história da Psicologia diante as atuações necessárias em diversos casos, dos mais simples aos mais complexos.

Diante dos acontecimentos cotidianos vivenciados por todos inseridos nos sistema hospitalar, naturalmente surgiu uma urgente necessidade de uma técnica que soubesse lidar com o sofrimento humano, com as repentinas e repetidas cenas de episódios traumáticos, técnica essa que fosse formulada nos principais preceitos de afeto, empatia, cuidado, com uma experiência que fosse iniciada desde o manuseio da escuta, da fala até o momento da necessária intervenção, uma técnica que tivesse suporte para ser realizada dentro de um evento conturbado e estressante com a interação de outras áreas de ações interdisciplinares, como vemos no relato de Ismael (2005) que apresenta os desafios da PB enfrentados desde sua inserção, dizendo que, observado pelo médico algum problema emocional a ser cuidado, o paciente chega ao ambulatório de Psicologia trazendo, além da queixa da doença, problemas pessoais adjacentes, familiares e profissionais. A aceitação da doença muitas vezes é difícil, sendo comum observar comportamentos de revolta ou conformismo, que são mecanismos de defesa para preservar o ego de situações que ameaçam sua integridade. Outros mecanismos comuns são a negação, a regressão e a racionalização.

Afirmamos que a inserção da Psicoterapia Breve no sistema hospitalar, foi um marco na saúde pública do Brasil, enfatizar uma técnica direcionada para o acolhimento dos pacientes, familiares e as equipes de profissionais lá inseridas, facilitaram as questões interdisciplinares antes prejudicadas pela carência de profissionais aptos a atuar nessas áreas que exige controle e estrutura emocional, promover o bem estar de todos dando suporte quando não for possível ter controle de determinadas situações, é um dos desafios da Psicoterapia Breve diante das diretrizes do sistema hospitalar.

### 3.2 A ATUAÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE NA TRÍADE HOSPITALAR.

Apresentamos uma explanação da atuação do Psicólogo diante o ambiente hospitalar usando as técnicas de acolhimento da Psicoterapia Breve. Enxergar os desafios do hospital com todos seus conteúdos traumáticos e estressantes, é ver bem mais do que cuidar do paciente. No

contexto hospitalar existe uma tríade de inseridos, que necessitam de acolhimento e atenção, pois compartilham dos impactos que a internação e o sofrimento transmitem diante do interno e suas enfermidades, paciente, familiares e toda equipe multidisciplinar, fazem parte do público alvo da atuação do psicólogo com a Psicoterapia Breve.

Seja qual for a abordagem teórica em Psicologia, existem pontos centrais na atuação do psicólogo no hospital geral, daí se destaca a necessidade de focalizar a tríade. No contato com o paciente, o psicólogo constrói o vínculo terapêutico, mostra-se disponível para a escuta das queixas e demandas, identificando, de forma colaborativa, as situações que provocam sofrimento, visando reorganizar a tensão emocional. A interatividade entre todo corpo hospitalar tem uma significativa relevância no êxito do processo terapêutico. Segundo Campos (1995) busca-se promover conversações para os acompanhantes, demais familiares e equipe de saúde com o objetivo de mediar o relacionamento e a comunicação destes com o paciente e, por outro lado, atender às demandas emocionais da família. É no vínculo familiar que se concentra as maiores situações de desajuste dentro das Unidades de Terapias Intensivas, ter um contato aberto com um diálogo transparente facilita as intervenções diante a situação, tudo com extremo cuidado para não ser em momento algum invasivo.

Castro e Guarin (1985) nos revelou que o grande diferencial da Psicoterapia Breve, é sua fundamentação baseada nos aspectos emocionais, utilizando a empatia no momento de acolher as demandas, unir suas técnicas muito bem elaboradas a um olhar humanizado, fez com que sua trajetória dentro das Unidades de Terapias Intensivas fossem de suma importância e reconhecimento, os processos traumáticos sempre foram um tabu para as outras equipes multidisciplinares, com a entrada da Psicologia nesse contexto, os papéis dentro do sistema hospitalar foram mais bem distribuídos. Nesse sentido, o psicólogo na unidade de emergência precisa de habilidades que envolvam rapidez de raciocínio, perícia em ações e contar com o apoio de recursos da comunidade para os devidos encaminhamentos, visto que na emergência nem sempre o paciente ficará internado, impossibilitando um efetivo acompanhamento psicoterapêutico, nesse processo entre as tomadas de decisões da equipe médica, os familiares vivenciam momentos intensos de angústias, e de um constante estresse, quanto mais rápido for a intervenção com os laços terapêuticos, maiores serão as chances de redução de traumas psicológicos, e de uma boa regularização e estabilização de seus níveis de consciência. Diante da agilidade do atendimento do psicólogo visa também a expressão do paciente, possibilitando que este externalize fantasias e sentimentos em relação à doença ou hospitalização. Dessa

forma, a intervenção psicoterapêutica é breve, mas não se objetiva realizar uma psicoterapia, apenas uma intervenção de emergência.

A atuação do psicólogo diante as tensões que as equipes multidisciplinares sofrem na sua estressante rotina, tem uma significativa importância, tendo em vista que o estado emocional regulado, diz respeito a seu desenvolvimento nas suas atividades, a qualidade do trabalho realizado, muitas vezes é comprometida pela jornada estressante, como vem trazer Chiattonne (2003), falando que no hospital geral, é muito comum ocorrerem conflitos em equipes compostas por profissionais com distintos graus de instrução e conhecimentos sobre as outras especialidades, sendo que o potencial conflitivo torna-se aumentado se não houver compreensão das capacidades dos membros, se o profissional visualizar a tarefa como invasão de terreno dos outros profissionais, se assumir um comportamento defensivo em prol das prerrogativas profissionais e se acreditar na falha de utilização plena das qualificações dos outros membros. Descrevemos dando ênfase nas demandas que não correspondem o domínio das outras equipes multidisciplinares, a evolução de suas técnicas ficam comprometidas, quando não existe um controle psicológico no paciente e nos seus familiares que o acompanham, essa necessidade da atuação do Psicólogo, traz uma aliança construtiva entendida pelas outras equipes, assim, amenizando esse confronto de áreas existentes no sistema hospitalar, no sentido de que o trabalho interdisciplinar se torne cada vez mais harmonioso e cooperativo.

A intervenção do Psicólogo enfrenta uma série de desafios, dentre eles as estruturas e condições dos hospitais, frente as demandas complexas, na maioria das vezes urgentes e imediatas, exige uma técnica muito bem elaborada, com um profissional com uma rápida tomada de decisão, atuar com a consciência que o ambiente possa não ser favorável, facilita o enfrentamento das situações. Azevêdo e Santos (2011) vem nos dizer que o atendimento psicológico hospitalar é realizado em locais distintos, como as unidades de internação e ambulatórios. Por causa disso, é preciso considerar as características de cada membro. E verificando o contexto apropriado para o atendimento, o número de sessões, os horários e o período destinado ao acompanhamento. O paciente hospitalizado apresenta problemas que são vivenciados em uma situação real de doença e demais agravos da saúde que necessitam de hospitalização, o que exige do psicólogo habilidades para estabelecer vínculo e manter o foco nas demandas centrais, por isso a importância da avaliação e intervenção psicológica.

No contexto para as intervenções é de suma importância o diálogo entre o psicólogo e toda equipe multidisciplinar, as informações do boletim médico, a forma de como a família vem obtendo as notícias do quadro vindo do médico, tudo isso contribui para uma intervenção bem elaborada. No contexto das UTIs, por exemplo, a intervenção psicológica engloba diversos fatores, como a observação, de aspectos psicológicos decorrentes da situação de doença e hospitalização, avaliação de estresse e enfrentamento e da dinâmica familiar estabelecida pela estratégia realizada pelo psicólogo. Dibiagi e Sebastiani (2007) afirmam que fatores que mobilizam sentimentos e sensações perturbadoras são referidos por pacientes, familiares e equipe de saúde constantemente. São sentimentos angustiantes permanentemente presentes, mas podem ser compreendidos e neutralizados pela pronta intervenção psicológica. A inserção do psicólogo junto a equipe intensivista, visa justamente somar com o seu saber e fazer aos demais cuidados para que possa promover um amplo suporte a vida do paciente e de sua família.

Além do seu papel prático de atuação, e de toda preparação para as rápidas tomadas de decisões, o psicólogo não deixa de lado seu papel construtivo de pesquisador, mostra suas habilidades teóricas em criar literaturas que permitam ser entendidas sempre que preciso. Transitar em um cenário tão turbulento onde os fragmentos traumáticos são contínuos, exige um acolhimento humanizado, a empatia encontrada na utilização da PB é primordial, ter um preparo para exercer um trabalho diante a atuação de outras equipes é um desafio, entender a deficiência e limitação que as outras áreas demonstravam, fortaleceu ainda mais a consciência do papel do psicólogo usando a PB como estratégia norteadora. A evolução do trabalho da Psicologia Hospitalar tem um viés montado nas percepções de seus fenômenos observatórios, o que lhes dão o privilégio de sempre estarem remontando seus métodos de intervenção. Kovacs (2011) observou que profissionais de saúde têm dificuldade em abordar as famílias acerca do agravamento da doença e da proximidade da morte, principalmente nas unidades de pediatria e em UTI neonatal, daí a explicação pelos históricos de conflitos que eram registrados na ausência do profissional competente na área.

A Psicoterapia Breve desenvolve um trabalho terapêutico nas equipes multidisciplinares, conter a tensão originária de uma longa jornada de trabalho, mediando as pressões oriundas por um sistema cheio de deficiências, compromete a execução de trabalho dos profissionais, a conversação como intervenção terapêutica é observada na contenção de conflitos na rotina hospitalar, como trás Chiattonne (2003), o mesmo acontece com os familiares que são atendidos pelo psicólogo sem a invasão de privacidade, os componentes da família, adquirem com a intervenção, um nível de consciência que ajudam a encarar a realidade e as

revelações dos boletins médicos, seja qual for o resultado ou estado do seu ente querido, surge uma interação entre a tríade com grande redução de danos, a empatia e a intervenção humanizada, refletem durante todo processo de adoecimento e internação.

Em uma cenário com imenso fluxo de pessoas e acontecimentos que desestabiliza os níveis de consciência dos envolvidos, somente uma técnica ampla com flexibilidade e trazendo consigo o real conceito ativo de cuidar, com um sentimento de empatia desde a origem de sua inserção, poderia atender com êxito esses três níveis inseridos nos hospitais, o paciente na maioria das vezes permanece numa posição passiva, sobre efeitos de medicamentos, tendo um atendimento diferenciado das outras duas esferas, o que não lhe afasta da Psicoterapia na busca de um certo conforto ou, no mínimo, uma redução de danos para amenizar seu sofrimento, os familiares exige uma atenção mais trabalhada, pois eles carregam as maiores cargas de informações e conseqüentemente, as maiores intensidades de emoções e desajustamento psicológico, oriundos das pressões pelas decisões e aceitação do quadro médico, as equipes multidisciplinares apresentam os conflitos da rotina cotidianas, absorvem as frustrações dos conteúdos de sofrimento e tristeza, vale a pena enfatizar, que as equipes atuantes nos hospitais, são seres humanos que ao término de seu plantão, não exclui de seu psicológico tudo aquilo que foi vivenciado na sua jornada de trabalho.

### 3.3 MÉTODOS DE ATUAÇÃO DA PSICOTERAPIA BREVE FRENTE AOS FAMILIARES NAS UNIDADES DE TERAPIAS INTENSIVAS.

Apresentamos a relevância no que se diz respeito a compreensão da população em relação a atuação do Psicólogo nas Unidades de Terapias Intensivas, esse fator promove uma harmonia entre os familiares dos pacientes, e a atuação do Psicólogo, tendo em vista todas informações relacionadas ao papel dos inseridos nesse equipamento. Segundo Simonetti (2011) 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 os familiares angustiados.

Além disso, ainda tivemos outros cuidados nos quais fazem toda diferença, na redução de danos físicos e psicológicos, ter uma projeção de toda carga emocional que estar por vir, facilita a atuação do psicólogo frente os familiares do interno, assim, 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. Souza (2010) vem nos revelar 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.

Souza (2010) vem nos dizer que o familiar deve ser visto como paciente secundário, pois chega à 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, a intervenção do psicólogo transmite para os familiares um sentimento acolhedor e tranquilizador, fortalece seu nível de consciência o que promove uma aceitação da realidade menos traumatizante e estressante. O embasamento teórico nas diretrizes do cuidar e da empatia, facilita os laços terapêuticos, mesmo diante dos curtos períodos de inserção nas UTIs, cada situação exige uma postura do psicólogo, tendo em vista a peculiaridade de cada caso, as primeiras abordagens já fornecem informações nas quais irão nortear as estratégias necessárias para condução dentro dos cenários de ansiedade e respostas.

Lustosa (2010) veio nos dizer que algumas dificuldades se têm apresentado na aplicação desta técnica nos Hospitais Públicos: em especial relativas à ausência e interrupção do tratamento proposto, muito deste absenteísmo, não tem relação com a técnica, mas deve-se, principalmente, a questão financeira de seus integrantes, sendo a falta do valor para pagamento da condução no deslocamento físico, sua maior causa. Com isto, grande parte da população carente, necessitada de um atendimento psicoterápico, não pode ser assistida sequer pela Psicoterapia Breve, o que deixa profissionais da área desolados, para que aconteça a realização de atendimentos a população com equidade, se faz necessário a atenção do Poder Público, na área da Saúde, ainda tem muito a realizar, e o otimismo não pode abandonar os servidores desta área, que necessitam estar atentos e sempre motivados a transformações favoráveis a um melhor atendimento à população carente, ou não.

Frente as situações de extremo desajustes emocionais, a PB surgiu como uma mediadora eficaz para trabalhar em situações de crise em busca da recuperação do nível de consciência, podemos citar a intervenção do psicólogo diante casos rotineiros em unidades de Terapias Intensivas, acidentados com perdas de membros, no caso de amputações ou até mesmo nos diagnósticos de pacientes que não mais terão a recuperação de seus movimentos, onde terão



que ficar por um bom tempo, ou pelo resto da vida em uma cadeira de rodas, o choque emocional do comunicado, o despreparo das outras equipes para lidar com essa informação, e o manejo para realizar o acolhimento aos familiares, frisando o estresse que as equipes multidisciplinares sofrem com essa grande e intensa carga emocional diariamente, tudo isso nos revela o tamanho da importância e responsabilidade que a intervenção com a PB exige, ter o a consciência das estratégias a serem desenvolvidas em prol o bem estar dos familiares, significa ser bem sucedido nos laços terapêuticos, quando os familiares percebem o trabalho do psicólogo diante do seu sofrimento, acontece uma interação genuína que abre espaço para uma intervenção amenizadora, onde todo trabalho é sustentado na verdade respeito aos inseridos, as informações são filtradas com um domínio cauteloso em saber quais palavras usar e quando realizar cada intervenção, preparar o psicológico dos familiares, é uma forma inteligente e humana de enfrentar toda dor oriunda da situação do interno.

Os familiares mantêm uma conexão de esperança com seu ente querido internado na UTI, acompanha de perto e atento cada movimento das equipes multidisciplinares, todo processo de espera e de boletins médicos se apresentam de forma angustiante, esse fenômeno vivenciado pelos familiares exige suporte psicoterapêutico desde as primeiras informações sobre o estado de saúde do paciente. Conforme nos fala Marciel (2006) ao relatar que o acolhimento da família por parte do psicólogo é imprescindível, pois ela participa do processo junto ao paciente. A família sente-se acuada diante do desconhecido, se culpa pelo estado do paciente e pela incapacidade técnica de poder ajudá-lo. Assim, o psicólogo deve escutar com atenção a família e sua dor, por saber que a doença do paciente não tem cura, encontrando meios de evidenciar a esperança, o cuidado e a qualidade de vida, além de desmistificar a possibilidade de não ter mais o que fazer. Podemos destacar também as situações de emergências no plantão psicológico que é quando adentra no hospital os familiares transtornados com a situação do seu familiar, obter o mínimo nível de consciência para que as primeiras informações que são de suma importância para as etapas de atendimentos que vão da entrada do hospital até as Unidades de Terapias Intensivas, esse primeiro momento é onde a família adquire um diálogo razoável para realizar seu papel diante no acontecimento.

A literatura nos mostrou a necessidade de uma prática humanizada, um olhar cuidadoso, com uma escuta e estratégia dinâmica, para realizar as intervenções diante dos familiares presentes nas Unidades de Terapias Intensivas, as crises são constantes, os impactos oriundos da situação do quadro do interno, atinge violentamente os familiares. De acordo com Simon

(1989) um sujeito está em crise quando se depara com uma situação nova, da qual não possui controle, vivenciando sentimentos de dor, angústia diante do novo e do desconhecido, para isso a Psicoterapia Breve executa com cautela e sem ser invasiva, suas técnicas embasadas nas experiências vivenciadas no âmbito hospitalar, para trabalhar a realidade amenizando os traumas e fazendo com que os inseridos sejam o menos possíveis prejudicados e que nos casos mais complexos, aconteça a redução de danos psicológicos, é grande a concentração de diversos sentimentos nesse ambiente, outras questões estão em intensa manifestação, além dos boletins e quadros apresentados pela equipe medica, existe questões de crenças, o acreditar na mudança do quadro, pode-se perceber também que, ao averiguar a fala do familiar, a esperança é um sentimento que se faz presente.

Os primeiros resultados da PB no sistema público foram satisfatórios, a lacuna que por longos tempos permanecia aberta, começa a ser preenchida por um trabalho focal que tinha como campo visual, o sujeito com todas suas peculiaridades. Lustosa (2010) fala que a receptividade da PB no HG Hospital Geral tem sido muito favorável, tanto por parte da equipe de saúde, que a indica, quanto da população, que a procura. A satisfação dos pacientes com os resultados alcançados por esta técnica, também tem convencido os psicólogos hospitalares a persistirem em sua utilização, apesar de toda dificuldade encontrada em sua função nesta área da Psicologia.

Nesse sentido é importante o que disse Brown (1995), que embora a negação da morte funcione para nos manter inconscientes de sua eventualidade e de seus efeitos, ela na verdade tem uma função positiva nas famílias com doentes terminais, permitindo que eles mantenham a esperança de vida, a estratégia escolhida pelo psicólogo leva em conta, todos possíveis desfechos da situação do interno, nos primeiros laços terapêuticos, o psicólogo escolhe sua postura diante dos inseridos, com tudo, ele se prepara para possíveis eventualidades, isso aumenta seu poder de decisão e dar uma segurança em relação às adversidades no cenário das UTIs.

A realização de uma intervenção bem aplicada, promove um ambiente consciente e na medida do possível tranquilo, mesmo diante da confirmação de um óbito, pois esse trabalho tem um processo com etapas, que já vem sendo trabalhado desde as primeiras informações obtidas no prontuário. Segundo Jaramillo (2008), no curso de uma enfermidade grave, que supostamente conduz a morte, quem a vive a perceberá de muitas maneiras diferentes, dependendo das circunstâncias e dos momentos emocionais que atravessa. A autora sugeriu

ainda uma complexidade de sentimentos, onde haverá dias em que predominará a esperança de uma cura milagrosa apesar dos prognósticos desfavoráveis, outros em que a percepção predominante será a da inocultável deterioração física, outros em que invadirá a pessoa a angústia de sentir interiormente o processo destrutivo que a levará a aniquilação e outros ainda em que primará a percepção reconfortante do amor e dos cuidados por parte de tantos seres queridos preocupados e pendentes.

Transcrevemos uma das mais complexas situações no âmbito hospitalar, que é o diagnóstico definitivo do paciente, ao se confirmar o tão indesejado e temido óbito, são inúmeras manifestações de desajustes, os primeiros momentos são fundamentais para o decorrer da situação psicológica da família, a morte causa um enorme impacto, a frustração se contrasta com o fim da esperança, somente uma técnica com ampla estratégia, daria suporte a todos inseridos nesse evento de sofrimentos, para lidar com rituais, luto antecipatório, e processos nos quais os familiares inevitavelmente irão passar. A Psicoterapia Breve trazida nesse momento por Fiorini (2004) apresenta o foco que aparece, então, como orientador de toda teoria e condição essencial de eficácia em psicoterapia breve, muitas vezes chamada de psicoterapia focal. O foco ou conflito focal refere-se ao conflito ou situação atual do paciente, e seus familiares, subjacente ao qual existe o conflito nuclear exacerbado. Esse foco deve ser resolvido por ação direta e específica, negligenciando os outros aspectos da personalidade, o autor deu a essa estratégia de atenção seletiva o nome de omissões deliberadas, no qual se deve deixar passar material atraente sempre que este se mostre irrelevante ou afastado do foco, no caso o foco se referia ao acolhimento necessário aos familiares, diante da tristeza e sofrimento na perda de seu ente querido, o psicólogo demonstra empatia e compreensão com as reações apresentadas pelos familiares, não é tranquilo, nem rápido absorver essa informação, porém, o psicólogo com a Psicoterapia Breve está respaldado para amenizar e tornar todo esse processo traumático, no menos doloroso e desajustado possível.

Ao discorrer sobre a atuação da PB frente aos desafios de acolher aos familiares dos pacientes internados nas Unidades de Terapias Intensivas, temos a consciência dos desafios que o âmbito anteriormente falado apresenta, um cenário que ao longo dos tempos tem se tornado uma grande experiência traumática para todos que lá estão inseridos, os inúmeros processos traumáticos, as situações de angústias, o contraste da esperança que se entrelaça com a frustração dos resultados na maioria das vezes negativos, tem sido personagens de um lugar onde ninguém queria estar vivenciando, porém, os avanços que a literatura traz em relação às equipes multidisciplinares que trabalham no seu cotidiano, tem uma reflexão muito positiva.

A evolução da Psicologia dentro do sistema hospitalar, tem se destacado através da Psicoterapia Breve e seu suporte acolhedor, uma técnica flexível que se adapta às situações mais avassaladoras acompanhadas pelas urgências das emergências com seu curto tempo para tomada de decisão, ciente que de suas limitações diante os pacientes com seus quadros de saúde na maioria das vezes irreversíveis, tem aprimorado sua capacidade de amenizar os impactos traumáticos, um cuidar sensível e cauteloso, a intensa jornada de trabalho tendo como desafio tornar as situações de sofrimento bem mais aceitáveis, suportáveis, tendo sempre o intuito de manter o mínimo nível de consciência dos familiares, para que eles possam tomar posse de suas responsabilidades em desempenhar os papéis em relação a seu ente querido, e fazer intervenções para que os mesmos não venham desenvolver traumas oriundos dessa experiência dentro das Unidades de Terapias Intensivas.

Fizemos uma reflexão nos avanços que a Psicologia teve dentro do sistema hospitalar, dando ênfase as evoluções dentro das Unidades de Terapias Intensivas, é notório a mudança de vivência que existe hoje, os familiares têm a consciência do trabalho do psicólogo, ao adentrar nesse cenário já sentem as mudanças em relação há anos atrás, é bem verdade que é impossível manter uma tranquilidade em um situação intensa onde um ente querido corre risco eminente de morte, porém, encontram uma assistência organizada e presente, a Psicoterapia Breve vem embasada em uma percepção com escuta atenciosa, com isso, a tomada de decisão é fundamental na redução de traumas que a família recebe desde os primeiros momentos inseridos nas UTIs, até os momentos de desfecho, é perceptível que mesmo com diagnóstico irreversível, a família mantenha o controle com um bom nível de consciência, tudo isso oriundo de uma intervenção bem elaborada, o psicólogo procura a melhor forma de levar a realidade para toda família, levando em conta a subjetividade de cada integrante. Ferreira e Mendes (2013) nos revela que o atendimento psicológico pode ajudar o familiar a lidar com questões não resolvidas com a pessoa que está morrendo, a identificar e expressar sentimentos como raiva, culpa, tristeza e estimulá-lo a dizer um adeus apropriado. O trabalho psicoterapêutico promove também uma interação entre os familiares e o Psicólogo, tendo em vista que sempre aparece um, ou mais integrante da família que desempenham um papel mais ativo, o que facilita os laços terapêuticos.

#### 3.4 COMPREENSÃO DA PSICOLOGIA DA SAÚDE E A PSICOLOGIA HOSPITALAR.

Discorreremos acerca da Psicologia Hospitalar se faz necessário apresentar conteúdos fidedignos e transparentes, que nos revele informações complementares sobre a literatura da Psicologia da Saúde e a Psicologia Hospitalar, tendo em vista a necessidade de pontuar as características de cada uma, demonstrando seus papéis e significados, compreender seu contexto histórico e seus lugares dentro do sistema de saúde.

Ressaltamos as palavras de Barros (1999), ao discorrer que o processo histórico da Psicologia da Saúde acontece dentro de transformações oriundas de pesquisas, estudos, e experiências que utilizavam as modificações no comportamento humano, e a interrelação de saúde-doença, observando suas alterações, adaptações, evoluções no seu estado. Como apresenta Castro e Bornholdt (2004) a Psicologia da Saúde começou com um grupo de trabalho em 1970, na American Psychological Association (APA), e, em 1978 foi criada a divisão 38, chamada Health Psychology, em resposta a uma crescente área de prática e pesquisa. Os objetivos básicos da divisão são avançar no estudo da Psicologia como disciplina que compreende a saúde e a doença através da pesquisa e encorajar a integração da informação biomédica com o conhecimento psicológico, fomentando e difundindo a área.

Os objetivos de estudo dos funcionamentos psicológicos, segundo Barros (1999) são habitualmente saudáveis envolvidos em situações que, mesmo implicando ajuste emocional, não acarretam alterações no estado de saúde, como por exemplo, a gravidez e o envelhecimento. A Psicologia da Saúde não está interessada diretamente pela situação, que cabe ao foro médico, seu interesse está na forma como o sujeito vive e experimenta o seu estado de saúde ou de doença, na sua relação consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Objetiva fazer com que as pessoas incluam no seu projeto de vida, um conjunto de atitudes e comportamentos ativos que as levem a promover a saúde e prevenir a doença, além de aperfeiçoar técnicas de enfrentamento no processo de ajustamento ao adoecer, à doença e às suas eventuais consequências.

Kerbaui (2002) veio simplificar todas essas colocações anteriormente citadas, detalhando cada uma no seu lugar de direito, relatando que a área Psicologia da Saúde se distingue da Psicologia Clínica por compreender o comportamento no contexto da saúde e doença. Embora possa ser importante distinguir saúde mental e física, a Psicologia da Saúde focaliza principalmente os aspectos físicos da saúde e doença e os modelos empregados em saúde mental nem sempre são os mais indicados. Angerami-Camon (2002) veio nos informar de uma forma mais compreensível, que a Psicologia da Saúde serve de base conceitual e teórica

para a execução da Psicologia Hospitalar, assim entendemos as colocações que a Psicologia hospitalar tem uma nomenclatura discutível, no que muitos estudiosos da área defendem que a Psicologia Hospitalar deveria ser colocada simplesmente como uma das estratégias da Psicologia da Saúde.

Descrevemos sobre psicologia hospitalar relatando o modelo que prevalecia no seu contexto histórico, onde é visível a ênfase que era dada a sua estrutura. Segundo Sebastiani (2003) para que possamos entender o surgimento e a consolidação do termo Psicologia Hospitalar em nosso país, é importante ressaltar que as políticas de saúde no Brasil são centradas no hospital desde a década de 40, em um modelo que prioriza as ações de saúde via atenção secundária (modelo clínico/assistencialista), e deixa em segundo plano as ações ligadas à saúde coletiva (modelo sanitarista). Nessa época, o hospital passa a ser o símbolo máximo de atendimento em saúde, ideia que, de alguma maneira, persiste até hoje. Muito provavelmente, essa é a razão pela qual, no Brasil, o trabalho da Psicologia no campo da saúde é denominado Psicologia Hospitalar, e, não, Psicologia da Saúde.

A nomenclatura da Psicologia Hospitalar foi bem clara quando se referiu a sua atuação nos equipamentos hospitalares, desde seu significado já explica suas funções e importância dentro do contexto da saúde. De acordo com Rodríguez-Marín (2003) a Psicologia Hospitalar é um conjunto de contribuições científicas, educativas e profissionais que as várias correntes da psicologia oferecem para prestar uma assistência de maior qualidade aos pacientes hospitalizados. O psicólogo hospitalar é o profissional que detém esses saberes e técnicas para aplicá-los de forma sistemática e coordenada, sempre com o intuito de melhorar a assistência integral do sujeito hospitalizado, onde se consegue estabelecer uma razoável harmonia diante de adversidades imediatistas. O trabalho do psicólogo hospitalar é especificamente direcionado ao restabelecimento do estado de saúde do doente ou, ao controle dos sintomas que comprometem bem-estar do paciente, contudo, a maior atuação dentro das Unidades de Terapias Intensivas está direcionada aos familiares, presentes desde o ato da chegada ao hospital, com a rotatividade na qual o interno é submetido, até os longos dias nos leitos de UTIs, essa intervenção aos familiares se dá pelo fato do paciente, na maioria das vezes se encontrar sedado através de medicamentos, em coma profundo ou induzido, daí a pressão nas decisões é nas responsabilidades para exercer os papéis tomando decisões de suma relevância.

Relatamos um cenário de incertezas que o hospital transfere para o paciente e seus familiares, desde da entrada até os primeiros procedimentos, Ismael (2005) vem nos mostrar

que tratar a doença implica uma série de ameaças: à integridade física, à autoimagem, ao equilíbrio emocional e ao ajustamento a um novo meio físico e social. O ambiente hospitalar, o tratamento e a manipulação do paciente por pessoas desconhecidas agridem-no tanto física quanto emocionalmente. O impacto do adoecimento gera reações que podem ser patológicas ou não, variando com a personalidade do paciente e sua capacidade de adaptação nesse processo de doença e internação, fica para família a árdua tarefa de tentar manter a tranquilidade nesse momento de incertezas, não é fácil atravessar esse período de incertezas e medo, em ver seu ente querido em um leito de hospital, absorvendo a possibilidade de não levar ele com vida para sua casa.

Quando falamos de uma determinada área da saúde, imaginamos uma ampla literatura a ser pesquisada. Chiattonne (2003) ressaltou anteriormente que nós nos deparamos com dificuldades para encontrar material teórico e pesquisas na literatura científica internacional sobre a Psicologia Hospitalar como campo específico. Uma das razões seria que essa denominação é inexistente em outros países além do Brasil inclusive, explica que o termo Psicologia Hospitalar é inadequado porque pertence à lógica que toma como referência o local para determinar as áreas de atuação, e não prioritariamente às atividades desenvolvidas. Se já existe fragmentação das práticas e dispersão teórica da Psicologia, a adoção do termo Psicologia Hospitalar caminha no sentido oposto à busca de uma identidade para o psicólogo como profissional da saúde que atua em hospitais.

Quando trazemos a Psicologia Hospitalar, fazemos uma leve fixação a todas as intervenções realizadas dentro do equipamento, denotando um certo limite em relação a Psicologia da Saúde, daí o entendimento, e uma das diferenciações entre as duas citadas. Chiattonne (2000) complementa que partir das definições expostas de Psicologia da Saúde, que pode se confundir com a Psicologia Clínica e com a Psicologia Hospitalar, encontramos semelhanças no que tange às formas de atuação prática dos especialistas dessas distintas áreas. A psicoterapia individual ou grupal, por exemplo, é uma tarefa que pode ser desenvolvida dentro dos três campos citados. Contudo, percebemos também particularidades fundamentais. A Psicologia Clínica propõe um trabalho amplo de saúde mental nos três níveis de atuação – primário, secundário e terciário - e a Psicologia da Saúde também propõe um trabalho abrangente nesses mesmos níveis, mas aplicada ao âmbito sanitário, enfatizando as implicações psicológicas, sociais e físicas da saúde e da doença.

No que diz respeito à Psicologia Hospitalar, sua atuação poderia ser incluída nos preceitos da Psicologia da Saúde, limitando-se, entretanto, à instituição-hospital e, em consequência, ao trabalho de prevenção secundária e terciária. Na realização do enfoque exclusivamente ao equipamento Hospitalar, as técnicas utilizadas para as diversas intervenções, vão se multiplicando e evoluindo, as percepções contidas no cotidiano do Psicólogo, vão lhes fornecendo um domínio significativo no que se diz respeito às complexidades encontradas no sistema hospitalar, o que para outras equipes multidisciplinares provocam pavor e desajuste, para o psicólogo se revela como um material de estudo anteriormente explorado, porém, esse estudo teórico, não se distancia das práticas humanizadas realizadas nos laços terapêuticos diante as intervenções.

#### **4 METODOLOGIA**

De acordo com Köche (1997), o que leva o homem a produzir ciência etimológica, é a busca por respostas dos problemas que levam à compreensão de etimologia, a origem de uma palavra, fonte de si e do mundo em que ele vive. Da mesma forma, Ferreira (2004) diz que o motivo básico da ciência é a curiosidade intelectual e a necessidade que o homem tem de compreender-se e o mundo em que vive. Nesse sentido, a realização deste trabalho se deu por vias de pesquisa qualitativa, utilizando-se da revisão bibliográfica.

Foi utilizada o procedimento de pesquisa exploratória com a finalidade de encontrar procedimentos fidedignos e transparentes para as referidas questões, com levantamentos bibliográficos, foi coletados dados na apuração de informações que viesse responder às problemáticas apresentadas durante o percurso da temática que teve como objetivo principal pesquisar assuntos inerentes à atuação do psicólogo hospitalar utilizando a psicoterapia breve, foi apresentado as principais características da PB, a atuação do psicólogo frente as demandas hospitalares, o trabalho multidisciplinar, e toda trajetória da psicologia no âmbito hospitalar. Assuntos estes que forneceram subsídios para enriquecer e compreender a problemática referida. Para Gil (1994, p. 44), os exemplos mais característicos desse tipo de pesquisa são sobre investigações sobre ideologias ou aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema.

Para Minayo (2013) a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização



de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa. As características da pesquisa qualitativa são: objetivação do fenômeno; hierarquização das ações de descrever, compreender, explicar, precisão das relações entre o global e o local em determinado fenômeno; observância das diferenças entre o mundo social e o mundo natural; respeito ao caráter interativo entre os objetivos.

A realização da pesquisa teve como finalidade compreender os fenômenos que apresenta necessidade da psicologia no ambiente hospitalar, utilizando uma técnica que atende as demandas, a partir de uma visão que prioriza o aspecto subjetivo. A subjetividade, aqui referida, é uma postura que percebe o dado em seu aspecto mais amplo, levando-se em conta não apenas o dado em si, mas também outros aspectos que o circundam.

Para a realização da pesquisa utilizou-se os seguintes descritores: “intervenção”, “acolhimento”, “familiares”, “psicologia da saúde”, “psicologia hospitalar” e “psicoterapia breve” na base de dados eletrônica SCIELO, além de material impresso como livros de Psicologia. Foram utilizados 20 artigos relacionados a temática Psicologia Hospitalar, que apresentassem resultados atualizados com maior riqueza de detalhes e que viessem apresentar uma proximidade da realidade no âmbito hospitalar, selecionando autores e pesquisadores com uma vasta experiência no assunto, excluimos conteúdos que não tinham um padrão fidedigno a nossa proposta trabalhada, tendo em vista a o grau de complexidade de nosso referido trabalho. Foi inseridos autores e artigos que melhor apresentasse a Psicoterapia Breve, e os atendimentos nas Unidades de Terapias Intensivas, com ênfase na atuação do psicólogo frente aos familiares de pacientes internos nas UTIs.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi verificado no nosso referido trabalho a importância incontestável que a Psicologia apresenta diante o cenário da Saúde pública em nosso país, compreendendo sua trajetória e os mecanismos primordiais para execução de todo seu trabalho. Ao pesquisar a complexidade contida nas UTIs, relatamos as intervenções da psicologia frente aos familiares de pacientes internos em Unidades de Terapias Intensivas, onde foi possível detalhar sua atuação e metodologia frente as demandas oriundas desse amplo e complexo campo. Foi trabalhado as características desse fenômeno contido em uma tríade composta de: Paciente, Familiares ou Acompanhantes, e de toda equipe multidisciplinar.

Observamos a atuação do Psicólogo confrontando com o desafio de amenizar os impactos, traumas, e sofrimentos que a família inserida no âmbito hospitalar nos revelou, assim, tendo o conhecimento de todos inseridos nesse ambiente, vimos que a intervenção do psicólogo promove uma harmonia satisfatória, não só para os familiares dos pacientes internos, mas também, contribuindo para a execução de um processo interdisciplinar, que influencia em toadas esferas das Unidades de Terapias Intensivas. Os aspectos emocionais foram registrados como o principal fatores na harmonia e evolução do tratamento dos inseridos, e também, na promoção de um serviço humanizado que venha reduzir os danos lá existentes, e conseguir cada vez mais, uma saúde mental para todos nesse processo de atendimento.

Se faz necessário relatar a compreensão do papel e da importância que a Psicologia tem dentro do âmbito hospitalar, e principalmente nas Unidades de Terapias Intensivas, acompanhando de perto as complexidades existentes nesses equipamentos, dando ênfase à limitação das equipes multidisciplinares lá existente, como nos revela Angerami-Camon (2002) relatando que diante das necessidades que surgiram mediante a limitação das outras equipes multidisciplinares, antes a psicologia tinha um papel resumido, um trabalho vago e superficial, na maioria das vezes a testes psicológicos, seleção de pessoas e etc.

Diante dos inúmeros relatos de conflitos entre as equipes interdisciplinares, é notório a necessidade da atuação do Psicólogo nessa tríade envolvida no sistema hospitalar, foi de suma importância essa discussão sobre o papel em cada esfera. Como traz Chiattonne (2003), conjuntamente com o enfoque da humanização do atendimento em saúde, a interdisciplinaridade é uma das bases da tarefa do psicólogo que adentra ao hospital, pois partindo do pressuposto de que o ser doente deve ser considerado biopsicossocial. Essas três

esferas interdependem e inter-relacionam-se à outra, mantendo o ser doente, e os inseridos no cenário hospitalar, em intercâmbios contínuos com o meio em que vive, num constante esforço de adaptação à sua nova condição. Foi necessário apresentar e desmistificar a informação que o hospital tem somente o paciente como elemento afetado, reconhecer todos inseridos e apresentar suas características no cotidiano estressante desse equipamento tão complexo, nos faz tem consciência dos elementos que incorporam essa trajetória, em harmonia com o que nos apresenta Chiattonne (2006), falando que a atuação do profissional da psicologia no contexto hospitalar não se refere apenas à atenção direta ao paciente, refere-se também a atenção à família e a equipe de saúde, com o objetivo de promover mudanças, atividades curativas e de prevenção, além de possibilitar a diminuição do sofrimento que a hospitalização e a doença causam no sujeito.

Diante do histórico de conflitos atribuídos a falta de suporte técnico para o contexto emocional dos inseridos nessa tríade hospitalar, Chiattonne (2006) traz que a perspectiva interdisciplinar por meio do diálogo constante entre a equipe de saúde representa uma estratégia efetiva para facilitar a comunicação interdisciplinar, essa atitude foi primordial para denotar a importância do Psicólogo na busca constante por um ambiente mais harmônico e humanizado nas intervenções cotidianas no âmbito hospitalar.

O Psicólogo respaldado de conhecimento tem por obrigação ter a total consciência do seu papel frente as demandas adversas inseridas nas Unidades de Terapias Intensivas, se posicionando não em confronto com as outras equipes de outras áreas, mas promovendo uma saúde mental ativa e versátil, refletindo para todos uma metodologia construída ao longo dos anos. Contudo, tendo em vista do esse contexto de problemáticas e uma necessária rápida tomada de decisão, se fez necessário a atuação de uma técnica que fosse repleta de métodos que tivessem suporte para atender com eficácia e segurança as demandas do âmbito hospitalar, daí a entrada de uma das técnicas mais bem preparadas e adaptadas para esse tipo de atendimento, a Psicoterapia Breve surge como uma solução de atendimento confiável nesse cenário hospitalar principalmente nas UTIs.

Fiorine (2004) nos revelou que as psicoterapias breves são terapias de objetivos limitados por terem suas metas mais reduzidas e mais modestas que as psicoterapias convencionais. Essa limitação é uma das principais características do procedimento da psicoterapia breve e aparece em função das necessidades imediatas do indivíduo. Esses

objetivos podem colocar-se em termos da superação dos sintomas e problemas atuais da realidade do paciente.

O foco aparece, então, como orientador de toda teoria e condição essencial de eficácia em psicoterapia breve, muitas vezes chamada de psicoterapia focal. O foco ou conflito focal refere-se ao conflito ou situação atual do paciente, subjacente ao qual existe o conflito nuclear exacerbado. Esse foco deve ser resolvido por ação direta e específica, negligenciando os outros aspectos da personalidade. Fiorini (2004) deu a essa estratégia de atenção seletiva o nome de omissões deliberadas, no qual se deve deixar passar material atraente sempre que este se mostre irrelevante ou afastado do foco.

Knobel (1986), relatou que é praticamente impossível que uma pessoa tenha apenas um conflito, visto a multicasualidade de uma psicopatologia psicodinâmica, é preciso detectar determinadas situações conflitivas mais significativas em determinado momento, que são as que precipitam a consulta. Há que se fazer uma diferenciação entre a psicoterapia focal e a psicoterapia breve: na primeira, procura-se resolver a queixa do paciente ou um conflito predominante; na segunda, trata-se de ajudar a encarar os diversos conflitos predominantes que determinam variados quadros na psicopatologia psicodinâmica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado revelou inserção e atuação da Psicologia no hospital, diante as intervenções de acolhimento aos familiares de pacientes internos, em Unidades de Terapias Intensivas, utilizando a Psicoterapia Breve como método técnico de trabalho. Se fez necessário evidenciar a compreensão do que era Psicologia Hospitalar e Psicologia da Saúde, assim detalhando seus lugares, foi possível verificar, também, a transformação da área no Brasil.

O psicólogo percebeu a importância de estruturar e descrever os procedimentos utilizados no hospital geral, por meio de um processo histórico que tem como características fiéis diversos laboratórios desenvolvidos ao longo dos anos. Apresentamos pesquisas que mostram as possibilidades de intervenções fundamentadas na Psicoterapia Breve, sendo possível verificar especificidades na atuação do psicólogo no hospital, as quais permitem estruturar um conjunto de práticas direcionadas para a tríade: paciente, família, equipe multidisciplinar. A construção de modelos para a avaliação e intervenção psicológica hospitalar contribuíram de maneira significativa para a delimitação das atividades e para o crescimento contínuo da teoria, prática e pesquisa.

O surgimento da Psicologia Hospitalar foi primordial para consolidar a inserção da Psicologia no setor da saúde, porém pode-se dizer que a denominação da área pelo local de intervenção parece pouco adequado, como relata Chiattonne (2003) onde frisa a compreensão que a Psicologia Hospitalar é apenas um campo da Psicologia da Saúde, assim deveria ter na sua nomenclatura Psicologia no contexto Hospitalar. O Brasil avançou muito com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, que preconizou a saúde como direito de todos e dever do Estado. Assim, quando se pensa em Psicologia aplicada à saúde, é necessário considerar os diferentes pontos de atenção (primário, secundário e terciário). Podemos destacar a criação do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) e principalmente a reforma Psiquiátrica, onde abriu as portas para a atuação e adaptação do sistema existente na época.

A Psicologia no âmbito hospitalar avançou muito ao integrar as equipes de saúde dos diferentes pontos de atenção. Nesse cenário, a Psicologia Hospitalar destina-se a fornecer assistência no que diz respeito ao ponto terciário de atenção, ou seja, privilegia as complexidades média e alta, demos ênfase à atuação do psicólogo nas UTIs tendo em vista à extrema necessidade de valorização e compreensão da intervenção desenvolvida pelo psicólogo em direção dessa sincronia que na tríade hospitalar tem a famílias como um dos mais afetados

pelo adoecimento de seu ente querido, , porém, é que muitos dos brasileiros ainda desconhecem o trabalho realizado nas Unidades de Terapias Intensivas, muitas vezes os próprios profissionais que lá trabalham.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION - APA. Página oficial da Associação, 2003. Disponível em: <http://www.health-psych.org/>. Acesso em: 07/08/2021.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. O Psicólogo no Hospital. In V. A. Angerami-Camon (Org.). **Psicologia Hospitalar – Teoria e Técnica**. São Paulo: Pioneira, pp. 15-28, 1995.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. Psicologia hospitalar, passado, presente e perspectivas. In V. A. Angerami-Camon (Org.), **O doente, a psicologia e o hospital**. São Paulo: Cengage Learning, pp.3-27, 2002.
- AZEVEDO, A. V. S; SANTOS, A. F. T. Intervenção psicológica no acompanhamento hospitalar de uma criança queimada. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Summus, pp. 328-339, 2011.
- BARROS, T. M. Psicologia e Saúde: Intervenção em hospital geral. **Aletheia**, pp. 10, 115-120, 1999.
- BRAIER, E.A. **Psicoterapia breve de orientação psicanalítica**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.
- BROWN, F. H.R. O Impacto da Morte e da Doença Grave Sobre o Ciclo de Vida Familiar. In B. Carter & M. McGolrick (Orgs.). **As Mudanças de Ciclo de Vida Familiar, Uma Estrutura para a Vida Familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, pp. 393-414, 1995.
- CAMPOS, T. C.P. **Psicologia Hospitalar: a Atuação do Psicólogo em Hospitais**. São Paulo: EPU, 1995.
- CARVALHO, D. B; YAMAMOTO, O. H. Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. **Psicologia para a América Latina**, 1, 1-12, 2002.
- CASTRO, E.R; GUARÍN, M.R. Um modelo de Psicoterapia Breve em pacientes hospitalizados com grave enfermidade somática. **Ver. Col. De Psiquiatria**. 14 (2), 244-257, 1985.
- CASTRO, E; BORNHORD, E. Psicologia da saúde x Psicologia hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 48-57, 2004.
- CHIATTONE, H. B. C. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In Angerami-Camon, V. A. (org.). **Psicologia da Saúde – um Novo Significado Para a Prática Clínica**. São Paulo: Pioneira Psicologia, pp. 73-165, 2000.
- CHIATTONE, H. B. C. A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V. A. A. Camon (Org.), **Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica**. São Paulo: Cengage Learning, pp.73-167, 2006.

CHIATTONE, H. B. de C. Prática Hospitalar. In: Encontro Nacional de Psicólogos da Área Hospitalar, 08, 2003, São Paulo. Anais... São Paulo: Associação Brasileira de Psicologia da Saúde e Hospitalar, 2003, p. 20 – 32.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA - CFP. **Relatório final da pesquisa sobre o perfil do psicólogo brasileiro**, 2003. Disponível em: [http://www.pol.org.br/atualidades/materias.cfm?id\\_area=300](http://www.pol.org.br/atualidades/materias.cfm?id_area=300). Acesso em 07/08/2021.

DIBIAGI, T; SEBASTIANI, R. W. Atuação do Psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva – Adultos. **Alapsa – Asociación Latino-americana de Psicologia de La Salud**, 2007. Disponível em: <http://www.alapsa.org/boletin/terapiaintensivaBrasilDic2002.html>. Acesso em: 07/08/2021.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio. Novo dicionário eletrônico**. 3. ed. Curitiba: Positivo, 2004.

FERREIRA, P. D; MENDES, T. N. Família em UTI: importância do suporte Psicológico diante da iminência de morte. **Revista SBPH**, 16(1), 88-112, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582013000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 07/08/2021.

FIORINI, H.J. **Teoria e Técnicas de Psicoterapias**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FONSECA, J. P. **Luto Antecipatório**. Campinas: Livro Pleno, 2004.

FONSECA, J.P; FONSECA, M.I. Luto antecipatório. In: M. H. P. Franco (Org.). **Estudos avançados sobre o luto**. Campinas: Livro Pleno, pp. 69-94, 2002.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207 p.

GILLIÉRON, E. **As Psicoterapias Breves**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1986.

GUSMÃO, L. M. Psicologia Intensiva: Nova especialidade. Morumbi, SP, 2012. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2012/05/08/psicologia-intensiva-nova-especialidade/>. Acesso em: 07/08/2021.

ISMAEL, S. M. C. **Temas de prevenção, ensino e pesquisa que permeiam o contexto hospitalar**. 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

ISMAEL, S.M.C. A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. In S.M.C. Ismael (org). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 17-36, 2005.

JARAMILLO, I. F. **A Experiência Humana de Morrer**. Em I. F. Jaramillo (Org.), **Morrer Bem**. São Paulo: Planeta, pp. 21-40, 2006.

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

KNOBEL, M. **Psicoterapia Breve**. São Paulo: EPU, 1986.



KOCHE, José Carlos. Duhem: uma crítica ao método newtoniano. In: Lazarotto, Valentim (org.). **Teoria da ciência: diálogo com cientistas**. Caxias do Sul: EDUCS. p. 73-82, 1996.

KOVACS, M. J. Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, 31(3), p. 482-503, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300005&lng=en&nrm=iso). Acesso em 07/08/2021.

LISBOA, T. C. **Breve História dos Hospitais: Da Antiguidade à Idade Contemporânea**. 1 ed. São Paulo: Pró-Saúde, 2002.

LUSTOSA, Maria Alice. A Psicoterapia breve no Hospital Geral. **Ver. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 259-269, dez. 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582010000200008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582010000200008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 02 ago. 2021.

MACIEL, M.G. A terminalidade da vida e os cuidados paliativos no Brasil: considerações e perspectivas. **Rev Prática Hospitalar**, 2006.

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

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

NOGACZ, F. R.; SOUZA, R. P. Fatores Estressores em UTI. In Associação de Medicina Intensiva Brasileira AMIB. (Orgs.), **Humanização em Cuidados Intensivos**. Rio de Janeiro: Revinter, pp. 31-40, 2004.

RODRÍGUEZ-MARÍN, J. Em Busca de um Modelo de Integración del Psicólogo em el Hospital: Pasado, Presente y Futuro del Psicólogo Hospitalario. In Remor, E.; Arranz, P. & Ulla, S. (org.). **El Psicólogo em el Ámbito Hospitalario**. Bilbao: Desclée de Brouwer Biblioteca de Psicología, pp. 831-863, 2003.

ROMANO, B.W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SAMPAIO, P. P; HOLANDA, T. C. M. **Temas em Psicologia II: Psicoterapia Breve-focal – Teoria, técnica e casos clínicos**. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2012.

SEBASTIANI, R. W. **Psicologia da Saúde no Brasil: 50 Anos de História**, 2003.

SIMON, R. **Psicologia Clínica Preventiva. Novos Fundamentos**. 2ed. São Paulo: EPU, 1989.

SIMONETTI, A. **Manual de Psicologia Hospitalar. O Mapa da Doença**. 6ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

SOUZA, R. P. **Rotinas de Humanização em Medicina Intensiva**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**, v. 22, n. 3, pp. 441-448, 2004.

ZURBA, M. C. Psicologia e saúde coletiva. Florianópolis: Tribo da Ilha, pp. 240, 2011.