

AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS FAMILIARES DE PACIENTES NA UTI: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Autora: Regina Helena Santos

Orientadora: Profa. Dra. Nádie Christina Machado Spence

JUÍNA/MT

2016

AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA

**ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS FAMILIARES DE PACIENTES NA UTI: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA**

Autora: Regina Helena Santos

Orientadora: Profa. Dra. Nádie Christina Machado Spence

“Monografia apresentada ao Curso de Bacharel em Psicologia da AJES – Instituto Superior de Educação do Vale do Juruena como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia”.

JUÍNA/MT

2016

**AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

BANCA EXAMINADORA

**Profa. Dra. Leda Maria de Souza Villaça
Examinadora**

**Profa. Ma. Chayene Hackbarth
Examinadora**

**Profa. Dra. Nádie Christina Machado Spence
Orientadora**

AGRADECIMENTOS

Às minhas amigas de estágio, com as quais pude contar nos momentos de maiores angústias, Fatima Canezin, Daiane Regina e Ulliane Patrícia.

Aos Professores que através de seus conhecimentos, me permitiram percorrer esse caminho de sonhos e obstáculos: Ângela Petri, Ângela Bauer, Carine Silvestrim Hermes, Chayene Hackbarth, Elizabeth Figueroa, Francisco Curbelo, Josimara D. Ferreira, Margareth Araújo, Nádie Christina Machado Spence, Sônia Waltrick Ramos e Valéria Melki Busin.

E finalizando, a toda equipe da AJES, que sempre nos atendeu com educação e presteza.

Muito obrigada!

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha família, da qual em muitas vezes tive que abrir mão para poder realizar os trabalhos necessários no curso de Psicologia, e mesmo assim, sempre pude contar com seu apoio e carinho.

EPÍGRAFE

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana”. Carl Jung

RESUMO

Pacientes que se encontram na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão em estado potencialmente grave, e a literatura científica aponta este como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes de um hospital devido aos momentos de tensão e angústia vivenciados pelos mesmos que se encontram em um contexto no qual há possibilidade da morte. A questão norteadora que direcionou este estudo foi verificar o que foi pesquisado, de 2006 a 2016, sobre o atendimento psicológico realizado aos familiares de pacientes internados em UTI. O objetivo geral foi identificar nas bases de dados se e como as intervenções terapêuticas de psicólogos atendem aos familiares de pacientes na UTI. Para tanto fez-se necessário identificar a produção bibliográfica no atendimento psicológico aos pacientes em UTI e familiares e identificar as características metodológicas dos artigos selecionados. Esta pesquisa se justifica pela necessidade de mapear os atendimentos, nível de evidência, tipo de estudo sobre os atendimentos em UTI; e, pontuar o método de coleta pelos quais as pesquisas foram realizadas. A importância deste estudo se respalda na necessidade da presença do profissional psicólogo na UTI. De acordo com a pesquisa este irá atuar por meio da utilização de métodos psicoterápicos e tal tratamento se utiliza de medidas diretas para manter ou restabelecer o paciente por meio da melhora ou supressão dos sintomas, e para manter, restaurar e aumentar a sua autoestima.

Palavras-chave: Unidade de Terapia Intensiva, Psicólogo Hospitalar, Psicoterapia Breve.

ABSTRACT

Patients who are Intensive Care Unit (ICU) are potentially serious condition, and the scientific literature suggests this as one of the most aggressive, tense and traumatizing environments of a hospital due to moments of tension and anguish experienced by them that are in a context in which there is a possibility of death. The issue that guided this study was to verify what has been researched, 2006-2016, on the psychological care given to family members of ICU patients. The overall objective was to identify the databases if and how therapeutic interventions psychologists / meet the family members of patients in the ICU. Therefore it was necessary to identify the bibliographic production in psychological care to patients in ICU and family; check what types of studies are being conducted in relation to the subject; sort the items according to the level of evidence; identify the methodological characteristics of the selected articles. This research is justified by the need to map calls, evidence level, type of study on the ne ICU care; and punctuate the collection method by which the surveys were conducted. The importance of this study supports the need for the presence of the professional psychologist in the ICU. According to research this will act through the use of psychotherapeutic methods guided by the Brief Psychotherapy Support. Such treatment is characterized by using direct measures to maintain or restore operation before the patient through the improvement or suppression of symptoms and to maintain, restore and enhance the self-esteem.

Keywords: Intensive Care Unit, Hospital Psychologist, Brief Psychotherapy.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- SINÓPTICO GERAL – IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA	35
QUADRO 2- SINÓPTICO GERAL – DADOS QUALITATIVOS DA PESQUISA.....	39

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama da amostra.....	33
-------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Da Metodologia.....	44
Tabela 2 - Dos estados de publicação.....	45
Tabela 3 - Do ano de publicação.....	47
Tabela 4 - Dos Bancos de dados.....	48
Tabela 5 - Da formação acadêmica dos autores.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Da Metodologia.....	45
Gráfico 2 - Dos estados de publicação.....	46
Gráfico 3 - Da região de publicação	46
Gráfico 4 - Do ano de publicação	47
Gráfico 5 - Dos Bancos de dados.....	48
Gráfico 6 - Da formação acadêmica dos autores	49

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1	PSICOLOGIA HOSPITALAR.....	16
2.2	AS CONTRIBUIÇÕES DO PSICOLOGO PARA A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR	17
2.3	O ATENDIMENTO DO PSICOLOGO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA	18
2.4	PSICOTERAPIA BREVE	21
2.4.1	PSICOTERAPIA BREVE DE APOIO.....	22
2.4.2	PSICOTERAPIA DE ESCLARECIMENTO.....	25
2.5	EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E O ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS.....	26
2.6	LUTO.....	28
3	MÉTODO	31
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	33
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS FAMILIARES DE PACIENTES NA UTI	33
4.2	CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	44
4.3	SE E COMO AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS ATENDEM AOS FAMILIARES DE PACIENTES NA UTI.....	50
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS.....	58

1 INTRODUÇÃO

Pacientes que se encontram na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), estão em estado potencialmente grave e a literatura científica aponta este como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes de um hospital devido aos momentos de tensão e angústia vivenciados pelos que se encontram em um contexto no qual há possibilidade da morte e seus familiares sofrem com tais condições.

Os desconfortos podem ser acentuados devido à constante atividade no local, caracterizadas pelo barulho dos aparelhos, gemidos e lamentações, levando à perda da individualidade do ser humano, que passa a depender de equipe de assistência para realizar toda e qualquer atividade e autocuidado.

A questão norteadora que direcionou este estudo foi verificar o que foi pesquisado, de 2006 a 2016, sobre o atendimento psicológico realizado aos familiares de pacientes internados em UTI.

O objetivo geral foi identificar na produção científica da base de dados se e como as intervenções terapêuticas de psicólogos atendem aos familiares de pacientes na UTI. Tendo como objetivos específicos identificar a produção bibliográfica referente ao atendimento psicológico aos pacientes em UTI e familiares; identificar as características metodológicas dos artigos selecionados; identificar se e como as intervenções terapêuticas atendem aos familiares de pacientes na UTI.

Esta pesquisa se justifica pela necessidade de mapear os atendimentos, e, pontuar o método de coleta pelos quais as pesquisas foram realizadas. Verificou-se que a equipe que atua no ambiente de UTI é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, nutricionista e técnicos de apoio, que vivenciam no seu dia a dia de trabalho o sofrimento e a morte.

Insta salientar que, os familiares sofrem com a separação que ocorre devido à internação do paciente ou em alguns casos com a falta de capacidade do enfermo em interagir, que leva o familiar a sentir ansiedade e medo no momento da visita, pois no imaginário da maioria das pessoas a UTI é um lugar para morrer.

Destaca-se que o trabalho está estruturado em 6 Capítulos, que interligados respondem a problemática deste estudo.

O Capítulo 1 – Introdução, faz a apresentação do estudo realizado, com objetivos a serem alcançados, justificativa, relevância da pesquisa e estrutura do trabalho.

O Capítulo 2 – Revisão da Literatura, traz os estudos já publicados sobre o tema em questão. Este está dividido em: Psicologia Hospitalar, que apresenta o início e evolução desta no hospital; Humanização Hospitalar, que apresenta a necessidade de o psicólogo conhecer as particularidades de cada sujeito envolvido no processo de internação na UTI para poder auxiliar na recuperação; UTI – Unidade de Tratamento Intensivo, que descreve as características desta em relação aos demais ambientes do hospital; Atendimento Psicológico na UTI, que analisa a atitude do psicólogo hospitalar como imprescindível na recuperação do paciente; Psicoterapia Breve, enquanto forma de abranger uma parcela maior da sociedade em menor tempo com resultados rápidos; Psicoterapia Breve de Apoio, enquanto possibilidade de superação de necessidades que precisam ser imediatamente superadas; e, Psicoterapia Breve de Esclarecimento, analisada como estímulo à aprendizagem na auto compreensão da doença; Equipe multidisciplinar e o atendimento às famílias e Luto, que analisa o trabalho do Psicólogo para a convivência com a morte daqueles que precisam estar na UTI, pacientes ou familiares e equipe de trabalho.

No Capítulo 3 – Método, está descrita a metodologia de revisão integrativa da literatura utilizada nesta pesquisa.

Enquanto que no Capítulo 4 – Resultados e Discussão, foram sistematizados os resultados da pesquisa através de gráficos, diagramas e quadro sinóptico. Este está dividido em Caracterização da Produção Bibliográfica do Atendimento Psicológico aos familiares de pacientes na UTI, apresentando as características bibliográficas dos artigos selecionados para o estudo; Características Metodológicas dos artigos selecionados, demonstra através de tabelas e gráficos as características das publicações selecionadas; Se e Como as Intervenções Terapêuticas atendem aos familiares de pacientes da UTI, propondo uma reflexão sobre se e como vem sendo realizada a prática do psicólogo hospitalar em UTIs, tanto para pacientes quanto para familiares,

O Capítulo 5 – Considerações Finais, apresenta as conclusões considerando análises e discussões realizadas, com base nas fundamentações teóricas.

Finalmente, em Referências, apresenta-se o referencial utilizado para atingir os objetivos propostos.

A relevância social deste estudo está na importância da presença do psicólogo na UTI, atendendo a paciente e familiares, trazendo conforto em um momento de angústia e incerteza. Desta forma o profissional psicólogo atua de forma ativa e diretiva para o auxílio do paciente e seus familiares.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo iremos discutir conceitos fundamentais para compreender o atendimento psicológico aos familiares de pacientes na UTI, de forma que se compreenda todo o processo de atendimento em relação ao paciente e às pessoas que convivem com ele a partir do momento em que este chega ao hospital, no que se refere ao atendimento psicológico.

2.1 PSICOLOGIA HOSPITALAR

A Psicologia Hospitalar apresenta seu início e evolução a partir de necessidades que foram se apresentando e sendo percebidas como necessárias para a reabilitação de pacientes.

Segundo Angerami-Camon (2010), a história da Psicologia Hospitalar inicia no Brasil em 1954, tendo como sua precursora a psicóloga Matilde Neder, que foi convidada para acompanhar pacientes que fariam cirurgia de coluna. Sua função como psicóloga seria prepará-los para a cirurgia e também realizar o acompanhamento no pós-operatório, possibilitando aceitação e recuperação por parte do paciente.

Para tanto, os modelos teóricos de atendimentos precisaram ser adequados à realidade institucional que por hora se apresentava, tomando como ponto de referência a Psicoterapia Breve. Em 1959, no Seminário do Instituto de Reabilitação da Faculdade de Medicina da USP, foram traçadas as características básicas para um psicólogo que desejasse atuar na Psicologia Hospitalar. Na conferência foi enfatizada a necessidade da formação especializada e, reavaliação emocional contínua de seus limites pessoais, bem como, o campo de trabalho deste profissional da saúde (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Portanto, a psicologia hospitalar é recente no Brasil, com pouco mais de sessenta e um anos e aos poucos vem ganhando relevância científica devido sua importância para os pacientes e familiares.

2.2 AS CONTRIBUIÇÕES DO PSICOLOGO PARA A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

O psicólogo precisa acumular conhecimentos e habilidades que possibilitem a este profissional identificar seus instrumentos de atuação e adequá-los a uma realidade, procurando atingir resultados consistentes e contribuindo com a humanização do atendimento hospitalar.

Para Fernandes (2006) a humanização na saúde significa humanizar a assistência ao usuário com qualidade dos serviços, sendo que esse usuário precisa ser considerado em seus múltiplos aspectos psicológico, social, cultural e na família.

De acordo com Angerami-Camon (2004), uma das principais metas do psicólogo que atua em hospitais é humanizar a própria instituição, através da identificação dos indícios que causam atrito no processo de hospitalização.

O Ministério da Saúde entende a humanização como sendo:

(...) a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, que são os usuários, os trabalhadores e os gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (FERNANDES, 2006, p. 12).

Nesse sentido, Campos (1995) concorda que a humanização do atendimento do usuário deve envolver todas as instancias e etapas dos diferentes profissionais e setores envolvidos, a ele e sua família. Sendo por isso considerado uma forma de respeito aos direitos humanos, em que os usuários e familiares são corresponsáveis pelo atendimento.

Compreende-se assim, que a atuação do psicólogo hospitalar não se limita ao paciente, mas estende-se aos familiares, unindo conhecimento às experiências, contribuindo inclusive com outros profissionais da saúde. Subentende-se que para alcançar os objetivos faz-se as ações devem ser coordenadas e interativas interdisciplinares, científicas e metodológicas de cada área do saber humano (CAMPOS, 1995).

Seja qual for a doença, ela gera transformações consideráveis na vida do paciente e em todos que convivem com ele, todos necessitam de orientação e acompanhamento para a readaptação a realidade.

Campos (1995, p. 78) orienta que o paciente e a família necessitam ser preparados para a internação, também é necessário um período de tempo para elaboração do processo, com um esclarecimento ao paciente e à sua família sobre a doença e o processo de hospitalização, a rotina hospitalar, o tempo provável de internação, dados do tratamento e o prognóstico, pois tais explicações iniciais feitas pelos médicos virão complementadas, reforçadas e explicitadas pelos profissionais relacionados aos mesmos pacientes, dentre os quais se inclui o psicólogo, que contribuirá dessa forma e por seus recursos para diminuir a ansiedade do paciente.

Todo este encaminhamento se volta para a busca do alívio emocional do paciente e de sua família, diminuindo a angústia e a ansiedade. O psicólogo precisa conhecer as particularidades de cada sujeito envolvido, uma vez que, cada um vive a doença e suas consequências de forma peculiar, desta forma conseguirá assistir cada indivíduo de forma subjetiva (CAMPOS, 1995).

Assim sendo, o papel do psicólogo é complexo e necessita de um cuidado particular com o todo e não apenas com o paciente em si. É preciso, que o profissional desempenhe de forma ampla atingindo a particularidades do caso, explicando, demonstrando e auxiliando o paciente e a família.

2.3 O ATENDIMENTO DO PISCOLOGO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Ao falar das especificidades das instituições hospitalares, Alves (1996) aponta o hospital como um Estabelecimento de Assistência à Saúde de Alta Complexidade, distinta de outros tipos de Organizações e que fazem parte necessária do Sistema de Saúde.

De acordo com Vila e Rossi (2002) a UTI, embora seja o local ideal para atendimento aos pacientes graves agudos recuperáveis, parece ser um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes do hospital, tais fatores agressivos não atingem somente os pacientes, mas toda a equipe multiprofissional, principalmente a enfermagem que convive diariamente com cenas de pronto atendimento, pacientes graves, isolamento e situações de morte. Diante disso, é grande a probabilidade de que os profissionais de enfermagem estejam submetidos aos variados fatores associados ao estresse, presentes nesse local.

Segundo Lopes e Lautert (2001) o ambiente da UTI é caracterizado por trabalho que envolve forte carga emocional, na qual a vida e a morte se misturam, podendo ocasionar várias consequências e comprometer a saúde dos profissionais envolvidos.

Segundo o autor a UTI causa impacto nos profissionais, nos pacientes e na família. Isso ocorre devido à grande carga emocional vivenciada neste ambiente, portanto, o preparo psicológico é de primordial relevância. Assim todo paciente, que está na UTI é alguém que pode apresentar instabilidade física e emocional diante da situação de enfermidade em que se encontra.

Nesta perspectiva, Angerami- Camon (2004) analisa que a família é referência na busca para a superação da problemática em que o indivíduo se encontra, servindo de apoio e suporte de forma positiva. Porém, é uma tarefa bastante delicada, pois esta também está emocionalmente abalada e o impacto do diagnóstico pode dificultar a recuperação do paciente.

Neste momento, a atitude do psicólogo hospitalar torna-se imprescindível, uma vez que não é possível, nem aconselhável, que sejam negadas informações ao paciente e familiares. Conforme Angerami-Camon (2004), o psicólogo hospitalar tem a função de orientar o paciente a respeito do processo pelo qual irá passar e prestar esclarecimentos sobre a própria doença, estendendo este procedimento para as pessoas que convivem com o paciente.

O acompanhamento formal da família abre um esforço para a resolução de medos e más interpretações, e permite a redefinição de papéis dentro da família. Sentindo-se compreendidos, e compreendendo a doença e os processos, estes conseguirão enfrentar com mais segurança a situação, percebendo a realidade e distanciando as fantasias em relação a enfermidade, contribuindo com o tratamento e a recuperação (ANGERAMI-CAMON, 2010).

Ainda segundo esse autor, quando se faz referência em relação a necessidade de conhecer o campo de atuação do psicólogo, deve-se considerar duas estruturas, a estrutura estática e a estrutura dinâmica da instituição. A estrutura estática refere-se a sua estrutura física em que se dará a atuação como prédios, equipamentos e materiais; e a estrutura dinâmica refere-se ao funcionamento, os processos e as relações desenvolvidas em seu interior.

As mudanças que precisarem ser realizadas neste contexto institucional, devem considerar imprescindivelmente a estrutura dinâmica, primando por resultados que valorizem o ser humano.

Assim, Angerami-Camon (2004) entende que o psicólogo hospitalar é peça fundamental na busca da humanização apesar de algumas vezes ainda não ser aceito em alguns hospitais. Este seria, de acordo com o autor, o caminho para que houvesse a minimização do sofrimento do paciente, causado pela hospitalização.

Quanto ao atendimento do psicólogo hospitalar à família deve-se organizar o horário e o espaço mais adequado para tal. Precisa-se oferecer um atendimento com o mínimo de interrupção possível e para tanto, deve-se considerar inclusive a rotina do atendimento hospitalar. O atendimento aos familiares, deve principalmente, considerar tanto os estudos existentes sobre a família, bem como esta no contexto hospitalar. Isto se justifica, pois, a família no hospital possui características bastantes diversas de outras realidades institucionais; no hospital a família vive uma ansiedade que envolve o restabelecimento físico do paciente, porque sofre com intensidade o processo de hospitalização (ANGERAMI-CAMON, 2004).

No hospital, temos um quadro em que o paciente hospitalizado sofre a sintomatologia de determinada patologia e a família sofre emocionalmente as consequências desse tratamento. Existe uma fusão dos sentimentos, e a dor vivida pelo paciente é a mesma dor vivida pela família. A abordagem psicológica junto à família não pode negar essa fusão, com o risco de provocar sequelas emocionais ainda mais profundas que aquelas provocadas pela própria hospitalização (ANGERAMI-CAMON, 2004).

Caso o psicólogo hospitalar desconsidere estes aspectos, corre o risco de errar no diagnóstico, impedindo o sucesso do tratamento do paciente e da família.

Nesse sentido Angerami-Camon (2004, p. 42), afirma que:

Paciente-família é um binômio indivisível, e como tal deve ser abordado no contexto hospitalar, com o risco de perder-se um aspecto muito importante na intervenção do psicólogo: as implicações emocionais que um processo de hospitalização provoca no núcleo familiar.

Então, a Psicologia hospitalar tem como objetivo principal a minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, com atenção especial às sequelas emocionais que poderão ser causadas por esta hospitalização. Se outros objetivos

forem alcançados a partir da atuação do psicólogo junto ao paciente hospitalizado serão acréscimo ao processo em si (ANGERAMI-CAMON, 2004).

Diante destas afirmações, tem-se o entendimento de que o psicólogo hospitalar é um profissional da saúde imprescindível em unidades hospitalares, minimizando o sofrimento tanto do paciente quanto da família, principalmente nas Unidades de Terapias Intensivas.

2.4 PSICOTERAPIA BREVE

Os problemas sociais gerados pela era do capitalismo global introduzem novos impactos para a saúde mental de indivíduos, grupos e comunidades. Segundo Fiorini (2004, p. 21) “As problemáticas do poder globalizador, seus modos de constituição e seus efeitos, obrigam a realizar novas investigações sobre as condições que determinam os transtornos e as tarefas capazes de promover a saúde mental.”

Assim, o campo das psicoterapias deve abrir-se hoje para esses desafios. A Psicoterapia Breve tem sido uma opção nos dias de hoje, considerando que a maioria das pessoas não possui tempo e dinheiro para realizar uma terapia que demanda longo prazo, ou seja, realizada em inúmeras sessões, o que torna o custo da ação para o cliente elevado, e portanto excludente.

Para solucionar esse problema e abranger uma parcela maior da sociedade faz-se necessário o trabalho com psicoterapias breves, na qual o número de sessões é limitado.

Sobre o assunto Fiorini (2004, p. 43) destaca que:

De um ponto de vista social existe uma situação de fato: para uma grande massa da população, dada a atual organização assistencial a opção que existe é ou tratamentos limitados ou nenhum tratamento, independentemente de quais sejam os transtornos. Diante dessa falta de opção assistencial, uma terapia breve pode, em grau variável, beneficiar praticamente todos os pacientes.

Diante do que foi exposto é possível entender que o objetivo maior da terapia breve é tratar o foco do problema, ou seja, o problema atual, que será identificado em um trabalho conjunto entre terapeuta e paciente, com técnicas e

características próprias, considerando atividade, planejamento e foco (FIORINI, 2004).

Busca-se assim, provocar uma reação em cadeia que leve o paciente a criar mecanismos internos, dando seguimento ao processo iniciado de mudanças positivas de personalidade mesmo após o término da terapia. Na UTI, devido ao contexto de gravidade das condições clínicas, cuidados intensivos, rápidos e eficientes da equipe e a rotatividade da ocupação dos leitos, a atuação do psicólogo se baseia em criar condições de comunicação, avaliar os quadros psicopatológicos enquanto consequência da internação na UTI; e, basicamente ser o mediador entre paciente/equipe/família.

Um dos desafios do profissional é fazer com que o paciente e a família consigam aceitar a doença e auxiliá-los a conviver com ela. A Psicoterapia Breve na UTI precisa considerar impreterivelmente: o espaço físico para o atendimento psicológico, lembrando que é um ambiente com muitas interferências como a presença de outros profissionais; interrupções frequentes para exames e administração de medicamentos; além dos companheiros de quarto. Além dessas eventualidades, outro fator da utilização da Psicoterapia Breve é a variabilidade da permanência na instituição, influenciando no planejamento de objetivos e de tempo necessário para o atendimento do psicólogo.

2.4.1 PSICOTERAPIA BREVE DE APOIO

Na técnica da Psicoterapia Breve os objetivos e metas são menores em comparação aos tratamentos tradicionais. Esta característica se justifica pelo fato de que a pessoa apresenta necessidades que precisam ser imediatamente superadas. Busca-se, portanto, vencer os sintomas e problemas que o paciente apresenta, para que consiga fazer o enfrentamento dos conflitos e autodesenvolver-se (BRAIER, 2008).

O tempo de uma Psicoterapia Breve geralmente é de 45 minutos em média, sendo uma sessão por semana. O total do tratamento se resume normalmente em 20 sessões, ou então, 5 meses; podendo acontecer a alta com um número menor de sessões. O tempo do tratamento é previamente fixado entre o psicólogo e o

paciente, após as primeiras três sessões, considerando o problema que o paciente apresenta.

Segundo Cordioli, (1993, *apud* Lemgruber, 2000), as Psicoterapias de Apoio (PAs) podem ser de:

Longa duração: indicadas para pacientes com importantes incapacitações do ego, como os psicóticos, os portadores de transtornos caracterológicos graves ou atraso evolutivos acentuados (déficits), sem condições para a introspecção. Curta duração: indicadas para controlar crises agudas que ocorrem isoladamente ou no curso de terapias prolongadas e restabelecer o nível de funcionamento prévio do paciente.

Essa intervenção se caracteriza pela utilização de medidas diretas para manter ou restabelecer o funcionamento anterior do paciente por meio da melhora ou suspensão dos sintomas, e para manter, restaurar ou aumentar a autoestima.

Segundo Fiorini (2004, p. 43) “a terapia de apoio tem como objetivos a atenuação ou supressão da ansiedade e de outros sintomas clínicos, como modo de favorecer um retorno à situação de homeostase anterior à descompensação ou crise”.

Nesta intervenção o terapeuta atua de forma ativa e diretiva, sendo que sua ênfase está voltada para ajudar o paciente a melhorar seu comportamento e os sentimentos. Para chegar aos resultados desejados a Psicoterapia Breve de Apoio busca o aumento da autoestima e a redução de experiências de ansiedade e tristeza, tendo sempre em vista proporcionar ao indivíduo a estabilização ou a melhora nas funções adaptativas.

Fiorini (2004, p. 23-24) descreve como deve ser organizada a terapêutica e seu funcionamento em modelos, o autor aponta que uma terapêutica breve pode ser organizada tendo como referência determinados modelos sobre etiologia e funcionamento normal e doentio da personalidade, sendo dividida em três modelos, o primeiro se trata do modelo etiológico, que é uma terapêutica breve orienta-se fundamentalmente no sentido da compreensão psicodinâmica dos determinantes atuais da situação de doença, crise ou descompensação; Com relações entre psicopatologia e comportamentos potencialmente adaptativos, tem-se a psicopatologia dinâmica, segundo modelo, esclareceu fundamentalmente o campo dos fenômenos de "doença" do paciente. Mas todo um conjunto de dados da experiência clínica assim como da psicologia geral e social, levou a questionar a

possibilidade de que modelos de comportamento patológico possam explicar todo o comportamento do paciente, a totalidade de sua existência. E o ultimo modelo apresentado pelo autor se refere a modelos motivacionais e cognitivos da personalidade. A exemplo da concepção do ego que estabelece uma dualidade funcional da personalidade, uma polaridade entre aspectos sadios e doentes, essa dualidade é encontrada em nível motivacional na coexistência no sujeito de motivações de tipo infantil e adulto.

Nesta terapia como em todas as outras é muito importante desenvolver uma aliança terapêutica. Segundo Fiorini (2004, p. 49) “A estratégia básica dessa técnica consiste em estabelecer um vínculo terapêutico tranquilizador, protetor, orientador”. Ou seja, o paciente estabelece uma ligação de trabalho com o terapeuta, onde ocorrem respeito mútuo e atitudes calorosas, porém não deve ser vista como amizade, mas sim, ter sempre em foco tanto pelo terapeuta como pelo paciente, os objetivos do tratamento e o papel de cada um nessa relação.

Nesse contexto, segundo Fiorini (2004, p. 51), as intervenções fundamentais do terapeuta são as de tipo sugestivo-diretivo e ainda as interpretações voltadas para o esclarecimento das motivações do comportamento são opcionais, no entanto, não inerentes à estratégia básica de apoio, visto que não é essencial para seus objetivos instalar no paciente uma compreensão do significado de seus transtornos, ou seja, o universo de discurso próprio dessa técnica carece de complexidade: abrange o plano dos sintomas e de outros comportamentos manifestos.

Para obter sucesso nessa terapia é necessário que o psicoterapeuta apresente as seguintes características, conforme ressaltam Novais e colaboradores (1993, *apud* Lemgruber, 2000, p. 124), tendo atitude envolvente e ativa o desejo de desenvolver e contribuir para uma relação real, atenção para o desenvolvimento de uma transferência positiva; tendo empatia e respeito pelos pacientes, não julgamento e tolerância pelo estado dele; dando apoio para os esforços adaptativos do paciente para melhorar; buscando compreender e respeitando a forma de ser do paciente; apresentando genuíno interesse pelas atividades do paciente e seu bem-estar; dispondo de atenção nas maneiras de o paciente expressar o que gosta; empenhando em ajudar o paciente na aquisição de sua autonomia e em relação ao tratamento e às decisões de sua vida.

Porém, para que a terapia alcance os objetivos desejados, o paciente deve mostrar desejos de: falar sobre os eventos da vida; aceitar regras de apoio do terapeuta, participar do programa terapêutico e aderir à estrutura terapêutica.

O que se evidencia uma tarefa nada fácil. Por envolve não apenas o profissional, alcança a família, o paciente e o grupo hospitalar como um todo, mas é perfeitamente possível fazer da UTI, um local melhor.

Segundo Lemgruber (2000, p. 136) o processo de término depende da patologia do paciente, mas pode-se estabelecer alguns critérios como, por exemplo, a diminuição da ansiedade; melhora dos sintomas perturbadores; relativa compreensão interna de fontes de ansiedade e/ou de conflitos, padrões de comportamento problemáticos e mecanismos de defesas inadequados; aumento da capacidade de tolerar frustrações; aumento da capacidade de auto-observação e capacidade de terminar o tratamento, dentre outros.

Ao observar alguns desses critérios o terapeuta poderá dar início a uma discussão com o paciente sobre o término do processo terapêutico. De acordo com Fiorini (2004, p. 51) “as separações (intervalos, alta) não devem ser elaboradas pelo paciente como situações persecutórias, de abandono, já que é condição de eficácia que o vínculo terapêutico tenha caráter persistente”.

Sabendo abordar como foco a separação que ocorrerá e as consequências da perda do terapeuta, o paciente evitará uma recaída nos avanços alcançados. Assim, o objetivo principal da psicoterapia breve é estimular o paciente a caminhar por si próprio, “sozinho”, caminhada que só pode ser continuada após a retirada de pelo menos uma parte dos obstáculos que se configuram muitas vezes, como situações de crise.

2.4.2 PSICOTERAPIA DE ESCLARECIMENTO

Como objetivos desta técnica incluem-se os já mencionados para uma terapia de apoio.

Fiorini (2004, p. 52) entende que a estes que a psicoterapia se deve constar “o [objetivo] de desenvolver no paciente uma atitude de auto-observação e um modo

de compreender suas dificuldades distinto do oferecido pelo senso comum e (...) tem como objetivo, além disso, estimular a aprendizagem no auto compreensão”.

Sobre as estratégias, o mesmo autor ressalta que é necessário que o terapeuta assuma uma abordagem calorosa, espontânea, de forma a propiciar abertura ao diálogo, no qual serão apresentadas explicações pedagógicas sobre o método de tratamento, as características de funcionamento mental e as expectativas e ainda que:

É necessário que o terapeuta adote um comportamento discretamente caloroso, espontâneo, no sentido de favorecer um diálogo de certa fluidez, e ativo, na medida em que o terapeuta oferece por iniciativa própria explicações “pedagógicas” sobre o método de tratamento, sobre características do funcionamento mental, sobre as expectativas acerca da evolução do paciente, etc (FIORINI. 2004, p. 52).

Nesse processo, é importante que o paciente forneça dados e formule interpretações próprias. Tanto o terapeuta quanto o paciente têm um papel ativo. Mas é o terapeuta que conduz com perguntas e sugestões.

Ainda o mesmo autor (2004, p. 54) diz que têm uma função de diluir obstáculos para permitir a manutenção de uma relação de caráter “docente”, assim como uma função esclarecedora que pode enriquecer a compreensão de uma perspectiva cujo foco não é a própria relação transferencial, mas as relações interpessoais do paciente em sua vida cotidiana e atual, bem como os processos intrapessoais envolvidos em tais relações.

A técnica de esclarecimento tem como objetivo principal fortalecer funções que possibilitem a adaptação diante das novas necessidades. Estas necessidades se diferenciam para cada um dos indivíduos, sendo imprescindível, portanto, considerar o contexto em que o paciente estiver inserido.

2.5 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR E O ATENDIMENTO ÀS FAMÍLIAS

Como pode ser observado no decorrer deste estudo as famílias têm uma influência magna no tratamento dos pacientes durante o tratamento intensivo, o que leva aos familiares sofrerem os impactos psicológicos da doença do seu ente querido, por isso, a equipe multidisciplinar tem uma preocupação e responsabilidade inerentes e equivalentes.

A equipe multidisciplinar é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicólogos e técnicos de apoio, que vivenciam no seu dia a dia de trabalho o sofrimento e a morte.

Neste sentido, a “preocupação generalizada dos profissionais da área de saúde em prestar uma assistência mais humanizada reforça a necessidade de manejar de forma mais adequada os aspectos emocionais do adoecer” (ARAÚJO. 2013, p. 131).

Em outras palavras, a equipe multidisciplinar necessita trabalhar em harmonia, completando os elos, tendo como preocupação o paciente e seus familiares.

Dessa forma, os profissionais de saúde/equipe multidisciplinar (enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, técnicos de enfermagem, psicólogos, entre outros) estão sendo estimulados a se aperfeiçoarem e a complementarem seus conhecimentos para que possam atender aos pacientes, conseqüentemente suas famílias, a partir uma visão biopsicossocial, não mais apenas biológica (ARAÚJO. 2013).

De acordo com Molina (2007) os profissionais atuantes nas UTIs necessitam, além do conhecimento científico e da habilidade técnica, buscar conhecimentos para realizar intervenções também junto às famílias, em que pese a adoção de alguns modelos teóricos para abordagem à família, como o Modelo Calgary de Intervenção, o Modelo de Crenças e o Modelo de Resiliência Familiar, podem subsidiar a atuação dos profissionais junto às famílias, de modo a auxiliá-las no enfrentamento da doença, permitindo-lhes uma melhor compreensão da doença e da hospitalização.

A instrumentalização da equipe também se dará a partir do uso de algumas práticas cotidianas no ambiente de trabalho com vistas ao desenvolvimento de competências comunicativas e de trabalho em equipe, isto, associado a uma predisposição dos profissionais envolvidos a valorizar a família como foco da assistência, promoverá um cenário de interação de diferentes pessoas, conceitos, valores e culturas no qual cada ator se diferencia e se reconhece no outro, a partir de dinâmicas que possibilitam falar, escutar, sentir, indagar, refletir e aprender a pensar (MOLINA. 2007).

Diante do ambiente frio e hostil da UTI, a inclusão da família exige que os profissionais estejam abertos e atentos às interações e ao impacto das vivências e conheçam dinâmicas e formas diversas de adaptação. A união da tecnologia e do cuidado humanizado transforma um lugar de dor e sofrimento num ambiente capaz de inspirar esperança (MOLINA. 2007).

Portanto, a preocupação da equipe multidisciplinar de saúde é uma relação complexa e ampla, abrangendo, além das técnicas profissionais, o trabalho em grupo e uma relação humanizada com a família do paciente.

2.6 LUTO

Nas instituições hospitalares a morte é uma constante. Diante disso, os profissionais da saúde são os que mais convivem com a morte. Em se falando da equipe da UTI, a mesma passa por situações de estresse constantes junto ao paciente e a família, em contato com a dor e o processo da morte. Na cultura Ocidental a morte vem acompanhada de grande sofrimento, medo e incerteza o que impede que a morte seja encarada como algo natural ao ciclo da vida humana.

Por mais que os profissionais enfrentem e convivam bem com a situação de morte, a forma de conseguirem lidar com a situação interfere na forma que são assistidos os pacientes e familiares. O luto mal compreendido pode trazer danos futuros aos seus membros, que pode ser o surgimento de doenças e até desenvolver comportamentos antissociais e baixa autoestima.

Gauderer (1987, p. 177) defende que:

Existe uma semelhança nas emoções geradas no profissional e no paciente, como de resto em todo ser humano: negação, tendência à minimização da gravidade da doença, sentimentos de culpa, raiva e frustração pelas restrições impostas pelo adoecer, assim como as limitações dos recursos de tratamento.

Os profissionais da saúde por serem preparados para se comprometerem com a vida de quem cuidam, sentem-se responsáveis por evitarem a morte. Quando isso não se torna possível têm reações e sentimentos que podem prejudicar o cuidado que precisam dispor aos familiares.

De acordo com Kübler-Ross (1996, 65) o luto mal elaborado também se encontra presente entre os profissionais de saúde que lidam diretamente com

pacientes terminais, que tendem a não expressar seus sentimentos de tristeza, de dor e de pesar por meio do abafamento dessas sensações, em busca da eficácia de suas atividades laborais. Contudo, ao camuflarem os seus sentimentos de pesar, estes profissionais podem comprometer a relação com seus pacientes pelo fato deles se apresentarem formais e impessoais no trato com os mesmos.

Diante deste quadro, percebe-se a importância de trabalhar com os profissionais da saúde aquilo que se torna uma ameaça para o seu bem-estar psicológico, garantindo que não sejam prejudicados e que tais dificuldades não interfiram na qualidade do seu trabalho.

O Profissional da Psicologia deve demonstrar empatia e solidariedade, mas precisa estar internamente resolvido com suas emoções e compreender o significado que cada momento representa.

Kübler-Ross (1996) destaca que é função do psicólogo na UTI acompanhar e adaptar as visitas e familiares às rotinas da unidade, preparando os familiares para a entrada, informando e as regras que norteiam o bom funcionamento do local. O psicólogo deve ainda estimular o contato entre os visitantes e o paciente, observando e avaliando as verbalizações e os comportamentos com a finalidade de verificar a expectativa a respeito do quadro clínico. E ficar atento ao processo da informação médica, relacionado a compreensão dos familiares e a realidade do quadro clínico em questão.

O Profissional da Psicologia é peça fundamental em horas como essa, atendendo cada indivíduo dentro de sua subjetividade, colaborando para que ocorra a elaboração da perda, no desenvolvimento de ferramentas internas capazes de lidar com as frustrações e dores que a morte traz, desenvolvendo um plano terapêutico específico, que oferecerá suporte para o enfrentamento da dor, a aceitação, elaborando o luto por meio de suportes e alianças, para que o paciente possa expressar e vivenciar sua dor.

Kübler-Ross (1996) diz que o objetivo da comunicação psicológica com o paciente é passar informações e muito mais que isso, marcar presença ao lado desse paciente, facilitando a expressão de sentimentos, emoções na tentativa de diminuir a solidão que existe na UTI.

Portanto, se faz importante a preparação e o aperfeiçoamento de todos os profissionais da saúde para a convivência com a morte no trabalho visando um melhor contato com aqueles que precisam estar na UTI, pacientes ou familiares; e, também no caso do luto recair sobre estes.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para a realização deste estudo optou-se pela metodologia de revisão integrativa da literatura. Esta tem como finalidade reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de uma forma sistemática e organizada, contribuindo para o aprofundamento do problema. Exige uma abordagem metodológica ampla que inclui diferentes tipos de estudos, experimentais e observacionais, teóricos e empíricos, e permite uma compreensão da problemática investigada (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa surge como uma metodologia que possibilita a síntese do conhecimento e a verificação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Este método é basicamente um instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE). A PBE, cuja origem atrelou-se ao trabalho do epidemiologista Archie Cochrane, caracteriza-se por uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A revisão integrativa constitui-se de seis fases: 1) identificação do tema ou questão norteadora; 2) amostragem ou procura na literatura; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; 6) síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados, também denominado por apresentação da revisão (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pesquisa foi realizada em 2016, no período de fevereiro a abril, consultando as bases bibliográficas eletrônicas: Medline/PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo e através do site de busca Google Acadêmico. Os descritores empregados foram obtidos a partir do DeCS – “Descritores em Ciências da Saúde”. Em língua portuguesa foram: psicologia hospitalar *and* terapia intensiva *and* família. Em língua inglesa foram: *health psychology and intensive care and family*.

Considerando critérios de inclusão pré-definidos, foram escolhidos em uma primeira seleção apenas artigos que tratassem e que evidenciavam em seu título a Psicologia Hospitalar relacionada ao atendimento psicológico em Unidades de

Terapia Intensiva, publicados em português, indexados nas bases de dados entre 2006 e 2016; e, com textos disponíveis e completos.

Foram excluídos os artigos que não abordavam o tema em questão e os textos repetidos nas bases de dados.

Na segunda seleção de inclusão foram considerados os artigos que tratassem em seu resumo sobre a temática desta pesquisa. Assim, foram relacionados em uma tabela contendo as seguintes informações: Título, Autor (es) e Formação, Link, Objetivo, Método, Amostra, Coleta de dados, Principais Resultados, Ano e Base de Dados.

3.2 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA

O universo de estudo desta pesquisa foi composto por 13.500 publicações encontradas nas bases de dados selecionadas para buscar artigos científicos. A partir da definição dos termos e a amostra construída pelos artigos incluídos nessa revisão, foram aplicados os critérios de inclusão/exclusão, restando 18 trabalhos.

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos artigos publicados no período de 2006 a 2016, em português, publicados na íntegra e disponíveis, relacionados com a questão norteadora deste estudo, publicados nas bases de dados Medline/PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Scielo e do site de busca Google Acadêmico.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, todas as informações contidas nesta revisão integrativa têm seus autores devidamente citados e referenciados conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (2002a – 2002b). Esta pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, porque se restringe a pesquisa de cunho bibliográfico.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste Capítulo do trabalho serão sistematizados os resultados da pesquisa através de gráficos, diagramas e quadro sinóptico.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA DO ATENDIMENTO PSICOLÓGICO AOS FAMILIARES DE PACIENTES NA UTI

Foram identificados 13.500 mil trabalhos que apresentavam como tema principal o atendimento psicológico aos familiares de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva. Destes estudos foram selecionadas 25 publicações; após terem sido lidas criteriosamente e comparadas como o objetivo desta pesquisa e diante dos critérios estipulados foram excluídos mais 7 textos por terem sido publicados fora do período definido. Na Figura 1 consta o número de artigos acessados, incluídos, excluídos e utilizados para o desenvolvimento do estudo.

Figura 1 - Diagrama da amostra



Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Os artigos selecionados foram lidos criteriosamente, com o objetivo de organizar suas principais informações, permitindo a identificação das publicações e a busca destas, e os mesmos foram divididos em dois quadros sinópticos. O primeiro contém os seguintes elementos: Número de Inclusão; Título; Autor (es) e Formação; Ano de Publicação, Banco de Dados. O segundo quadro contém: Número de Inclusão; Objetivo; Método; Amostra; Coleta de dados; Principais Resultados; Classificação em nível de evidência. Com base nesses artigos analisados foram realizadas as discussões, apresentando resultados e conclusões considerando os objetivos deste estudo.

Portanto, para o desenvolvimento deste estudo foram selecionadas 18 publicações, em português e na íntegra, atenderam aos objetivos desta pesquisa.

QUADRO 1- SINÓPTICO GERAL – IDENTIFICAÇÃO DA PESQUISA

Nº	Título	Autor(es)	Formação	Ano	Banco de Dados
01	A Atuação do Psicólogo Hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva	¹ RODRIGUES, Kátia Regina Beal.	¹ Graduação em Psicologia pela FESURV - Universidade de Rio Verde (2006), graduação em Ciências Contábeis pela UNOESC.	2006	GOOGLE
02	Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos	¹ MARUITI, Marina Rumiko; ² GALDEANO, Luiza Elaine.	¹ Bacharel em enfermagem. ² Professor Assistente da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein HIAE - São Paulo (SP), Brasil.	2006	GOOGLE
03	Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal Visão da equipe multidisciplinar	¹ MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto; ² Varela Patrícia Louise Rodrigues; ³ CASTILHO, Sonia Aparecida Luciana; ⁴ BERCINI, Olga; ⁵ MARCON, Sonia Silva.	¹ Hospital Universitário de Maringá. Maringá – PR; ² Universidade Paranaense – Unipar. Paranaíba – PR; ³ Hospital Universitário de Maringá. Maringá – PR; ⁴ Universidade Estadual de Maringá. Maringá – PR; ⁵ Universidade Estadual de Maringá. Maringá – PR.	2007	SCIELO
04	Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva	¹ SOARES, Márcio	¹ Mestre e Doutor em Clínica Médica pela UFRJ, Especialista em Medicina Intensiva pela AMIB.	2007	SCIELO
05	Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva	¹ LUCCHESI, Fátima; ² MACEDO, Paula Costa Mosca; ³ MARCO, Mario Alfredo de.	¹ Psicóloga do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde (SAPIS/UNIFESP). ² Psicóloga do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde (SAPIS/UNIFESP). ³ Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da	2008	GOOGLE

			UNIFESP. Coordenador Geral do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde (SAPIS).		
06	Atendimento biopsicossocial em unidade de terapia intensiva de adulto: um olhar através da psicologia	¹ SILVA, Mariana Giroto Carvalho da.	¹ Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem.	2009	BVS
07	Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva na unidade de terapia intensiva	¹ ALMEIDA, Andreza Santos; ¹ ARAGÃO, Neylor Rodrigo Oliveira; ¹ MOURA, Elaine; ¹ LIMA, Gabriela de Carvalho; ¹ HORA, Edilene Curvelo; ¹ SILVA, Lausimary Araújo São Mateus.	¹ Universidade Federal de Sergipe. Curso de Enfermagem. Aracaju, SE.	2009	GOOGLE
08	Atuação da Psicologia hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência	¹ VIEIRA, Michele Cruz.	¹ Pós-graduanda em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil	2010	GOOGLE
09	Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia	¹ SANTOS, Samantha Nunes; ¹ SANTOS, Lene Silvany Rodrigues Lima; ² ROSSI, Adriana Suzart Ungaretti; ² LÉLIS, Jaqueline de Araújo; ³ VASCONCELLOS, Sheyna Cruz.	¹ Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos; ² Curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia; ³ Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos.	2011	GOOGLE
10	Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados	² FRIZON, Gloriana; ³ NASCIMENTO, Eliane Regina Pereirado; ⁴ BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho; ⁵ MARTINS, Josiane de Jesus.	² Mestre em Enfermagem. ³ Doutora em Enfermagem. ⁴ Doutora em Enfermagem Fundamental, ⁵ Doutora em Enfermagem.	2011	SCIELO
11	Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva	² MOREIRA, Emanuelle Karuline Correia Barcelos; ² MARTINS, Tatiana Milhomem; ³ CASTRO, Marleide Marques de.	² Graduadas em Psicologia pelo Centro Universitário do Leste de Minas Gerais, UnilesteMG. ³ Mestre em Psicologia Social pela UFMG.	2012	BVS
12	A atuação do psicólogo em unidade de terapia intensiva UTI	¹ SANTOS, Sidney José dos; ² ALMEIDA, Sônia Aparecida de;	¹ Acadêmico do 7º período de psicologia da Faculdade Integrada	2012	GOOGLE

		³ ROCHA JÚNIOR, Jose Rodrigues.	Tiradentes, Maceió/AL; ² Acadêmica do 7º período de psicologia da Faculdade Integrada Tiradentes, Maceió/AL; ³ Professor Dr. do Curso de Psicologia da Faculdade Integrada Tiradentes, Maceió/AL.		
13	Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na Unidade De Terapia Intensiva	¹ MAESTRI, Eleine; ² NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; ³ BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho; ⁴ MARTINS, Josiane de Jesus.	¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Terapia Intensiva. ² Doutora em Enfermagem. ³ Doutora em Enfermagem Fundamental, Universidade de São Paulo. ⁴ Doutora em Enfermagem.	2012	GOOGLE
14	Conversando com os pais: relato de experiência de intervenção em grupo em UTI pediátrica	¹ VIVIAN, Aline Groff; ² ROCHA, Claudia Corrêa da; ³ AGRA, Kátia Pereira; ³ KRUMMENAUER, Claúbia; ³ BENVENUTTI, Denise Karlinski; ³ TIMM, Janine Santos; ⁴ SOUZA, Fernanda Pasquoto de.	¹ Mestre e Doutora em Psicologia (UFRGS). Professora do Curso de Psicologia (ULBRA Canoas) e supervisora das alunas extensionistas. ² Acadêmica do Curso de Psicologia (ULBRA Canoas), Bolsista de Extensão. ³ Acadêmica do Curso de Psicologia (ULBRA Canoas), Voluntária de Extensão. ⁴ Mestre e Doutoranda em Psicologia (PUCRS).	2013	GOOGLE
15	Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento	¹ GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes; ² HORI, Luisa Mayumi Rocha; ³ FREITAS, Kátia Santana; ⁴ MUSSI, Fernanda Carneiro.	¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA. ² Graduada em Enfermagem na Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA.	2013	SCIELO

			³ Doutora em Enfermagem. ⁴ Doutora em Enfermagem.		
16	A psicologia médica no centro de tratamento intensivo do Hospital Universitário Pedro Ernesto	¹ ARAÚJO, Janete A. ² LEITÃO, Elizabeth M. P.	¹ Unidade Docente Assistencial de Saúde Mental e Psicologia Médica. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ² Departamento de Especialidades Médicas. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.	2013	GOOGLE
17	Percepções de pacientes pós-alta da unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor	¹ CAMPONOGARA, Silviamar; ² VIERO, Cibelle Mello; ³ PINNO, Camila; ⁴ Soares, Sabrina Gonçalves Aguiar; ⁵ RODRIGUES, Isabela Lencinca; ⁶ CIELO, Cibeles.	¹ Doutora em Enfermagem. ² Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf- UFSM. ³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf- UFSM, ⁴ Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - PPGEnf- UFSM, ⁵ Bacharel em enfermagem, formada pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, ⁶ Bacharel em enfermagem.	2015	GOOGLE
18	A Atuação do Psicólogo Hospitalar Diante da Morte em Unidades de Terapia Intensiva	¹ ALMEIDA, Lanna Valéria Silva.	¹ Graduação em psicologia.	2015	GOOGLE

Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

QUADRO 2- SINÓPTICO GERAL – DADOS QUALITATIVOS DA PESQUISA

Nº	Objetivo	Método	Amostra	Coleta de dados	Principais Resultados
01	Aborda, em linhas gerais, os principais pontos a serem considerados em relação à atuação do Psicólogo da Saúde em Unidades de Terapia Intensiva.	Estudo de campo	Pacientes internados na UTI do Hospital Presbiteriano Dr. Gordon, de Rio Verde – GO,	Observação.	Além da competência técnica, o psicólogo precisa refinar-se como instrumento de trabalho, ampliando recursos de comunicação que propiciem a melhora substancial 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 exerça-se em toda a sua plenitude. A base do relacionamento é o encontro entre a pessoa do profissional e a pessoa do cliente, no contexto em que realiza o atendimento.
02	Identificar as necessidades de familiares de pacientes internados em uma unidade de cuidados intensivos.	Estudo descritivo, exploratório, de abordagem quantitativa	39 familiares de pacientes em estado crítico de saúde.	Adaptação do Critical Care Family Need Inventory .	Os profissionais de enfermagem devem se preocupar em atender não apenas as necessidades dos pacientes, mas também de seus familiares.
03	Compreender a visão da equipe multidisciplinar quanto à presença da família nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) pediátrica e neonatal.	Abordagem qualitativa	25 profissionais atuantes nas UTI pediátrica e neonatal de dois hospitais na região noroeste do Estado do Paraná.	Entrevista semi-estruturada	O primeiro passo para a mudança e melhor aceitação dos familiares dentro da UTI é sensibilizar os profissionais quanto à importância da presença da família para a criança em momentos de crise, como na hospitalização.
04	O cuidado dos familiares é uma das partes mais	Revisão da			A literatura recente está repleta de evidências de que estratégias voltadas para os familiares como a melhoria

	importantes do cuidado global dos pacientes internados nas unidades de terapia intensiva (UTI).	literatura			da comunicação, da prevenção de conflitos e do conforto espiritual, para citar algumas, resultam em maiores satisfação e percepção da qualidade da assistência prestada ao paciente na UTI.
05	Ressaltar a importância dos aspectos emocionais e das intervenções psicossociais voltadas para o bem-estar do paciente e familiar, assim como promover discussões com a equipe, instrumentalizando-a para o cuidado ao paciente grave nas diversas fases do tratamento.	Revisão da literatura	O Programa de Ligação em Saúde Mental na UTI do Hospital São Paulo/UNIFE SP		O Programa de Ligação em Saúde Mental na UTI é permanente e está sujeito a reformulações, incorporando novas tecnologias de assistência psicossocial e procurando atender as demandas desta unidade. Desta forma a importância deste tipo de abordagem visa ressaltar a pertinência das intervenções oferecidas pelo serviço de saúde mental no contexto da Unidade de Terapia Intensiva e a importância do Psicólogo nesta área.
06	Efetuar uma revisão da literatura existente sobre os aspectos emocionais dos pacientes internados em UTI, seus familiares e equipe, bem como a atuação do psicólogo neste setor hospitalar	Utilizou-se a modalidade de pesquisa bibliográfica, através de consulta e análise de contribuições científicas já existentes.			A possibilidade de intervenção psicológica no ambiente de uma UTI é fundamental por proporcionar o resgate da subjetividade de cada indivíduo que compõe este setor do hospital, o paciente, a família, a equipe e qualquer outro ser envolvido na dinâmica do tratamento.
07	Verificar os sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva.	Abordagem qualitativa	24 familiares de um hospital público da cidade de Aracaju	Entrevista	Os resultados evidenciaram os seguintes sentimentos: ansiedade; preocupação; angústia e tristeza; impotência; dor e mágoa; perda; medo e pânico; confiança e segurança; insegurança; fé e esperança; e inexplicável. A ansiedade foi o mais freqüente que decorreu entre outros fatores, do ambiente estranho, procedimentos diversificados, incerteza do amanhã ou expectativa da melhora do familiar.
08	Expor a importância do psicólogo na equipe multiprofissional buscando	Observação			A assistência de Psicologia oferecida ao paciente/família unidades de Urgência e Emergência possibilita um serviço mais adequado e contribui para a satisfação do

	agregar um atendimento humanizado integrando paciente/ família e equipe no ambiente da Medicina de Urgência e Emergência.				cliente, além integralizar a equipe de saúde e os familiares em um único objetivo.
09	Descrever o trabalho desenvolvido pela equipe de Psicologia na UTI cardiológica do Hospital das Clínicas de Salvador-BA.	Estudo descritivo.	No Hospital Universitário Professor Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia (UFBA)	Observação	Foi verificado, pelos autores, menor frequência de complicações no pós-operatório de cirurgia de revascularização do miocárdio em pacientes atendidos. Neste estudo, ainda, foi identificada a redução de dias de internação do grupo de pacientes em acompanhamento psicológico foram observados alguns fatores que elucidaram os benefícios do suporte psicológico aos familiares como comunicação mais frequente com a equipe de saúde, melhor compreensão das informações fornecidas, maior aceitação e enfrentamento da doença e cuidados, além de índices menores de ansiedade nas famílias atendidas pela Psicologia
10	Conhecer quais os sentimentos dos familiares de pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	Estudo qualitativo.	18 familiares	A coleta ocorreu em 2009, com entrevista semiestruturada	A análise revelou sentimentos como: dor, angústia, tristeza, impotência, medo, desespero, ansiedade e expectativa infinita.
11	Identificar a representação social da Psicologia Hospitalar para os familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	Pesquisa de campo qualitativa e descritiva.	12 familiares	Entrevistas semiestruturadas	Os familiares percebem o psicólogo como um profissional de ajuda, ao orientar, informar e preparar a família em relação à situação do paciente e ao ambiente de internação e, também, reconhecem a necessidade desse profissional em outros ambientes do hospital.
12	Identifica pontos históricos da criação da UTI, assim como seus objetivos principais e noções de saúde, vida e morte por meio das práticas de tratamento da UTI, a partir	Revisão da literatura			A atuação do profissional psicólogo junto à tríade constituída por paciente, família e equipe de saúde no qual verificou-se uma série de significações e saberes articulados na constituição das práticas da profissão.

	da presença de um psicólogo. Avalia a atuação do psicólogo da saúde junto à unidade de terapia intensiva (UTI), setor este inserido dentro de unidades hospitalares.				
13	Identificar quais são as estratégias de acolhimento implementadas pelos enfermeiros, aos familiares dos pacientes desta unidade.	Pesquisa qualitativa	seis enfermeiros,	entrevista semiestruturada e observação	Os resultados deram origem a três discursos: recepcionar os familiares na admissão; o contato telefônico com os familiares; e a relação dialógica no horário de visitas.
14	Apresentar um trabalho de intervenção psicológica em grupo de pais e acompanhantes de crianças internadas na UTI pediátrica	Encontros realizados com grupos	57 pais de familiares com idade de 16 a 59	Relato de experiências.	O estabelecimento de diretrizes para a atuação do psicólogo na UTI pediátrica pode contribuir para o aprofundamento e continuidade desse tipo de intervenção, a partir de cuidados humanizados e criação de redes de apoio.
15	Identificar o nível de conforto de familiares de pessoas em estado crítico de saúde decorrente das práticas de acolhimento da equipe hospitalar.	Pesquisa quantitativo	250 familiares	Entrevistas	Constatou-se a necessidade de maior interesse da equipe quanto a condição e necessidade do familiar.
16	Descrever a atuação dos profissionais de psicologia no CTI geral do HUPE, citando os procedimentos e recursos utilizados, nas intervenções com todos os sujeitos envolvidos no processo de internação: pacientes, familiares e equipe de saúde.	Revisão da literatura			O psicólogo funciona como facilitador das relações interpessoais dos sujeitos envolvidos, favorecendo uma comunicação mais eficaz, o que pode resultar em ambiente profissional mais agradável e melhor qualidade no atendimento aos pacientes e familiares.
17	Conhecer as percepções	Descritivo-	Pacientes	Entrevista semiestruturada	A internação em Unidades de Cuidados Intensivos pode

	dos pacientes em período pós-alta de Unidades de Cuidados Intensivos	exploratório com abordagem qualitativa,	que estiveram internados nas Unidades de Terapia Intensiva Geral Adulto e de Cardiologia		ser vivenciada de forma menos assustadora, quando a equipe utiliza estratégias e práticas de humanização da assistência, especialmente associadas à busca de interação e estímulo à religiosidade.
18	Realizar o levantamento do conhecimento produzido na literatura científica acerca da importância da presença e das intervenções do Psicólogo Hospitalar diante das situações de iminência e ocorrência da morte nessa unidade hospitalar.	Revisão da literatura			Os dados mostram que é importante que a graduação em Psicologia ofereça em seus currículos disciplinas que abordem mais o tema morte, para melhor preparar os profissionais a lidar e trabalhar com esse fenômeno no contexto de trabalho. Também evidenciam que ao trabalhar a morte em UTI, o psicólogo deve focar não apenas nos pacientes e familiares, mas também na equipe de saúde.

Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

4.2 CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DOS ARTIGOS SELECIONADOS

As características metodológicas dos artigos selecionados serão demonstradas a seguir, através de tabelas e gráficos, possibilitando uma análise mais criteriosa quanto à metodologia, os estados de publicação, o ano de publicação, o banco de dados em que foram encontrados e a formação acadêmica dos autores de cada um dos artigos referenciados neste estudo.

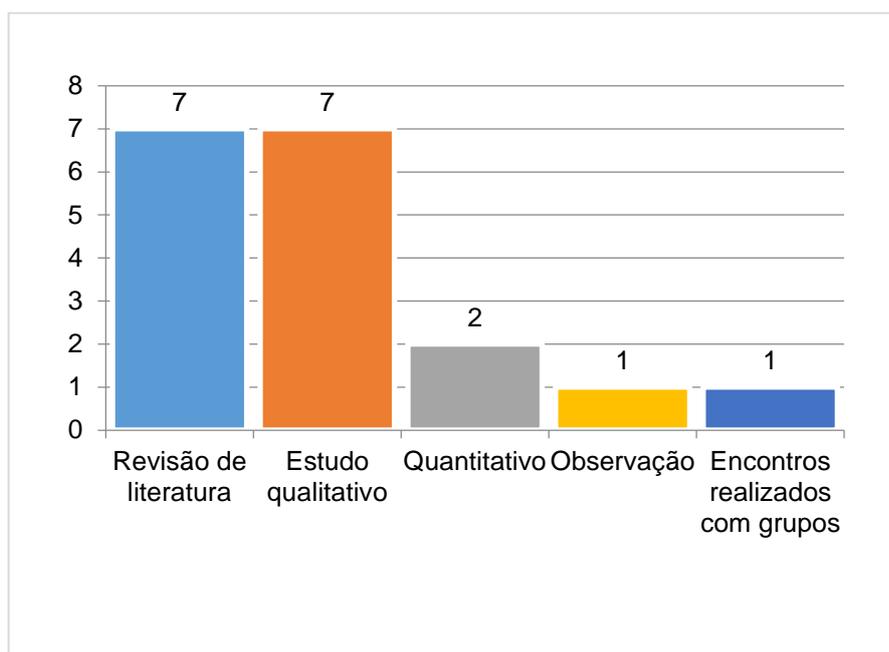
Tabela 1 - Da Metodologia

Método	Qtde	%
Revisão de literatura	7	39
Estudo qualitativo	7	39
Estudo quantitativo	2	11
Observação	1	5
Encontros realizados com grupos	1	6
Total	18	100

Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Deste modo, como demonstrado na Tabela 1, apresentaram método de Revisão de literatura 39% dos artigos; estudo qualitativo 39%, quantitativo 11%; observação 5% e encontros realizados em grupos 6%.

Os percentuais da Tabela 1 evidenciam que os artigos que deram fundamento basilar para o presente trabalho são em sua maioria de revisão de literatura e estudo qualitativo, denotando a dedicação dos pesquisadores a trazer conceitos, definições e esclarecimentos essenciais ao desenrolar do tema.

Gráfico 1 - Da Metodologia

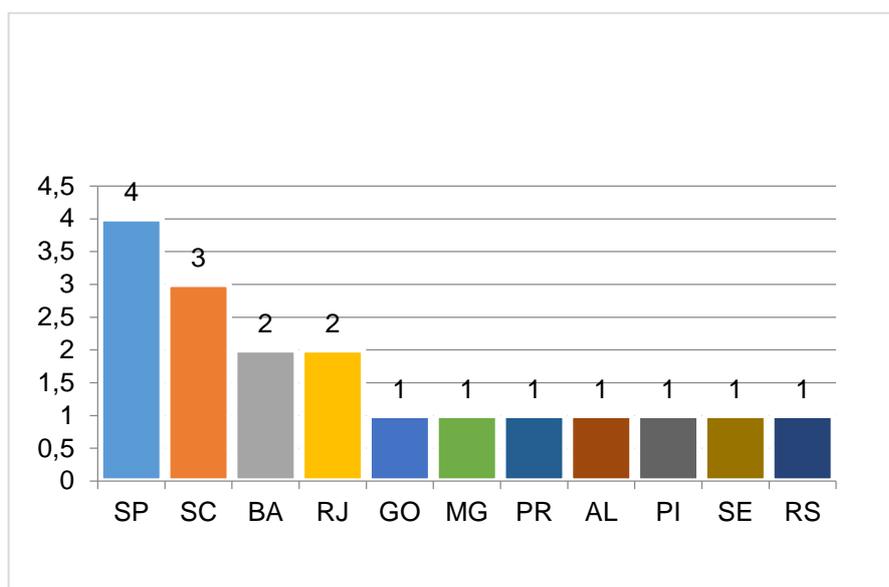
Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Foram apresentados conforme Gráfico 1 sete artigos selecionados como fundamento para a revisão de literatura, esclarecendo a importância da atuação do psicólogo no setor da UTI, não apenas para os pacientes, mas também para sua família e demais profissionais.

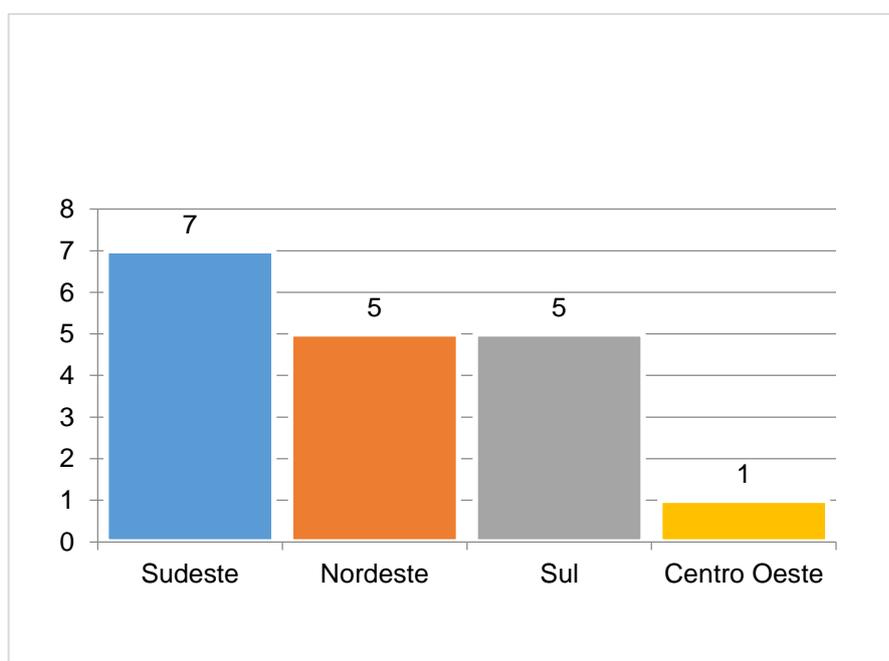
Tabela 2 - Dos estados de publicação

Região	Estado	Qtde Estado	Qtde Região	% Estado	% Região
Centro Oeste	GO	1	1	5	5
	BA	2		11	
Nordeste	AL	1	5	6	29
	PI	1		6	
	SE	1		6	
Sudeste	SP	4		22	
	RJ	2	7	11	38
	MG	1		5	
Sul	SC	3		17	
	PR	1	5	5	28
	RS	1		6	
Total		18			100

Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Gráfico 2 - Dos estados de publicação

Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Gráfico 3 - Da região de publicação

Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Em relação ao estado de publicação dos artigos, observa-se no Gráfico 2 que: São Paulo apresenta o maior número com 4 artigos (22%), seguido de Santa Catarina com 3 artigos (17%), Rio de Janeiro e Bahia com 2 artigos cada (11) e demais estados (GO, MG, PR, AL, PI, SE, RS) com 1 artigo cada representado 6%.

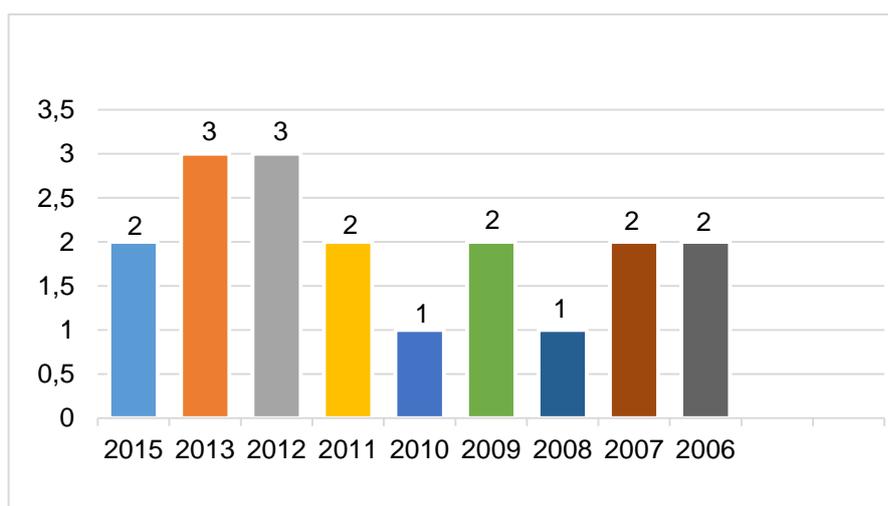
Se avaliado por região, a que apresenta mais artigos é a região Sudeste com 7, seguidas pelo Sul com 5, Nordeste 5 e Centro Oeste com 1 artigo respectivamente. Verifica-se que não foram encontradas publicações da região norte. É relevante apresentar os dados referentes às regiões onde os artigos foram publicados, pois esses demonstram a escassez de artigos escritos na região Centro Oeste e Norte do país.

Tabela 3 - Do ano de publicação

Ano	Qtde	%
2015	2	11
2013	3	17
2012	3	17
2011	2	11
2010	1	5
2009	2	11
2008	1	6
2007	2	11
2006	2	11
Total	18	100

Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Gráfico 4 - Do ano de publicação



Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

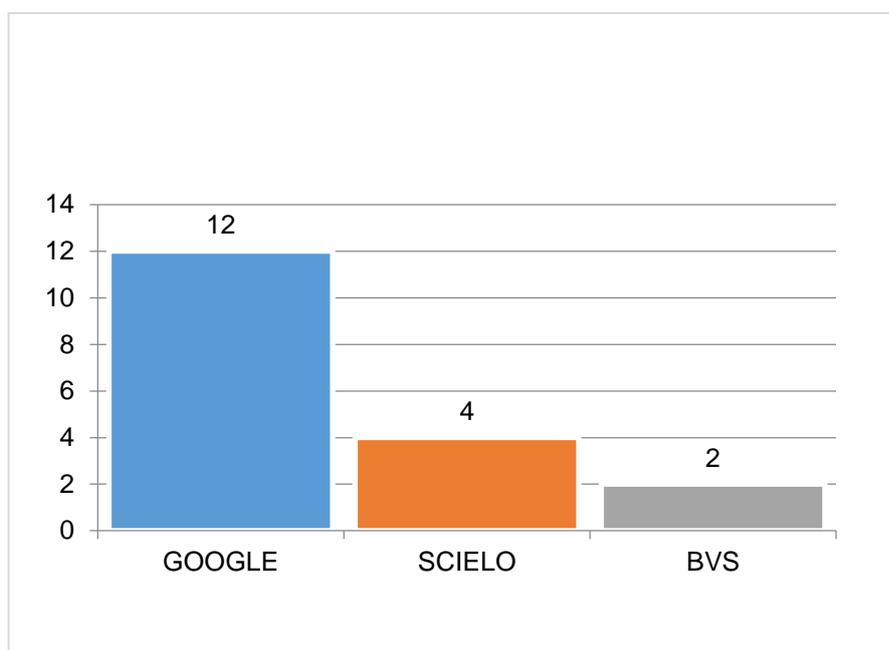
Quanto ao ano de publicação aparecem em 2012 e 2013, 3 artigos cada, 2015, 2011, 2009, 2007 e 2006 com 2 artigos cada e ainda 2010 e 2008 com 1 artigo cada. Os dados referentes ao número de artigos e o ano de suas publicações demonstram o quanto esse é um assunto novo e que só agora vem despertando a curiosidade e a necessidade de se voltar o olhar para os familiares dos pacientes, passando a ver estes como parte fundamental no restabelecimento do paciente.

Tabela 4 - Dos Bancos de dados

Banco de dados	Qtde	%
GOOGLE	12	67
SCIELO	4	22
BVS	2	11
Total	18	100

Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Gráfico 5 - Dos Bancos de dados



Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Em relação aos bancos de dados, 12 artigos (67%) foram selecionados no Google, 4 artigos (22%) estão no site da Scielo e 2 artigos (11%) no site da BVS. Há

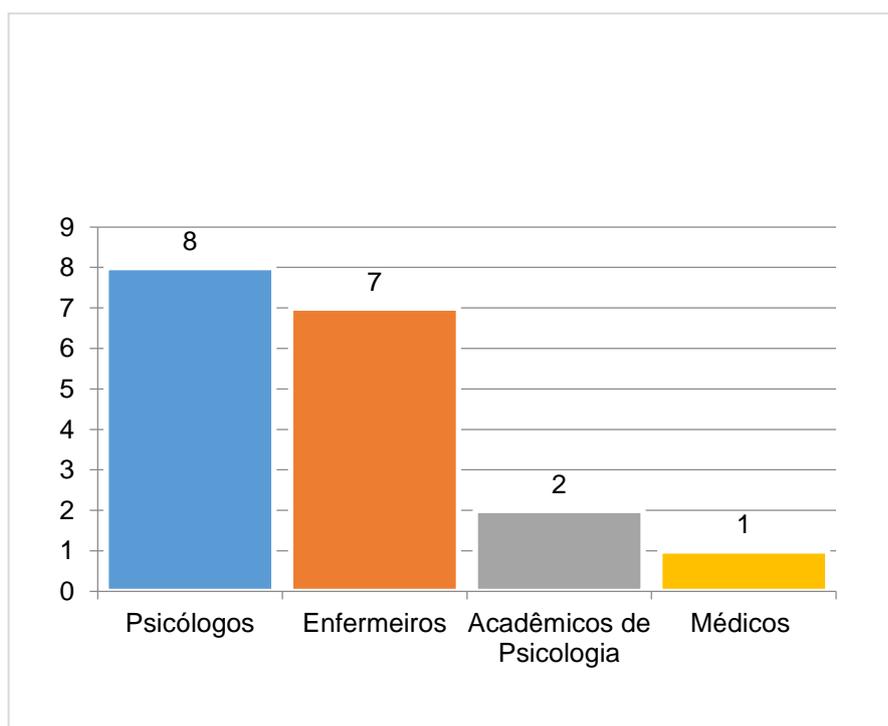
que se considerar que Google é um site de pesquisas enquanto que Scielo e BVS são sites que contém base de dados.

Tabela 5 - Da formação acadêmica dos autores

Formação	Qtde	%
Psicólogos	8	44
Enfermeiros	7	39
Acadêmicos de Psicologia	2	11
Médicos	1	6
Total	18	100

Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

Gráfico 6 - Da formação acadêmica dos autores



Fonte: SANTOS, Regina Helena. Análise da produção sobre Atendimento Psicológico aos Familiares de Pacientes na Uti: Uma Revisão Integrativa. 2016

No que se refere à formação acadêmica dos autores, conforme demonstrado na Tabela 5 e Gráfico 5, constata-se que: o maior número de autores são Psicólogos, totalizando 10 autores (55%), 7 são Enfermeiros (39%) e 1 Médico (6%).

A partir do conceito de humanização hospitalar, e percebendo-se a importância da família para o restabelecimento do paciente, os profissionais que

fazem parte da equipe multiprofissional das UTIs voltaram o olhar para necessidade de referenciais teóricos sobre o assunto, sendo aqueles que lidam mais diretamente com os familiares, no caso psicólogos (as) e enfermeiros (as), os quais apresentam um elevado número de publicações como demonstra o Gráfico 5.

Ao utilizar artigos escritos por profissionais de outras áreas que não à psicologia o intuito foi demonstrar como o interesse por esse tema vem sendo abordado por alguns dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional das UTIs, nos dias atuais.

4.3 SE E COMO AS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS ATENDEM AOS FAMILIARES DE PACIENTES NA UTI

Para o estudo em foco foram selecionadas 18 publicações, buscando alcançar os objetivos com base na questão norteadora da pesquisa. Estas analisam a importância do Psicólogo Hospitalar na recuperação do paciente na UTI, valorizando as pessoas que convivem com ele.

O processo do adoecer envolve não somente o paciente que se encontra internado, mas também toda a família, que vivencia a hospitalização diariamente. A resistência da equipe de Enfermagem em inserir a família na assistência é uma realidade, sendo de primordial relevância a identificação dos sentimentos da família, portanto, a um esforço para melhorar a adaptação de seus membros à nova condição de ter um familiar acometido por um grave problema de saúde (ALMEIDA, 2009).

Entender as pessoas que convivem com o paciente como imprescindíveis para a recuperação deste, implica em cuidar de cada indivíduo em suas particularidades, para que este possa contribuir para a recuperação de quem está doente.

A família é de vital importância nas questões referentes ao processo saúde/doença do seu familiar, deste modo, espera-se a enfermagem, bem como os demais profissionais que percebam a família também como foco do cuidado e não como apêndice do seu familiar doente. No momento da hospitalização e do processo de permanência na UTI, a enfermagem, ao realizar o acolhimento ao familiar, permite que o encontro se estabeleça e o diálogo ocorra (FRIZON et al., 2011).

De acordo com o autor acima, a família é fundamental nos cuidados e recuperação do paciente, mas para que isto ocorra de forma satisfatória esta necessita do apoio e acompanhamento de um profissional da saúde que lhe auxilie na compreensão e aceitabilidade da doença (FRIZON et al., 2011).

No Brasil, foi apenas a partir do final da década de 1980 que a família começou a participar do cuidado à criança hospitalizada. (...) A família apresenta, a exemplo de seus filhos, a necessidade de também ser atendida e cuidada. (MOLINA, 2007, p. 02).

É preciso lembrar que na internação pediátrica não temos somente um paciente, mas o binômio mãe-filho. Sendo assim, o Psicólogo Hospitalar passa a ter o papel de ouvir e atender a ambos, pois estão associados.

Ressalta-se que, algumas UTIs contam com o serviço do psicólogo e, muitas vezes, o atendimento desse profissional é voltado para a família, pelo fato do paciente não estar desperto e considerando que, quando um membro da família adoece, o equilíbrio e os papéis ocupados por cada um são afetados, podendo eclodir antigos conflitos latentes e haver desunião momentânea. Assim, a atuação do psicólogo se torna importante, pois percebe a família como uma extensão do paciente e o seu cuidado como uma ajuda no processo de recuperação do parente internado (MOREIRA, *et al.*; 2012).

Então, o paciente é percebido como parte de um grupo, neste caso a família, onde cada um interfere e sofre interferência daqueles com quais convive. O Psicólogo Hospitalar torna-se, portanto, o mediador entre os integrantes deste grupo, auxiliando para a recuperação daquele que se encontra na UTI.

No contexto de um paciente terminal ou no qual as perspectivas de recuperação são muito improváveis, esta face do cuidado assume uma importância ainda maior, pois na maioria das vezes o paciente não estará desperto, e será preciso lidar e cuidar dos seus familiares. Os familiares têm necessidades específicas e apresentam frequências elevadas de estresse, distúrbios do humor e ansiedade durante o acompanhamento da internação na UTI, e que muitas vezes persistem após a morte do seu ente querido (SOARES, 2007, p. 01).

Assim como o paciente, principalmente se estiver em fase terminal, cada membro da família apresenta e necessita de atendimento diferenciado, pois apresenta especificidades quando a estresse, humor e ansiedade, fazendo a diferença inclusive se este chegar a morte.

Entender os sentimentos de cada um dos familiares, possibilita ao Psicólogo Hospitalar utilizar a terapia adequada, contribuindo profissionalmente com aqueles que se encontram em fragilidade.

Os sentimentos dos familiares de pacientes de Unidade de Terapia Intensiva são muitos, mas os mais evidentes são: a angústia, o desespero, o medo da morte, a esperança, o medo do desconhecido, a ansiedade, tristeza, sofrimento e impotência; identificá-las pode favorecer a assistência acolhedora a essa clientela. Os familiares apontam como principais necessidades: começar a visita na hora marcada, necessidade de suporte e informação, necessidade de expressar sentimentos ao seu familiar internado, como carinho e arrependimento. Frente ao exposto aliado à vivência no cuidado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), pode-se inferir que, na maioria das vezes, a relação entre familiares e os profissionais se dá de forma tênue, considerando pouco os sentimentos e as reais necessidades dos familiares (MAESTRI; *et al.*, 2012).

Assim, em outros estudos evidencia-se a necessidade de uma equipe multidisciplinar, de forma que os profissionais da saúde, família e paciente tenham um diálogo que possibilite a superação da internação. De acordo com Gibaut (*et al.*; 2013) “A promoção do conforto na dimensão do acolhimento, demanda a interdisciplinaridade da ação assentada em filosofia humanística para o qual a enfermeira tem importante papel a desempenhar”.

Nesse sentido, a UTI torna-se um lugar imbuído por crenças que vão de encontro ao seu objetivo que é o de prolongar a vida do paciente através dos recursos tecnológicos e cuidados especializados. Com o crescimento do trabalho em equipe multidisciplinar e fortalecimento do modelo holístico ao qual vê o sujeito como sendo um ser biopsisocioespíritoambiental, o psicólogo vem adquirindo espaço importante nessa equipe de saúde, sendo ele responsável pela cura e/ou manutenção da mente saudável do paciente interno em hospitais (SANTOS; *et al.*, 2012).

Diante desta concepção, Giroto e Silva (2009) analisam que nas últimas décadas nota-se um crescente número de psicólogos que vêm optando pela atuação na área da saúde, especialmente, na área da psicologia hospitalar. Dentre as atividades realizadas pelo Psicólogo Hospitalar, destacam-se a prestação de assistência ao paciente e familiares, o suporte à equipe multiprofissional, além da

atuação no ensino e pesquisa. Este possui constante contato com os saberes médicos e sua intervenção está pautada no conhecimento da evolução destes saberes, para melhor compreensão do caminho percorrido pelos conceitos de saúde e doença.

A contribuição do psicólogo na saúde, em algumas situações ou nas universidades a formação acadêmica do psicólogo infelizmente deixa a desejar. O atendimento do psicólogo sempre se estende do paciente à família, no qual o profissional envolverá ambos, que precisam ser ouvidos e necessitam de resposta. Isso acontece pelo fato de estarem ambos com medo, inseguros e em meio à crise emocional gerada pelo processo de adoecimento (SANTOS, *et al.*; 2012).

Almeida (2015) propõe uma maior reflexão sobre a prática do psicólogo hospitalar em UTI's diante da morte, sobre a importância de serem realizadas intervenções psicológicas com profissionais de saúde e sobre a necessidade de as graduações em Psicologia abordarem mais o tema morte em seus currículos.

Tendo em vista que, percebe-se a importância de trabalhar com os profissionais de saúde aquilo que se torna ameaçador ao seu bem-estar psicológico, a morte, pois o sofrimento psíquico sofrido por estes, além de prejudica-los, pode interferir na qualidade dos cuidados e do relacionamento mantido com seus pacientes e respectivos familiares. Para estar bem com os outros é preciso primeiro estar bem consigo mesmo (ALMEIDA, 2015).

Para que isto se torne uma realidade faz-se necessário humanizar o atendimento das instituições hospitalares. Segundo Maruti e Galdeano (2006) a humanização do cuidado de enfermagem na UTI vai além de permitir ou não a visita do familiar, inclui também o estabelecimento de uma relação de confiança e de ajuda, na qual a equipe de enfermagem tem a função de identificar as reais necessidades dos familiares. Quanto mais cedo a interação (enfermeiro/familiares) ocorrer melhor será para a família e, conseqüentemente, para o paciente.

Não restam dúvidas, que o campo da Psicologia Hospitalar tem crescido significativamente nas últimas décadas, constituindo-se de uma especialidade da Psicologia, com cursos de especialização em várias áreas da saúde, porém, ainda há obstáculos a serem contornados para delinear com maior precisão a área de atuação do psicólogo na equipe interdisciplinar, dentro da perspectiva de assistência

integral e integrada. A atuação do psicólogo no hospital vem dar oportunidade para que mostre o que significa o percurso da vida: viver, adoecer, morrer (RODRIGUES, 2006).

O psicólogo hospitalar tem em mente o aspecto humano, permitindo que o paciente tenha uma expressão livre de seus sentimentos, medos, desejos e que tenha, acima de tudo, o controle de sua vida e, portanto, podendo participar de tudo o que lhe acontece, sem minimizar os dados acerca da situação do paciente.

O psicólogo hospitalar deve tratar a dor do paciente como se fosse única, proporcionando uma elaboração do processo do adoecimento e colocando-se à disposição do paciente e seus familiares. Das publicações selecionadas para o estudo, uma delas, analisa a Psicoterapia Breve como uma das terapias mais indicadas.

A Psicoterapia Breve é extremamente eficiente em situações de crise ou de emergência. Crises e tensões comuns à vida da maioria dos seres humanos produzem uma demanda urgente e de intervenção rápidas. Uma intervenção rápida é eficaz e sempre solicitada em acontecimentos catastróficos. A Psicoterapia Breve é eficaz para um ambiente como a UTI. A Psicoterapia Breve visa elevar a eficiência operacional do paciente por meio de uma readaptação na mais ampla escala possível, possibilitando assim a melhora dos mecanismos de adaptação e enfrentamento. Apresenta-se como uma técnica que não reformula o indivíduo, mas o ampara de fora para dentro. O sentido da terapia breve é solução de problemas, em que o fundamental é a motivação e a utilização de técnicas de aprendizagem, para fortalecimento da autoestima e uma maior tolerância do paciente. (RODRIGUES, 2006, p. 11)

Considerando todos estes estudos podemos concluir conforme Santos (*et al.*, 2011) que a Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) é um ambiente de cuidados da saúde, com potencial de gerar estados emocionais que podem interferir na evolução do paciente. A inserção do psicólogo neste ambiente objetiva identificar e atuar sobre aspectos que possam interferir na adaptação do paciente ao período de hospitalização e na sua recuperação, contribuindo ainda para a promoção de saúde nesse ambiente.

A Psicologia Hospitalar como área de atuação da Psicologia tem assumido um modelo próprio de atuação, adaptado à realidade institucional hospitalar e para atender as necessidades de pacientes, familiares e equipe, seu atendimento no hospital é focal, breve e muitas vezes emergencial, sendo a compreensão de que o hospital deve ser abordado em um cenário global, como um todo, em suas múltiplas facetas e visões que englobam seus principais clientes (pacientes e equipe de

saúde) busca proporcionarem a manutenção do bem-estar físico, social e mental desta comunidade. Neste intrigante cenário, reconhecer a importância da necessidade da inserção do psicólogo na equipe de emergência é um primeiro passo rumo à adequada prática do acolhimento e na humanização preconizadas dentro das Unidades de Urgência e Emergência (VIEIRA, 2010).

Portanto, compreende-se que o Psicólogo Hospitalar é imprescindivelmente necessário em uma Instituição Hospitalar, principalmente no que se refere ao ambiente de UTI. Este profissional da saúde tem papel fundamental junto ao paciente, assim como, com as pessoas que convivem com este, para que a compreensão e a recuperação do paciente sejam possíveis.

Em caso de morte do paciente, o Psicólogo Hospitalar tem sua função redobrada para que o luto seja compreendido e vivido de forma saudável pelos familiares. Vale ressaltar que, para que os objetivos sejam realmente alcançados, considerando que o paciente permanece na UTI por tempo indeterminado e geralmente por curto prazo, a Psicoterapia Breve é a terapia mais indicada, precisando assim de um planejamento e de objetivos previamente organizados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura científica aponta a Unidade de Terapia Intensiva como um dos ambientes mais agressivos, tensos e traumatizantes de um hospital devido aos momentos de tensão e angústia vivenciados pelos mesmos que se encontram em um contexto no qual há possibilidade da morte.

A problemática que direcionou este estudo foi satisfatoriamente respondida verificando o que foi pesquisado, de 2006 a 2016, sobre o atendimento psicológico realizado aos familiares de pacientes internados em UTI. Verificou-se que muitos estudos são realizados nesta área, porém que na prática ainda pouco se confirma.

Assim, o objetivo geral foi alcançado identificando nas bases de dados se e como as intervenções terapêuticas de Psicólogos atendem aos familiares de pacientes na UTI.

Verificou-se que a equipe atuante no ambiente de UTI deve ser composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, nutricionista, técnicos de apoio e psicólogo, sendo uma equipe multidisciplinar que deve atender o paciente e seus familiares.

O atendimento psicológico aos familiares de pacientes na UTI é imprescindível, pois estes sofrem com a separação que ocorre devido à internação do paciente, e até mesmo pela falta de capacidade do enfermo de reagir, levando ao sentimento de ansiedade e medo, pois para a grande maioria das pessoas a UTI é um lugar para morrer. O psicólogo na UTI, atendendo a paciente e familiares, pode proporcionar conforto em um momento de angústia e incerteza.

Para que este atendimento realmente alcance o resultado esperado, faz-se necessário observar alguns critérios: o espaço físico, as interrupções, além dos companheiros de quarto. Outro fator para a utilização da Psicoterapia Breve é a permanência do paciente na instituição que varia e que interfere no planejamento de objetivos e de tempo.

Assim, a Instituição precisa estar adequada para o atendimento do Psicólogo na UTI, além disso todos os Profissionais da Saúde precisam estar cientes quanto ao papel junto aos seres humanos que estão sob aos seus cuidados, entendidos aqui como sendo paciente e familiares.

Portanto, a humanização da equipe dos Profissionais da Saúde possibilita identificarem e atuarem sobre aspectos que possam interferir na adaptação do paciente ao período de hospitalização na UTI, adesão aos tratamentos e na sua recuperação, contribuindo ainda para a promoção de saúde nesse ambiente.

As análises e discussões realizadas a partir desta pesquisa permitiram perceber que existe a necessidade da presença do profissional psicólogo na UTI. De acordo com a pesquisa este irá atuar por meio da utilização de métodos em que o tratamento se utiliza, de medidas diretas para manter ou restabelecer o paciente por meio da melhora ou eliminação dos sintomas, e para manter, restaurar e aumentar a sua autoestima tanto do paciente quanto dos familiares.

Esta pesquisa poderá servir de referência para aqueles que se interessarem pela área da saúde e que procuram entender o ser humano em sua essência.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Andreza Santos; ARAGÃO, Neylor Rodrigo Oliveira; MOURA, Elaine; LIMA, Gabriela de Carvalho; HORA, Edilene Curvelo; SILVA, Lausimary Araújo São Mateus. **Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado na unidade de terapia intensiva na unidade de terapia intensiva.** Disponível em: <<http://oaji.net/articles/2015/672-1440102736.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2016. 2009.

ALVES, M. **Causas do absenteísmo na enfermagem: uma dimensão do sofrimento no trabalho.** 1996. 158 f. v. 1. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1996.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto (Org); NICOLETTI, Edela Aparecida; CHIATTONE, Heloisa Benevides de Carvalho. **O doente, a psicologia e o hospital.** São Paulo: Cengage Learning, 2010.

_____. **Tendências em psicologia hospitalar.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

ARAÚJO, Janete A. LEITÃO, Elizabeth M. P. **A psicologia médica no centro de tratamento intensivo do Hospital Universitário Pedro Ernesto.** Disponível em: <http://revista.hupe.uerj.br/audiencia_pdf.asp?aid2=428&nomeArquivo=v12n3a15.pdf> Acesso em: 20 abr. 2016. 2013.

BRAER, Eduardo Alberto. **Psicoterapia breve de orientação psicanalítica.** Tradução IPEPLAN. - São Paulo : Martins Fontes. 2008.

CAIUBY, Andrea Vannini Santesso; ANDREOLI, Paola Bruno de Araujo. **Intervenções Psicológicas em situações de crise na Unidade de Terapia Intensiva: Relato de Casos.** Disponível em: <http://www.amib.com.br/rbti/download/artigo_2010617174513.pdf> Acesso em: 20 abr. 2016. 2004.

CAMPONOGARA, Silviamar; VIERO, Cibelle Mello; PINNO, Camila; Soares, Sabrina Gonçalves Aguiar; RODRIGUES, Isabela Lencinca; CIELO, Cibele. **Percepções de pacientes pós-alta da unidade de cuidados intensivos sobre a hospitalização nesse setor.** Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/747/840>> Acesso em: 10 abr. 2016. 2015.

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

DOMINGUES, Carmem Isabel; SANTINI, Luciana; SILVA, Vanda Elisa Felli da. **Orientação aos familiares em UTI: dificuldades ou falta de sistematização?** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n1/v33n1a04.pdf>> Acesso em: 8 abr. 2016. 1999.

FIORINI, Héctor Juan. **Teoria e técnica de psicoterapias**. Tradução Maria Stela Gonçalves; revisão técnica Claudia Berliner. - Ed. ampl - São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FRIZON, Gloriana; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho; MARTINS, Josiane de Jesus. **Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n1/a09v32n1.pdf>> Acesso em: 5 abr. 2016. 2011

GAUDERER, E.C. **Reações emocionais do profissional diante da doença crônica ou fatal**. In: Crianças, adolescentes e nós: questionamentos e emoções. São Paulo: ALMED, 1987, p.176-182.

GIBAUT, Mariana de Almeida Moraes; HORI, Luisa Mayumi Rocha; FREITAS, Kátia Santana; MUSSI, Fernanda Carneiro. **Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1114.pdf> Acesso em: 5 abr. 2016. 2013.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. Tradução Paulo Menezes. – 7a ed. - São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LAMY, Zeni C.; GOMES Romeu; Manoel de Carvalho. **A percepção de pais sobre a internação de seus filhos em unidade de terapia intensiva neonatal**. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/97-73-05-293/port.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2016. 1997.

LEMGRUBER, V. B. **Psicoterapia breve a técnica focal**. Porto Alegre : Artes Médicas. 2000.

LOPES M.J.M.; LAUTERT L. **A saúde das trabalhadoras da saúde: algumas questões**. In: Hhaag GS, Lopes MJ, Schuck JS, organizadores. A enfermagem e a saúde dos trabalhadores. Goiânia: AB; 2001.

LUCCHESI, F. *et al.*. **Saúde mental na Unidade de Terapia Intensiva**. Rev.Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v. 11, n.01, p. 19-30, 2008.

LUCCHESI, Fátima; MACEDO, Paula Costa Mosca; MARCO, Mario Alfredo de. **Saúde Mental na Unidade de Terapia Intensiva**. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n1/v11n1a03.pdf>> Acesso em: 1 abr. 2016. 2008.

MAESTRI, Eleine; NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do; BERTONCELLO, Kátia Cilene Godinho; MARTINS, Josiane de Jesus. **Estratégias para o acolhimento dos**

familiares dos pacientes na Unidade De Terapia Intensiva. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a13.pdf>> Acesso em: 1 abr. 2016. 2012.

MARUITI, Marina Rumiko; GALDEANO, Luiza Elaine. **Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n1/a07v20n1.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2016. 2006

MOLINA, Rosemeire Cristina Moretto; Varela Patrícia Louise Rodrigues; CASTILHO, Sonia Aparecida Luciana; BERCINI, Olga; MARCON, Sonia Silva. **Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: Visão da equipe multidisciplinar.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n3/v11n3a07>> Acesso em: 15 abr. 2016. 2007.

MOREIRA, Emanuelle Karuline Correia Barcelos; MARTINS, Tatiana Milhomem; CASTRO, Marleide Marques de. **Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva.** Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v15n1/v15n1a09.pdf>> Acesso em: 5 abr. 2016. 2012.

OLIVEIRA, Eliane Caldas do Nascimento. **O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000200005> Acesso em: 1 abr. 2016. 2002.

RODRIGUES, Kátia Regina Beal. **A Atuação do Psicólogo Hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva.** Disponível em: <<http://faculdadeobjetivo.com.br/arquivos/ART3.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2016. 2006

ROUSSO, Regina Szyllit; ANGELO, Margareth. **Buscando preservar a integridade da unidade familiar a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a11.pdf>> Acesso em: 8 abr. 2016. 2001.

SANTOS, Samantha Nunes; SANTOS, Lene Silvano Rodrigues Lima; ROSSI, Adriana Suzart Ungaretti; LÉLIS, Jaqueline de Araújo; VASCONCELLOS, Sheyna Cruz. **Intervenção psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia.** Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a05.pdf>> Acesso em: 20 abr. 2016. 2011.

SANTOS, Sidney José dos; ALMEIDA, Sônia Aparecida de; ROCHA JÚNIOR, Jose Rodrigues. **A atuação do psicólogo em unidade de terapia intensiva UTI.** Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/viewFile/461/195>> Acesso em: 10 abr. 2016. 2012.

SILVA ALMEIDA, Lanna Valéria. **A atuação do Psicólogo Hospitalar diante da morte em Unidades de Terapia Intensiva.** Disponível em: <<https://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-atuacao-do-psicologo-hospitalar-diante-da-morte-em-unidades-de-terapia-intensiva>> Acesso em: 10 abr. 2016. 2015.

SILVA, Mariana Giroto Carvalho da. **Atendimento biopsicossocial em unidade de terapia intensiva de adulto: um olhar através da psicologia.** Disponível em: <<http://ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5761>> Acesso em: 5 abr. 2016. 2009.

SOARES, Márcio. **Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v19n4/a13v19n4.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2016. 2007.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer?** 2010. Disponível em: <www.astresmetodologias.com>. Acesso em: 04 maio 2016.

VALANSI, Luciana; MORSCH, Denise Streit. **O psicólogo como facilitador da interação familiar no ambiente de cuidados intensivos neonatais.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n2/v24n2a12.pdf>> Acesso em: 8 abr. 2016. 2004.

VIEIRA, Michele Cruz. **Atuação da Psicologia hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência.** Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/19564954/250934199/name/_ATUA%C3%87%C3%830.pdf> Acesso em: 10 abr. 2016. 2010.

VILA, V. S.; ROSSI, L. A. **O significado cultural do cuidado humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: “muito falado e pouco vivido”.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.10, n.2, p.137-144, ed março/abril, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10506.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2016.

VIVIAN, Aline Groff; ROCHA, Claudia Corrêa da; AGRA, Kátia Pereira; KRUMMENAUER, Cláudia; BENVENUTTI, Denise Karlinski; TIMM, Janine Santos; SOUZA, Fernanda Pasquoto de. **Conversando com os pais: relato de experiência de intervenção em grupo em UTI pediátrica.** Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aetheia/n40/n40a15.pdf>> Acesso em: 1 abr. 2016. 2013.