

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS - UFAL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MARIA KAROLINE ROGERIO DE VASCONCELOS

ATUAÇÃO EM PSICOLOGIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: REFLEXÕES DE UMA ESTAGIÁRIA

MACEIÓ – AL

2023

MARIA KAROLINE ROGERIO DE VASCONCELOS

**ATUAÇÃO EM PSICOLOGIA EM UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA: REFLEXÕES DE UMA ESTAGIÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientado: Profº. Dr. Jefferson de Souza Bernardes

Coorientadora: Ma. Adriana Rego Lima Costa

MACEIÓ-AL

2023

**Catálogo na fonte Universidade
Federal de Alagoas Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico**
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

V331a Vasconcelos, Maria Karoline Rogério de.

Atuação em psicologia em uma unidade de terapia intensiva : reflexões de uma
estagiária / Maria Karoline Rogério de Vasconcelos. – 2023.

35 f. : il. color.

Orientador: Jefferson de Souza Bernardes.

Coorientadora: Adriana Rego Lima Costa.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia) – Universidade Federal
de Alagoas. Instituto de Psicologia. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 33-35.

1. Psicologia hospitalar. 2. Acolhimento familiar. 3. Unidade de Terapia Intensiva. I.
Título.

CDU: 159.9 : 61

Dedico este meu trabalho de conclusão de curso a Deus, minha família, pelo apoio, confiança, afeto e constantes incentivos. A todos voçes, todo o meu amor. Gratidão.

AGRACEDIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre me levou e acompanhou a esse caminho longo, me fez acreditar que é possível, realizar um sonho e que vale a pena lutar, estando próximo de finalizar um ciclo só tenho agradecer por toda força que me foi dada.

Sou imensamente grata a minha família, principalmente aos meus pais e meu esposo, por todo o apoio, e compreensão de muitas vezes precisar está ausente para conseguir concluir com minhas atividades e prazos.

Agradeço ao meu orientador Jefferson de Souza Bernardes por sua orientação, compreensão e sabedoria que me ajudou a organizar, pensar, repensar e construir o meu trabalho de conclusão, o meu percurso enquanto estudante, estagiária e agora finalizando a Graduação.

Agradeço à minha co-orientadora Adriana Rêgo de Lima Costa, por sua compreensão, sabedoria, pelas trocas, pelo acolhimento e por toda a sua ajuda no meu trabalho me mostrando as possibilidades que posso alcançar.

Para finalizar agradeço a todas as pessoas incríveis que estiveram ao meu lado, não me deixaram sozinhas e permaneceram comigo, contribuindo para a realização do meu sonho.

Gratidão a todos vocês!

RESUMO

O presente relato tem como objetivo apresentar reflexões sobre a experiência de uma estagiária de psicologia no trabalho de acolhimento às famílias em uma Unidade de Terapia Intensiva Geral (UTI GERAL) de um hospital escola público de uma capital do Nordeste do País. As reflexões são articuladas às discussões encontradas na literatura sobre o trabalho em psicologia no contexto da UTI Geral. Tendo em vista que a escuta é fundamental para pensar o ser humano, suas histórias de vida, escolhas e decisões, ressignificando o viver, como forma de aliviar sua dor e sofrimento. Para isso, faz - se uma discussão sobre o acolhimento e a humanização aos/às usuários/as e seus familiares que estão sob os cuidados do hospital, mostrando que a psicologia é importante no ambiente hospitalar para lidar com o sofrimento, elaborações no percurso de adoecimento, lutos antecipatórios, em despedidas, e trabalhar na comunicação com usuários/as, sua família e a equipe multiprofissional.

Palavras chaves: Assistência psicológica, Unidade de Terapia Intensiva, família, visita.

ABSTRACT

This report aims to present reflections on the experience of a psychology intern working to welcome families in a General Intensive Care Unit (General ICU) of a public teaching hospital in a capital in the Northeast of the country. The reflections are linked to discussions found in the literature on work in psychology in the context of the General ICU. Bearing in mind that listening (a basic tool in psychology) is fundamental to thinking about human beings, their history, choices and decisions, giving a new meaning to living as a way of alleviating their pain and suffering. To this end, a discussion is made about the reception and humanization of users and their families who are under the care of the hospital, showing that psychology is important in the hospital environment to deal with suffering, elaborations on the path of illness, anticipatory grief, goodbyes, and working on communication with users, their families and the multidisciplinary team.

Descriptors: Psychological assistance, Intensive care unit, Family, visit.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2. PSICOLOGIA E SAÚDE – PSICOLOGIA NO HOSPITAL.....	9
3. SAÚDE E TRANSDISCIPLINARIDADE	12
4. SUS – PNH	16
5. HUPAA – UTI GERAL – CONTEXTO	18
6. O COTIDIANO DE UMA (QUASE) PSICÓLOGA NA UTI GERAL – “ O ESTÁ DIÁRIO	21
7. VISITA FAMILIAR – DEFINIÇÕES E LITERATURA	25
8. PORQUE A VISITA NÃO PODE SER ABERTA?	28
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31

INTRODUÇÃO

Diante de minha experiência enquanto estagiária de psicologia, realizada na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) em Maceió, Alagoas, percebi que é fundamental a atuação do/da psicólogo/a durante a visita entre as famílias e os/as usuários/as hospitalizados/as.

Possibilitando oferecer um acompanhamento psicológico para quem visita a pessoa hospitalizada, levando em consideração que também sofrem, sem orientação e amparo específico, e ter o/a psicólogo/a nesse momento oferecendo um acolhimento, uma escuta ativa, faz muita diferença no enfrentamento do percurso de adoecimento e da internação hospitalar.

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é a sede terapêutica de maior complexidade em uma unidade hospitalar. Nela, centram por o máximo de esforços humanos e tecnologias de cuidado visando o pleno reestabelecimento do indivíduo à sua condição normal ou ao menos a redução do agravo que o conduziu a hospitalização. (FÉLIX et al, 2014).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI), possui uma rotina complexa e rígida devido às demandas que é recebida pelo setor, em algumas situações como o risco iminente de morte, provocando um distanciamento da equipe com cada paciente e fazendo com que possam “esquecer” do cuidar com o sujeito que está à sua frente, tendo o foco apenas na doença, colocando de lado a subjetividade de cada pessoa que está no hospital. (Relatório do estágio, 2023).

O ambiente hospitalar tem buscado cada vez mais construir um atendimento humanizado. A Política Nacional de Humanização (2004), compreende humanizar como sendo a inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado, incentivando a produção de novos modos de cuidar e novas formas de se organizar o trabalho, com base nas diretrizes de acolhimento, valorização do/a trabalhador/a, clínica ampliada, defesa dos direitos das

¹Graduanda em Psicologia na Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: maria.vasconcelos@ip.ufal.br ² Professor de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: jefferson.bernardes@ip.ufal.br ³ Graduada em Psicologia; Especialista em Psicologia Hospitalar, Saúde Pública ; Mestra em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). E-mail: psicoadriana_al@hotmail.com.

peças usuárias e da criação de espaços saudáveis e acolhedores. Entendendo que esses processos precisam ser construídos coletivamente (BRASIL, 2004).

A psicologia hospitalar é uma especialidade do campo da psicologia e foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da Resolução N°14/2000. O/A profissional de psicologia atuando no hospital tem sua atuação voltada à pessoa doente, e acompanhantes ou familiares, através de acompanhamento, que avalia os efeitos do adoecer e do tratamento na realidade psíquica da pessoa, assim como os recursos psicológicos para o enfrentamento da vivência do adoecimento.

Desta forma, “a atuação do psicólogo no hospital intervém na forma do paciente vivenciar os problemas gerados pela patologia orgânica, pela hospitalização, pelos tratamentos e pela reabilitação” (PINTO, apud, ALAMY, 2003). Enfatizando que os fenômenos psicológicos são muito significativos no processo de adoecimento do ser humano.

Para desenvolver um trabalho humanizado é necessário um acolhimento, uma escuta ativa e empatia nas queixas apresentadas, trazendo um reconhecimento do protagonismo do acompanhante no processo de saúde e adoecimento do seu/sua familiar, levando a responsabilização pela resolução da questão que o/a afetava, ou seja, acolher é um compromisso com o/a outro/a, é a capacidade que precisamos ter de receber o/a outro/a e sensibilizar-se com a sua necessidade.

A Unidade de Terapia Intensiva no HUPAA, tem horário e quantidade restrita de pessoas que podem entrar para realizar a visita, mesmo que sejam positivas para a recuperação do/a paciente. Para aquelas famílias que moram em outro município que não tem condições de está no horário da tarde para realizar a visita, podem ficar sem ver o seu familiar e sem nenhuma notícia, pois o quadro clínico é informado para os familiares que estão presentes no local.

Quando a psicologia está presente, realizamos essa articulação com o/a médico/a plantonista para que exista a possibilidade de conversar com o/a familiar pelo telefone, na tentativa de minimizar a angústia do/a familiar que não conseguiu estar no hospital.

Uma das preocupações mais comuns quando é a primeira vez que a pessoa fica hospitalizada na UTI, e a família quer ter informações da internação, como podem fazer para receberem mais notícias, como seu/sua familiar estará no leito da UTI, etc. Ao informarmos que as notícias são a cada 24h, se assustam, pois como podem ficar 24h sem receber nenhuma notícia do seu/sua ente querido/a.

Diante dessas condições problematizo do por que de tantas restrições nas informações. Se não, poderia ter uma flexibilidade nas notícias e nos horários das visitas à Unidade de Terapia Intensiva, tendo em vista que a falta de informação causa angústia e preocupações nos familiares.

Este TCC tem o objetivo de levantar uma reflexão acerca da vivência de uma estagiária, sobre a importância do acompanhamento diário dos/as familiares no momento da visita na Unidade de Terapia Intensiva, para também a possibilidade de ocorrer a visita aberta na UTI. Levando em consideração o acolhimento e acompanhamento psicológico aos familiares dos/as pacientes que estão hospitalizados, visando dar um suporte psicológico, proporcionando um espaço para que as pessoas possam elaborar suas angústias e preocupações, acompanhando as notícias do quadro clínico, assim como possíveis notícias difíceis de seu/sua familiar no processo de hospitalização.

2. PSICOLOGIA E SAÚDE – PSICOLOGIA NO HOSPITAL

A psicologia hospitalar é uma especialidade do campo da Psicologia desde quando foi regulamentada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) através da Resolução N°14/2000. Considerando que a psicologia hospitalar é uma área recente, é importante compreender a sua atuação na prática no ambiente hospitalar.

O profissional de psicologia no contexto hospitalar tem sua atuação voltada à pessoa doente, aos acompanhantes das pessoas que estão hospitalizadas, através de acompanhamento, avaliando os efeitos do adoecer, do permanecer no hospital e do tratamento na realidade psíquica do paciente, assim como os recursos psicológicos para o enfrentamento da vivência do adoecimento (CANTARELLI, 2009).

No Brasil a psicologia em saúde foi denominada psicologia hospitalar, como reflexo do hospitalocentrismo, mas penso que ocupa um cenário mais amplo e que não deve ficar limitado somente ao ambiente hospitalar. A prática da psicologia na saúde deve ir na lógica da clínica ampliada e levando em consideração a pessoa como modelo bio-psico-social (RUMIN, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade.

Com base em uma análise minuciosa, Spink (2010), afirma que as experiências no campo da saúde são completas e que as práticas profissionais devem ser fundamentadas tanto no saber técnico quanto na formação ampliada. A psicologia no hospital está inserida para promover, proteger e restaurar a saúde mental das pessoas. Buscando oferecer apoio emocional para os pacientes e os familiares que estão no hospital enfrentando situações de estresse, ansiedade e medo do que pode surgir. Os psicólogos podem tentar ajudar a lidar com essas emoções, oferecendo apoio emocional, reduzindo o impacto psicológico da doença e auxiliando na adaptação à nova situação.

Diante da minha experiência enquanto estagiária de psicologia no HUPAA, a psicologia está nesse ambiente para acolher a demanda que as pessoas apresentam, seja dificuldade na adesão ao tratamento, na dificuldade que o tratamento oferece, seja por medicamento ou por dor, o/a psicólogo/a além de qualquer outra função está para praticar a escuta ativa, ouvir o que a pessoa esteja trazendo e que através dessa escuta, o sujeito não se sinta apenas mais uma pessoa que está doente, mas que perceba a sua importância como pessoa em sua singularidade e que possa reconhecer como um ser social mesmo estando em um hospital. Para além disso, assuma uma postura ativa no seu processo de adoecimento e hospitalização buscando ser o protagonista de sua própria história.

A predominância dos enfoques em que o indivíduo é tratado como ser abstrato e histórico, desvinculando de seu contexto social. É pouco frequente na graduação do/a psicólogo/a a introdução de temas macrosociais que possibilitem uma discussão das determinações econômico-sociais dos fenômenos psicológicos (SPINK,2003).

Alguns tratamentos podem desencadear muitas dores físicas, que podem afetar a sua qualidade de vida e recuperação, e ter o psicólogo/a ao lado nesses momentos pode orientar com estratégias de manejo da dor, como relaxamento, meditação, distração, na tentativa de ajudar a reduzir a percepção de dor. (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

No contexto da saúde, a prática não se limita apenas a aplicação de técnicas derivadas de perspectivas teóricas. Embora a base teórica seja importante para embasar as práticas de cuidados de saúde, é essencial que as técnicas utilizadas sejam adaptáveis e flexíveis para lidar com a complexidade dos aspectos multidimensionais envolvidos nesse campo. (SPINK,2010).

Conforme Cantarelli (2009), a atuação do/a psicólogo/a se dá no nível da comunicação, adaptação do paciente e sua família no ambiente hospitalar. Nesta medida, a prática deve ser direcionada em apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e fortalecimento dos vínculos familiares.

A adaptação envolve ajustar as abordagens de acordo com as necessidades e características individuais dos/as pacientes. Cada sujeito responde de maneira diferente aos mesmos tratamentos devido a sua genética, históricos médicos, estilos de vida e outros fatores. Portanto, os/as profissionais de saúde devem tentar humanizar a forma de abordagem de cada pessoa, para assim alcançar um resultado positivo para ambas as partes envolvidas. Portanto, a capacidade de adaptar e incorporar novos conhecimentos são fundamentais para fornecer os melhores cuidados possíveis.

De acordo com Spink & Malta (2010), a psicologia da saúde chega tarde nesse cenário, buscando ainda definir seu campo de atuação, sua contribuição teórica e as formas de incorporar do biológico e do social ao fato psicológico, procurando abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e histórico tão frequentes na psicologia clínica tradicional.

A atuação do/a psicólogo/a no hospital, além de oferecer o atendimento individualizado para os/as pacientes hospitalizados, para as famílias que acompanham essa hospitalização, também acontece em um trabalho conjunto com médicos/as, enfermeiros/as e outros/as profissionais de saúde, para atender às necessidades dos/as pacientes, seja para aperfeiçoar técnicas de diagnósticos e intervenção, seja como facilitador do processo de tratamento.

Pinto (2004), relata que podemos entender que o/a psicólogo/a tem em mente o aspecto humano, permitindo que o sujeito tenha uma expressão livre de seus sentimentos, medos, desejos e, acima de tudo, o controle de sua vida, portanto, podendo participar de tudo o que lhe acontece, sem minimizar os dados acerca da situação do/a paciente. O/A psicólogos deve tratar a dor sendo única, proporcionando a busca de uma elaboração do processo do adoecimento e colocando - se à disposição do paciente e seus familiares.

Contudo, a expansão da psicologia no ambiente hospitalar é um exemplo da evolução para novos campos de saber. A presença de profissionais da psicologia em hospitais tem se

tornado cada vez mais comum e valiosa, uma vez que reconhece a interligação entre saúde mental e física, proporcionando um cuidado e um olhar mais abrangente aos pacientes.

A presença de psicólogos/as nos hospitais traz diversos benefícios, como suporte emocional, uma vez que o/a paciente hospitalizado e os/as acompanhantes enfrentam níveis elevados de ansiedade e medo. Os/As psicólogos/as podem fornecer apoio emocional, oferecendo acolhimento com escuta ativa, que é uma escuta com atenção e interesse sobre o que está sendo verbalizado, além de oferecer estratégias para lidar com emoções na tentativa de ajudar as pessoas hospitalizadas a enfrentar os desafios associados à sua condição de saúde.

3. SAÚDE E TRANSDISCIPLINARIDADE

O campo da saúde coletiva é complexo, percebe-se que há uma lógica buscando integrar conhecimentos e práticas de diversas especialidades para tratar de questões relacionadas à saúde, reconhecendo que muitos dos problemas de saúde que a sociedade enfrenta atualmente são multifacetados e não podem ser compreendidos ou tratados adequadamente por meio de uma única especialidade, precisando de uma investigação multiprofissional e interprofissional.

No ambiente da saúde coletiva se faz necessário pensar na junção de conhecimentos das diversas áreas que a compõem, as experiências multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares apresentam como principal característica comum a aproximação de diferentes disciplinas para a solução de problemas específicos, como é o caso da saúde coletiva (ROQUETE et al, 2012).

Segundo Carvalho et al, (2012), a multidisciplinaridade é caracterizada pela justaposição de várias especialidades em torno de um mesmo problema ou tema, não há uma síntese metodológica, e sim uma somatória de métodos. De modo diferente na interdisciplinaridade que tem sido utilizado como interação de dois ou mais campos de saber, como método de pesquisa e de ensino promovendo desde a simples comunicação ou até a integração mútua de conceitos. Ou seja, a interdisciplinaridade consiste em uma abordagem em que duas ou mais especialidades do campo da saúde intencionalmente relacionam - se entre si para alcançar maior abrangência de conhecimentos, e assim, tem as metodologias sendo compartilhadas.

Ainda mediante a Carvalho et al, (2012), já na perspectiva da transdisciplinaridade deve - se considerar o ser humano na sua totalidade, não como uma definição, qualquer tentativa de reduzir o ser humano a uma mera definição e de dissolvê-lo as estruturas formais, sejam elas quais forem, é incompatível com a visão transdisciplinar, as metodologias unificadoras são compartilhadas, porém construídas mediante a articulação de métodos de diversas áreas do conhecimento, podendo gerar novas disciplinas ou permanecer como zonas livres.

A multidisciplinaridade surge com a intenção de ações fortes com teor singular e independente de relacionamento entre os campos de saber, cujo objetivo é somar múltiplos saberes, mas sem nenhuma forma de conexão e integração. A interdisciplinaridade é utilizada como sinônimo de trabalho em equipe como contexto da solução de problemas práticos. A transdisciplinaridade envolve uma dinâmica entre as outras áreas, literalmente transcendendo à disciplinaridade (ROQUETE et al, 2012).

Aiub apud Galván (2006), aponta que sempre haverá perguntas que não terá respostas prontas, é necessário buscar as respostas, ou construir conhecimentos que implica em novos modo de ser, a partir da plasticidade própria do ser humano, com isso a junção do trabalho na multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, que com esses três pilares podemos construir um trabalho mais consistente em novos modos, na busca da solução de problemas.

A transdisciplinaridade na saúde envolve a colaboração e a comunicação entre profissionais de diferentes áreas, como medicina, enfermagem, psicologia, nutrição, fisioterapia, entre outros. Busca ir além das fronteiras tradicionais, promovendo uma compreensão mais holística e completa das questões da saúde. Compreendendo que a saúde é influenciada por uma série de fatores, incluindo biológico, psicológico, social, cultural e ambiental (SEVERO; SEMINOTTI, 2010).

Historicamente, o sistema de saúde se concentrou exclusivamente na doença, tratava os sintomas físicos ou as condições médicas sem considerar o contexto mais amplo da vida das pessoas, como seres bio-psico-social e que a saúde não se resume apenas aos aspectos biológicos, ela incorpora os aspectos psicológicos, sociais e culturais reconhecendo como fundamental os fatores emocionais e mentais na saúde das pessoas.

Segundo Almeida Filho (2005), quando a atenção está focalizada sobre a doença, geralmente o profissional da área médica pode disponibilizar recursos para o tratamento específico, e assim, tornar-se hierarquicamente uma posição de saber-poder superior aos

demais trabalhadores, embora quando a atenção direciona - se à saúde, a partir da lógica transdisciplinar, todos/as os/as trabalhadores/as estão incluídos na potência do processo de trabalho. Obtendo uma visão ampla do sujeito, levando em consideração as dimensões humanas, sejam elas a individual, a emocional, a subjetiva, a cultural e a social.

Na medida em que cada profissional reconhece a complexidade do ser humano, e reconhece a sua limitação enquanto saber profissional com o qual está lidando, é necessário abandonar o pensamento que pode conseguir lidar com a complexidade humano sozinho, e ter uma percepção da necessidade de um outro campo de saber (outros profissionais), com o qual necessita se relacionar para construir novos caminhos, e ajudar a resolver os problemas que as pessoas precisem. Ou, seja, para realizar o trabalho de integração disciplinar é importante que os/as profissionais reconheçam que o saber de uma área é limitado e que precisa de outros/as profissionais para ser feito um trabalho mais consistente, que as pessoas saiam dos ambientes com a sua situação resolvida (GALVÁN, 2007).

Os/As profissionais de saúde que adotam o modelo transdisciplinar podem aproveitar o conhecimento e as habilidades de diferentes áreas para fornecer um atendimento mais completo e eficaz. Trabalhando juntos/as para entender e abordar os diversos aspectos da saúde de um paciente, levando em consideração não apenas os aspectos físicos, mas sociais e emocionais.

Durante o meu percurso enquanto estagiária de psicologia, atuando na UTI, buscava manter uma boa interação com os/as profissionais que estavam no local, pois o meu período no setor era no turno vespertino, e, diariamente, costumava com os/as profissionais que ficavam nos turnos anteriores (noturno e matutino), saber como os/as pacientes estavam nesses períodos, tendo em vista que no turno noturno os/as pacientes poderiam ficar mais ansiosos, com dificuldade de descansar, pois sentiam-se que estavam “sozinhos”, ou seja sem a presença dos familiares no cuidado diário, e após essa escuta com os/as profissionais, realizava um atendimento com os/as pacientes.

A transdisciplinaridade possibilita não haver a prevalência de uma única lógica, mas sim a integração dos saberes. Para Severo e Seminotti (2010) “a transdisciplinaridade não procura o domínio sobre as várias outras disciplinas, mas a abertura de todas elas que as atravessa e as ultrapassa”.

Severo e Seminotti (2010), ainda ressaltam que na prática os/as trabalhadores/as percebem dificuldades na mudança de reorientação do modelo assistencial. Uma dificuldade, apontada pelos/as próprios/as trabalhadores/as, é a integração através do trabalho coletivo,

pois, na maioria das vezes, o trabalho em equipe reproduz-se de uma forma fragmentada, sem a integração dos saberes.

Contudo, é necessário estar atento e investir na capacitação dos profissionais para o trabalho em equipe. Para além das teorias e conceitos, é preciso contar com trabalhadores/as sensibilizados e abertos para a recriação do conhecimento adquirido na teoria e na prática individual, a partir de uma colaboração conjunta, tendo em vista que a complexidade humana não pode ser limitada em uma única visão (GALVÁN, 2007).

4.SUS-PNH

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990). O SUS é um sistema de saúde público, gratuito e universal, tem como principal objetivo garantir o acesso universal e igualitário aos cidadãos brasileiros, independentemente de sua condição financeira. (BRASIL, 2004).

A saúde é um direito de todos e dever do estado, lembrando que é uma conquista do povo brasileiro e toda conquista é através de resultado e início de um outro processo. Com o SUS existe uma nova concepção de Saúde, não se reduz apenas pela ausência de doença, mas de uma vida com qualidade (BRASIL,2004).

A principal característica do SUS é a sua abrangência. Ele engloba desde a atenção básica, como consultas médicas, vacinação, até procedimentos mais complexos, como cirurgias de alta complexidade e tratamento de doenças crônicas, além disso, o SUS também inclui ações de promoção e prevenção da saúde, visando melhorar a qualidade de vida da população. No SUS também encontramos os princípios fundamentais que norteiam sua atuação, tais como: universalidade, que são os atendimentos a todos que necessitam, a integralidade, que é oferta de todos os tipos de assistência, temos a equidade, que é o atendimento de acordo com a necessidade de cada pessoa e por fim a participação social, que é o envolvimento da comunidade na gestão das políticas de saúde (BRASIL, 2004).

O SUS, desempenha um papel fundamental no cuidado, assistência à saúde das pessoas, atendendo a uma população diversa e, muitas vezes, carentes de recursos financeiros.

A busca por melhorias na eficiência e na qualidade dos serviços prestados pelo SUS continua sendo discutida no cenário político e social brasileiro.

Em 2001, foi desenvolvido o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que surgiu após algumas reclamações dos usuários sobre o atendimento que era recebido nos hospitais. Com isso a PNHAH, tem o seu objetivo de difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar e melhorar a qualidade e atenção aos usuários.

A Política Nacional de Humanização (2004), compreende humanizar como sendo a inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado, estimulando a produção de novos modos de cuidar e novas formas de se organizar o trabalho, seguindo as diretrizes de acolhimento, valorização do trabalhador, clínica ampliada, defesa dos direitos das pessoas usuárias e da criação de espaços saudáveis e acolhedores. A política entende que esses processos precisam ser construídos coletivamente (BRASIL, 2004).

A humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida apenas como um programa, mas sim como um dos princípios para a atuação do SUS. À necessidade de adotar a humanização como diretriz política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2007).

A situação da transversalidade não deve significar um ficar fora, ou ao lado do SUS. Acredito que a humanização deve caminhar, cada vez mais, para se constituir como vertente orgânica do Sistema Único de Saúde.

A rede de humanização em Saúde é uma lógica de construção permanente de laços. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua singularidade, sua história de vida, mas também de olhar o sujeito como um coletivo, sujeito de múltiplas histórias de vidas. Está conectado nessa rede implica nesses processos de troca do que temos como objetivo. Uma rede humanizada para lidar com a complexidade diferenciadora do viver (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O SUS está em implementação cotidiana, em um processo social de permanente construção, visto que os desafios do viver coletivamente impõem constantemente desafios à gestão em saúde para constituir respostas às demandas (SANTIAGO; YASUI, 2020).

Com isso, ressalto que o SUS, está em constante evolução e aprimoramento, sendo influenciado por uma série de fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e tecnológicos ao longo do tempo. O SUS é construído através da participação ativa da sociedade, A população tem o direito de participar nas decisões relacionadas com a saúde por meio de conselhos de saúde, conferências e outras formas de envolvimento. Ter essa participação da sociedade é fundamental para garantir que as políticas de saúde atendam às necessidades reais dos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

5. HUPAA - UTI GERAL - CONTEXTO

O Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), instituição que realizei o meu estágio, possui ações que abrangem as áreas de ensino, pesquisa e assistência, é um hospital federal de uma referência para a assistência pública de média e alta complexidade que funciona através do Sistema Único de Saúde (SUS).

Realiza assistência às pessoas usuárias do SUS na cidade de Maceió, mas também de diversas cidades do interior de Alagoas, ofertando serviços nas mais diversas áreas da saúde, contando com equipes multidisciplinares e profissionais de nível superior, intermediário e de apoio. Além disso, o HUPAA conta com a presença de estudantes de graduação de diversas áreas em programas de estágio, projetos de extensão e outras atividades, bem como programas de residência nos mais diversos setores.

O HUPAA, tem um SUS de qualidade, utiliza-se de modelos biomédicos e fragmentados que se concentram no tecnicismo e nas especialidades para adotar uma visão ampla de saúde, que considere a diversidade de seus determinantes, bem como contempla as diretrizes da legislação nacional, em especial quanto à integralidade (ALMEIDA; MALAGRIS, 2011).

A Portaria nº 3432, de 12 de agosto de 1988, estabeleceu critérios de classificação para as UTIs que são usadas até hoje. Nessa portaria, a UTI é descrita como sendo uma unidade hospitalar destinada aos pacientes graves ou de risco. Nesse setor são oferecidos serviços de assistência médica e enfermagem ininterruptas, com equipamentos próprios, recursos humanos especializados e acesso a outras tecnologias de diagnóstico e terapia.

Ainda segundo a Portaria nº 3432, as Unidades de Terapia Intensiva podem ser classificadas em: Neonatal (atende pacientes de 0 a 28 dias), Pediátrica (de 28 dias até 14 anos, ou 18 anos dependendo da dinâmica hospitalar interna), Adulto (maiores de 14 ou 18 anos dependendo da dinâmica do hospital) e Especializada (pacientes atendidos por uma determinada especialidade).

Trazendo uma descrição mais recente, a Resolução nº2.271/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM), afirma que as Unidades de Terapia Intensiva UTIs são as unidades altamente especializadas dentro de um hospital, projetadas para oferecer suporte vital de alta complexidade. Isso inclui a monitorização constante das funções corporais cruciais para a vida, bem como o fornecimento de suporte orgânico avançado para pacientes em condições clínicas extremamente graves ou em risco de morte devido a insuficiência orgânica.

A UTI Geral do HUPAA atende pacientes maiores de 14 anos (a idade pode ser flexibilizada de acordo com as demandas internas), o setor possui dez leitos sendo um deste chamado de Isolamento, onde são colocados os/as pacientes cujo quadro clínico apresente um risco de contágio mais elevado. Além das salas de administração, há salas de repouso para os/as profissionais, uma copa, um depósito para equipamentos e utensílios de uso diário. O setor fica próximo do centro cirúrgico e é assistido pela farmácia. Há também uma pequena sala com sofás, onde normalmente são recebidos os familiares dos/das pacientes.

A equipe da UTI Geral é composta por diversas áreas: medicina, enfermagem, nutrição, assistência social, psicologia, fisioterapia, dentre outras. Dentro da UTI, a Psicologia assiste não somente as pessoas usuárias internadas, mas também a família e a equipe. Por conta das especificidades do setor, não é permitida a presença de acompanhantes, para suprir essa ausência da família – que é considerada um fator importante na recuperação do/da paciente -, existe um horário de visita, que ocorre todos os dias da semana, das 15 às 16 horas. O acolhimento destes visitantes, antes, durante e depois da visita, é realizado pela psicóloga do setor.

A Unidade de Terapia Intensiva é uma unidade de cuidados especializados com monitorização aos/as pacientes em estado crítico. Um local fechado com ausências de janela e entrada restrita aos visitantes, em que presta assistência psicológica de modo minucioso a seus usuários/as e pacientes. No local tem um relógio e os/as pacientes que estão acordados/as,

responsivos/as, ficam olhando para o relógio constantemente no período da tarde, na espera do seu familiar chegar para receber a sua visita, pois no setor o/a paciente pode ficar bastante ocioso/a, por não ter nenhuma distração.

Durante muito tempo entendeu-se a UTI como um local de finitude, de morte, de onde não se retornava. Essa ideia ainda é muito impregnada em nosso meio, principalmente na concepção das pessoas usuárias. Um dos trabalhos da psicologia nesse setor é tentar desconstruir essa noção de que a UTI é um lugar “assombroso” e de “quem vai, não volta”. Entende-se que, pelas especificidades do setor, que muitos dos casos ali presentes são graves e de difícil recuperação, mas é importante reafirmar que a melhora do quadro clínico é possível, que é o maior objetivo de todos os/as profissionais que estão ali presentes (CANTARELLI, 2009).

O setor é considerado no hospital como um ambiente potencializador de emoções, frustrações, hostil e desencadeador de estresse, ansiedade, angústias, medo, insegurança, dentre outros, tanto para o/a paciente no processo de internação, como para a família que se encontra nesse processo. O/A paciente quando é hospitalizado se afasta de suas ocupações anteriores, da sua família, das vestimentas, ou seja, se mantém restrito ao leito do hospital com exposição a ruídos repetitivos, odores, privação de sono e cuidados acentuados causando desdobramentos emocionais (TRUCHARTE et. al., 2010).

Os cuidados intensivos nos pacientes internos podem motivar fragilidade emocional devido o distanciamento de sua casa, a perda da própria autonomia, assim como o afastamento de seus compromissos cotidianos e sociais, despertando desconfortos físicos e psicológicos, medo e sofrimento. Desta forma, a família estando presente de modo contínuo poderá minimizar ou até suspender os sintomas mostrados pelo paciente (FARIA; et. al., 2016).

Compreendo que na UTI, o/a paciente vai receber uma monitorização contínua, mas pelo fato de não poder ficar com acompanhante contribui para os familiares ficarem angustiados. Na unidade de tratamento intensivo ficam os pacientes em situação grave e delicada, então é comum que esses evoluam a óbito, ou até mesmo precisem de algum procedimento invasivo como uma massagem cardiorrespiratória, intubação, pois são situações comuns encontradas.

6. O COTIDIANO DE UMA (QUASE) PSICÓLOGA NA UTI GERAL - “O ESTAR DIÁRIO”

O interesse em estudar sobre esse assunto surgiu durante o estágio realizado no ambiente hospitalar em uma UTI Geral (Unidade de Terapia Intensiva). Este trabalho tem como intuito relatar sobre minhas vivências e práticas enquanto estagiária de psicologia do acolhimento das famílias que precisam deixar seus/suas familiares nesse setor.

A psicologia utiliza a sala de espera da UTI Geral para oferecer conforto e orientações para a família. No intuito de promover acolhimento e estabelecimento de vínculos logo após a internação (SOUZA, 2010).

Logo no início do estágio, fiquei envolvida de forma positiva, como a psicologia funciona na UTI, pois é de uma forma espontânea, em uma conversa e o quanto você consegue perceber que o atendimento com os/as pacientes têm um potencial positivo, em perceber que estão tendo a sua atenção, se sentem acolhidos/as, diante do atendimento humanizado, fugindo da lógica que está apenas como um “paciente”, que estar no hospital para cuidados médicos, e podem sentir-se como uma pessoa em sua singularidade que tem todo o contexto atrás daquele processo de adoecimento.

A rotina do setor é construída pelo cuidado com cada paciente que está hospitalizado na UTI, as visitas ocorrem todos os dias de domingo a domingo, com o início das 15h até às 16h, muitos familiares relatam que sentem falta quando a psicologia não estar presente, para ter o primeiro momento antes de cada familiar entrar na Unidade, para ver seus entes queridos.

Quando a psicologia está no setor, o primeiro momento é uma roda de conversa como uma forma de acolher os familiares, ter uma troca de vivência no setor enquanto família, falar sobre o funcionamento da UTI, e ressaltar que eles podem contar com a psicologia enquanto estiverem no hospital, após a roda de conversa, os familiares entram e realizam a visita na UTI. (Relatório do estágio, 2023)

Quando não ocorre a roda de conversa o familiar ao entrar na UTI, pode ter um impacto negativo ao ver o seu/sua familiar no leito. Existindo a situação de ver o seu/sua

familiar entubado, sem nenhum conhecimento anteriormente. Quando isso ocorre o familiar tem uma reação desfavorável, pois veio com uma expectativa satisfatória para a visita e ver o seu familiar entubado tem uma resposta inversa. (Relatório do estágio, 2023)

Assim como Monteiro et al, (2021), a comunicação é capaz de explicar de forma humanizada a situação do quadro clínico de seus/as familiares, de tal forma a comunicação tem um papel essencial, sendo uma das bases de um tratamento eficaz e de qualidade.

A importância do acompanhamento psicológico hospitalar se dá pela visão ampla dos aspectos emocionais que se alteram e comprometem significativamente o estar ali.

É importante pensar que a psicologia no hospital não vai realizar o atendimento psicológico apenas para o/a paciente que está hospitalizado/a, mas também para os familiares que precisam de suporte para elaborar esse percurso de hospitalização, pois também estão vivenciando uma nova rotina, nas visitas diárias, sem saber a hora que vai sair do hospital, pois até quando estão em casa mantém seu pensamento fixado no quadro clínico de seu familiar que está hospitalizado.

Muitos familiares precisam ir morar com alguém pois não tem condição de ficar sozinho, sem aquela pessoa que era a sua companhia. Compreendo que a elaboração do luto já se inicia no processo de hospitalização, pois é quando ocorre o rompimento da rotina anterior com novas limitações.

A visita na UTI acontece a cada 24h, quando os familiares saem da visita tem um questionamento recorrente, se vão ter alguma notícia durante o dia, como podem fazer para ligar e ter alguma informação do seu familiar, pois é bastante tempo de espera para esclarecimento do quadro clínico do seu ente querido, me faz pensar em como essas pessoas ficam durante o dia. Qual o suporte e apoio que elas têm no decorrer do percurso de hospitalização?

Uma das possibilidades de minimizar a angústia dos familiares dos/as pacientes que precisam permanecer na UTI, é explicando, informando e esclarecendo a importância que o setor pode proporcionar ao seu/sua ente querido/a, com um cuidado monitorizado continuamente 24 horas por dia, na busca de uma possível melhora do estado geral e, consequentemente, receber alta da UTI.

De acordo com Monteiro et al., (2021), as famílias ao receberem notícias difíceis mostram reações das mais variadas, pois vai depender de pessoa a pessoa. Tem indivíduos que vão passar por algumas fases como a negação, revolta, ansiedade, angústia, questionamentos e podem chegar na aceitação, mas tem outros que ao receber a notícia, vão aceitar aquele diagnóstico e ainda querer entender o funcionamento do tratamento.

A internação de alguém da família em uma unidade intensiva mobiliza recursos internos das pessoas envolvidas no enfrentamento da crise, pois compreende como um momento assustador, inesperado e desconhecido diante das dúvidas e incertezas quanto a recuperação e possibilidade iminente da morte, que são capazes de serem diminuídas quando acolhida com confiança e é preservada a qualidade e dignidade da vida. (BATISTA; et, al., 2019).

Receber a notícia de que o/a familiar está hospitalizado/a em uma Unidade de Terapia Intensiva, em si já é uma situação delicada, pois o/a paciente que está nesse setor não pode ficar com a companhia de alguém da sua rede de apoio. Nesse momento a família pode sentir-se como se estivesse abandonando seu/sua familiar, mesmo tendo o entendimento que não vai poder ficar por uma questão estrutural do setor que não tem condições de receber os familiares para permanecer naquele ambiente.

Durante o estágio já houve situação, do familiar pedir para ficar na UTI com o seu familiar que está hospitalizado, pois não conseguiria ficar em casa sem saber como ele estaria no setor. Infelizmente, muitas vezes, não foi possível para que esse familiar acompanhasse na UTI. Nesse caso, aconteceram diversas reações em que tinham pessoas que diziam que não iriam para casa, que iriam aguardar o momento da visita no próprio hospital, que não iria abandonar seu/sua familiar.

Em decorrência da fragilidade observada nessa área, verifica-se a importância de um atendimento da psicologia humanizado, com o foco para os familiares que acompanham esse percurso de hospitalização, que também são expostos a condições estressoras tanto no hospital, quanto em sua rotina.

Para realizar o trabalho no hospital é preciso estar atento às sutilezas, aos olhares, às expressões, aos toques e ainda estar voltado para os não ditos também. É saber que é sobre o tempo do sofrimento que as pessoas estão enfrentando. Que o foco da atenção é a promoção

do bem - estar durante seu acompanhamento no hospital, além de incentivar a elaboração de estratégias para a tomada de consciência da compreensão do quadro clínico de seu familiar.

O ideal seria termos uma UTI, humanizada, que cada leito fosse um pouco mais separado, para o/a paciente não ter uma visão do que está acontecendo, no leito ao lado, evitando uma angústia em ver ou saber os procedimentos invasivos que estão sendo realizados com as pessoas próximas, seria fundamental para realizar o atendimento individualizado por parte da psicologia, pois o/a paciente não tem uma privacidade de falar e expor seus sentimentos.

Como colocado por Coelho e Ferreira (2015), a escuta do sofrimento da pessoa usuária e da família faz com que surjam novas possibilidades terapêuticas, auxiliando na criação de novas estratégias que consigam atender melhor às necessidades que são colocadas no decorrer de cada atendimento. Mesmo informações que num contexto hospitalar podem parecer pouco importantes, acabam sendo de grande ajuda nos tratamentos destes pacientes. Como a saudade de algum familiar ou até mesmo de um animal de estimação que ao receber determinada visita possa ajudar na melhora do paciente.

O apoio psicológico aos familiares é de extrema importância, pois a família sofre por precisar deixar o/a familiar hospitalizado/a, diante da existência do medo de perda, assim como das dificuldades relacionadas ao tratamento, como dificuldade financeira, cuidados médicos, apoio emocional e mudança de comportamento.

No percurso do adoecimento não existe uma regra para comparar sofrimentos, para processar uma dor, sendo necessária muitas vezes contar e repetir as informações, permitindo que seus sentimentos encontrem um lugar de descanso, seja elaborando e reelaborando aquela vivência, dessa forma reforço o quanto é importante ter o psicólogo disponível para acolher essa singularidade.

Durante o meu estágio na UTI, houve momento da visita que os familiares não aguentavam ficar ao lado do/a pessoa internada naquele ambiente. Ficam fragilizados e bastante chorosos, para que o familiar não ficasse chorando próximo ao leito, eu chamava para ir a sala de espera e realizava o atendimento individualizado com ênfase naquele momento de fragilidade e o que quisesse trazer e viesse à tona.

Também já aconteceu de o familiar entrar no setor e ver o seu familiar com os fios conectados em seu corpo, com a máquina emitindo ruídos constantemente e o/a paciente entubado/a. O familiar quando o viu naquele estado desmaiou, e, nesse momento, eu estava ao lado. Chamei o residente de medicina imediato para ver os sinais vitais, ficamos na sala de espera e aguardei junto dela até o momento que foi recuperando a consciência e retornou para ficar junto das demais pessoas da sua família que foram à visita.

Diante da minha vivência enquanto estagiária, quando via que tinha um/a paciente entubado, me preparava para dar um suporte maior para a família, pois é comum que as pessoas associam o/a paciente entubado/a como um processo de finitude, já esperavam a notícia difícil a qualquer momento. Nesse caso do paciente entubado, realizava anteriormente o momento da visita um atendimento em grupo com os familiares que estavam presentes, para saber o que eles sabiam do diagnóstico e ainda entender como estavam lidando com esse percurso do adoecimento e da hospitalização.

É através do atendimento psicológico que é possível identificar a complexidade emocional, muitas vezes pela longa duração do tratamento, resultando por vezes em frustração diante da expectativa de cura ou pela evolução clínica, dores ou sequelas emocionais advindas de questões pessoais ou familiares.

Ter essa vivência no ambiente hospitalar é perceber que o cuidar vai além das medicações, cuidar em saúde é sempre possível, mesmo quando não há cura para a doença, a doença pode ser considerada incurável, mas os/as pacientes não deixam de ser cuidados. Os profissionais dedicados a cuidar dos/as pacientes devem pensar que sempre há o que fazer, mesmo que o tratamento voltado a cura tenha chegado a um limite. (MONTEIRO, et al, 2021).

7. VISITA FAMILIAR - DEFINIÇÕES E LITERATURA

A hospitalização é uma situação que desorganiza o ciclo familiar, que geralmente ocorre de repente e causa instabilidade não apenas para o/a paciente, mas para todos os membros da família, pois apresenta uma experiência ameaçadora que causa medo e o sofrimento é intensificado por sentimentos de ansiedade, tristeza e acaba comprometendo a dinâmica familiar. Por conseguinte, os familiares que realizam a visita diariamente tem a

necessidade de obter informações sobre o quadro clínico do membro familiar que está na UTI (BATISTA et al, 2019).

A UTI é equipada com equipamentos de mostradores digitais que geram sinais luminosos e sonoros, tem fios e conectores, respiradores, monitores e além de tubos e máscaras envolvendo alguns dos pacientes internados no ambiente, e a família quando entra a primeira vez e tem contato com todos esses equipamentos em seu membro familiar pode desencadear ansiedade e sofrimento. Nesse contexto é importante que os familiares sintam - se acolhidos. É necessário à psicologia compreender seu sofrimento, angústias e aflições e lhe fornecer orientações antes de entrar na UTI e após a visita ser finalizada.

O ambiente da UTI deve ser percebido pelo/a familiar como um local em que as pessoas se sintam seguras, acolhidas, confiantes e com possibilidade de acesso ampliado, com direito a informações sobre o estado de saúde de seu membro familiar, sobre o prognóstico e como está sendo prestado o cuidado. Deve - se assegurar, por meio de diálogo com a equipe e esclarecimento em suas inquietações, de modo que as famílias sintam-se apoiadas, confortadas e participativas no processo de tratamento (BATISTA, et al, 2019).

De acordo com Cantarelli (2009), Familiares são importantes nesse processo de hospitalização, num conceito mais amplo de família, pois entendo que estar para além de laços de sangue. Amigos, vizinhos, qualquer pessoa de importância afetiva para o/a paciente é considerado como família, as visitas não são restritas somente aos parentes biológicos.

O momento da visita é o instante mais aguardado pelos/as familiares, que anseiam retirar suas dúvidas, minimizar suas incertezas e, acima de tudo, receber notícias positivas com relação ao/a paciente. É no momento da visita que os familiares irão tomar ciência do estado do quadro clínico, por conseguinte, a visita também deve oferecer o estabelecimento de vínculo com a equipe que constitui a UTI. Isso é importante também para a equipe, ou seja, relacionar - se, criar vínculos com os familiares, são formas de estabelecer as relações de acolhimento (PREDEBON et al, 2011).

Conforme Batista, et al (2019), É importante que a família seja incluída nos cuidados de saúde do/a familiar que esteja internado/a em uma UTI, levando em conta que para a melhora do quadro clínico a presença dos familiares tem um resultado positivo. Desse modo, identificar demandas dos/as familiares de pacientes que estão internados/as em uma UTI,

pode tornar o ambiente mais acolhedor e menos impessoal, principalmente no que se refere ao acolhimento prestado aos familiares.

É importante que as informações sobre o quadro clínico seja com uma linguagem acessível ao nível da compreensão das pessoas que estão presentes, é fundamental que seja explicado os equipamentos e os funcionamentos de cada um que fica ao lado do leito do/a paciente, para quando os familiares entrarem na UTI, não tenham estranhamentos com o equipamentos ou até com os ruídos que podem vir deles (PREDEBON et al, 2011).

A psicologia está interessada em escutar os/as pacientes, e seus familiares, restituindo-lhe o lugar de sujeito que a medicina lhe afasta (CANTARELLI, 2009). Partindo do conceito de clínica ampliada e entendendo que o atendimento abrange o/a paciente e o contexto, proporcionando mais autonomia para a elaboração de saúde. Portanto, a visita da família ao paciente é de grande relevância.

Diante das visitas familiares que são realizadas diariamente, estar diante de uma ausência de informações constitui motivo de preocupação e desconforto para os familiares. Isto porque eles/as precisam de explicações que esclareçam as dúvidas, medos e angústias. Ou seja, esclarecimentos sobre o diagnóstico, prognóstico e tratamento do paciente, incluem procedimentos realizados ou a serem realizados, que são importante aos familiares, para que possam retornar as suas residências, cientes que seus familiares estão sendo bem cuidados, tanto por parte da medicina quanto pela assistência das diversas áreas envolvidas, que mesmo não estando com um membro da sua família por perto, a equipe do setor vai atender às suas necessidades diante do possível em uma UTI (BATISTA et al, 2019).

Em uma UTI, ter restrições no momento da visita acaba gerando estresse e sofrimento desenvolvendo o surgimento de necessidades que são valorizadas pelos familiares, tais como: conversar com o/a médico todos os dias, saber sobre os cuidados prestados ao familiar e ter acesso as notícias do quadro clínico diariamente, mesmo quando não puder estar presente na visita. Quando o/a paciente não recebe visita, não é pelo fato de que a sua família o/a esqueceu, ou seja como sinal de abandono, mas vai depender de cada contexto social, econômico, tal como depender de terceiros para levá-lo/a para o hospital (FARIA et al, 2016).

Eugênio et al, (2017), Afirmam que ansiedade, depressão e stress pós-traumático são maiores em familiares do que em pacientes. Em familiares esses sintomas podem se prolongar por até 3 meses. Já em pacientes os sintomas podem desaparecer após a alta hospitalar.

Pelas restrições das visitas, por ficarem muito tempo solitários, sem a companhia do/a familiar, pelas angústias da ausência de notícias, gerando fantasias diversas, medos etc, ficam angustiados podendo ter um aumento do nível de ansiedade e do oxigênio.

Com base nessas vivências, é possível afirmar que a presença da família se caracteriza como importante apoio no período de hospitalização, podendo transmitir segurança, conforto e ajuda aos/as pacientes.

Conforme Goularte et al, (2020), para ocorrer as visitas abertas em UTIs seria importante uma abordagem individualizada, compreendendo cada contexto social e cada quadro clínico, para saber o desejo de cada paciente, pois a principal necessidade é a do/a paciente que está hospitalizado/a, para possibilitar uma qualidade e melhoria em seu quadro clínico.

8. PORQUE A VISITA NÃO PODE SER ABERTA?

As visitas na UTI restrita ainda é uma lógica comum, são poucas as UTIs que funcionam com visita aberta tendo o seu acompanhante / familiar a todo instante. Para isso acontecer é necessário que gestores/as e equipe assistencial apoiem essa iniciativa, a fim de que o processo aconteça de forma organizada, com critérios e normas que garantam a segurança das pessoas e favoreçam o trabalho da equipe (EUGÊNIO et al, 2017). É necessário compreender que a visitação aberta é uma situação complexa e que, para além dela, deve considerar o melhor tratamento para o/a paciente que está hospitalizado.

A possibilidade de a visita ser aberta vem diante da proposta de humanização da assistência hospitalar (PNHAH, 2000), que constitui em uma maneira de garantir o elo entre o paciente e a sua rede de apoio familiar. Desse modo, o/a paciente não vai pensar que foi abandonado/a sem ter ninguém ao seu lado e assim pode minimizar sua angústia, sua tristeza e terá sua rede de apoio para conversar e ter o contato em cada momento (NASCIMENTO; SILVA, 2017).

Diante da minha experiência enquanto estagiária, muitos/as pacientes pediam para que suas mães ficassem com eles/as, que sentiam-se sozinhos/as principalmente no período da noite, intensificando níveis de ansiedade, taquicardia e insônia, que acabava resultando em piora clínica.

Nesse cenário de hospitalização em uma UTI, uma das necessidades dos familiares é ficar mais próximo de seu ente querido, como poder vê - lo/a com mais frequência. Para que isso ocorra é interessante pensar na flexibilização dos horários da visita dando oportunidade para as famílias se encontrarem mais, dentro das condições do contexto hospitalar. É observável que, muitos/as precisam de outras pessoas para irem ao hospital e ter um horário restrito acaba prejudicando essas visitas.

Mesmo que a presença dos familiares na UTI, provoque alterações no setor é importante os/as profissionais de saúde ter em mente que todos/as têm o mesmo objetivo que o/a paciente receba alta da UTI e, possivelmente, do hospital e ter seu familiar a todo instante no cuidado, ajuda nessa questão (NASCIMENTO; SILVA, 2017).

Desse modo, ter essa mudança de rotina da visita restrita para a visita aberta pode provocar desconforto e resistência por parte de alguns profissionais que atuam na UTI, visto que a presença dos familiares no setor pode alterar o cotidiano e provocar mudanças estruturais, desenhando novos espaços de interações sociais. Nesse sentido, é importante que os/as profissionais que trabalham na UTI, compreendam os benefícios que a visita traz para os familiares e os/as pacientes, por exemplo, a diminuição no nível de ansiedade no decorrer da hospitalização, poderia diminuir o número de solicitações dos/as profissionais que ali estão, pois muitas vezes os/as pacientes chama-os para conversas aleatórias e distrair um pouco nesse ambiente. (EUGÊNIO et al, 2017).

Para os/as pacientes ter o seu familiar ao seu lado, durante o percurso de hospitalização, ajuda a desenvolver sentimentos de proteção, conforto, força e, principalmente, sentirem-se acolhidos/as. Ter uma visita aberta seria positivo para os dois lados tanto para pacientes, quanto para familiares, pois não precisariam ficarem angustiados imaginando como estaria o seu ente querido. Já houve relatos dos familiares que ficavam mais angustiados em saber notícias dos/as pacientes quando estavam em casa, mas quando iam para a visita sentiam-se mais tranquilos, pois saiam do hospital sabendo como realmente se encontrava o estado geral. Seguramente, reduziria a ansiedade para ter novas notícias, pois

iria ter contato direto com os profissionais que estão cuidando dos seus/as familiares (NASCIMENTO; SILVA, 2017).

Segundo Eugênio et al, (2017), a visita familiar na UTI ainda não é aberta devido ao fato de que os serviços hospitalares e de enfermagem tem uma sobrecarga de trabalho, pela falta de recursos humanos, limitações de infra-estrutura, dentre outros. Notamos que houve avanço em termos do serviço da hotelaria e conforto à beira do leito, mas ainda há muito o que se conquistar sobre a qualidade do serviço em uma UTI, por exemplo, a inserção de televisores no setor como uma forma de distração enquanto o/a paciente está hospitalizado nesse setor.

Ainda conforme os autores supracitados, a presença de familiares em uma UTI deve ser valorizada, permitida, tendo em vista que os familiares ajudam a identificar as informações do contexto de vida, das necessidades de pacientes, promovendo a interação social e mantendo o elo afetivo, podendo ajudar o/a paciente na adaptação do local. Na busca de uma assistência com foco no/a paciente na adaptação do local, e também no/a paciente e sua família no alvo em melhorar a qualidade do tratamento, assim como a satisfação de ambos.

Contudo, cabe aos/as gestores/as hospitalares buscar estratégias de educação em serviço para qualificação dos/as profissionais para acolher os familiares, direcionando-os à comunicação eficaz, à demonstração de solidariedade com o sofrimento do outro, a fim de promover um vínculo entre a equipe, paciente e família.

Mediante o estudo de Goularte et al, (2020), compreendo que é papel do psicólogo/a discutir intervenções para amenizar o sofrimento e prevenir possíveis danos psicológicos aos/as pacientes e seus/as familiares, ao mesmo tempo que deve preservar a saúde dos trabalhadores/as envolvidos no processo de cuidado. Em suma, sugere-se que a visita aberta seja um facilitador da relação paciente-equipe-família, mas pode ser um estressor se não organizada adequadamente. É importante garantir espaços de troca entre profissionais, com capacitações de educação permanente e encontros regulares de discussão a respeito dos/as pacientes atendidos/as e da dinâmica institucional do setor.

Diante de uma leitura minuciosa, implementar a visita aberta contribui para a melhoria de sintomas como: agitação, ansiedade, delirium, fragilidade emocional e

promovendo o bem - estar, tanto do/a paciente, quanto de sua família, podendo ainda amenizar o estresse que permeia a hospitalização, e obter a melhora clínica do/a paciente.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), refere a família como o principal agente social de promoção de saúde e bem-estar, sendo cada vez mais possível ver resultados clínicos de que a família exerce forte influência no desenvolvimento e recuperação de doenças (BRASIL, 2012).

Para uma comunicação efetiva entende-se aquelas informações que são explicadas de modo claro e precisas, utilizando linguagem acessível em tempo adequado, compreensão do estado emocional e das diferentes formas de reação dos familiares, formação do vínculo, escuta, acolhimento e humanização. Ainda sugere, que a situação do quadro clínico seja informada juntamente com outros profissionais, com preferência àqueles que possuem maior vínculo com a família, para que isso ocorra é importante que os/as familiares sintam-se acolhidos pelos profissionais (MONTEIRO et al, 2021).

Os resultados tendiam quanto a opinião de que a Unidade de Terapia Intensiva é um ambiente hostil e de alta complexidade em seus serviços, desencadeando nos familiares dos/as pacientes uma condição de tensão, de acordo com as dúvidas vivenciadas a respeito da evolução satisfatória do quadro clínico.

É fundamental avaliar os benefícios que a presença do/a familiar, durante um período de internação pode causar ao/a paciente, como estaria com o seu familiar ao seu lado, além de tudo respeitar o desejo do/a paciente e seus/suas familiares, pois essa prática ajudaria na recuperação, diminuindo a ansiedade e o stress de cada indivíduo.

Desse modo cabe ao profissional de psicologia dar suporte e reconhecer os familiares como indivíduos que também sofrem e precisam de cuidados para oferecer uma assistência ao/a paciente, buscando identificar as necessidades presentes.

A permanência do/a acompanhante no ambiente da UTI deve ser vista como uma forma de inserir o/a familiar como uma pessoa ativa no processo de cuidado, nos momentos em que o/a paciente se encontra em situação emocional fragilizada.

Com isso, para ter a família junto com a pessoa internada, devemos incluir no processo de hospitalização, que esses familiares sintam-se acolhidos pelos/as profissionais

que estão cuidando da pessoa hospitalizada, sendo essencial uma comunicação efetiva com a equipe assistencial, de modo a torná-la parte do processo, pois a família adoece junto com o/a paciente que fica internado na UTI. Os familiares ficam a todo instante preocupados com o seu ente querido que está hospitalizado recebendo os tratamentos devidos.

Diante das leituras e da minha vivência no estágio em um ambiente da UTI, seria importante ter familiares junto com a pessoa internada, para oferecer um suporte, e assim também fortalecer o elo entre paciente e família e ainda possibilitar minimização dos níveis de ansiedade e angústia dos/as pacientes e familiares.

Enquanto produzia este relato fiquei refletindo sobre a comunicação dos/as profissionais de saúde para pacientes e famílias. O momento do Boletim Médico é singular nesta ilustração, pois é quando o/a médico/a fala com familiares acerca do quadro clínico do/a paciente. Geralmente, o boletim médico é após a visita. Pensando nas angústias dos/as familiares de querer ter informações, o boletim médico poderia ser passado antes da visita, possibilitando aos familiares saberem antecipadamente a situação clínica e se preparar melhor para realizar a visita. Após as informações serem repassadas teriam um tempinho para conversarem com os familiares presentes e se ficasse alguma dúvida após a visita poderia ter a oportunidade de falar com o/a médico novamente e não precisaria esperar mais 24h para tirar suas dúvidas.

É importante que familiares e pacientes sintam-se acolhidos/as enquanto estiverem no processo de hospitalização, pois através de uma assistência humanizada vão mostrar confiança, fortalecer a criação de vínculo, que são ferramentas importantes para oferecer suporte e apoio para as pessoas.

REFERÊNCIA

- ALMEIDA, R. A. MALAGRIS, L. E. N. A prática da psicologia da saúde. **Rev. SBPH**, Vol. 14, no 2, Rio de Janeiro - Jul/Dez - 2011.
- BATISTA, V. C. MONTESCHIO, L.V.C. GODOY, F.J. Necessidades de Familiares de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Fund Care Online**. 2019.
- BEUTER, M. BRONDANI, C. M. FLORES, R. G. PERLINI, N. M. O. G. PREDEBON, G. R. SANTOS. N.O. A visita de familiares em unidades intensivas na ótica da equipe de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**. São Paulo, 2011.
- BRASIL. **AprenderSUS: O SUS e os cursos de Graduação da Área da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília - DF, 09 de Agosto de 2004.
- BRASIL. **Política Nacional de Humanização**: A Humanização como eixo norteador das práticas de Atenção e Gestão em todas as instâncias do SUS. HumanizaSUS, série B. Textos Básicos de saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar**. Caderno de atenção domiciliar - vol.2. Brasília - DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSus: visita aberta e direito ao acompanhante**. 2 ed. Brasília, DF: MS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.432 , de 12 de agosto de 1988**. Brasília, 1988.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.271/2020, de 14 de fevereiro de 2020**. Brasília, 2020.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, Resolução CFP nº01400/2000, de 20 de dezembro de 2000. Brasília, 2000.

COELHO, M.E.M.; FERREIRA, A.C. Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. **Rev. bioét.** Belo Horizonte/MG, Brasil, 2015.

CANTARELLI, A. P. S. Novas abordagens da atuação do psicólogo no contexto hospitalar. **Rev. SBPH** v. 12 n. 2, Rio de Janeiro, dez., 2009.

EUGÊNIO, C. S.; FILHO, M. C. B.; SOUZA, E. N. Visita aberta em uti adulto: utopia ou realidade? **Rev. Enferm**, Jul/ Set, 2017.

FARIA, J. M. S.; SOUSA, P. P.; GOMES, M. J.P. O conforto do doente em cuidados intensivos - Revisão integrativa. **Rev. Enfermaria Global**, Portugal, Abril, 2016.

FELIX, T. A; et al. (2014). Prática da humanização na visita em unidade de terapia intensiva. **Revista Enfermagem Contemporânea**. Pg 143-153. Ceará, Dez 2014.

FILHO, N. A. Transdisciplinaridade e o paradigma pós – disciplinar na saúde. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.3, p.30-50, set-dez, 2005.

GALVÁN, G.B.; Equipes de Saúde: O desafio da Integração disciplinar. **Rev. Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar**, Vol. 10, n.2. Rio de Janeiro, dez.2007.

GOULARTE, P. N.; GABARRA, L. M.; MOREÍ, C. L. O. O. C.; A visita em Unidade de Terapia Intensiva Adulto: Perspectiva da Equipe Multiprofissional. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, jan./abr. 2020, p. 157-170.

MONTEIRO, D. T.; SIQUEIRA, A. C.; TRENTIN, L. S. Comunicação de notícias difíceis em uma Unidade de Oncologia Pediátrica. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil, - V. 41, nº 101, 2021, p. 205 - 216.

NASCIMENTO, F. G. P. SILVA, V, R. Importância da visita à criança em unidade de terapia intensiva pediátrica: Opinião dos acompanhantes. **Rev. enferm.** UFPE, Recife, Out, 2017.

PINTO, F.E.M. Psicologia hospitalar: breves incursões temáticas para uma (melhor) prática profissional. **Rev. SBPH** v.7 n.2 Rio de Janeiro dez. 2004.

ROQUETE, F. F.; AMORIM, M., M., A.; BARBOSA S. P.; SOUZA, D. C. M.; CARVALHO, D. V. Multidisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre

saberes no campo da saúde coletiva. **Rev. de enfermagem do centro do Oeste Mineiro**, 2012, set/dez. pg. 463 - 474.

RUMIN, C. R. Notas para a história da psicologia da Saúde. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 4, n. 1, p. 30-45, jun. 2013.

SOUZA, R. P. (Org). **Manual – rotinas de humanização em medicina intensiva**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

SPINK, M. J. Psicologia social e saúde: trabalhando com a complexidade. **Quaderns de psicologia**, vol.12, no 1.2010.

SPINK, M. J. Psicologia da Saúde – a estruturação de um novo campo de saber. In:SPINK, M. J. **Psicologia Social e Saúde – práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis: Ed.Vozes, 2003. p. 29-39.

SPINK, M. J. Malta,G,C. Psicologia da saúde - A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. **A Psicologia em diálogo com o SUS, prática profissional e produção acadêmica**. / Mary Jane Paris Spink (organizadora) . — São Paulo ; Casa do Psicólogo, 2010.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Vol. 15, 2010.

SANTIAGO, E.; YASUI. S. O trabalho como estratégia de atenção em saúde mental: um estudo documental. **Rev. Psicol. Saúde**, vol.12, no.3, Campo Grande, Jun./ Set. 2020.

TRUCHARTE, F. A. R.; KNIJNIK, R. B.; SEBASTIANI, R. W.; ANGERAMI, A. C. **Psicologia Hospitalar: teoria e prática**. 2. Ed. Revista e ampliada. São Paulo, 2010.