



**Fundação Presidente Antônio Carlos - FUPAC**  
**Graduação em Psicologia**

**A INTERVENÇÃO POSSÍVEL DO PSICÓLOGO JUNTO AOS FAMILIARES DE  
PACIENTES HOSPITALIZADOS**

*Possible psychologist intervention along the patients hospitalized's family*

Beatriz Terezinha Lopes de Andrade<sup>1</sup>, Cristiane Berriel Veroneze<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduanda do curso de graduação de Psicologia da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FAPAC

<sup>2</sup> Psicóloga. Especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde Universidade Federal de Juiz de Fora-UFJF; e Saúde Coletiva – UFJF; Psicanálise e Professora da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FAPAC

**RESUMO**

Este estudo visou compreender a necessidade da intervenção do psicólogo hospitalar com os familiares de pacientes hospitalizados, já que a família tem papel essencial na recuperação, manutenção do estado de saúde do membro adoecido e traz, ao hospital, todos seus anseios, medos e fantasia em relação à doença, à internação e ao familiar internado. Através de uma revisão bibliográfica, concluiu-se que a atuação do psicólogo hospitalar com a família se dá por meio de uma boa comunicação e interação, promovendo vínculos saudáveis da família com a equipe e com o próprio paciente. Sua atuação é efetiva com os familiares em termos prevenção em saúde mental. A diminuição do sofrimento familiar, a melhora da comunicação equipe-família-paciente e a promoção de estilos de enfrentamento da situação de crise vivenciada no momento da internação são alguns dos resultados possíveis da atuação do psicólogo hospitalar.

**Palavras chaves:** Família, hospital, internação, doença, sofrimento.

**ABSTRACT**

This study aim for understand the necessity for the intervention of the hospital psychologist with family members of hospitalized people, because the family has an essential role in the recovery, maintaining the health of the ill and they bring to the hospital, all your anxieties, fears and fantasy about the illness, the hospitalization and the ill relative. Through a literature review, it was concluded that the performance of hospital psychologists with the family is through a good communication and interaction, which promotes healthy family relationships with the team and with the patient. Its performance is effective to prevent the mental health of the family. Decreased family suffering, the improving communication of the team-patient-family and the styles promoting of crisis experienced at the moment of the admission, which are some possible results of the performance of hospital psychologists.

**Keywords:** Family, hospital, hospitalization, illness, suffering.

**Endereço para correspondência:** Beatriz Terezinha Lopes de Andrade  
Rua Eduardo de Paula Reis, 21, Centro. Rodeiro – MG. Cep- 36.510-000  
Email: [biia-lopes@hotmail.com](mailto:biia-lopes@hotmail.com)

## 1. INTRODUÇÃO

A intenção do presente artigo é de levantar alguns pontos de reflexão sobre a possível atuação do psicólogo hospitalar diante das famílias de pacientes internados, partindo-se da observação de que a discussão da atuação do psicólogo junto aos familiares é de essencial importância tão quanto o é junto aos pacientes (Camon, 2004).

Autores importantes da área da Psicologia Hospitalar e da saúde ressaltam que os familiares merecem cuidados especiais desde o instante em que são informados da internação e diagnóstico, sendo que esse momento tem um grande impacto sobre a família, que vê seu mundo desabando após descobrir que uma enfermidade potencialmente grave atingiu um de seus integrantes. Isso faz com que, em muitas situações, suas necessidades psicológicas ultrapassem as do enfermo. Dependendo da proporção das reações emocionais acarretadas, a ansiedade da família se torna um dos fatores de maior interferência no prognóstico e tratamento (Medeiros & Lustosa, 2011).

É importante frisar que as denominações de família foram empregadas levando em conta a pluralidade de composições, que compreendem laços consanguíneos ou não, as relações formalizadas por parentesco e os laços entre os integrantes (Schmidt, Gabarra & Gonçalves, 2011).

A missão de dar apoio e base para o sujeito internado acarreta em desgaste físico e emocional, fazendo com que em muitas circunstâncias os membros que cuidam do enfermo precisem de atendimento psicológico (Saldanha, Rosa & Cruz, 2013).

A situação de hospitalização, em geral, não tem a possibilidade de previsão antecipada à sua ocorrência, sendo, portanto, para a família, um evento único, que enquadrará todos em uma nova rede de interações e em uma nova característica existencial. O espaço vital da família e do paciente não será mais o mesmo, seus hábitos se transformarão, horários de refeições, de atividades cotidianas, etc. serão modificados. Uma nova realidade é imposta à família e esta não deixa de sofrer, de ter medo do novo, de tentar se adaptar ou mesmo de sucumbir ao sofrimento (Camon, 2004).

Neste íterim, no momento da hospitalização, a presença do psicólogo hospitalar torna-se essencial, e pode fazer a diferença neste instante existencial familiar (Camon, 2004).

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 As Reações da família frente à doença.

Durante a hospitalização de um membro, a família, em geral, sente insegurança, deseja um apoio efetivo, uma compreensão mais profunda da situação, um ambiente que possa lhe restituir o equilíbrio, a segurança, a força, enfim, a estabilidade (Lustosa, 2007).

Os familiares, ao receberem a notícia da enfermidade e/ou internação de um de seus integrantes, desestruturam-se, podendo, inclusive, desenvolver um certo tipo de patologia devido ao estresse (Camon, 2004).

É relevante destacar, que os familiares experimentam diferentes estágios de adaptação, parecidos com os descritos com referência aos doentes (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Assim, Kubler-Ross (2008), descreveu as fases pelas quais os doentes passam desde o momento em que adoecem e sabem do diagnóstico e outros autores começaram a ver semelhanças nas atitudes dos familiares, que passavam, paralelamente por processos emocionais semelhantes.

De início, pode ser que a família negue a realidade de que haja aquela enfermidade na família. Na circunstância em que o doente passa por um estágio de raiva, a família pode apresentar a mesma emoção (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Nesta fase de raiva muitos questionamentos solitários surgem no psiquismo da família também. Por que conosco? Raiva, ambivalência, conflitos, ressentimento – tudo são pertinentes a esta fase difícil de ser enfrentada, tanto pelos pacientes como pelos familiares e profissionais da saúde (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

A raiva do paciente é muito difícil de ser compreendida pela família, que pode incorrer no erro de julgá-la e até mesmo de se afastar do paciente em um momento em que ele precisa tanto de afeto e ajuda. Deve-se ao fato de esta raiva se propagar em todas as direções e projetar-se no ambiente muitas vezes sem razão plausível ou mesmo compreensível para os de fora da situação vivida. A família fica confusa, não sabe se dá afeto ou se fica afastada para não piorar as expressões de raiva (Kubler-Ross, 2008).

Essa projeção é maciça e intensa. Muitas das vezes, as pessoas mais próximas naquele momento da vida do paciente são alvos constantes da raiva dos pacientes. As visitas dos familiares são recebidas com pouco entusiasmo e sem muitas expectativas, com pouca conversa, poucos sorrisos, como se fossem encontros penosamente marcados. Isso desperta diversas reações nos familiares do paciente. Alguns se entregam ao choro e ao pesar, sentem

culpa ou humilhação; ou, então, evitam visitas futuras. Realmente não sabem muitas das vezes como agir e o que fazer diante de tal situação (Kuble-Ross, 2008).

A fase da barganha que Kuble Ross (2008) descreveu, como sendo uma espécie de troca imaginária que o paciente se propõe para suportar o sofrimento que a doença lhe impõe e sustentar a ilusão de que é possível prolongar de alguma maneira a vida por alguns dias ou meses ou até anos é vivenciada por vezes também pelos familiares segundo Mendes, Lustosa & Andrade (2009).

Trata-se de uma defesa que a família sustenta por um tempo, sendo uma tentativa de adiamento, como uma meta, incluindo uma promessa implícita de que não se pedirá outro adiamento da morte, caso o primeiro seja concedido (Lustosa & Andrade, 2009).

Quando a doença caminha para a terminalidade, toda a raiva, barganha, revolta cederá lugar a sentimentos de grande perda. Em última instância há a aceitação, segundo Kuble-Ross (2008), que também comenta que a esperança permeia durante todos os estágios, em diferentes níveis. As perdas são muitas. São perdas reais e simbólicas. A família entra em uma reação de depressão em reação à tudo o que o paciente está passando, bem como também a uma depressão preparatória para a própria morte (Prade; Casellato & Silva, 2008).

A estabilidade do sistema familiar é colocada à prova, podendo o ciclo de vida ser interrompido, fazendo com que a família perca suas possibilidades de se estabilizar-se e apresente sérias dificuldades de se reorganizar em virtude da perda de liberdade, do autocontrole, das mudanças de papéis necessários à rotina de uma internação, à sobrecarga de tarefas, sentimentos de desamparo, etc. (Azzi, S.G.F. & Andreoli, 2008).

Diante de tanto sofrimento, de tantas mudanças, a família que apresenta um de seus membros em situação de hospitalização deve ser assistida e acompanhada pelo profissional da área de psicologia (Camon, 2004).

Juntamente com o sujeito internado estão os familiares e suas relações sociais estabelecidas fora do ambiente hospitalar. A família sofre em algumas circunstâncias a mesma angústia que o sujeito hospitalizado na procura de informações sobre a enfermidade (Saldanha, Rosa & Cruz, 2013).

O funcionamento familiar se encontrava em equilíbrio e harmonia, porém agora terá que se reorganizar em função do sujeito que se encontra internado, encarando a readaptação dos hábitos domésticos e de visitas constantes ao hospital. Os sentimentos do sujeito hospitalizado irão se repercutir nos sentimentos da família e a estrutura psíquica desta é que vai manifestar se irá necessitar de um terceiro elemento para auxiliar na elaboração das situações de adaptação (Saldanha, Rosa & Cruz, 2013).

A família é um todo organizado e, desta maneira, quando um membro fica doente, outros também adoecerão. Portanto, o desenho familiar se desestrutura, sendo que os papéis de cada sujeito dessa família deverão se reorganizar. Por exemplo, se o homem da família ficar doente, pode acarretar em mudanças sutis ou dramáticas nos familiares e no ambiente da casa, ocasionando reações também nas crianças, o que acaba por aumentar obrigações e responsabilidades da mãe. De repente, esta se vê frente à realidade de ser mãe sozinha, com responsabilidades divididas antes com seu parceiro (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Os membros da família possuem necessidades específicas e mostram altas frequências de estresse, ansiedade e distúrbios do humor no decorrer do seguimento da internação, sendo que em casos de perda de um ente querido essas sensações persistem após o falecimento (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Um dos sentimentos mais penosos, ao se falar de morte, é a culpa. Quando uma enfermidade é diagnosticada como potencialmente fatal, não é raro a família se questionar se deve se culpar por isso. Dizer nessas circunstâncias para não sentirem culpa, não é satisfatório. Geralmente, podemos desvendar o motivo mais profundo desse sentimento de culpa ouvindo esses sujeitos com atenção e cuidado. É comum a família se culpar por causa de ressentimentos verdadeiros para com o paciente terminal. (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

O adoecimento de um dos integrantes da família simboliza uma ameaça à estrutura da família: o sistema, como um todo, vê-se abalado. Sendo que quando o sujeito é internado, principalmente na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), todo o equilíbrio da família é modificado (Moreira, Martins & Castro, 2012).

Com o sujeito internado na UTI, o vínculo dos membros da família fica interrompido, agravando ainda mais o desequilíbrio emocional. Os familiares passam a se sentir impotentes, desolados e culpados por não poderem prestar cuidados ao sujeito internado, provocando um aumento da angústia e ansiedade (Moreira, Martins & Castro, 2012).

Os familiares acabam “adoecendo” juntamente com o paciente internado e se desequilibram também em nível biopsicossocial intervindo de forma direta no enfrentamento da internação (Moreira, Martins & Castro, 2012).

## **2.2 As necessidades e demandas dos familiares**

Em qualquer situação que seja, para qualquer diagnóstico, a família sempre precisa dar um sentido à situação vivida por seu familiar adoecido. A busca por sentido é uma parte

essencial das preocupações familiares. Isso é inerente ao ser humano, assim como as reflexões sobre a morte e o significado da vida (Azzi, S.G.F. & Andreoli, 2008).

Neste sentido, a maior ferramenta para lidar com a família é manter uma boa comunicação. Ela tem sido focalizada como aspecto-chave para a melhora da qualidade dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo em que a equipe percebe que a família é importante para a recuperação do paciente, não sabe lidar com suas angustias, não sabe se comunicar com ela e isso faz com que ela passe a ser vista como uma presença incômoda, perturbadora da rotina hospitalar (Kitajima & Cosmo, 2008).

O ajustamento familiar pode ser influenciado pela idade do paciente, pelo diagnóstico e sua representação na família, pela estrutura geral do sistema familiar, por suas crenças, padrões de funcionamento, legados e segredos. A família, por isso, tem a necessidade de ser incluída no cuidado do paciente, bem como ter confiança e segurança nos cuidados oferecidos pela equipe de assistência e ter essa relação em manutenção feita pela própria equipe do hospital (Kitajima & Cosmo, 2008).

Molter *apud* Kitajima e Cosmo (2008), no final da década de 70, elaborou um questionário, que posteriormente foi adaptado e revisado para aplicação aqui no Brasil em 2002 – o Inventário das Necessidades e Estressores de Familiares de Terapia Intensiva (INEFTI), que identificou as principais necessidades familiares como estando relacionadas à comunicação e à informação. Os itens do questionário de destaque foram: ter as perguntas respondidas com franqueza, conversar com os médicos todos os dias, ser informado diariamente sobre a evolução do paciente e receber informações compreensíveis.

Nos momentos mais trágicos, que são os terminais, a família do doente têm necessidades específicas: estar ao lado do doente, sentir-se útil para este, ter noção das mudanças do quadro clínico; entender o que está sendo feito no cuidado e a razão; ter garantia do controle do sofrimento e da dor; estar seguro de que a decisão quanto à limitação do tratamento curativo foi apropriada; poder manifestar seus sentimentos e angustias; ser confrontado e confortado e achar um significado para o falecimento do doente (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Portanto, para que os familiares executem seus papéis de dar suporte à situação vivida pelo paciente, também necessitam de suporte físico e emocional, com uma conversa esclarecedora, um assento extra para o familiar tocar seu ente querido, um acolhimento em uma situação crítica (Inaba, Silva & Telles, 2005).

Por estas razões, seria importante se os hospitais, nas UTIs, possuíssem uma área para acomodar a família. Deveria haver cômodos onde os familiares pudessem se sentar, relaxar,

alimentar-se, compartilhar a solidão, e as vezes se consolar mutuamente nos intermináveis momentos de espera. Assistentes sociais e psicólogos deviam estar disponíveis, com um tempo hábil para cada um, e os médicos e enfermeiras deveriam visitar estas salas frequentemente, estando à disposição para resolver problemas e dúvidas com relação à saúde dos sujeitos hospitalizados (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Devido a isso, quanto mais os profissionais da área de psicologia hospitalar auxiliarem os familiares a extravasar estas emoções antes do falecimento do ente querido, mais confortados se sentirão (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Os familiares do sujeito enfermo devem ser levados em conta, tendo em vista o papel da família e suas reações durante o momento da hospitalização, especialmente em casos de terminalidade e morte. Os familiares decisivamente influenciam e contribuem nas reações do próprio sujeito doente. Além disso, alguns autores apontam que reconhecer a unidade família-paciente é essencial, levando-se em conta que, nas situações terminais, costumam aparecer problemas mal resolvidos de outros momentos da vida (Schmidt, Gabarra & Gonçalves, 2011).

Muitos membros da família sofrem com a carga psicológica e prática de cuidar, o que estende os prejuízos para além da experiência do cuidador. A família precisa distribuir as tarefas para prover cuidado, substituindo o papel de quem adoeceu dentro e fora de casa. Sentimentos de inadequação, impotência e resistência podem surgir pelo aparecimento de responsabilidades antes atribuídas a outros membros, tais como o cuidado da casa, das finanças, a educação dos filhos, etc. (Oliveira, 2010).

A maior necessidade de uma família é a de que a identidade familiar seja preservada. A situação de perda de uma organização de vida prévia não pode necessariamente terminar com os planejamentos futuros da família. Os valores, os hábitos e os papéis podem ser repensados e reformulados sem que a família se desmorone (Silveira *et al.*, 2005).

Entretanto, as necessidades da doença não podem superar as da família, devendo sempre haver um equilíbrio entre estas. A acomodação da família à doença gera disfunção potencial com suspensão das prioridades familiares além da doença, fazendo com que muitas vezes a organização familiar gire em torno da doença. Nessas situações, o ambiente familiar pode ficar focado em comportamentos protetores, sendo dada pouca ênfase para a vida fora da família, o que pode evoluir para a negligência do seu desenvolvimento normativo (Silveira *et al.*, 2005).

Os membros da família devem possuir objetivos pessoais durante essa fase de hospitalização de um de seus membros e isso nunca deve ser visto como algo que elimine o

esforço pela manutenção dos objetivos familiares coletivos, já que é este justamente o instrumento por meio do qual cada família, como um sistema, organiza-se e mantém sua identidade íntegra (Oliveira, 2010).

Neste sentido, deve-se tomar cuidado ao solicitar a presença constante de qualquer um dos familiares para permanecer ao lado do paciente. É importante ressaltar que os familiares também correm riscos de doenças físicas, além da insegurança, irritabilidade, que acabam por comprometer sua capacidade de decisão e auxílio ao membro da família que se encontra hospitalizado (Inaba, Silva & Telles, 2005). Assim como qualquer sujeito precisa descansar, refazer-se em termos de energia física, mental e emocional, a família também demanda em querer em alguns momentos sair do quarto do sujeito enfermo e viver uma rotina normal. Não se pode ser eficiente com a constante presença da enfermidade (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

O integrante da família não deve excluir todas as suas outras relações para permanecer de forma exclusiva ao lado do enfermo. As necessidades dos familiares irão variar desde o início da enfermidade, e irão continuar de diferentes formas até a recuperação do paciente ou, se for o caso, até um bom tempo após o falecimento (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

### **2.3 A intervenção do psicólogo hospitalar junto aos familiares**

O Psicólogo Hospitalar auxilia na elaboração de fantasias, medos e angústias próprios de uma situação crítica como a internação de um membro familiar, seja por uma doença crônica, ou por um episódio agudo, emergencial. Em suas intervenções, visa dar apoio para o enfrentamento da dor, sofrimento e medo da perda do membro da família. Apoia a reestruturação da estrutura da família que, nestas circunstâncias, pode ter sido muito abalada e estar comprometida para a vivência de todo esse momento de crise de uma forma adaptativa (Lustosa, 2007).

Os cuidados com a família são um dos pontos mais relevantes do cuidado global dos sujeitos internados. A forma de atuar do psicólogo deve se dar ao nível de comunicação, reforçando o trabalho estrutural e de adaptação da família para enfrentar a intensiva crise que se apresenta, o que pode levar a desestruturação. A forma de atuar deve ser direcionada em nível de atenção, apoio, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos e fortalecimento dos vínculos familiares (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

No ambiente hospitalar, em momentos terminais e de morte, o processo psicoterápico deve frisar a manifestação dos sentimentos, a melhoria da qualidade de vida e facilitar a

comunicação. Beneficiam-se dessas intervenções, tanto o sujeito em processo terminal quanto sua família, o que reduz a probabilidade de ocorrer sintomas psicopatológicos no futuro, como depressão e ansiedade, em decorrência da perda ou luto não elaborados (Schmidt, Gabarra & Gonçalves, 2011).

É relevante que tanto os familiares quanto o doente, tenham percepção de que a enfermidade não desestruturou de forma total o lar, nem impediu a família de momentos de lazer. Dessa maneira, a enfermidade pode permitir que o lar se adeque e transforme-se de forma gradual, se organizando para quando o sujeito enfermo não estiver mais presente (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Se não forem levados em consideração os familiares do paciente terminal, não se poderá ajuda-los de forma eficaz. No decorrer da doença, a família exerce papel predominante, e suas reações colaboram muito para a própria reação do sujeito enfermo (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

É de extrema importância que os familiares se encontrem envolvidos e informados sobre o progresso do tratamento. Sendo assim, o médico deve dar informações ao sujeito internado e a família sobre a verdadeira situação e cabe ao psicólogo trabalhar os conteúdos emocionais que surgem, as fantasias, os temores, as dúvidas, assim como assistir a família (Saldanha, Rosa & Cruz, 2013).

Outra tarefa essencial do psicólogo é detectar focos de ansiedade e de dúvidas entre os familiares, extinguindo-os ou diminuindo-os. Além dessas tarefas, este profissional também deve facilitar a aproximação dos familiares à equipe de saúde, facilitando comunicação entre eles, para que colaborem para o tratamento do paciente (Lustosa, 2007).

Ao serem inclusos no atendimento hospitalar pelo profissional da área de psicologia, os familiares tem um aumento nas suas condições emocionais para dar apoio ao sujeito internado, passando para este confiança e força e, proporcionando alívio para o sofrimento causado pelo afastamento do convívio familiar. Portanto, o atendimento pode diminuir a ansiedade dos familiares a fim se que se sintam mais relaxados em um ambiente desconhecido e de que se tornem beneficiados pelo processo de reestabelecimento do sujeito enfermo (Moreira, Martins & Castro, 2012).

Quando acontece a morte de um ente, a atenção e o cuidado com os familiares devem prosseguir. Deve-se facilitar que os familiares se expressem, chorem, desabafem, se necessário. Se deve permitir que participem, conversem, mas é de suma importância se mostrar sempre disponível. É extensa a fase do luto que se tem a frente, quando foram solucionados os problemas com o ente que faleceu. É necessário auxílio e assistência, desde

quando confirmado o chamado “diagnóstico desfavorável”, até os meses após o falecimento do integrante da família (Mendes, Lustosa & Andrade, 2009).

Medeiros e Lustosa (2011) ressaltam que é relevante o trabalho do psicólogo para facilitar a comunicação dos familiares com o paciente, para que se possa, muitas das vezes, ajudar na resolução de circunstâncias situações emocionais muitas das vezes vivenciadas como difíceis durante o convívio anterior à chegada de uma doença terminal.

O psicólogo é responsável por promover uma proximidade entre os familiares e a equipe interdisciplinar, facilitar a comunicação entre estes e fortificar elos de confiança (Moreira, Martins & Castro, 2012).

De acordo com Medeiros e Lustosa (2011), reconhecer a necessidade e encaminhar, quando preciso, a família para uma terapia familiar faz parte de um trabalho efetivo do psicólogo hospitalar.

Segundo Doca e Junior (2007), no caso de internação de crianças, o treinamento com os cuidadores é de suma importância, pois tanto os pais quanto as crianças são submetidos a momentos de estresse, principalmente aqueles expostos a episódios recorrentes de internação da criança. Os autores propõem o uso da técnica SPIN (Stress-Point Intervention by Nurses), esta é dividida em três momentos: (a) reconhecer o foco de estresse dos familiares no momento de internação da criança; (b) bolar uma estratégia de intervenção específica para resolver o foco identificado; (c) acompanhamento sistemático para analisar as consequências da intervenção. Os autores destacaram que com as técnicas SPIN os familiares passaram a utilizar mecanismos mais eficazes para enfrentar momentos de estresse e passaram a demonstrar satisfação com seu próprio funcionamento.

No processo de internação de crianças, se os pais estão seguros diante das informações, tendo conhecimento do diagnóstico, prognóstico e demais informações, conseguem dar mais apoio à criança (Broering & Crepaldi, 2008).

No setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o profissional da área de psicologia deve estar atento para a forma como os familiares chegam até esta, pois geralmente, sentem-se perdidos e temendo o que irão encontrar. É apropriado que o psicólogo prepare e dê segurança aos familiares para poder ver e estar com o sujeito internado, ficar ao lado dele ou escolher, do ponto de vista emocional, um integrante que possa visitar e ser o interlocutor dos membros da família (Moreira, Martins & Castro, 2012).

No ambiente hospitalar, é relevante que o psicólogo auxilie na reorganização de papéis no convívio entre os familiares para que estes possam reestruturar o núcleo da família diante do momento atual com menos sofrimento emocional (Moreira, Martins & Castro, 2012).

É preciso falar o provável para a família, deixá-la ciente da gravidade da situação do paciente, por meio de informações corretas e sempre nos certificando do seu entendimento, ou seja, verificar se está claro, se estão entendendo as informações passadas, é também importante buscar encorajá-los na sua tomada de decisões (Silveira et al., 2005)

De acordo com Maruiti e Galdeano (2007), se sabe que a ausência de informações e a incerteza constituem importantes fontes de ansiedade em pacientes e suas famílias. A incerteza geralmente acarreta em apreensão e ansiedade na família, que aguarda aflita o momento da visita para retirar dúvidas e, preferencialmente, receber notícias boas. Nessa circunstância, ‘notícias boas’ se definem por informações ligada à melhora do estado clínico do paciente, ao aumento da possibilidade de cura e redução do risco de falecimento do ente querido.

A esperança da família de receber ‘notícias boas’ é sempre grande, porém, os profissionais devem ter o compromisso ético dar notícias verdadeiras, independente de serem boas ou más. Para isso, deve-se ter habilidade e sensibilidade para notar a capacidade do paciente e sua família de entender as informações e enfrentar a situação vivida, sendo que, informar uma verdade de forma imprópria, por um profissional despreparado, pode ser tão prejudicial como escondê-la (Maruiti & Galdeano, 2007).

Muitas das vezes, o desequilíbrio da família é tão grande que não conseguem compreender os procedimentos do hospital e nem as informações dadas sobre o tratamento do sujeito hospitalizado. Nessa situação, torna-se relevante que o profissional da área de psicologia atente-se a essa dinâmica e mostre à equipe médica qual é o sujeito da família mais centrado para receber as instruções diagnósticas e terapêuticas (Guedes, 2006).

Campos (2006) traz a experiência com grupos que chamou de grupos de suporte psicológico e os utiliza para pessoas que vivenciam uma determinada situação comum, como um trabalho que permite, a partir do compartilhamento de emoções e experiências, a melhor elaboração psicológica e lida com o sofrimento psíquico. Ele realiza grupos de suporte psicológico em ambulatórios e hospitais gerais e ressalta que esta é uma boa estratégia para o psicólogo hospitalar atingir um maior número de pessoas em um setor onde a demanda é intensa, como salas de espera de UTI.

Segundo Yalom (2006), na modalidade grupal, o terapeuta age como facilitador da participação e interação dos membros, de modo que eles possam expressar livremente seus pensamentos e emoções. É fortalecendo a ligação emocional entre eles, o sentimento de que não vivenciam uma situação sozinhos, compartilhando vivências e até mesmo retificando experiências subjetivas. Familiares que expressam sua dor no momento da hospitalização se

tornam mais fortes e aptos a ajudarem seus membros adoecidos (Prade, Casellato & Silva, 2008).

Quando um membro da família adoecer, todos adoecem juntos e veem ao hospital. Existe uma sobrecarga emocional e física, já que os papéis que os membros assumiam no sistema familiar são alterados, cuidador ou cuidadores são eleitos, o que altera a qualidade e o funcionamento familiar (Prade, Casellato & Silva, 2008).

O psicólogo Hospitalar deve se perguntar, em um trabalho possível com a família: Quais crenças e significados a família traz aos problemas de saúde do paciente? A doença do paciente se tornou parte dos conflitos familiares? Como os outros relacionamentos familiares estão sendo tratados? Como a família lida com a equipe de cuidados do hospital? Até que ponto a rede social da família lhe dá apoio? A família tem como suporte crenças ou alguma forma de apoio espiritual? (Azzi, S.G.F. & Andreoli, 2008).

O Psicólogo Hospitalar assume uma interessante função que permeia um ponto de referência entre Saúde e Doença. Sua presença se faz relevante para o apoio psicológico aos familiares do sujeito internado, sendo assim um importante agente psicofilático, ou seja, que promove o desenvolvimento das potencialidades, seu amadurecimento com perspectiva de circunstâncias futuras, continuação desta presente, ou novas situações de enfermidade a serem enfrentadas pelo mesmo núcleo familiar (Lustosa, 2007).

Portando, a presença do psicólogo hospitalar se faz essencial, pois tem como foco fazer uma escuta especializada, ter acesso às necessidades dos familiares, planejar e executar intervenções para o bem-estar da família (Moreira, Martins & Castro, 2012).

Acompanhar a família possibilita a este profissional observar o momento e a forma mais apropriada para intervir, levando em conta as características emocionais de cada membro da família, bem como auxiliar na realização do enfrentamento dessa etapa da vida (Medeiros & Lustosa, 2011).

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que os familiares no momento da internação de algum de seus membros merecem atenção e cuidados, pois dar suporte ao sujeito que se encontra internado pode gerar desgaste físico e emocional. Muitas vezes, as necessidades psicológicas da família podem ultrapassar as do sujeito enfermo, portanto, necessitando da intervenção essencial do psicólogo hospitalar.

No momento da internação de um membro da família, geralmente esta passa por vários estágios de sentimentos e emoções, que são projetadas no paciente e também sofre as reações do mesmo em relação à sua experiência de adoecimento. Um interfere no outro e a relação paciente-família parece ser essencial na recuperação e prognóstico do membro adoecido.

A atuação do psicólogo hospitalar em relação à família se dá na elaboração de fantasias, angústias e medos próprios deste momento angustiante que é a internação de um ente querido. Nas suas intervenções, busca dar apoio para o enfrentamento da dor, sofrimento e medo da perda do sujeito internado. Seu trabalho caminha sempre na direção de uma possível reestruturação da estrutura familiar que, nesta situação, pode ser abalada e vivenciar uma crise, deixando de se adaptar funcional e emocionalmente à situação de adoecimento e hospitalização.

Desta forma a importância do Psicólogo para dar suporte à família torna-se indiscutível. É relevante que este profissional dê auxílio aos familiares para que se possa também contribuir para a melhora do paciente, pois sabe-se que a família influencia de forma direta no estado de saúde de um de seus membros. Portanto, é importante que esta esteja bem fisicamente e emocionalmente para contribuir para a melhora do sujeito enfermo, já que se ele nunca adoecer sozinho, também não melhora só.

#### 4. REFERÊNCIAS

- Azzi, S.G.F; Andreoli, P.B.A (2008). O Cuidado da Criança Hospitalizada com doença grave e sua família. In: Knobel, E. *Psicologia e humanização- assistência aos pacientes graves* São Paulo: Atheneu.
- Broering C. V & Crepaldi, M. A. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18(39), 61-72.
- Camon, V. A.A. (2004). Pacientes terminais: Um breve esboço. In: *Tendências em Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Campos, E. P. (2006). Equipe de Saúde: Cuidadores sob tensão. *Epistemo-somática* v.3 n.2, Belo Horizonte dez.
- Doca F. N. P. & Costa Jr. A. L. (2007). Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. *Paidéia*, 17(37), 167-179.
- Guedes, C. R. (2006). A supervisão de estágio em psicologia hospitalar no curso de graduação: relato de uma experiência. *Psicol. Cienc. Prof.*, (26), 1-7.
- Inaba L. C., Silva M. J. P. & Telles S. C. R. (2005). Paciente crítico e comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 39(4), 423-429.
- Kitajima, K.; Cosmo, M.(2008).Comunicação entre Paciente, Família e equipe no CTI. In: Knobel, E. *Psicologia e humanização- assistência aos pacientes graves* São Paulo: Atheneu.
- Kubler-Ross, E.(2008). Sobre a Morte e o Morrer. 9. ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Lustosa, M. A. (2007). A família do paciente internado. *Revista SBPH*, (10), 1-3.
- Maruti M. R. & Galdeano L. E. (2007). Necessidades de familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta paul. Enferm.*, (20), 1-9.
- Medeiros, L. A. & Lustosa, M. A. (2011). A difícil tarefa de falar sobre morte no hospital. *Revista SBPH*, (14), 1-10.
- Mendes J. A., Lustosa M. A. & Andrade M. C. M. (2009). Paciente terminal, família e equipe de saúde. *Revista SBPH*, (12), 1-11.
- Moreira E. K. C. B., Martins T. M. & Castro M. M. (2012). Representação social da psicologia hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em unidade de terapia intensiva. *Revista SBPH*, (15), 1-12.

Oliveira, S.G. (2010). *Representações Sociais da internação domiciliar na terminalidade: o olhar do cuidador familiar*.124p. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós Graduação de Enfermagem, RS.

Prade, C.F. Caselatto, G. & Silva, A.L.M.(2008). Cuidados paliativos e Comportamento perante a Morte. In: Knobel,E.(org.) *Psicologia e humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Atheneu.

Saldanha S. V. S., Rosa A. B. & Cruz L. R. (2013). O psicólogo clínico e a equipe multidisciplinar no Hospital Santa Cruz. *Revista SBPH*, (16), 1-8.

Schmidt B., Gabarra L. M. & Gonçalves J. R. (2011). Intervenção psicológica em terminalidade e morte: relato de experiência. *Paidéia*, (21), 1-9.

Silveira et al. (2005). Uma tentativa de humanizar e relação da equipe de enfermagem com a família de pacientes internados na UTI. *Texto Contexto Enferm.*, (14), 125-130.

Yalom, I. D.(2006). *Psicoterapia de Grupo: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.