

Quatro Estações Instituto de Psicologia
Curso de Especialização em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

“A ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO LUTO EM UNIDADES DE
TERAPIA INTENSIVA – UMA REVISÃO DE LITERATURA”

Aluna: Lais Vilasbôas Azevedo
Orientadora: Valéria Tinoco

São Paulo
Junho de 2016

Lais Vilasbôas Azevedo

TÍTULO: “A ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA AO LUTO EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA – UMA REVISÃO DE LITERATURA”

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Quatro Estações - Instituto de Psicologia, como requisito para obtenção do Título de Especialização em Teoria, Pesquisa e Intervenção em Luto, sob orientação da Profa. Dra. Valéria Tinoco.

São Paulo
Junho de 2016

AZEVEDO, LAIS VILASBÔAS

A assistência psicológica ao luto em Unidades de Terapia Intensiva - Uma Revisão de Literatura, São Paulo, Brasil / Lais Vilasbôas Azevedo — São Paulo, 2016.

Trabalho de Conclusão de Curso – Quatro Estações Instituto de Psicologia
Título em inglês: Psychological assistance to grieving in Intensive Care Units

Descritores: Unidades de Terapia Intensiva; Qualidade da Assistência em Saúde; Psicologia; Luto;
Key-word: Intensive Care Units; Quality of Health Care; Psychology; Grief; Bereavement

Folha de Aprovação

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Teoria, pesquisa e intervenção em Luto” do Instituto Quatro Estações de Psicologia, avaliado e aprovado com nota final dez.

Certificado registrado na Secretaria, sob o nº 925, no livro 3, folha 28.

São Paulo, 22 de Agosto de 2016

Dedicatória

Minha decisão por dar início a um curso de especialização em Teoria, Pesquisa e Intervenção no Luto, se baseou na ideia de que esta auxiliaria o trabalho que realizei e realizo junto à pacientes e famílias em hospitais e UTIs.

Cedo percebi que o que estava em jogo naqueles ambientes é a perda, grandes perdas.

Através da oportunidade deste curso, tão logo também percebi que a dedicação a este estudo nos traz muito mais que um repertório técnico e profissional. O que recebi desta formação foi um conhecimentos e vivências que me modificaram como psicóloga e como ser humano. Modificaram minha forma de olhar e estar no mundo.

Gratidão primeira e essencial aos meus pais, por tornarem isto possível. Por desde o início e até os dias de hoje me apoiarem em tudo.

Agradeço as incríveis professoras que coordenam o Quatro Estações Instituto de Psicologia, e este curso, Gabriela Casellato, Luciana Mazorra, Maria Helena Franco e Valéria Tinoco, que me impressionaram com a força de seu conhecimento e de suas experiências.

Uma nota à Maria Helena Franco, pela adicional honra e privilégio da oportunidade de aprender de perto. Pelos inspiradores dias em que pude receber o seu olhar clínico nas supervisões. Continuarei tentando carregar todos os seus ensinamentos, todas as suas palavras (ditas ou escritas) pela vida. Quando encontramos um mestre, o que temos é a formação de um vínculo contínuo.

À Valéria Tinoco pela paciência, gentileza e incentivo em todas as etapas de escrita deste trabalho!

À Gustavo, minha base segura. Aquele que tornou absolutamente tudo que eu fiz em São Paulo possível. Meu companheiro de sonhos e de vida.

Dedico este trabalho a minha Tia Zildir cuja vida transformou a mim, a minha família e a de todas as pessoas que cruzaram seu caminho. Por sua vida e sua memória. Ao partir, Zildir nos deixou com a viva certeza de que “quem amamos uma vez nunca se vai para sempre — está sempre vivo dentro de nós”.

Salvador, 24 de Abril de 2016

Sumário

Introdução.....	7
Justificativa.....	13
Objetivo.....	14
Método.....	15
Resultados.....	16
Discussão.....	19
Conclusão.....	28
Referências.....	30

Introdução

I. O cenário: Unidades de Terapia Intensiva – *Intensivos paradoxos*

O Ministério da Saúde, através de sua Resolução de número 7 de Fevereiro de 2010, define as Unidades de Terapia Intensiva como:

“A área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia” (BRASIL, 2010 – Ministério da Saúde).

As UTIs são portanto, locais de tratamento por excelência de pacientes gravemente enfermos e em estados críticos de saúde. Na contemporaneidade, tornaram-se uma sede importante de avanços tecnológicos de saúde e de manutenção da vida. Conforme Oliveira é neste local que “são atendidos os casos de pessoas que se encontram em uma situação limite (entre a vida e a morte) e necessitam de recursos técnicos e humanos especializados para sua recuperação” (OLIVEIRA, 2002).

A autora Mayla Cosmo Monteiro nos traz a contribuição de que:

“No imaginário popular essas unidades carregam o estigma de “lugar de morte e sofrimento”. É comum encontrar em pacientes e seus familiares, a associação entre internação em UTI e sentença de morte, suscitando angústia e ansiedade, muitas vezes, cabendo aos membros da equipe multiprofissional desmitificar esse ambiente.” (MONTEIRO, 2015).

Os resultados obtidos do estudo de Guirardello e suas colaboradoras, realizado com dez pacientes que passaram pela experiência de internação em Unidade de Terapia Intensiva, também corroboram com essa tendência da identificação destes locais com ideias de sofrimento e morte (GUIRARDELLO et al., 1999)

As UTIs historicamente foram concebidas para salvar pacientes em estado crítico de saúde (MONTEIRO, 2015) e “de modo geral são locais onde se internam

doentes graves que ainda têm um prognóstico favorável para viver” (OLIVEIRA, 2002).

Para Oliveira e colaboradores, tomando por base dados científicos da literatura nacional e internacional, “a Unidade de Terapia Intensiva é sinônimo de gravidade a apresenta uma taxa de mortalidade entre 5,4 e 33%” (ABELHA et al., 2006; WILLIAMS et al., 2005; FRIEDRICH; WILSON; CHANT, 2006; LAUPLAND et al., 2006 *apud* OLIVEIRA et al., 2010).

Com base nas referências destas estatísticas, entendemos que embora estes números não informem uma maioria absoluta, são percentuais de morte dignos de nota. Ademais, o próprio processo de internação numa Unidade de Terapia Intensiva, mesmo nos casos em que não se tenha como desfecho a morte, pode ser considerado um evento de impacto. Pacientes, equipes de saúde e familiares, precisam ajustar-se à situações de gravidade, criticidade e emergência.

A partir deste encontro inexato entre concepção histórica e transformações contemporâneas, entre as premissas filosóficas e metas *versus* os reais resultados obtidos na realidade das Unidades de Terapia Intensiva, se instalam **intensivos paradoxos**. Isto é: “a UTI surge como um lugar de possibilidade de vida, embora o risco da morte seja constante.” (OLIVEIRA, 2002) e “à despeito de todo o aparato tecnológico disponível neste setor, a morte se faz presente” (MONTEIRO, 2015).

O curso dos últimos séculos coloca a Medicina como saber que detém a autoridade sobre as noções de vida e morte. A instituição hospitalar e as UTIs tornaram-se foco de investigação científica, debates bioéticos e críticas sobre sua concepção e processos de cuidado (MENEZES, 2000). Este cenário favoreceu os crescentes questionamentos sobre como nortearmos o cuidado em saúde, pois dispomos de recursos de alta complexidade para salvar e recuperar vidas, mas também incorremos no risco do prolongamento da morte e do sofrimento em processos de adoecimentos progressivos e irreversíveis.

Conforme nos descreve Nieri, os conceitos e práticas de Cuidados Paliativos surgiram na Inglaterra na Década de 60 como consequência da percepção e da crítica do cuidado em saúde focado na manutenção da vida sem qualidade, da futilidade e da obstinação terapêutica, através do emprego de recursos tecnológicos e aparatos em saúde desproporcionais nos cuidados de doentes incuráveis (NIERI, 2012).

Expoente nesta temática, faz-se necessário mencionar o nome de Cicely Saunders e o paradigma para o cuidado em saúde, inaugurado através da filosofia Hospice.

II. Os atores: Psicólogos diante da UTI – Morte, perdas e luto no cotidiano

Segundo Faraj e suas colaboradoras:

“O psicólogo, desde a legitimação da profissão, vem atuando na área da saúde, inicialmente no âmbito hospitalar e, posteriormente, em diversos contextos do sistema de saúde, como ambulatórios, clínicas, universidades, entre outros. Nesse panorama, entende-se que a temática da morte faz parte do cotidiano profissional, seja na clínica, no hospital ou nas demais áreas de atuação (FARAJ et al., 2013).

Andreolli² aponta que a descoberta científica dos altos índices de alterações emocionais nos pacientes de UTI, associadas às demandas de cuidado de suas famílias, chamaram a atenção da comunidade médica da necessidade de olhar as Unidades de Terapia Intensiva como um *locus* de sofrimento psíquico (ANDREOLLI, 2008). Esta constatação permitiu a entrada e a ratificação da importância da presença do psicólogo na UTI.

Amparada em uma herança científica (Hinton, 1963; Mount et al., 1974 *apud* Dunlop e Hockley, 1990), Tinoco ressalta:

"A necessidade da existência de um trabalho psicológico dentro das instituições hospitalares, na medida em que é essencial não negar as angústias e medos que pensar sobre a morte provoca e sim, facilitar a expressão dos sentimentos e a comunicação entre todos os envolvidos: equipe, paciente e família" (TINOCO, 1997).

Aponta ainda, citando Maria Júlia Kovács: "após a morte de um paciente no hospital, o psicólogo deve ficar atento às reações de luto que da família. Deve estar apto a escutar, perceber as necessidades e estar disponível para este 'contato íntimo'". (KOVÁCS, 1992 *apud*. TINOCO, 1997).

Para Andreolli, o fazer da Psicologia nas Unidades de Terapia Intensiva pode ser ampliado e aprofundado à partir da possibilidade que este acolha o impacto emocional do “estar em UTI” entre todos os atores envolvidos neste contexto, o que envolve a assistência da tríade: paciente, família e equipe multiprofissional de saúde (ANDREOLLI, 2008).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde atualiza a definição de Cuidado Paliativo como:

“A abordagem de cuidado em saúde que melhora a qualidade de vida de pacientes e famílias que enfrentam tratamentos de saúde, através da prevenção e alívio do sofrimento, o que significa identificar e avaliar precocemente e promover um tratamento impecável da dor e de problemas físicos, psicológicos e espirituais” (WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Esta nova diretriz mundial preconiza ainda o “suporte ao sistema familiar, auxiliando no enfrentamento do adoecimento e do luto” (WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014). Complementarmente, na concepção de Arrais e Mourão (2013): “é nosso papel como psicólogos hospitalares favorecer para o luto possa ser elaborado” (ARRAIS; MOURÃO, 2013).

III. A cena: Luto(s) e UTI(s)

Fridh considera que perder um ente querido na UTI é um dos eventos mais estressantes que uma pessoa pode enfrentar. Um acontecimento de grande impacto emocional, transformador da experiência de vida e que será lembrado pelos familiares que o acompanharam para sempre (FRIDH, 2014).

Nas palavras de Monteiro: “a morte e a ameaça de perda promovem desequilíbrio no sistema familiar, fazendo emergir sensações impotência, fragilidade e de vulnerabilidade” (MONTEIRO, 2015)

Além das mortes propriamente ditas, temos este ambiente também como uma sede de processos de outros lutos e perdas relevantes para pacientes e famílias que vivem essa experiência de internação.

A entrada numa UTI demarca algo que Guirardello e suas colaboradoras, assim como outras autoras da área de Psicologia Hospitalar denominam como

“despersonalização do ser” (GUIARDELLO et al 1999). O paciente é lançado em um ambiente estranho, onde perde seu papel social, e na grande maioria dos casos sua autonomia. A gravidade do quadro clínico impõe ao sujeito, em geral, estados de grande dependência do auxílio de aparelhos e de profissionais.

Estas perdas – destacadamente, de saúde e autonomia – desencadeadas no processo de internação na UTI, podem ter um caráter transitório ou definitivo.

Segundo Souza, Moura e Pedroso, tomando por base as definições de Parkes, o luto em seu curso normal pode ser definido como as respostas bipossicossocais encontradas pelo sujeito diante da ruptura de um vínculo significativo. (PARKES 1998 *apud* SOUZA; MOURA; PEDROSO, 2010). No escopo de perdas significativas, estão incluídas a perda de um ente querido (ou o luto por morte), mas também outros processos de perda.

Complementarmente, Kovács e Alves, prefaciando o livro “Perdas compartilhadas” (organizado por Gradella e Santabaumgartner) assinalam que “o luto é um processo para assimilação de uma perda e reorganização da vida” (KOVÁCS; ALVES, 2014).

Ferreira e Mendes discutem ainda que um dos focos da atuação do psicólogo em UTI deve ser o cuidado ao desamparo. Para estas autoras, o desamparo é uma condição que pela disposição física e do tratamento imposto pela UTI, torna-se mais suscetível. Para estas autoras, esse sentimento está na base de uma posição depressiva, “de um estado psicológico que destrói a motivação” e pode comprometer seriamente o enfrentamento e o processo de recuperação com um todo (FERREIRA E MENDES, 2013).

Por fim, em termos teórico-científicos, frequentemente discutimos “O Hospital” – como uma macro-categoria. Este conceito agrega aspectos históricos e institucionais de caráter mais ou menos comum e permanente. De maneira semelhante, “A UTI”, enquanto categoria científica carregará suas permanências. A realidade empírica, no entanto, nos revela a complexidade, isto é a existência de uma ampla gama de “UTIs” (no plural). No exercício de nos aproximar, verificaremos um amplo espectro de realidades institucionais que merecem nossa investigação e aguardam nossas descobertas.

Oliveira corrobora com este entendimento, afirmando que as diferentes Unidades de Terapia Intensiva vão possuir “particularidades e termos específicos em sua rotina” (OLIVEIRA, 2002), Mudando-se um único elemento desta dinâmica,

podemos estar diante de cenário com aspectos significativamente distintos. Este delineamento está sujeito a questões de ordem social, cultural, política de cada instituição, capacidade e recursos tecnológicos, formação e o perfil dos profissionais de saúde intensivistas que operam os processos.

Nas palavras de Simonetti (2011), citado por Ferreira e Mendes:

“Tudo é intenso em uma UTI: o tratamento, os riscos, as emoções, o trabalho e a esperança. É o lugar onde se faz necessário criar canais de escoamento dessas intensidades por meio da palavra falada” (SIMONETTI, 2011 *APUD* FERREIRA E MENDES, 2013).

Somos convocados, portanto, para dispormos de nosso ensinamento preliminar e base de nossa clínica: a escuta técnica. Ademais, pela intensidade e impactos que esta experiência de internação geram, os psicólogos também são convocados à colocar-se em prontidão para situações de crise e emergência, de sofrimento agudo e intenso, de perdas e mortes.

Justificativa

Há evidências disponíveis na literatura científica que pacientes que necessitam de Cuidados Intensivos correm um risco elevado de experimentar estresse psicológico, desenvolver alguma forma de sintoma ou adoecimento psíquico, morbidades e transtornos (PERIS et al., 2011). Mais recentemente, a inserção dos psicólogos neste espaço favorece para a elaboração de recursos técnicos que operem no sofrimento e no enfrentamento psicológico dos processos de saúde e doença. O trabalho dos psicólogos em Unidades de Terapia Intensiva pode impactar positivamente nas dimensões psíquicas do adoecer e tem relevante potencial na redução de agravos de saúde em geral.

Entende-se portanto, que as Unidades de Terapia Intensiva, por colocarem o sujeito e famílias constantemente diante de ameaças de perdas e perdas reais, tornam-se locais de potencial de sofrimento e de riscos à saúde psíquica dos indivíduos.

Para SOUZA, MOURA E CORREA:

“Frente à possibilidade de tantas perdas significativas, o sentimento de luto se apresenta como uma reação esperada, um processo singular em que a pessoa busca significados próprios da perda, do adoecimento, da morte de um ente querido” (SOUZA; MOURA; CORRÊA, 2009),

Nas palavras de Rolland (1989), “a antecipação da perda de um familiar em função de uma doença física pode ser tão dolorosa e perturbadora para os membros da família quanto a morte propriamente dita” (Rolland, 1989).

Bowlby acrescenta ainda, que os processos de luto são vivenciados e dolorosos também por aqueles que o observam e acompanham – aqui, contemplamos além da experiência dos familiares, a vivência da equipe multiprofissional de saúde (BOWLBY, 1998).

Este estudo de revisão parte de uma premissa de que quanto melhor capacitados para atuar neste ambiente, maior o potencial de promoção de saúde por parte do profissional da Psicologia.

Justifica-se assim, portanto, a importância de oferecer um panorama de estudos recentes sobre a prática dos psicólogos diante das situações de luto em Unidades de Terapia Intensiva.

Objetivos

I. Objetivo Geral

Tendo por base a discussão dos temas anteriores, o objetivo desta revisão é de analisar quais são as contribuições da Psicologia na assistência ao Luto em Unidades de Terapia Intensiva,

II. Objetivos Específicos

Como objetivos específicos, e temas na análise propostos, delimita-se:

- i. Realizar um levantamento de quais modalidades de assistência psicológica são propostas frente à demanda do Luto em Unidades de Terapia Intensiva.

Neste tópico, pretende-se ainda abarcar a comparação de similaridades e diferenças na assistência psicológica ao Luto nos diferentes tipos de Unidade de Terapia Intensiva – Neonatal, Pediátrica e UTI do Adulto.

- ii. Avaliar quais tipos de Luto são contemplados pela literatura científica nos artigos que tratam da assistência psicológica ao Luto em Unidades de Terapia Intensiva.

Isto é, investigar se a literatura científica nacional e internacional se dedica somente sobre o tema do Luto por morte, ou contempla outras formas de Luto e perdas significativas sendo assistidas por psicólogos nas UTIs.

Método

Este trabalho realiza uma revisão integrativa da literatura, através das bases de dados PubMed e da Biblioteca Virtual de Saúde na base de dados Periódicos em Psicologia - Pepsic.

Na definição de Whitemore a Revisão Integrativa é um método que permite a inclusão de estudos com diversos tipos de metodologia, o que contribui para uma visão de perspectivas variadas sobre um determinado fenômeno científico. Trata-se de uma técnica com potencial agregador do conhecimento baseado em evidências (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Adotou-se o procedimento de revisão proposto pelo mesmo autor, que consiste em: I) Definir uma questão de pesquisa; II) Realizar as buscas na literatura científica; III) Avaliar e sintetizar os dados encontrados e IV) Apresentá-los (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Para orientar o levantamento de artigos, a pergunta de pesquisa formulada a ser respondida por esta revisão é: *Qual o conhecimento científico disponível na literatura nacional e internacional à respeito do trabalho do psicólogo na assistência ao luto em Unidades de Terapia Intensiva ?*

O principal critério de inclusão desta revisão foi o de adotar artigos que tenham como temática principal intervenções, rotinas e/ou relatos de práticas realizadas por psicólogos na assistência ao Luto das Unidades de Terapia Intensiva, sejam elas do adulto, pediátrica ou neonatal.

Serão abarcados artigos recentes, publicados nos últimos 5 anos (período entre os anos de 2011 a 2016). Optou-se por privilegiar fontes primárias de evidência, por isso, a presente revisão não inclui outros artigos de revisão de literatura.

Outro critério de priorização das escolhas consistiu-se na inclusão de artigos que apresentem uma descrição mais detalhada de quais modelos de intervenção, referenciais teóricos ou raciocínio clínico são adotados pelos psicólogos frente à demanda do Luto nas UTIs.

Resultados

Na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizou-se os descritores DECS/MESH e a fórmula de busca *Grief OR Bereavement AND Intensive Care Units AND Psychologist*. Foi encontrado apenas um artigo (NIERI, 2012) que se encaixava nos critérios e no foco de investigação desta revisão e portanto, foi incluído na amostra.

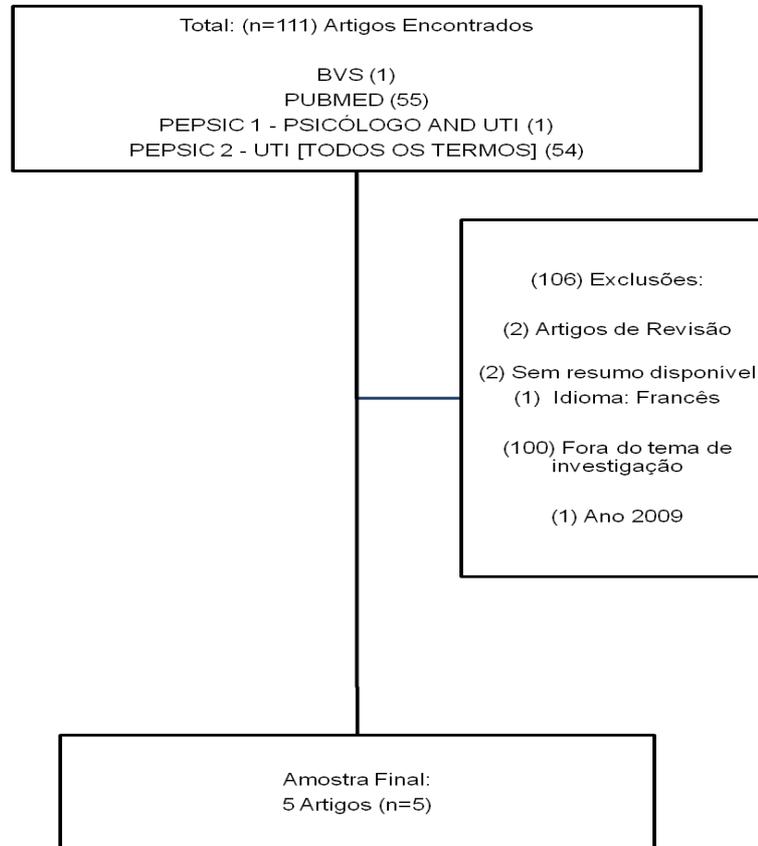
Na base de dados PubMed, igualmente através dos descritores DECS/MESH na fórmula *Grief OR Bereavement AND Intensive Care Units AND Psychologist* foram encontrados 55 resultados, mas nenhum dos artigos encontrados cumpria os critérios adotados por esta revisão. Nos resultados desta busca: dois artigos tratavam-se de revisões de literatura; dois artigos não tinham resumos disponíveis para consulta; um artigo só estava disponível íntegra no idioma francês. Os demais (n=50), após leitura dos resumos, foram descartados por não tratarem do tema da atuação de psicólogos frente ao luto nas UTIs. Vale notar, que alguns artigos desta base de dados abordam propostas de intervenção no luto por outros profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

Na base de dados Pepsic (Periódicos em Psicologia da Biblioteca Virtual de Saúde), utilizando a fórmula: *Psicólogo [Todos os índices] AND UTI [Todos os índices]*, foram encontrados um total de 11 artigos. Aplicados os critérios de inclusão, apenas um artigo de Baltazar e colaboradoras (BALTAZAR; SOUZA GOMES; SEGAL, 2014) que trata da assistência psicológica ao luto em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e foi incluído na amostra. Ainda nesta base, utilizando a fórmula: *Luto [Todos os índices] AND UTI [Todos os índices]*, apenas um artigo é encontrado, que é o mesmo já mencionado.

Complementarmente, na base de dados Pepsic, buscou-se pelo termo UTI e seus sinônimos (através da fórmula “*UTI [Todos os índices] or Unidades de Terapia Intensiva [Todos os índices] or Unidade de Terapia Intensiva [Todos os índices]*”). Localizou-se um total de 54 artigos. Destes, 5 aplicavam-se aos critérios deste estudo. Um deles tratava-se de um resultado repetido (novamente, o artigo de Baltazar e colaboradoras de 2014). Somando-se então, mais 4 artigos à amostra final.

A figura do Fluxograma 1 descreve o processo de busca até a seleção dos artigos.

Fluxograma 1: Seleção final dos artigos



Finalizou-se a presente revisão com uma amostra de final de 5 artigos, que estão apresentados resumidamente na Tabela 1.

Quatro artigos dos cinco artigos da amostra têm como metodologia “Relatos de Experiência” de acadêmicos e profissionais da Psicologia. Isto muito possivelmente se deve à escolha de foco de investigação deste estudo, que prioriza a produção científica que reflita práticas dos psicólogos diante do luto em Terapia Intensiva.

Apenas um artigo (FERREIRA; MENDES, 2013), diferentemente, utiliza o método qualitativo descritivo, através da realização de entrevistas com familiares que tiveram pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva do Adulto e evoluíram à óbito. Esteve teve como principal objetivo “identificar na vivência das

famílias, a relevância da assistência psicológica na preparação para o óbito e analisar a importância dos rituais de despedida” (FERREIRA; MENDES, 2013).

Tabela 1: Resumo dos Artigos Encontrados

Título	Autores	Metodologia	Objetivo
(1) Intervención Paliativa desde la Psicología Perinatal	(NIERI, 2012)	Relato de experiência	Definir o que são Cuidados Paliativos e como eles se aplicam no campo da Psicologia Perinatal
(2) Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal	(BALTAZAR; SOUZA GOMES; SEGAL, 2014)	Relato de experiência	Analisar criticamente o trabalho do psicólogo em UTI Neonatal
(3) Família em UTI: Importância do Suporte Psicológico diante da iminência de morte	(FERREIRA; MENDES, 2013)	Estudo qualitativo descritivo	Identificar na vivência das famílias, a relevância da assistência psicológica na preparação para o óbito e analisar a importância dos rituais de despedida.
(4) O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência	(FLACH et al., 2012)	Relato de experiência	Abordar o tema do Luto Antecipatório, presente no acompanhamento de pacientes e familiares internados na UTI Pediátrica e Neonatal.
(5) Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio	(ARRAIS; MOURÃO, 2013)	Relato de experiência	Expor a rotina de assistência psicológica e apresentar uma proposta para atuação dos psicólogos na área de obstetrícia

Discussão

A título de organização, a apresentação da discussão dos artigos encontrados, será apresentada à partir dos objetivos específicos deste trabalho.

I. Modalidades da assistência psicológica ao Luto em Unidades de Terapia Intensiva

Na amostra de artigos deste levantamento, foi possível discriminar 20 tipos de modalidade e/ou propostas principais para assistência psicológica em Terapia Intensiva, são elas:

1. Trabalho Interdisciplinar;
2. Melhoria da comunicação;
3. Intervenções para fortalecer o vínculo (mãe-bebê; pais-bebê e/ou família-bebê);
4. Suporte a família;
5. Assistência ao luto;
6. Capacitar a equipe com conhecimentos sobre o tema do luto;
7. Cuidado com a equipe multiprofissional;
8. Encaminhamento para serviços de Saúde Mental;
9. Favorecer rituais de despedida;
10. Facilitar contato paciente-família / Presença dos familiares;
11. Suporte psicológico ao paciente;
12. Acompanhar visitas multiprofissionais;
13. Facilitar rituais de despedida;
14. Suporte ao óbito;
15. Suporte às situações de terminalidade
16. Prevenção o Luto complicado
17. Grupos de apoio
18. Pré-natal psicológico
19. Interconsulta
20. Atendimento Psicológico em Domicílio

Tabela 2: Modalidades da Assistência Psicológica em UTI

Título	Autor/Ano	Tipo de UTI	Propostas para a assistência
Intervención Paliativa desde la Psicología Perinatal	(NIERI, 2012)	UTI Neonatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabalho Interdisciplinar 2. Melhoria da comunicação 3. Intervenções para fortalecer o vínculo (mãe-bebê; pais-bebê e/ou família-bebê) 4. Suporte a família 5. Assistência ao luto 6. Capacitar a equipe com conhecimentos sobre o tema do luto 7. Cuidado com a equipe 8. Encaminhamento para serviços de Saúde Mental 9. Favorecer rituais de despedida
Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal	(BALTAZAR; SOUZA GOMES; SEGAL, 2014)	UTI Neonatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabalho Interdisciplinar 3. Intervenções para fortalecer o vínculo (mãe-bebê; pais-bebê e/ou família-bebê) 4. Suporte a família 10. Facilitar contato paciente-família / Presença dos familiares
Família em UTI: Importância do Suporte Psicológico diante da iminência de morte	(FERREIRA; MENDES, 2013)	UTI Adulto	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabalho Interdisciplinar 4. Suporte a família 10. Facilitar contato paciente-família / Presença dos familiares 11. Suporte psicológico ao paciente 12. Acompanhar visitas 13. Facilitar rituais de despedida 14. Suporte ao óbito
O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência	(FLACH et al., 2012)	UTI <u>Pediátrica e Neonatal</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabalho Interdisciplinar 2. Melhoria da comunicação 13. Facilitar rituais de despedida 15. Suporte às situações de terminalidade 16. Prevenção o Luto complicado
Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio	(ARRAIS; MOURÃO, 2013)	UTI Neonatal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabalho Interdisciplinar 3. Intervenções para fortalecer o vínculo (mãe-bebê; pais-bebê e/ou família-bebê) 4. Suporte a família 12. Suporte psicológico ao paciente 14. Suporte ao óbito 17. Grupos de apoio 18. Pré-natal psicológico 19. Interconsulta 20. Atendimento Psicológico em domicílio

Nota-se que em todos os artigos em todas as modalidades de UTI, os autores consideram o “trabalho interdisciplinar”, como uma das dimensões da atuação do psicólogo em Terapia Intensiva. Detalhando esse papel, Baltazar; Gomes e Segal entendem que “o psicólogo deve favorecer a entrada da subjetividade nas discussões de equipe” (BALTAZAR; GOMES; SEGAL, 2014).

Outro objetivo secundário sobre este tema seria de comparar similaridades e diferenças na assistência psicológica ao Luto nos diferentes tipos de Unidade de Terapia Intensiva – Neonatal, Pediátrica e UTI do Adulto.

De acordo com o Ministério da Saúde, as Unidades de Terapia Intensiva, podem ser subdivididas à partir das seguintes definições:

“I. Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição.

II. Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P): UTI destinada à assistência a pacientes com idade de 29 dias a 14 ou 18 anos, sendo este limite definido de acordo com as rotinas da instituição.

III. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI-N): UTI destinada à assistência a pacientes admitidos com idade entre 0 e 28 dias” (BRASIL, 2010 – Ministério da Saúde – Agência de Vigilância Sanitária).

O artigo que trata de uma Unidade de Terapia Intensiva do Adulto (FERREIRA; MENDES, 2013), tinha por objetivo “identificar na vivência das famílias, a relevância da assistência psicológica na preparação para o óbito; analisar a importância dos rituais de despedida e verificar o aprendizado da vivência da UTI”. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição. No momento, ainda na UTI, 20 familiares foram entrevistados pessoalmente. No segundo momento, (após o óbito), 4 familiares foram acessados por telefone. Uma limitação deste estudo é que trata-se de uma amostra muito reduzida (este número corresponde o número de óbitos que ocorreu no período da pesquisa - 13 de agosto a 24 de setembro de

2012). Apesar disso, o discurso de duas famílias denota uma satisfação com assistência e o apoio prestado diante da gravidade e do óbito.

Existem recomendações éticas específicas para a realização de estudos em situações de terminalidade e assuntos que envolvam luto (conforme PARKES, 1995), porém o artigo de Ferreira e Mendes oferece poucos detalhes sobre a preparação e a condução do segundo momento de entrevistas (FERREIRA; MENDES, 2013).

Neste tópico, notou-se que a principal diferença é que nos casos das UTIs Neonatal, os autores contemplam como uma dimensão importante do atendimento psicológico, a questão do trabalho sobre o fortalecimento de vínculos entre mães, pais ou familiares e os bebês internados.

A Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (2002), citada por Arrais e Mourão (2013) define que diante do contexto da Terapia Intensiva Neonatal e da prematuridade, é papel do psicólogo e da equipe de saúde “proporcionar a psicoprofilaxia ao desenvolvimento das relações desse grupo familiar, além de minimizar o sofrimento daqueles que têm um bebê internado” (Brasil, 2002 *apud* ARRAIS; MOURÃO, 2013).

Niere define que a maternidade é um período que “do ponto de vista psicobiológico pode ser entendida como uma ‘crise evolutiva e vital’” (NIERE, 2012). Portanto, diante da situação da internação em UTI Neonatal, a autora nos revela que estamos diante de uma “dupla crise” - a crise vital do evento da maternidade e a crise circunstancial (não-normativa) que é o nascimento de um bebê com alguma enfermidade ou prematuridade e sua internação na UTI Neonatal.

As mesmas autoras acrescentam:

O psicólogo hospitalar deverá ajudar neste processo de delimitação do espaço e papéis, ajudar os pais, avós e filhos mais velhos a se adaptarem com a novidade de um novo membro na família favorecendo para um funcionamento saudável (ARRAIS; MOURÃO, 2013).

Em geral, as famílias de um recém-nascido que precisa de internação em UTI Neonatal, lidam com dois impactos emocionais e fatores estressores simultâneos: a experiência de prematuridade e a questão do bebê precisar de cuidados especiais e ser internado nas Unidades fechadas (VITALE; FALCO, 2014). Acrescente-se que em alguns casos, estes eventos foram ainda precedidos de partos de urgência e com complicações. Como pior desfecho possível à esta trajetória, “a morte de um recém

nascido pode representar uma perda devastadora para os pais” (ARMENTROUT; CATES, 2011)

Segundo, Briller e colaboradores, quando ocorre uma morte em UTI Pediátrica, os pais tem necessidades específicas neste contexto, que merecem ser observadas e assistidas (BRILLER et al., 2012). A literatura também registra a questão da presença de sintomas de Luto complicado entre familiares que perderam um recém-nascido, após a passagem por UTI Neonatal (ARMENTROUT; CATES, 2011).

Neste contexto, é preciso considerar, portanto as particularidades inerentes à questão do Luto parental. Niere aponta que “a morte de um filho é um acontecimento profundamente doloroso que afeta toda a estrutura familiar” (NIERI, 2012).

Segundo Flach e suas colaboradoras, “o luto parental, e especificamente a perda de um filho, é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de um luto complicado” (FLACH ET. AL, 2012).

Kovács e Alves, explicam:

“Em nossa sociedade o vínculo dos pais com seus filhos é muito forte. Ao morrer, o filho leva com ele todas as suas necessidades, as preocupações, responsabilidades e atitudes diante dos pais, a alegria do reencontro”. Morrem também os sonhos e morrem os pais daqueles filhos. Trata-se de um luto diferenciado de todos os outros: luto parental (luto de pais).” (KOVÁCS; ALVES, 2014)

Conforme FRANCO (2010) e PARKES (1998), sabemos que o processo de formação de vínculos possui centralidade na dinâmica afetiva e psicossocial, está entre os determinantes do ponto de vista do indivíduo mais importantes no processo posterior de elaboração de um luto (FRANCO, 2010; PARKES, 1998),.

Podemos entender, portanto, que o trabalho que os psicólogos realizam no contexto de UTIs Neonatais e Pediátricas com o objetivo de fortalecer os vínculos entre as famílias e seus filhos, podem acarretar transformações e repercussões nos processos posteriores de vida ou de morte destas famílias. Seja construindo vínculos que atravessem a dolorosa travessia do processo de prematuridade e/ou adoecimento neonatal e na infância, seja na escuta, no suporte ou no preparo às situações de terminalidade.

Destaca-se a pontuação, extremamente cuidadosa de Flach e colaboradoras por tratar da importância do manejo frente à morte, mas também do manejo frente à separação entre crianças/bebês e seus familiares (FLACH et al., 2012). Amparado nas observações e concepções teóricas de Mary Ainsworth, Bowlby também alertava para os riscos e o olhar de cuidado diante das situações de separação e privação das figuras materna (ou parentais), principalmente para as crianças muito pequenas (DALBEM; DELL'AGLIO, 2005).

Outra contribuição muito importante que consta neste artigo é o apontamento da possibilidade de intervenção do psicólogo em Terapia Intensiva como uma ação preventiva à vulnerabilidade aos fatores de risco para o desenvolvimento do luto complicado.

Segundo Tinoco:

“O luto e a possibilidade ou não de elaborá-lo é multiplamente influenciada por um conjunto de fatores anteriores, simultâneos e posteriores à perda que envolvem: a) aquele que perdeu b) que e/ou o que foi perdido c) a relação existente entre os dois d) as circunstâncias da perda e) o suporte recebido após a perda f) o entorno: família, economia, sociedade e cultura. Esses fatores podem funcionar como fatores de risco, ou fatores de proteção para o processo de elaboração do luto...” (TINOCO , 2009 p. 248)

Parkes afirma que “variantes patológicas do pesar” podem se expressar à partir de uma reação excessiva, prolongada ou inibida ou que emerge de maneira distorcida em sua exposição. Já em relação ao “processo de transição psicossocial”, destaca-se “a sensação de deslocamento do mundo que é e do mundo que deveria ser, frequentemente expressa como uma sensação de mutilação ou vazio que reflete a necessidade do indivíduo reaprender seu modelo de mundo interno” (PARKES, 1998, p. 234).

O Luto complicado, pode, portanto, ser definido conforme SOUZA, MOURA E PEDROSO, tomando por base a noções de FRANCO, 2002 como: o processo de perda que acarreta uma “desorganização prolongada” e que não permite que o sujeito retorne ao seu estado de qualidade de vida anterior a este evento (SOUZA; MOURA; PEDROSO, 2010).

À partir da sua assistência capacitada, o psicólogo torna-se apto à identificar fatores de risco que podem precipitar quadros de luto complicado, realizar intervenções primárias, psicoeducação e encaminhamentos, ampliando-se o cuidado sobre pacientes e familiares.

Arrais e Mourão colocam ainda a possibilidade de atendimentos psicológicos domiciliares como outra forma inovadora de estender os cuidados ao luto que começou na Unidade de Terapia Intensiva. Essas psicólogas lançam mão do atendimento domiciliar em situações como “casos de óbito da UTI Neonatal, onde a equipe da psicologia não estava presente e cujos pais vinham em acompanhamento”.

Tem-se em vista que em muitos casos de perda perinatal, assim como em casos de perda gestacional/aborto, estes em jogo lutos que a sociedade tende a invisibilizar e negar o sofrimento. Estas autoras, partem portanto, de um princípio de uma prevenção e cuidado em relação ao Luto não reconhecido. Embora não cite esse conceito, a descrição de “uma experiência de perda onde o luto não pode ser expresso ou socialmente suportado” (DOKA, 1989; CORR, 2002 *apud* CASELLATO, 2015), cabe perfeitamente diante desta situação.

Por fim, apenas em um dos artigos desta amostra (novamente de ARRAIS; MOURÃO, 2013) cita a modalidade de “Grupos de Apoio”, como uma possibilidade de prestação da assistência psicológica em Terapia Intensiva. Trata-se de um artigo que tem como contexto uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Cabe se pensar que o trabalho com grupos dentro da UTI Neo parece uma proposta muito coerente, diante do potencial de que pais e familiares estejam vivenciando uma gama de situações e sentimentos bastantes semelhantes. Como já mencionado, há um certo direcionamento epidemiológico de situação no ciclo vital, que coloca uma alta probabilidade da incoerência de lutos parentais no contexto das UTIs Pediátrica e Neonatal. Este já é um fator que podem funcionar como ponto de partida para intervenção de grupos: a ameaça de perda, a perda real, a morte e o luto de pais. Isto é, trata-se de um grupo de luto parental. Analogamente, situação semelhante é menos provável ser obtida numa UTI do Adulto, lá estão na cena enquanto pacientes, pais, irmãos, avós, conjugues – além da diversidade de casos clínicos – o que podemos pensar como um possível obstáculo para as intervenções em grupo neste outro contexto.

II. Avaliar quais tipos de Luto são contemplados pela literatura científica

Neste segundo objetivo específico buscou-se verificar se a literatura científica nacional e internacional se dedica somente sobre o tema do Luto por morte, ou contempla outras formas de Luto e perdas significativas sendo assistidas por psicólogos nas UTIs.

Os artigos desta revisão contemplavam os conceitos de “Luto por morte”; “Luto complicado”; “Luto Antecipatório”; “Luto pelo bebe imaginário”; e “Luto complicado” como concepções teóricas que aparecem na prática clínica de psicólogos que atuam em Unidades de Terapia Intensiva.

As situações de “Luto por morte” e “Luto complicado”, já bastante trabalhadas no processo anterior de discussão desta revisão, interrelacionam-se de maneira importante com o conceito de Luto Antecipatório.

Segundo Flach e colaboradoras, “o luto antecipatório apresenta-se como um processo e tema recorrente entre os familiares atendidos quando o paciente passa por um longo período de internação de alto risco” (FLACH ET. AL, 2012)

Para Fonseca, este é visto como:

“Um fenômeno adaptativo no qual é possível, tanto o paciente como os familiares, prepararem-se cognitivamente e emocionalmente para o acontecimento próximo, que é a morte. Isso causa um desequilíbrio, tanto no sistema familiar, como em cada pessoa individualmente” (FONSECA, 2004).

Para Rando, citada por Flach e colaboradoras, o processo de Luto Antecipatório, instala-se muitas vezes, no momento de dar-se conta de um diagnóstico de alta gravidade que ameaça à vida (Rando 1986 *apud* FLACH ET. AL, 2012).

Este movimento de antecipar emocionalmente e cognitivamente a possibilidade óbito de um ente querido que constitui o Luto Antecipatório, no entanto, não representa uma substituição do Luto por morte. Esta vivência de perda e de ajustamento ainda irá se impor de maneira singular diante da morte propriamente dita e exigirá uma adaptação do sujeito e de seu sistema familiar (WORDEN, 1998).

Por último, o conceito de Luto pelo bebê imaginário se refere ao processo de se dar conta com a real condição de saúde do recém-nascido. Aplica-se ao contexto da Terapia Intensiva Neonatal, para explicar o processo onde os pais e familiares

estão diante de uma criança fora das ideias de saúde, pela prematuridade e eventos de adoecimentos agudos ou crônicos.

Na definição de Baltazar e colaboradoras: “na dissimetria entre o bebê que se espera e o bebê real há um luto, ou seja, o luto do recém-nascido da fantasia dos pais (BALTAZAR; SOUZA GOMES; SEGAL, 2014).

Conclusão

Roberto Luiz D'Avila, presidente do Conselho Federal de Medicina na gestão de 2009 a 2014, prefaciando o livro organizado por Rachel Duarte Mortiz, inicia sua escrita nos trazendo a proposição de que Unidades de Terapia Intensiva, não devem ser encaradas como um sinônimo de um terreno da “frieza tecnológica e dos esforços terapêuticos desenfreados”. Antes, há uma aposta na possibilidade ética de que estas sejam um campo da dignidade humana de morrer sem sofrimento, sem medidas extraordinárias, fúteis ou inúteis, atingindo o máximo de respeito ao ser humano no fim de vida.

Esta aposta e este desafio está posto aos profissionais de saúde, aqueles os quais, em última instância são capazes de raciocinar sobre o conhecimento, as práticas e as tecnologias que estão disponíveis para o cuidados de pacientes críticos. Os recursos de que dispomos, podem e devem estar ancorados e colocados à serviço da busca por um cuidado personalizado e humano.

Nas palavras de Ferreira e Mendes:

“A inserção do psicólogo junto a equipe intensivista, visa justamente somar com o seu saber e fazer aos demais cuidados para que possa promover um amplo suporte a vida do paciente e de sua família” (FERREIRA; MENDES, 2013).

Entende-se a Psicologia, por sua vez, como ciência e profissão, como uma potência singular no incremento das discussões do que é próprio da história e da subjetividade de pacientes e famílias. Os diversos artigos dessa revisão, demonstram que a formação técnica do psicólogo, quando bem alicerçada, promove o acolhimento do sofrimento, a ancoragem de premissas bioéticas e o tratamento dos processos e questões relacionadas ao luto.

Nas palavras de Carvalho e Martins:

“O psicólogo hospitalar tem uma atuação diferencial dentro da equipe multidisciplinar. Seu trabalho pode impactar positivamente no enfrentamento da patologia e da fase terminal, auxiliando pacientes a serem ouvidos e possibilita a reintegração do sujeito adoecido a sua própria vida. Além disso, pode auxiliar os familiares que acompanham o paciente e a equipe de saúde a lidarem com a situação” (CARVALHO E MARTINS, 2015).

Desde o ano de 2005, a Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico do Ministério da Saúde preconiza presença do psicólogo e da atenção multidisciplinar em todas as modalidades de Unidade de Terapia Intensiva. O conhecimento e as práticas dos psicólogos em Terapia Intensiva, podem e devem ser aprofundadas, podendo constituir como uma importante via de humanização e mudança de paradigma no cuidado prestado em UTIs (Brasil, 2005 – Ministério da Saúde).

Este trabalho oferece uma pequena síntese e panorama sobre o trabalho recente que os psicólogos atuam neste contexto. Pretende-se que as reflexões aqui apresentadas ofereçam encorajamento para que enveredemos por este campo com novas publicações sobre as práticas, avanços e impasses da assistência psicológica ao luto em Unidades de Terapia Intensiva.

Referências

ABELHA, F. J. et al. Mortalidade e o Tempo de Internação em uma Unidade de Terapia Intensiva Cirúrgica . Revista Brasileira de Anestesiologia, Portugal - Porto, v.56, n.1, p.34 – 45, Janeiro - Fevereiro 2006.

ANDREOLLI, P. B.; ERLICHMAN, A. M. R. Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008. p.3 – 11.

ARMENTROUT, D.; CATES, L. Informing parents about the actual or impending death of their infant in a newborn intensivecare unit. Journal of Neonatal Nursing, 2011, v.25, n.3, p.261 – 267, Julho - Setembro 2011.

BALTAZAR, D. V.; SOUZA GOMES, R. F. de; SEGAL, V. L. Construção de vínculo e possibilidade de luto em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Revista SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro', v.17, n.1, p.88 – 98, Junho 2014. Acesso em 19 de Junho 2016.

BOWLBY, J. Perda: tristeza e depressão. (Trilogia Apego e Perda, V. 3) . 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BRILLER, S. H. et al. Conceptual and design issues in instrument development for research with Bereaved parents. Omega (Westport), 2012, v.65, n.2, p.151-168

BRITO GUIRARDELLO, E. de et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v.33, n.2, p.123 – 129, Junho 1999.

CASELLATO, G. Luto não reconhecido: o fracasso da empatia nos tempos modernos. São Paulo: Summus, 2015. p.15 – 28.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As Mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. [S.l.]: Artmed, 1989.

CARVALHO, J. S.; MARTINS, A. M. A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do psicólogo . Revista SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.129 – 142, 2015.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. Arquivo Brasileiro de Psicologia, v.57, n.1, 2005.

FARAJ, S. P. et al. Produção científica na área da Psicologia referente à temática da morte . Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v.19, n.3, p.441 – 461, 2013.

FERREIRA, P. D.; MENDES, T. N. Família em UTI: importância do suporte psicológico diante da iminência de morte. Revista SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro - Brasil, v.16, n.1, p.88 – 112, Janeiro - Junho 2013.

FLACH, K. et al. O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. Revista SBPH - Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro - Brasil, v.15, n.1, p.83 – 100, Janeiro - Junho 2012.

FONSECA, J. P. da. Luto Antecipatório. Campinas - São Paulo: Editora Livro Pleno, 2004.

FRANCO, M. H. P. Formação e Rompimento de Vínculos - O dilema das perdas na atualidade. [S.l.]: Summus, 2010. p.17 – 42.

FRIDH, I. Caring for the dying patient in the ICU—the past, the present and the future. Intensive and Critical Care Nursing, Suíça, v.30, p.306 – 311, Julho 2014.

FRIEDRICH, J. O.; WILSON, G.; CHANT, C. Long-term outcomes and clinical predictors of hospital mortality in very long stay intensive care unit patients: a cohort study. Critical Care, [S.l.], v.10, n.2, Abril 2006.

LAUPLAND, K. B. et al. Long-term Mortality Outcome Associated With Prolonged Admission to the ICU. CHEST - American College of Chest Physicians, Chicago - United States, v.129, n.4, p.954 – 959, Abril 2006.

MENEZES, R. A. Dífceis Decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em cti. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.27 – 49, 2000.

Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO Nº 7, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2010 - Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasil, 2

Ministério da Saúde - Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico . Brasil, 2005.

MONTEIRO, M. C. No palco da vida, a morte em cena – As repercussões da terminalidade em UTI para família e para a equipe médica. 2015. Tese (Doutorado em Ciência da Computação) — Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), Rio de Janeiro.

MORTIZ, R. D. Cuidados Paliativos nas Unidades de Terapia Intensiva. Atheneu, 2012.

NASCIMENTO OLIVEIRA, E. C. do. O psicólogo na UTI: reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia – eliane caldas oliveira . Revista Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, v.22, n.2, Junho 2002.

NIERI, L. Intervención Paliativa desde la Psicología Perinatal. Revista Hospitalar Materno Infantil Ramón Sardá, Palermo - Espanha, v.31, n.1, p.18 – 21, 2012.

OLIVEIRA, A. B. F. de et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma Unidade de Terapia intensiva de adultos. RBTI - Revista Brasileira de Terapia Intensiva, São Paulo, v.22, n.3, p.250 – 256, Agosto 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Atlas of Palliative Care. [S.I.]: OMS - Organização Mundial de Saúde, 2014.

PARKES, C. M. Guidelines for Conducting Ethical Bereavement Research. *Death Studies*, [S.I.], v.19, p.171 – 181, 1995.

PARKES, C. M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. 3.ed. [S.I.]: Summus, 1998.

KOVÁCS, M. J.; REIS ALVES, E. G. dos. Perdas Compartilhadas . São Paulo: Com Arte, 2014. p.23 – 33.

PERIS, A. et al. Early intra-intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in Critically ill patients. . *Critical Care*, [S.I.], v.15, n.1, Janeiro 2011.

ROCHA ARRAIS, A; MOURÃO, M. A. Proposta de atuação do psicólogo hospitalar em maternidade e UTI neonatal baseada em uma experiência de estágio . *Revista Psicologia e Saúde*, Campo Grande - Mato Grosso do Sul - Brasil, v.5, n.2, p.152 – 164, Julho - Dezembro 2013.

SOUZA, A. M. de; SOCORRO CASTRO MOURA, D. do; CORRÊA, V. A. C. Implicações do Pronto Atendimento Psicológico de Emergência aos que Vivenciam Perdas Significativas . *Psicologia Ciência e Profissão*, [S.I.], v.29, n.3, p.534 – 543, 2009.

TINOCO, V. Trabalho de Conclusão de Curso - O psicólogo no hospital: a vivência da morte no cotidiano profissional. 1997. Dissertação (Mestrado em Ciência da Computação) — Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo.

TINOCO, V. A arte de morrer – Visões plurais. . São Paulo: Comenius., 2009.

VITALE, S. A.; FALCO, C. Children Born Prematurely: risk of parental chronic sorrow . Journal of Pediatric Nursing, [S.l.], v.29, n.3, p.248 – 251, Maio - Junho 2014.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. Methodological Issues In Nursing Research, [S.l.], v.52, n.5, p.547 – 553, Fevereiro 2005.

WILLIAMS, T. A. et al. Long-term survival from intensive care: a review. Intensive Care Medicine, United States, v.31, n.10, p.1306 – 1315, Outubro 2005.

WORDEN, J. Aconselhamento no Luto e Terapia do Luto: um manual para profissionais da saúde mental. Porto Alegre: Roca, 1998

