

RECONFIGURAÇÕES FAMILIARES NO CONTEXTO DO ADOECIMENTO

2015

Andreza Mota de Oliveira

Graduanda do Curso de Psicologia da Faculdade Unijorg (Brasil)

E-mail de contato:

andreza.mota.ps@gmail.com

RESUMO

O presente artigo aborda as reconfigurações familiares suscitadas pelo adoecimento na dinâmica de seus membros. Essa investigação terá a Unidade de Terapia Intensiva como cenário e a escuta psicológica como método de identificação das referidas mudanças. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica de artigos e livros que abordam essas questões, sob a perspectiva da psicanálise e da psicologia sistêmica. Diante da doença e hospitalização, angústias, medos e incertezas habitam a rotina da família e perturbam o arranjo familiar. Quanto maior for a significância desse membro para a família, maior será a reação emocional e a modificação na dinâmica familiar. Esta realidade impõe a família à construção de repertórios para enfrentar a nova conjuntura e os remanejamentos entre os familiares. Nesse contexto, a escuta psicológica, favorece a elaboração dos novos afetos e mudanças solicitadas pela impregnância do convívio com densos afetos.

Palavras Chaves: Família, doença, UTI, escuta e psicologia



1. INTRODUÇÃO

A partir da inserção como estagiária numa Unidade de Terapia Intensiva foi possível perceber que familiares de pacientes demandavam uma escuta psicológica das questões emocionais solicitadas pelas ressonâncias do adoecimento no contexto hospitalar. A família vivencia, nesse contexto, angústias constantes, geradas por sentimentos de impotência frente a surpresas com o estado de saúde de um dos seus entes queridos. Isso é notado desde o processo que se dá o diagnóstico da doença, hospitalização, tratamento e desfecho final. Essas experiências dentro do contexto familiar solicita uma reconfiguração na sua estrutura.

Nesse ínterim, a instituição hospitalar inspira a ideia de cura, haja vista dispor de técnicas necessárias para reverter ou controlar alterações orgânicas, além de dispor dos melhores aparelhos tecnológicos que buscam maximalizar o tempo de vida de seus pacientes, como a Unidade de Terapia Intensiva. Essa crescente busca por aparelhos tecnológicos que substitui funções orgânicas é desencadeada pelo medo da finitude; logo, é um local onde o sofrimento está escancarado. O grito, o choro e outras reações naturais são expressões constantes desse não saber sobre a vida. Encarar a morte é doloroso e de difícil aceitação. Pois, não aceitamos lidar com o sujeito inerte, nem com ausência de linguagem. Um corpo que não corresponde aos seus estímulos e intenções.

A família representa um conjunto social primordial à formação do sujeito. Esta influencia e é influenciada pelo meio. É constituída por inúmeros laços afetivos capazes de sustentar cada um dos membros de recursos materiais e de apoio moral durante a vida e futuras gerações. Na dinâmica familiar, os indivíduos podem formar subsistemas, ocasionado pelo sexo, importância e função, existindo diferentes níveis de poder. Cada membro representa uma importância e assume papéis diferentes dentro da família. (SILVA, 2000, p.36-73). Busca-se, portanto, demonstrar a relevância da escuta a família frente ao adoecimento e a hospitalização na Unidade de Terapia Intensiva.

Este estudo tem como objetivo analisar como o adoecimento e a internação de um ente querido pode levar a família a passar por significativos sofrimentos e mudanças na sua dinâmica, necessitando por tanto, de ajuda especializada. As mesmas anseiam por um suporte efetivo, por um entendimento profundo de sua situação, que lhe possa conduzir a uma nova organização no funcionamento e a uma nova estabilidade emocional, necessários para conseguir lidar e apoiar o familiar nesse momento. Os objetivos específicos buscarão descrever em linhas gerais como se estrutura o contexto familiar; Identificar o que o adoecimento e a internação de um ente querido pode causar na estrutura da família; descrever como o processo de escuta na instituição hospitalar se apresenta como parte importante no atendimento de familiares com pacientes internados; compreender de que maneira o psicólogo pode acolher a família dentro da Instituição Hospitalar partindo da escuta.

A relevância desta pesquisa está em ampliar os estudos sobre a desestabilização familiar na lógica do adoecimento e a relevância da escuta psicológica à família como fator que favorece a construção de novos repertórios relacionais. Por acreditar que a família representa um contexto interligado, onde se mantém uma ligação de afetividade, faz-se necessário escutar essa família diante de suas angústias, disponibilizando a estes, uma escuta flutuante¹ e acolhedora, tendo como importante todas as suas informações disponibilizadas sobre o sujeito internado, suas crenças e fantasias.

Foi então, a partir do olhar voltado para o funcionamento da dinâmica familiar, doença e UTI, que se despertou o interesse de desenvolver esse trabalho sobre a família frente ao adoecimento e a internação de um de seus membros.

A construção deste artigo se desenvolveu a partir de métodos descritivos, com pesquisa bibliográfica. Considerou-se a contribuição teórica de alguns autores que aqui servem para sedimentar a estrutura da dinâmica familiar, o surgimento da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), doença e família e também se observou possibilidades de intervenção e acolhimento a partir da escuta psicológica utilizado por autores para ajudar a família no momento de crise.

A primeira sessão buscou descrever o conceito de família através da perspectiva da psicologia psicanalítica e sistêmica. Serão colocados alguns conceitos de família do ponto de vista de autores para trazer diferentes formas de compreensão do conceito e da estrutura da familiar.

Em seguida, na segunda sessão ira compreender o desenvolvimento da UTI, seu tratamento, e considerar o que causa desestabilização na família perante internação nessa unidade. Por ser considerada uma unidade de intensos riscos, tratamento, emoções e esperanças (Simonetti, 2011). Faria (2015), Pereira (1999), Vieira (2012), Lustosa (2007) e Simonetti (2011), são autores que contribuem para a compreensão e relevância dessas unidades no contexto hospitalar.

Na terceira sessão, serão abordados o conceito de doença e seus desfechos no funcionamento interno da família e as necessárias reconfigurações familiares a partir do adoecimento de membros que desempenham papéis importantes dentro da família, onde, assumem um lugar tanto com funções econômicas como com representações subjetivas na relação emocional da família.

Em sequência, na quarta e última sessão, abordaremos sobre escuta psicológica e sua relevância não apenas para os pacientes, mas também, para as famílias que estão em convivência diária com o tratamento deste membro doente. Os autores que contribuíram para o entendimento dessa importante extensão da escuta a família foram: Lustosa (2007), Jurkiewicz (2003), Muniz (2009) Lisboa (2005) e Brasil (2007).

¹ Técnica utilizada pelos psicanalistas, ao não privilegiar em sua escuta, nenhum dos elementos particulares do discurso do analisando.

2. FAMÍLIA

Quando falamos de família a quem nos referimos? Temos uma grande diversidade de arranjos familiares, um contexto que na contemporaneidade vem tendo grandes modificações em relação a como se constitui e quem é considerado família.

A palavra família vem do latim *fâmulus*, cujo significado seria “escravo doméstico”; nesse caso, alguém pertencente ao senhor da casa. A denominação surgiu na Roma Antiga como forma de referenciar os serviços que trabalhavam na agricultura em regime de escravidão, considerados, na época, como um novo grupo social que surgira entre as tribos latinas. A família greco-romana era composta, então, por seu senhor e seus *fâmulus*: esposa, filhos, servos livres e escravos (PRADO 1985; p. 51).

Naquela época, o conceito de família referia-se a um grupo de pessoas em constante domínio do pai, caracterizado como *pater familiar*, valorizado como “sacerdote, senhor e magistrado”, sendo o responsável pelo grupo, pela casa, pela vida e morte de todos e pelos bens inerentes a eles. Baseada nessa condição fica claro que a família romana não se fundamentava apenas na possibilidade biológica ligada a consanguinidade, possibilitando, assim, a ampliação do grau de parentesco entre os membros em prol de um ideal de família mais igualitário. (GOMES, *apud* PALMA, 2001, p.4).

Existiam dois termos responsáveis por caracterizar os membros da família romana e diferenciar o grau de parentesco familiar: Agnação e Cognação. A agnação se referia àquelas pessoas que estavam sob controle do *pater*, entretanto não possuíam laços sanguíneos. Já o termo cognação era empregado para referenciar a consanguinidade. No momento da evolução do Direito Romano, estas duas alternativas de parentesco foram, diversas vezes, colocados em antítese preponderando, juridicamente, o laço consanguíneo. Os filhos, nesse período, poderiam ser legítimos ou não. Ou seja, se estes fossem do casamento, seriam legítimos, do contrário, eram tidos como ilegítimos vindos do concubinato, relações fora do casamento. (PALMA 2001).

Nessa mesma época, o divórcio só era admitido devido à perda da liberdade de um dos cônjuges ou através da própria vontade do *pater*, contudo, como já colocado antes, o direito romano passou por grandes evoluções, culminando com a perda gradativa da autonomia do “chefe da casa”, possibilitando a mulher e aos filhos maiores oportunidades perante suas vidas.

Depois de inúmeras transformações políticas e sociais, é permitido concluir que a família patriarcal, a qual não sofria nenhuma intervenção do Estado e encontrava-se submissa as leis do *pater*, não mais corresponde à realidade atual, por se tratar de um sistema arcaico. (PALMA, 2001).

Ainda para a mencionada autora, na contemporaneidade a família é uma organização livre, uma instituição fundamental, da qual, seu objetivo é a construção da cidadania, da moral e de valores com o papel crucial de educar, acolher, disponibilizar afeto e cuidados.

Durante sua transformação, a família também experimenta diversas modificações nos componentes do sistema. No início do século XX, o que poderia ser considerada uma família extensa, onde viviam além dos pais, filhos e parentes de sangue, aquelas pessoas ligada por vínculos de afinidade, passou a ser, na segunda metade desse século, uma família caracterizada como nuclear, onde, normalmente, convivem apenas pais e filhos. (HINTZ, 2001).

Devido a isso, o vínculo afetivo acabou se tornando extremamente importante nestas relações. A família moderna, nuclear, é influenciada pelo individualismo, não se liga muito aos laços de parentesco, como antes, no entanto é bastante centrada no afeto entre seus membros. (MARIANO, 2013). Por questões sociais e econômicas, o modelo anterior caiu em decadência, prevalecendo à configuração em que apenas os pais são encarregados por seus filhos, enfraquecendo, desta forma, o suporte de ajuda da família extensa.

O conjunto familiar não mais desempenha o mesmo contexto que seria o ideal de tempos atrás, ou seja, o modelo de família nuclear deixou de prevalecer, dando lugar a diversas formas de arranjos familiares como: a família extensa, adotiva, homoafetiva, monoparental, reconstituída, dentre outras, deixando de lado a primazia da família nuclear. (PALMA, 2001). Em razão, a essas novas reconfigurações familiares, se tornou necessário uma legislação que atendesse a essa evolução.

O sistema jurídico então estabeleceu regramentos segundo a realidade social e esta alcançou diretamente o núcleo familiar, regulamentando a possibilidade de novas concepções de família, instaurando a igualdade entre homem e mulher, ampliando o conceito de família e protegendo todos os seus integrantes. (MARIANO, 2013).

Foi então, a partir do século XX, dentre os arranjos de maior crescimento no decorrer dos anos, que encontramos as famílias monoparentais². Como consequência do significativo aumento do número de mães solteiras, essa atual configuração de família ganhou direitos e deveres.

Nas últimas décadas, as transformações sociais atingiram diretamente o núcleo familiar e originaram novas concepções de família, que não são mais equiparadas à tradicional família patriarcal. (MARIANO, 2013). Essa mudança no conjunto familiar, diferente da versão de família tradicional que se desenvolveu ao longo do século XIX e XX, seu deu com as ocorridas mudanças legais e sociais em torno às diferentes opções sexuais que modificaram e diversificaram o conceito de família com relação a suas formas.

² São aquelas famílias na qual apenas um dos progenitores convive com e é o único/a responsável pelos seus filhos e filhas menores ou dependentes.

A família tem sido extensamente debatida por inúmeras áreas do conhecimento. No sentido popular, constitui a um grupo de pessoas com laços parentais que convivem debaixo do mesmo teto, como pais, mães e filhos ou ainda, pessoas que têm laços sanguíneos, ou seja, que fazem parte da família nuclear. Contudo, a família não obrigatoriamente precise seguir esses padrões para que seja considerada família. Ademais, pessoas que mantêm um convívio diariamente, mas que não possui laços sanguíneos é também considerado como família (PRADO & DAMIANI, 1986).

Conforme Osório (1988), a família apresenta um ciclo vital, ou seja, ela nasce, cresce, amadurece e se reproduz em outras famílias, que encerram seu ciclo quando chegam à morte. Dentre algumas funções sociais da família, pode-se apontar o papel de exercer as funções na promoção do desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo. Como também, segundo Messa (2013), a família é o primeiro grupo no qual o homem está inserido, ou seja, é a rede inicial de relações do indivíduo que funciona como uma matriz de identidade, dando um sentimento de que pertence a um grupo específico.

Do ponto de vista psicanalítico, a família é um grupo de pessoas caracterizado pela natureza das interações entre os seus membros e pelos processos dinâmicos inconscientes que estão na base de seus laços manifestos (Mendelbaum, 2010, p.54). Ou seja, o sujeito ganha existência a partir de influências das relações de vínculo com outros membros e com o meio externo. Nisso, o motor da psicodinâmica do grupo familiar é a atividade fantasmática, que representa uma associação entre representações de coisas e representações de palavras (EIGUE, 1985, apud LISBOA, 2005, P. 41).

Antropologicamente se reconhece que todas as culturas concedem papéis distintos para Gênero e Idade de seus integrantes, desenhando de formas diversas, as diferentes formações familiares (como, monoparentais, recasadas, chefiada por avós etc.) nas diversas culturas humanas. (FONSECA, 2005). Entretanto, de maneira geral, referimo-nos à família nuclear, aquela composta por um casal heterossexual, monogâmico, unido por laços afetivos e por um interesse comum ligado ao cuidado do filho (MANDELBAUM, 2010). Porém, este formato de família não mais é prevaletente em nossa sociedade.

Como nos relata Elisabeth Roudinesco (2003), estamos vivendo numa civilização com novos conjuntos familiares, formados por casais homoafetivos, que atualmente reivindicam pela legalização de suas relações e pelo direito de constituírem famílias segundo esse modelo, construindo lares independentes, com autonomia econômica e filhos sob seus cuidados.

Observa-se a existência de diversos tipos de família em relação às características de vínculos que se produzem; tendo família nas quais as relações têm um maior vínculo ou união; e outras, em que seus membros são mais independentes entre si. Como também, existem famílias que são formadas pelas mães e seus filhos sem pais referentes e, embora em menor medida, pode haver também pais que são chefes de família sem uma figura materna referente. São as chamadas famílias monoparentais.

Cada família vai apresentar sua particularidade, seus valores Intergeracionais (gerações anteriores) e as características de seus membros. Os tipos de família vão variar muito e estão em permanente processo de mudança e transformação.

A família é vista como um sistema aberto, por estar, através de seus membros, dentro e fora de uma interação com os outros e com sistemas extrafamiliares. Por ser um sistema, as ações e comportamentos de um dos membros influenciam simultaneamente o comportamento de todos os outros, e vice-versa. A família, conforme a psicologia sistêmica, “pode ser considerada como um circuito de retroalimentação, dado que o comportamento de cada pessoa contagia e é contagiado pelo comportamento de cada uma das outras pessoas” (YAMAMOTO, 2006, p.21).

Assim, a família funciona como um sistema interligado onde há nos seus membros uma interdependência constante e permanente. Esses sistemas são delimitados entre si através de fronteiras que demarcam seus limites, incluindo também subsistemas. Isso, para que a família possa ter uma dinâmica funcional.

O papel dessas fronteiras é o de delimitar os sistemas contendo as partes em seu interior; bem como proteger o seu interior da ação desordenada do ambiente e estabelecer as trocas entre eles. Os subsistemas são separados por hierarquia onde as fronteiras são as regras que define quem e como participa. (MELLO E BURD, 2004; p.221).

Os tipos de subsistemas são: conjugal, parental, fraternal, mãe-filho, além de outros formados por gerações, sexo, interesse ou por função. Para um funcionamento adequado do conjunto familiar é necessário que as fronteiras dos subsistemas estejam nítidas.

A nitidez dessas fronteiras é relevante para se entender o funcionamento familiar, como nos mostra Minuchin (1988, p.59) apud Silva (2000).

Algumas famílias giram em torno de si mesma. Com consequência, a distância diminui e as fronteiras são anuviadas. Deixando o sistema familiar difuso. Outras famílias desenvolvem fronteiras excessivamente rígidas. Esse dois extremos de funcionamento (das fronteiras) são emaranhamento e desligamento, e são de possível patologia.

Outra característica que direciona o funcionamento do conjunto familiar é a existência de regras. Estes funcionam a partir de regras que a organizam e fornecem sentidos a comportamentos, modos de perceber e pensar e também de adoecer dos seus membros. Com o adoecimento surgem novas regras, e as novas condições desorganizam esse sistema.

São as crenças, fantasias, expectativas muitas vezes carregadas de emoções, que disseminam os papéis e funções familiares. Tendo cada membro da família sua localização dentro do sistema

dada pelas relações que estes estabelecem com as outras partes. Ou seja, a dinâmica família funciona a partir de mitos, crenças e fantasias, que segundo Antônio Ferreira (1974) refere-se a uma série de crenças sistematizadas e compartilhadas por todos os membros da família a respeito de seus papéis mútuos e da natureza de suas relações que, uma vez compartilhados por todos os membros, sem discussão, promovem rituais e áreas pacíficas de acordo direto e automático.

Um caso que pode exemplificar essa questão dos papéis dentro do arranjo familiar é o da família M. O esposo de G, que é a dona do lar e tem os afazeres domésticos e os cuidados com os filhos como seu principal papel, é hospitalizado com diagnóstico de “Pé Diabético” e com a necessidade de amputação, o que o impossibilitará de retomar suas atividades no trabalho; suscitando assim em necessárias mudanças no interior da dinâmica familiar, já que o mesmo desempenha o papel de prover o sustento financeiro da família. G passou então a cuidar das coisas que faziam parte do papel do esposo, ou seja, trabalhar fora de casa para prover o sustento da família e, conseqüentemente, seu esposo passou a assumir os papéis domésticos e cuidar dos filhos. Portanto, as condições de doença, não somente desorganizam o sistema familiar, como também provocam mudanças nos papéis dos seus membros.

A partir da análise dos mitos familiares³ é possível obter indícios da estrutura de relações que regulam o funcionamento familiar e sua dinâmica emocional. Finalizado a análise, a família oferece interpretações de si própria, do mundo e de seus acontecimentos significativos, servindo-se e limitando-se pelos significados culturais e temporais advindos do contexto social do qual faz parte (FERREIRA, apud, STERIAN, 2001, p.59-69).

A dinâmica familiar, conforme Calil (1987; p.76), abrange duas unidades sociais primárias: a família de origem e a família nuclear. A família de origem é aquela em que cada um dos conjugues construiu seus padrões de relacionamento; e a família nuclear, através da qual os padrões de relacionamento aprendidos e vivenciados, em nível consciente e inconsciente, pelos conjugues durante a infância e adolescência, são repetidos e continuamente desenvolvidos.

Logo, a família representa-se com um campo de relações onde nos constituímos como sujeito. Continuamente, projetamos e introjetamos mensagens que estão de acordo com as fantasias e crenças, que sustentam a dinâmica familiar, tanto consciente, como inconscientemente.

³ O mito familiar se apresenta como um sistema de crenças que diz respeito aos membros da família, seus papéis e suas atribuições em suas trocas recíprocas. (FERREIRA, apud, HENRIQUES, 2005) Esses mecanismos são utilizados pela família para manter seu equilíbrio psíquico.

3. UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UTI

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um espaço existente nos hospitais reservado a utilização de tratamentos e procedimentos avançados para reverter alterações que colocam em riscos vidas humanas. A UTI é reservada ao acolhimento de pacientes em condições grave com chances de sobrevida, que demanda monitoramento constante e cuidados muito mais complexos que dos demais pacientes, tendo como objetivo principal o reestabelecimento do funcionamento de sistemas orgânicos, severamente alterados. Esta unidade foi desenvolvida a partir da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes. É um ambiente de alta complexidade, com monitorização e vigilância de profissionais multidisciplinar 24 horas. Apresentam divisões internas semelhantes, recepção, sala de reunião, quartos de descanso dos profissionais, banheiro e copa. (FARIA, 2015)

A necessidade do surgimento das UTI's, segundo Caroline Faria (2015), se deu no início do século XX, quando surgiram as chamadas “salas de recuperação”, para onde os pacientes eram encaminhados após alguma neurocirurgia nos EUA. Aqui no Brasil sua implantação foi um pouco depois, na década de 70, sendo o hospital Sírio Libanês no estado de São Paulo, o primeiro a implantar a UTI, com apenas dez leitos de início.

As UTI's são equipadas com aparelhos de alta tecnologia, capazes de reproduzir as funções vitais dos pacientes, desde ventiladores mecânicos que agrega vários modos de assistência respiratória, até bombas de perfusão com o controle mais exato da dosagem dos medicamentos e de seus diluentes. A criação das UTI's marcou a história da medicina, uma vez que possibilitou o atendimento apropriado aos pacientes garantindo-lhes melhores condições no tratamento e uma maior possibilidade de recuperação, obtendo uma redução significativa no número de óbitos (PEREIRA, 1999).

O profissional que trabalha na UTI é chamado de intensivista e a equipe é formada por multiprofissionais como médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais entre outros. Já os pacientes atendidos nessas unidades são pessoas que se encontram frente a uma desestabilização orgânica, muitas vezes em uma situação limite (entre a vida e a morte).

O tratamento nesta unidade é considerado invasivo e doloroso, considerando que o paciente encontra-se exposto aos procedimentos hospitalares. Este está sujeito a possíveis sequelas, corre risco de vida, além da separação da família, ocasionando sofrimento para ambas as partes (VIEIRA, 2012).

As visitas acontecem em horários determinados e não é possível a permanência de um acompanhante no setor. Ficando os familiares privados do cuidado e da atenção ao doente, permanecendo o paciente inteiramente dependente da equipe multidisciplinar do hospital. Situação que pode ocasionar, em muitas famílias, uma possível crise de desestruturação emocional, por não poderem estar próximo ao familiar nesse momento de fragilidade que o adoecimento desencadeia.

Sendo ao mesmo tempo uma unidade favorável às possibilidades de recuperação orgânica, a UTI apresenta toda uma série de situações que atuam como desestabilizadores para o equilíbrio psicológico. As rotinas de trabalho tenso, a claridade artificial, situações de morte iminente, somadas ao aspecto pessoal do sofrimento da pessoa internada tais como o medo, a ansiedade, o isolamento do mundo, a perda da identidade e da autonomia mesmo que temporária, contribuem para possíveis alterações psiquiátricas. (LUSTOSA, 2007).

Essa desestabilização emocional, ocasionada por todos esses processos, pode ocorrer tanto no sujeito internado como em seus familiares que estão acompanhando diariamente a rotina e o tratamento deste membro em um meio em que as angústias e esperanças se confrontam intensamente (SIMONETTI, 2011). Esta unidade por ser entendida como um espaço reservado para tratamento de graves patologias é vista pelas famílias como algo estranho, intenso e ameaçador. Tudo isso ocasiona um estado emocional bastante fragilizado.

O período de internação representa um momento em que a subjetividade pode ser afetada, já que há um rompimento com a família, com os hábitos e também com o cotidiano, além de procedimentos médicos invasivos e o adoecimento em si.

Não raro, a família se encontra frente a situações que exigem tomadas de decisões angustiantes (medicamentos com efeitos colaterais, internação na unidade, procedimentos invasivos, amputações, etc.), encarando situações com excessivo nível de ansiedade e dúvidas.

Como ressalta Simonetti (2011), tudo é intenso na UTI: a rotina, o tratamento, os riscos, emoções e esperança. Onde se faz necessário construir canais de saídas dessas intensidades por meio da palavra dita. E, apesar do foco primário de atendimento ser o paciente, é preciso acolher também a equipe e os familiares.

4. FAMÍLIA E DOENÇA

O conceito de doença, segundo o MS - Ministério da Saúde, é voltado para uma alteração ou desvio do estado de equilíbrio de um indivíduo com o meio ambiente. Um distúrbio das funções de um órgão, da psique ou do organismo. (MS, 1977, p.28.). Entretanto, a saúde e a doença

envolvem dimensões subjetivas e não apenas biologicamente científicas e objetivas, e a normatividade que define o normal e o patológico varia. (BACKES, 2009).

Quando se recebe a notícia do diagnóstico e esta se refere a uma doença crônica ou terminal, envolve toda a família, seja de forma direta ou indireta. Todos os membros se movimentam, redistribuem-se seus papéis e adquirem novas funções. Essas mudanças mexem na estrutura psíquica das pessoas envolvidas, que acabam tendo que mudar-se em prol do outro.

O adoecimento e a hospitalização geram situações de crise, onde o indivíduo se depara com o incontrolável e com a fragilidade da condição humana. Sobreposto ao sofrimento físico desencadeia-se o sofrimento psíquico.

Assim, o adoecer constitui-se em um fenômeno subjetivo, vivido de maneiras diversificadas, com significativa influência cultural e ambiental, concedendo formatações diferentes para cada indivíduo.

Ademais, a cultura interfere na maneira de perceber, reagir e comunicar a doença, que se estabelece em um fenômeno complexo, multifatorial, multideterminado e esporadicamente previsto. Além destes relevantes aspectos, a doença simboliza um ataque à estrutura da personalidade e à estrutura familiar, além de designar uma crise acidental na vida do ser humano. (LUSTOSA, 2007).

O impacto da revelação do diagnóstico pode, muitas vezes, levar a um choque, uma “paralisia”, diante de uma realidade dura e difícil de ser aceita, podendo, em alguns casos desestruturar mais a família do que o próprio paciente. Estes, podem se desorganizarem. Pois que, quanto mais emocionalmente significativo é esse sujeito para a família, maior desestruturação familiar se dará à sua morte.

Como já vimos, o contexto familiar apresenta uma inter-relação entre seus membros e um efeito mútuo que uns tem sobre os outros; assim, quando um membro da família é acometido por uma doença e submetido à internação, as angústias, medos, incertezas, ansiedade do possível diagnóstico e dúvidas quanto ao futuro incerto também perturbam outros membros da família.

O significado do indivíduo para sua família pode se dar de acordo com o papel que esse exerce dentro dela e do grau de dependência emocional da família em relação a este sujeito. Essa significância também influencia no envolvimento dos membros, frente às decisões a serem tomadas. O lugar que o sujeito ocupa, a sua influência e importância dentro do contexto familiar, coloca este como participante ou não frente às decisões. (SILVA, 2000).

Porém, essa “exclusão” de membros diante de decisões se coloca como um fator a mais, favorável para desorganização da dinâmica familiar. Assim, a inclusão dos familiares na situação doença e em procedimentos se faz importante para os membros, o qual, ao enfrentar situações estressantes na família, reforça o sentimento de pertencimento a este grupo, acentuando os

sentimentos de identidade familiar, qual se desenvolver a partir da percepção inconsciente, causadas pelo reconhecimento das reações dos outros diante de um determinado dizer ou agir. (SILVA, 2000). É evidenciada assim, uma situação complexa no manejo familiar diante do adoecimento.

A vivência da hospitalização e diagnóstico da doença faz com que a família passe por um processo de adaptação e criação de estratégias para lidar com a enfermidade e, para isso, é preciso fazer redefinições de papéis, onde outro membro assumi as funções anteriores desempenhadas pelo doente, para obter uma reorganização perante o momento de crise. A necessidade do paciente de receber atenção e cuidados a longo prazo desencadeia desafios à estabilidade da família.

Como dito, a chegada de uma enfermidade provoca necessárias e angustiantes modificações na dinâmica familiar, que se altera de acordo com o sujeito doente.

Tratando-se de um dos cônjuges, a exemplo, há uma mudança maior. Os pais que tomavam decisões entre si passam, com a internação de um deles, a incluir os filhos nas tomadas de decisões, como também a atribuir responsabilidades a estes. Produz-se, assim, um aspecto de uma família de progenitor único. Nessas situações é frequente o aparecimento do filho no papel paterno, o chamado filho paternal ou ainda ocorre o engajamento do avô como progenitor ativo. Modificando-se os papéis. (SILVA, 2000).

Os filhos, então, passam a ter responsabilidades pelos afazeres domésticos e com questões financeiras, nunca tidas antes. Não que essa movimentação aconteça de maneira igual em todas as famílias, isso vai depender do momento do ciclo de vida da família, do indivíduo e do estágio da doença do enfermo. Havendo ainda, um necessário apoio financeiro de membros do conjunto familiar, pode-se desencadear uma desorganização ainda maior na suposta harmonia existente. (SILVA, 2000).

Durante a hospitalização, além da organização do arranjo familiar a família se depara com mais desafios. Estes precisam eleger os membros que iram assistir o paciente durante sua permanência no hospital, uma decisão sempre difícil. Essa escolha já faz parte do funcionamento familiar e a forma como se organizam pra vir (o que é importante observar). Pois, dados importantes da dinâmica familiar são comunicados através de gestos e comportamentos, em linguagem não verbal. As presenças e ausências de membros exprimem sentidos importantes da experiência vivida pela família no processo terapêutico. Cuidar de um paciente no ambiente hospitalar, é se deparar com circunstâncias que serão causadoras de estresse.

Conforme Boff (2008), o cuidar significa zelar, dar atenção, desvelo. O cuidado somente se dar quando a existência de alguém tem significância para o cuidador. É um processo interativo onde o cuidador e paciente envolvem-se principalmente de forma emocional, pois tal ato envolve e apresenta amor, atenção, preocupação, promovendo o apoio psicológico no momento em que existe um sofrimento. No entanto, ao relacionar-se com o paciente, o familiar cuidador também

sofre, porque ao cuidar, vivencia a dor, pois existe o envolvimento emocional inevitável e esse não possibilita a isenção da dor. (WALDOW, apud, DIAS 2010).

Vive-se um desamparo frente à enfermidade de um ente querido, o que impõe sensações e pensamentos desconhecidos. No entanto, é observado que a doença abre espaço propício para trabalhar o luto e manifestar a angústia da qual muitas vezes não queremos saber.

Frente a esta situação, muitos familiares buscam apoio em atividades religiosas, rituais para enfrentar a doença do familiar, os quais se sentem apoiado por irmandades religiosas na crise. A doença pode estruturar laços rompidos, pode aproximar filhos e cônjuges, como também pode desestruturar esse arranjo, causando a separação destes. (SILVA, 2000).

Esboço aqui um caso que exemplifica essas questões. Em um atendimento a filha (filha única) de um paciente internado na UTI, esta apresentou no seu discurso um repulso por este pai. Ela traz em seu histórico um caso de abuso sexual ainda quando pequena, sofrido por este pai. Uma figura que deveria passar segurança, cuidados e confiança. Sua relação com o pai só se deu enquanto a sua mãe estava viva. Quando esse pai adoece e precisa de atenção e cuidados, a filha se recusa a cuidar. Nesse momento, a mesma, se vê confrontada com as histórias do passado não elaboradas na hora que é convocada para cuidar deste pai. Gerando um sentimento ambivalente nesta filha. Um sentimento de culpa e ao mesmo tempo um desejo de que este pai morra.

Com o funcionamento da dinâmica familiar, para que possa compreender um membro da família é preciso levar em consideração o contexto em que vive e seus mitos familiares. Pois, é a partir das crenças, da forma como as famílias se relacionam, sua dinâmica, experiências passadas e a forma como encaram e se adaptam à doença que ira levar ou não a família ao desespero.

Esse desespero por muitas vezes vem acompanhado de inúmeras emoções como: indecisão, sentimento de culpa, pressão, penalização, autopunição.

Para melhor entender sobre essas crenças familiar, cita-se o caso de um dos membros da família de X, que deu entrada na UTI. Um caso de intromissão religiosa. Quando X precisou se internar, a família se desesperou. E o que perturbava esta família era a possibilidade de que este membro precisasse receber sangue, pois, a família se recusava por ser membro da igreja Testemunhas de Jeová. Segundo tal religião, não se pode aceitar transfusão de sangue. Para eles, o sangue representa a vida; então, evitam tomar sangue por qualquer via não só em obediência a Deus, mas também por respeito a ele como dador da vida. São detentores de uma crença que acreditaram que recebendo sangue de outra pessoa esta ficara impura. *“Minha preocupação é que ele precise de sangue porque nossa família é testemunha de Jeová. Se for precisar... (sic)”*.

Destaca-se no caso, que a dinâmica familiar é sustentada por uma crença religiosa, e como as suas crenças podem contribuir para que o paciente e sua família enfrentem essa situação. A crença de que não se pode desobedecer a Deus, sob pena de reprovação ou castigo. Se faz importante escutar e acolher seus temores, levando em consideração que, se caso houvesse a

necessidade da transfusão de sangue, como se daria o apoio da família e da rede social, sendo este de grande importância. Vendo quais seriam as consequências e como esse membro seria visto ou aceito dentro dessa família que acredita que este estaria impuro?

Assim, é válido que não apenas o paciente possa ter uma escuta psicológica para ajuda a canalizar suas emoções, mas sim todo o conjunto familiar. Pois, muitas famílias diante desse atendimento psicológico conseguem recuperar seu equilíbrio emocional; já outras permanecem em estado de desequilíbrio ou estabilizam-se em uma estrutura disfuncional.

Em outro caso na UTI, uma filha queria restringir a visita dos outros irmãos, sendo ela a sétima filha. *“Querida pedir pra não deixar meus irmãos entrarem pra ver meu pai, eu que sou cuidadora dele, eles nunca tiveram uma boa relação com meu pai. (sic)”*.

O pedido desta filha estava além destas questões. Diante da escuta oferecida a mesma durante o período de internação deste pai, foi possível observar que o seu desejo, vem por este pai não dispensar atenção, nem cuidados a esta filha quando pequena. Tendo esta, uma oportunidade de estar perto do pai, e como a única filha que dispensa-lhe atenção e cuidados, ao mesmo tempo podendo receber dele uma atenção, mesmo que nessas condições de internação. O que deixa explícito uma não elaboração do “abandono” paterno, e a necessidade de receber afeto deste pai.

É frente a situações de crise, que a família precisa lançar mão de defesas egóicas, nem sempre adequada. Ou seja, afastar do nível do ego, conteúdos inconscientes causadores de intenso desprazer ou angústia. Quando isto ocorre, regressão, infantilização, aumento de dependência, de fragilidade, remorsos, sentimentos de culpas, podem ser comumente apresentados. (SILVA, 2000).

Romano (1999) descreve que a família busca sua organização e capacidade de adaptação visando o equilíbrio, pois diante de eventos que poderão provocar alterações na estrutura familiar, será necessário fazer adaptações, e isso dependerá da estrutura psicológica que essa família tem.

A hospitalização de um dos membros de uma família é um evento que gera estresse. Como o equilíbrio do sistema é interrompido pelas necessidades internas e pelas solicitações externas, a hospitalização é percebida como ameaçadora. Se o equilíbrio não é restaurado, tem-se uma crise. As estratégias adaptativas usadas e seu sucesso em restaurar o equilíbrio do sistema podem ser medidos pelas respostas individuais, tanto motoras, quanto afetivas. (ROMANO, 1999; P.73)

Assim, o apoio psicológico à família é fundamental, pois estes, por estar em contato direto com o paciente hospitalizado, influenciam no tratamento e na busca pela cura do paciente.

É no momento de crise, que os familiares e pacientes mais precisa de uma escuta sem nenhum preconceito, pré-julgamento ou pré-valorização. Sempre permitindo que manifeste sua dor, seu sofrimento, num momento que tanto precisa desabafar e ser compreendido.

5. ESCUTA PSICOLÓGICA

A nova situação, a doença, a internação, leva a família a se defrontar com diversas dificuldades, como nos ressalta Lustosa (2007). A família, muitas vezes, fica à mercê de informações sobre o estado de seu familiar. Em alguns casos como já foi colocado, o paciente representa um papel na dinâmica familiar, ou seja, o paciente desempenha importante papel de apoio financeiro e/ou emocional na família, e esta, necessita ter uma responsabilidade frente a decisões difíceis; porém, nem sempre tem oportunidade de contato com o médico responsável pelo caso e a equipe de saúde, na maioria das vezes, não sabe o que passar à família, sobre o quadro do paciente, ou mesmo tem disponibilidade interna e/ou externa para tal. Isto posto, ocasiona como consequências a permanência ou mesmo a elevação do grau de angústia.

Situações como estas deixam a família fragilizada. No entanto, essa fragilidade só é percebida a partir do comportamento dessa família. Alguns se mantêm quietos, não interagem, falam pouco e se colocam junto ao leito para oferecer cuidados ao membro enfermo, outros podem ser queixosos ao extremo, solicitando em exagero da equipe, reclamando do atendimento dos profissionais e dos procedimentos feitos. Visto isso, é necessário voltar um olhar mais acolhedor sobre esses sujeitos. Dados importantes da dinâmica familiar são comunicados através de gestos e comportamentos, em linguagem não verbal.

Deste modo, tanto os pacientes internados na UTI, como seus familiares, apresentam fantasias e especulações sobre a situação vivenciada, na qual, muitas vezes, como já foi explicado, é ocorrida à ruptura familiar. O que ocasiona angústia, Moretto (2006) define angústia como sendo aquilo do qual “não se têm significantes que simbolizem um buraco no real”. A angústia nasce diante da incerteza de um perigo, de algo que não damos conta, aquilo que não conseguimos transformar em linguagem, ou seja, não se consegue nomear. (NASIO, apud, VIEIRA, 2012).

O processo da internação é um evento significativo, uma vivência que atinge a subjetividade e desencadeia no sujeito uma “experiência de perdas”, a qual faz ligação a outras perdas semelhantes e a como estas foram resolvidas. De maneira que cada vivência não é isolada, havendo relação entre os diferentes ciclos vitais ou crises que ocorrem no curso da idade de uma pessoa e da maneira que foram solucionados (Jurkiewicz, 2003). Uma crise de acordo com Jurkiewicz é caracterizada pela emergência de uma situação nova, que atinge o psíquico e provoca a desordem.

Exigindo mudanças de ordem psicológica, física ou social, ou seja, renunciar a uma posição para poder acolher outra e, conseqüentemente, adquirir novas condutas.

Mas, nem sempre isso acontece. Muitas vezes repete-se vivências passadas, como uma tentativa de elaboração psíquica, o que acaba dificultando a adaptação a novas situações. Quando esta situação de crise é tratada adequadamente, a doença pode vir como oportunidade para a elaboração psíquica de experiências de perdas ainda não elaboradas. Elaborar quer dizer ressignificar experiências. O que ocorre através da escuta oferecida ao outro e da palavra dita.

Desta forma, é de grande importância oferecer uma escuta a esse usuário e levar em considerações suas queixas ou seu pedido. Esse acolhimento contribui para minimizar o sofrimento, aliviar as angústias e fazer como que os familiares reconheçam o seu papel perante a equipe e o doente. (VELASCO, 2013).

Apoios de diferentes tipos devem ser considerados e assinalados. Há os que têm capacidade de corresponder com reações emocionais adequadas de apoio e compreensão, e outros que são capazes de ajudar em providências objetivas, serviços a fazer, e que podem ser igualmente de grande ajuda nas necessidades do paciente.

Na medida em que o psicólogo abre esse espaço de escuta ao outro, precisa estar pautado da escuta fluente, ouve-se o discurso apresentado pelo sujeito, sem se fixar num único ponto. Tornando possível a identificação de padrões transgeracionais, os quais segundo Lisboa (2005), desempenha um papel estruturador para a família e, da mesma forma, podem, em outros momentos, gerar dificuldades e conflitos.

Esses conflitos e dificuldades emergem diante da formação da família nuclear que traz, em sua história, crenças da família ampliada e ancestral. Como também transtornos ou condutas problemáticas nos membros da família, o que ajuda a situar o problema atual dentro de um processo evolutivo e histórico do indivíduo, favorece o *rapport* entre médico e paciente e ajuda na identificação da rede de apoio psicossocial (MUNIZ, 2009).

Sendo possível também, observar os fatos que estão presentes no discurso do paciente, evidenciando a não elaboração das vivências, o que lhes gera dor, sofrimento, e possivelmente, a própria manifestação da doença. Apesar das conseqüências desta no corpo, há uma possibilidade de elaboração dessas vivências, à medida que o sujeito vai abrindo seu discurso e encontrando maneiras de aliviar a angústia por meio da palavra falada.

Assim como o paciente, muitos membros da família também se deparam com dificuldades no enfrentamento da situação de adoecimento, o que constitui na família um estresse permanente, elevação de ansiedade, sofrimento interno, medos do desconhecido, inquietude, angústia quanto às decisões a tomar, e a situações a enfrentar.

A partir da escuta psicológica a estes familiares, é possível observar a existência (ou não) da rede de apoio psicossocial, na família nuclear, formado por pai, mãe e filhos, e/ou extensa, composta pelos avós, tios, primos, irmãos, cunhados, etc. ou ainda família substituta: escolhida e aceita de forma declarada ou não, para atuar como família nuclear ou extensa. Além de ajudar na identificação do papel do sujeito, dos elementos de estresse no contexto familiar, suas crenças e mitos, o que estabelece correlações entre o processo saúde-doença, possibilita também, estes colocarem seus sentimentos sobre a situação presente, expor suas dúvidas, medos, anseios, pois saber o que ocorre com o paciente, mesmo sendo algo grave, é menos doloroso do que não saber.

Os pacientes e os familiares se sentem mais apoiados e compreendidos quando consegue ter um espaço para falar das suas dores, temores, medos e angústias. Escutar estes, no momento de doença e internação como já colocado, torna possível a elaborações de vivências. Deixando que o paciente fale além do que sabe conscientemente, a seu respeito, desencadeia em si um novo significado dos eventos que desconhecia em si mesmo, e ajuda a elaborar e conviver com estes acontecimentos. (JURKIEWICZ, 2012).

O acolhimento no contexto hospitalar é fundamental, já que a própria hospitalização torna o indivíduo enfermo e seus familiares vulneráveis, nos níveis físicos e emocionais. Escutar, neste cenário, significa “acolher toda queixa ou relato do usuário, mesmo quando possa parecer não interessar para o diagnóstico e ao tratamento”. Para além disso, é através da escuta que ajudamos a (re)construir “os motivos que levaram seu adoecimento e as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida - as relações com seus convivas e com seus desafetos” (BRASIL, 2007, p.16-17)

Portanto, é através da escuta oferecida e da fala, que poderão expressar dúvidas, temores e fantasias. Minimizando o desconhecido e o medo que sente diante da doença.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do acompanhamento e observação de parentes de pacientes internados na UTI, durante o período de estágio e também da leitura de artigos e livros, tornou-se possível compreender como a chegada de uma enfermidade a qualquer membro da família pode ocasionar uma ruptura na dinâmica familiar. Partindo do pressuposto que a família vive num conjunto em que ocorre uma relação de troca e até mesmo uma interdependência entre os indivíduos. Dependendo da importância, do papel, do lugar e a relação afetiva que este sujeito ocupa dentro da família a fragmentação pode ocorrer de forma muito mais significativa.

Com o entendimento do funcionamento interno da família, é observado que a doença pode vir acompanhada não só das angústias, mas também podem trazer consigo ganhos secundários, como a atenção da família ou mesmo da equipe, do psicólogo que comumente acolhe o doente e seus acompanhantes, que na maioria das vezes necessitam ser assistidos mais do que o próprio hospitalizado.

Compreendendo a partir disso, o quanto é relevante oferecer uma escuta psicológica não só ao paciente internado, mas também aos acompanhantes diários desse familiar, que estão ali em busca de cuidados e melhoras deste ente querido. Escutar estes membros possibilita entender suas crenças, fantasias, medos e angústias. Trabalhar essas questões simbólicas e imaginárias do sujeito ajuda a conduzir suas emoções e direcioná-los a um possível equilíbrio.

Habitualmente, a maioria das produções em pesquisas é voltada para intervenção individual, com a proposta de possibilitar ao paciente superar suas dores e conduzi-los a um equilíbrio diante da enfermidade. No entanto, esta pesquisa trouxe a importância de pensar além, vendo que, se o adoecimento afeta todo o sistema familiar, a melhor forma de intervenção seria em conjunto, e com ajuda mútua dos seus membros. Uma vez que se considera a ligação emocional existente.

Diante disto, sugere-se a intervenção de um profissional, com o objetivo de orientar e direcionar suas emoções, além de (re)organizar o sistema e as relações entre os membros. Acreditar nos ganhos terapêuticos que esta proposta traz, foi o que motivou esta produção.

O psicólogo precisa está apto e ser empático para dar conta dos diferentes comportamentos da família diante do adoecimento e da perda, a fim de minimizar os danos causados pelo mesmo.

Penso que uma pesquisa sistematizada sobre essa temática, possibilitaria um maior enriquecimento desta teoria e facilitaria o trabalho desenvolvido dentro da Unidade de Terapia Intensiva.

Desta forma, afirma-se, aqui, a necessidade de ampliar a discussão desta temática, através de estudos e produções de pesquisas de campo, onde ocorra a coleta de informações com famílias e profissionais da área de saúde.

Percebeu-se, também, a falta de um material teórico mais amplo sobre a temática para respaldar e fundamentar ainda mais esta produção, não só sobre a questão da vivência do adoecimento em família, mas também, sobre a intervenção do psicólogo neste contexto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BACKES, M. T.S. **Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico.** - Rio de Janeiro, jan/mar. 2009.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra.** 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 199 p.

BRASIL. Ministério da saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Brasília: Ministério da saúde, 2008.

CALLIL, Vera L. L. **Terapia familiar e de casal.** São Paulo: Summus, 1987.

DIAS, Cristina Alves. **Doença na família: um diálogo sobre o cuidado psicológico do familiar cuidador.** p.8-12. – Criciúma. Jun.2010.

FARIA, Caroline. **Unidade de Terapia Intensiva – UTI.** 2015. Disponível em: <http://www.infoescola.com/medicina/unidade-de-terapia-intensiva-uti/>.

FILHO, J. M. Et al. **Doença e família.** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

FONSECA. Claudia. **Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica.** – São Paulo. Ago. 2005.

GONÇALVES, M. O. **Morte e castração: um estudo psicanalítico sobre a doença terminal infantil.** – Brasília. Mar.2001.

HENRIQUES, M^a Isabel. Et al. **Mito familiar e transmissão psíquica: uma reflexão temática de forma lúdica.** – São Paulo. dez. 2005.

HINTZ, Helena Centeno. **Novos tempos, novas famílias? Da modernidade à pós-modernidade.** Revista Pensando Famílias, 3, p. 8-19, 2001.

JURKIEWICZ, Rachel. Et al. **A assistência psicológica através da escuta clínica durante a internação.** – Rio de Janeiro. Jun. 2012.

LISBOA, Aline Vilhena. Et al. **Quando o adoecimento assombra e une o grupo familiar.** Dez.2005.



LUSTOSA, M. A. **A família do paciente internado.** Rev. SBPH v.10 n.1 Rio de Janeiro. Jun. 2007.

MANDELBAUM, Belinda. Sobre famílias: estrutura, história e dinâmica. - São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, 2ª. Edição.

MANDELBAUM, Belinda. **Psicanálise da família.** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

MACEDO, M. M. K. Et al. **A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta.** – São Paulo. Jun. 2005.

MARIANO, A.B.P. **As mudanças no modelo familiar tradicional e o afeto como pilar de sustentação destas novas entidades familiares.** abr. 2013.

MESSA, A. A. **O impacto da doença crônica na família.** – São Paulo, 2013.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria nacional de ações básicas de saúde – coordenação de assistência médica e hospitalar. **Conceitos e definições em saúde.** –Brasília. 1977.

MORETTO, M.L.T. **O que pode um analista no hospital?.** – São Paulo: Casa do Psicólogo. 2006.

MUNIZ, José Roberto, Et al. **Genograma: Informações Sobre Família Na (In)Formação Médica.** 72-79 p. Rio de Janeiro. Jul. 2009.

MIRANDA, C. E. S. **Família, psicanálise e sociedade.** Disponível em: www.pdfactory.com. p.1-7.

OSORIO, Luiz Carlos. **Família hoje.** – Porto Alegre. 1988, 91p.

PALMA, Rúbia. **Famílias Monoparentais.** – Rio de Janeiro, 2001.

PEREIRA, Júnior. **O papel da unidade de terapia intensiva no manejo do trauma.** - Ribeirão Preto. Dez. 1999.

PORTUGAL, Ana Maria. Et al. **O porão da família: ensaios de psicanálise.** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

PRADO, Danda. **O que é família.** São Paulo. Editora Brasiliense, 1985.

ROMANO, Bellkiss Wilma. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

RUDINESCO, Elizabeth. **A Família em Desordem.** - Rio de Janeiro, 2003.

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

SILVA, Célia Nunes. **Como o câncer (des)estrutura a família.** – São Paulo: Annablme, 2000.

SOUZA, Ângela Machado. Et al. **Contribuições da psicologia no enfrentamento da doença oncológica.** p.167-178.

SOUZA, E. C. Et al. **A psicologia hospitalar e seus efeitos: a importância da escuta.** Jun. 2015

STERIAN, Alexandra. **Emergências psiquiátricas: uma abordagem psicanalítica.** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

VIEIRA, Camilla Araújo Lopes, Et al. **Morte, Angústia e Família.** – Ceará. p.97-108. Jul. 2012.

VIEIRA, Camilla, A.L. Et al. **Morte, angústia e família: considerações psicanalíticas a partir da Unidade de Terapia Intensiva.** jun. 2012

VELASCO, Karine. Et al. **Acolhimento e escuta como prática de trabalho do psicólogo no contexto hospitalar.** nov. 2013.

VALLE, Beatriz. Et al. **Psicanálise e hospital: a escuta da dor além do corpo.** Cap.7, p.110-115.

YAMAMOTO, Kayoko. **Psicoterapia preventiva da família: método e ilustrações clínicas.** – São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.