

Instituto de Formação e Desenvolvimento Pessoal  
Especialização em Psicoterapia Breve Operacionalizada

**Mariana Ramos Pitta Lima**

**Suzane Magalhães Francischini**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA  
PARA A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM UMA ENFERMARIA  
PEDIÁTRICA**

Salvador  
2011

**Mariana Ramos Pitta Lima**

**Suzane Magalhães Francischini**

**CONTRIBUIÇÕES DA PSICOTERAPIA BREVE OPERACIONALIZADA  
PARA A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO EM UMA ENFERMARIA  
PEDIÁTRICA**

Artigo apresentado ao Programa de Pós  
Graduação em Psicoterapia Breve  
Operacionalizada, Instituto de  
Desenvolvimento Pessoal, como requisito  
parcial para obtenção do grau de especialista.  
Orientadora: Prof. Dra. Vania Nora  
Bustamante Dejo

Salvador  
2011

## RESUMO

O presente artigo vem propor a discussão sobre como o trabalho da Psicoterapia Breve (PB) e suas técnicas podem ser realizados em familiares acompanhantes de pacientes internados numa Enfermaria Geral Pediátrica. Para tanto, foram utilizados três casos clínicos atendidos nesta enfermaria. Observa-se nas situações apresentadas, que a abordagem isolada da Psicoterapia Breve Operacionalizada é insuficiente para dar conta da complexidade da dinâmica do trabalho do psicólogo na enfermaria geral. Sendo necessário, assim, fazer uso, em alguns momentos, da Psicoterapia de Esclarecimento, potencializando em tempo breve resultados positivos através de instrumentos técnicos e práticos em ambiente hospitalar.

**Palavras-chave:** Psicoterapia Breve; Enfermaria Geral Pediátrica; Psicoterapia de Esclarecimento; Psicólogo Hospitalar.

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo visa refletir como o trabalho da Psicoterapia Breve (PB) pode ser aplicado num contexto de Enfermaria Geral Pediátrica. O presente artigo apresenta a estruturação da reflexão acerca da efetividade das técnicas da Psicoterapia Breve aplicada a familiares acompanhantes de pacientes internados numa Enfermaria Geral Pediátrica de um Hospital Público. O trabalho busca também promover a percepção da possibilidade de construção de novas perspectivas, frente à doença, hospitalização, ao tratamento e prognóstico para os pacientes e sua família.

A criança estabelece-se como ser de relação, dependente de um cuidador (geralmente os pais). Ela, desde a mais tenra idade, constitui-se a partir de diversas fontes do casal parental. Na criança se encontram o arcabouço psicossocial dos genitores, características e escolhas pessoais dos mesmos, bem como sonhos e fantasias infantis. Ou seja, os pais esperam, desde a gestação, o nascimento de um filho imaginário, idealizado, perfeito, condizente com os padrões de normalidade vigentes no meio social (CORTEZ e REGEN, 1996).

Quando esta criança é acometida por alguma patologia e há a necessidade de internamento hospitalar, os familiares entram em contato com sentimentos que remetem à frustração. O real (*filho real*) se impõe sobre o que até então havia-se idealizado. Instala-se, então, um contexto que não desejavam, com um repertório de sentimentos negativos, desamparo, ansiedade, angústia, enfim dificuldades a serem confrontadas.

Essas dificuldades tendem a aumentar no contexto da enfermaria, na qual é repleta de agentes estressores. O paciente internado neste ambiente demanda cuidados refinados da equipe de saúde e do seu acompanhante, encontra-se submetido a procedimentos invasivos para realização do tratamento, gerando momentos de tensão e estresse. Durante um tempo significativo, que objetiva ser breve, paciente e acompanhante privam-se do ambiente doméstico e da sua rotina diária, do sono e da alimentação, da liberdade e das suas próprias identidades. São mudanças na dinâmica da criança/adolescente e família, exigindo investimento diferenciado pessoal por parte destes. Estes aspectos favorecem o aparecimento de desordens psicoemocionais e sociais, além de uma desestruturação familiar. O paciente e seu acompanhante, diante deste contexto de privação e hostilidade, costumam reagir com resistência aos procedimentos médicos,

protestando, retraindo-se, até se adaptar e aceitar o novo contexto (BALDINI e KREBS, 1999).

Winnicott (1958/2000) defende a importância do ambiente suficientemente bom para atender às necessidades e o desenvolvimento do indivíduo. É importante tratar o ambiente cuidador, que deve ser firme, acolhedor e amoroso. Assim, faz-se necessário que o contexto hospitalar adapte-se a esta demanda, favorecendo ao paciente e seu acompanhante, uma boa adesão ao tratamento, bem como contribuindo na diminuição de impactos psicoemocionais decorrentes da doença e da hospitalização.

Sabe-se que a presença do familiar/cuidador é de extrema importância no processo de hospitalização da criança, interferindo diretamente na amenização dos impactos psicoemocionais negativos da doença e do tratamento exaustivo. Logo, estes acompanhantes precisam ser cuidados para poderem cuidar.

O profissional de psicologia é um dos técnicos capacitados para realizar acompanhamento e suporte aos familiares. A intervenção psicológica prepara o paciente e seu cuidador para a execução de procedimentos, facilitando a re-organização emocional frente aos processos geradores de crise. O suporte psicológico se dá através do uso de técnicas que favorecem a expressão dos sentimentos e angústias, elaborando-os e favorecendo um bem-estar psicoemocional (BRESTAS E COLS., 2002).

Garcia (2005) aponta que no âmbito hospitalar há limites institucionais, pela instituição em si - o hospital -, que possui suas normas, rotinas, condutas específicas, dinâmicas que devem ser respeitadas e seguidas, limitando as possibilidades de atuação. Entre as características e rotinas específicas do contexto hospitalar, a delimitação do tempo interfere diretamente na prática do psicólogo pela grande rotatividade dos leitos, pela gravidade da doença, dentre outras. No caso de atendimento na enfermagem, podem ser utilizadas técnicas que possibilitem o atendimento emergencial e focal.

As psicoterapias breves surgiram como uma resposta à inserção da psicologia em instituições e às novas demandas de pessoas que procuram atendimento psicológico. Os serviços de psicopatologia hospitalar, os centros de saúde mental, as instituições privadas e os hospitais psiquiátricos precisaram, em determinado momento, e de forma similar a outros países, implementar técnicas breves (BRAIER, 1991).

No ambiente hospitalar, em que existe a necessidade de delimitação do tempo e respostas rápidas ao tratamento, é possível trabalhar uma terapêutica breve baseada na escuta e no aporte conceitual da psicanálise, o que significará aplicação de suas teorias em

situações nas quais não é necessário utilizar a técnica psicanalítica corrente. A técnica da Psicoterapia Breve permite também a possibilidade de atender aos pacientes que no contexto hospitalar, não podem, por motivos diversos, ser atendidos através de um tratamento psicanalítico, exigindo que adaptemos nossos recursos técnicos às possibilidades e necessidades do paciente (BRAIER, 1991).

Na técnica da Psicoterapia Breve, as metas terapêuticas são mais reduzidas que as do tratamento psicanalítico. Os objetivos terapêuticos focam as necessidades mais ou menos imediatas do indivíduo, buscando a superação dos sintomas e problemas atuais da realidade do paciente a fim de que possa enfrentar de forma mais adequada às situações de crise (BRAIER, 1991).

Porém, como promover um espaço psicoterapêutico num contexto de enfermaria, no qual o tempo de internação objetiva ser o mais breve possível? Quais técnicas da Psicoterapia Breve poderiam ser efetivas no acompanhamento dos cuidadores dos pacientes internados?

A pesquisa bibliográfica relevou que apesar da vasta produção em psicologia da saúde e hospitalar, poucos são os estudos publicados no campo da psicologia que abordem as estratégias de cuidado destinados aos familiares de pacientes em enfermaria, representando uma lacuna na produção científica atual. Nesse sentido, o artigo pretende identificar os impactos psicoemocionais nos familiares que acompanham pacientes internados, verificar quais as técnicas da Psicoterapia Breve que apresentam efetividade neste contexto e perceber as repercussões psicoemocionais no paciente e no seu acompanhante após acompanhamento em Psicoterapia Breve.

## **2 METODOLOGIA**

O estudo se trata de uma pesquisa clínica, portanto não se propõe generalizações estatísticas. A pesquisa teve um caráter exploratório, do tipo transversal, qualitativa, com a utilização de vinhetas clínicas dos Registros de Entrevistas Não Estruturadas com os familiares, acompanhantes dos pacientes internados.

Foi realizada uma revisão de literatura a partir da busca de artigos publicados em periódicos nacionais, utilizando termos como Psicologia Hospitalar, Psicologia e Hospital, Psicologia e Saúde, Família e Hospital, indexados nas bases de dados Scielo e Pepsico.

O material das vinhetas clínicas constitui-se do relato de três mulheres, mães e acompanhantes de crianças internadas, com diagnóstico de doença crônica, em Enfermaria Geral Pediátrica de um Hospital Público na cidade de Salvador-Bahia, citadas com nomes fictícios. A escolha da utilização de vinhetas clínicas de familiares de crianças internadas com diagnóstico de doenças crônicas ocorreu para possibilitar um eixo comum de análise, bem como, por conta do tempo prolongado de internação dos pacientes – o que proporciona maior tempo de acompanhamento psicológico com o familiar acompanhante.

A utilização de material clínico para pesquisa representa um recorte limitado por um determinado ponto de vista. A pesquisa clínica permite ainda a participação do pesquisador no fenômeno que observa (SAFRA, 1993).

A fim de manter princípios éticos, neste estudo será garantida a preservação dos pacientes através da apresentação de aspectos da sua história apenas necessários para a compreensão do aspecto clínico discutido, com a omissão de elementos que possam favorecer a identificação dos pacientes (SAFRA, 1993).

### **3 APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS**

As vinhetas clínicas apresentadas nesse estudo referem-se a transcrições de atendimentos psicológicos a familiares acompanhantes de pacientes internados na enfermaria pediátrica de um hospital universitário de Salvador.

Foram selecionados três prontuários de mães acompanhantes de pacientes que receberam atendimento pela psicóloga da unidade pediátrica – uma das autoras do estudo. Foi utilizado como critério de seleção o diagnóstico clínico da criança, de tal forma que fossem crianças diagnosticadas com doenças crônicas. As crianças com doenças crônicas costumam ficar mais tempo internadas na unidade, o que acarreta em atendimento psicológico mais prolongado. Desta forma, o critério para seleção utilizado visou possibilitar a análise de material clínico que abarcasse diferentes técnicas e etapas da psicoterapia no ambiente hospitalar.

Na Tabela 1 serão apresentados dados gerais dos casos atendidos, a fim de facilitar a compreensão da análise clínica. Serão atribuídos nomes fictícios às familiares atendidas.

**Tabela 1** Apresentação dos casos clínicos

<b>Caso</b>	<b>Caso 1 – Raquel</b>	<b>Caso 2 – Karina</b>	<b>Caso 3 – Jessica</b>
<b>Idade</b>	23 anos	21 anos	23 anos
<b>Parentesco</b>	Mãe	Mãe	Mãe
<b>Idade da criança internada</b>	04 anos	04 meses	01 ano
<b>Diagnóstico da criança</b>	Cirrose Hepática	Pneumonia e Síndrome de Down;	Cirrose Hepática;
<b>Período de Internação</b>	03/05 a 14/06 e 16/06 a 20/08	11/05 a 16/06 e 04/07 a 13/07	17/05 a 29/06
<b>Número de sessões</b>	06	13	07

### 3.1 Caso 1 – Raquel

O caso registrado a seguir trata-se do acompanhamento psicológico de uma mulher de 23 anos, a quem demos o nome de Raquel, durante o período em que seu filho esteve internado em uma enfermaria pediátrica de um Hospital Universitário de Salvador. É rotina institucional a passagem da psicóloga por todos os leitos da enfermaria, como também as discussões de casos entre a equipe multidisciplinar a fim de estabelecer projetos terapêuticos dos pacientes, e desta forma aconteceu o encontro entre a terapeuta e a paciente.

Raquel era uma mãe jovem, genitora de uma criança de quatro anos diagnosticada com Cirrose Hepática, doença crônica que estava em estado grave. A equipe percebeu durante o tratamento anterior à internação, que a criança faltava às consultas ambulatoriais, não tomava a medicação da forma prescrita e era levada ao hospital tardiamente para internação, quando o seu quadro já estava agravado. Percebeu-se então que para o avanço no tratamento da criança, faltava uma implicação maior de Raquel no caso de severa gravidade do seu filho, inclusive fazia-se necessário a disciplina da genitora em relação aos procedimentos para se fazer cumprir o protocolo para realização do transplante na criança.

Raquel foi acompanhada pela psicóloga em dois momentos distintos - no primeiro momento aconteceram quatro encontros entre os meses de maio e junho, referentes ao primeiro período de internação do seu filho, e no segundo momento no mês

de agosto, quando aconteceram três encontros, no segundo período de internação da criança.

No primeiro contato com a paciente, a terapeuta fala sobre a proposta do atendimento psicológico no hospital, procurando deixar claro que se trata de uma rotina institucional a visita a todos os leitos, a fim de clarear as fantasias em relação ao atendimento e neutralizar as resistências iniciais. Depois da apresentação da terapeuta, **Raquel falou um pouco sobre sua preocupação com o filho, sobre as incertezas diante do agravamento do seu quadro**, mas logo se mostrou evasiva, demonstrando certa resistência inicial ao atendimento psicológico:

*“Estou me sentindo muito cansada e preocupada com meu filho, com medo... não sei o que vai acontecer com meu filho... não quero falar agora... podemos falar depois?”* (Raquel)

Diante da recusa de Raquel, a terapeuta adotou uma postura acolhedora e de respeito ao desejo da paciente, fornecendo mais algumas informações sobre o trabalho do psicólogo e esclarecendo que estaria a disposição para o momento em que ela desejasse falar.

O segundo atendimento de Raquel acontece no dia seguinte ao primeiro atendimento, e nesse segundo momento a paciente mostrou-se disposta e com desejo de falar com a terapeuta. Queixa-se um pouco sobre a rotina desorganizada do hospital, no entanto seu discurso volta-se para outro assunto, a insatisfação com o pai da criança.

*“[...]era tudo um amor, até eu engravidar, depois de grávida ele mudou e sumiu [...] não quero precisar dele”* (Raquel)

No final do atendimento, volta ao tema do filho, e relata como precisou parar de realizar as suas atividades, como trabalhar e estudar para dedicar cuidados a ele.

Na terceira sessão de Raquel, fala sobre o agravamento do quadro clínico do seu filho e questiona sobre a efetividade dos procedimentos no caso. A psicóloga orienta-a buscar a equipe médica para esclarecer suas dúvidas, ressaltando a importância dela na vida do seu filho, e conseqüentemente a sua posição de interlocutora entre ele e a equipe. Com o propósito de potencializar a sua implicação para com o filho, também é orientada no sentido de passar para a equipe as suas impressões sobre o quadro clínico do seu filho, ressaltando a importância da sua visão de mãe e colocando-a numa posição mais ativa e

colaborativa. Raquel se sente mais segura e decide conversar com a médica e interrogá-la sobre isso.

O quarto atendimento acontece um mês depois do terceiro, quando a terapeuta havia orientado-a buscar informações sobre o quadro clínico do filho. A terapeuta aproximou-se para a terceira sessão, Raquel a recebe falando sobre a importância da intervenção demonstrando afetividade e confiança em relação à terapeuta:

*Raquel: “Lá vem o anjo! Você chega na hora certa, gosto de conversar com você. Agora já sei mais das coisas, senta aqui!”*

Raquel fala para a terapeuta sobre as informações que recebeu sobre o quadro clínico do seu filho em conversa com a médica e assinala que ele receberá alta. Ainda com objetivo de implicar a mãe, a terapeuta interroga a paciente sobre os seus próximos planos em relação a seu filho, agora que receberia alta. A paciente já mostra-se mais implicada, e fala que está decidida a dar entrada no processo para o transplante e pretende procurar organizar a vida do filho.

Após dois meses da alta, Raquel e seu filho voltam ao hospital para nova internação, os atendimentos são retomados. Nesse momento fala para terapeuta que percebe que o filho está piorando e que os remédios não estão mais fazendo efeito. Buscando uma recapitulação do que foi abordado nos atendimentos anteriores, a terapeuta interroga a paciente, questiona se ela conseguiu colocar em prática os planos que tinha feito para o filho.

Na sexta sessão, Raquel mostra-se mobilizada com a piora do filho, quando a viagem que estava programada para realização do transplante precisou ser cancelada por conta da piora do seu quadro clínico.

*Raquel: “Sei que ele [filho] está grave, está com hemorragia interna, o fígado dele não funciona mais”*

*A criança olha para a mãe e sorri.*

*Terapeuta: “Veja como o seu filho está alegre em ter você ao seu lado neste momento em que se encontra frágil. Olhe como você é importante para ele enfrentar esse momento difícil.”*

A terapeuta intervém na tentativa de chamar a atenção da mãe para a importância dela para o filho e para a boa evolução do quadro clínico. Esta mãe em internações anteriores do filho foi displicente, não seguindo as prescrições e resistindo ao

tempo de internação recomendado pela equipe, solicitando muitas vezes a alta antes do tempo necessário.

*Raquel: “hoje eu reconheço o esforço da equipe em fazer com que ele fique estável, mas ele está muito grave, em menos de dois meses ele ficou fraco, sem enxergar, só saio do hospital para ir para São Paulo fazer o transplante, não quero ir mais para casa”*

A intervenção da terapeuta, baseada na situação atual da paciente, pretendeu implicar Raquel na tarefa de dar suporte ao filho em um momento de agravamento da doença, sinalizando a sua importância nesse processo, atuando no fortalecimento do ego bem como no enfrentamento da situação de gravidade da doença do filho.

O último encontro entre terapeuta e paciente aconteceu num momento em que o paciente estava muito grave, com sua família reunida para transferência para UTI de outro hospital. Seu filho precisaria ser entubado, observa-se a relação de confiança estabelecida com a terapeuta quando esta solicita que ela e a família se retirassem da sala para realização do procedimento, explicando que estaria acompanhando-a a todo momento durante a entubação do lado de fora do quarto. Prontamente ela e a família se retiram sem questionamentos. Raquel agradece a terapeuta, e diz sentir-se mais segura para acompanhar o filho.

O filho de Raquel vem a óbito três dias depois da transferência.

### **3.2 Caso 2 – Karina**

O segundo caso trata-se do acompanhamento psicológico de uma mulher de 21 anos, a quem demos o nome de Karina, durante o período em que sua filha esteve internada em uma enfermaria pediátrica de um Hospital Universitário de Salvador.

A família de Karina havia se afastado dela por esta já ter sido usuária de drogas. Ela se sentia sobrecarregada com as recorrentes internações da filha, sem um suporte familiar para compartilhar as responsabilidades e o acompanhamento à internação da filha. Para ela fazia-se necessário estabelecer contato com membros da família e resgatar algumas relações.

Além disso, Karina tinha uma história de abortos espontâneos recorrentes de gravidezes que ela desejou muito, o medo da morte da filha era presente, e assim evocava lutos mal elaborados dos abortos. Karina também apresentava um discurso suicida caso a filha fosse a óbito.

Em Karina o problema se potencializa por conta dos conflitos com o genitor e falta de uma rede social e familiar que a apoiasse, aumentando sua angústia diante da situação de internação da sua filha. A situação de crise atual de Karina acarreta no retorno da angústia de situações de crise anteriores.

Ao todo aconteceram treze sessões, durante um período de três meses. No primeiro encontro, a psicóloga apresenta o seu trabalho no hospital. Karina mostrara-se evasiva, apresentando certa resistência inicial ao atendimento psicológico:

*“Eu já fui atendida em outro hospital e não adiantou nada para mim”* (Karina)

Ao resistir ao atendimento, a psicóloga respeita o seu pedido e se mostra disponível para o momento que ela estivesse disposta a falar. Além disso, fala do trabalho do psicólogo e esclarece que ela ficasse a vontade para falar o que desejasse. Posteriormente à atitude da psicóloga, ela decide falar e pede que a terapeuta fique.

Karina começa a falar sobre suas queixas:

*“Estou sobrecarregada, estressada e muito preocupada com a saúde da minha filha [...] eu perdi vários filhos e quando consegui engravidar de “Sonia” o médico disse pra eu tirar porque ela era cheia de problemas. Não fiz isso, não quis desistir da minha filha levei a gestação até o final. Na época o pai concordou, mas depois do nascimento dela, ele mudou de idéia... [...] ele não tem boas amizades, inclusive é usuário de drogas”* (Karina)

A segunda sessão acontece no dia seguinte. A terapeuta se aproxima e pergunta como ela está. O relato da paciente na sessão volta-se para queixas em relação ao genitor da criança, fala que está muito incomodada já que ele a acusa de que a criança é doente por causa dela.

Cinco dias depois acontece a terceira sessão. Ao encontrar a paciente, a terapeuta percebe que ela está mobilizada e chorando muito e logo conta que sua filha piorou, e diz ter sido informada pela médica que ela estava morrendo. A terapeuta a interroga sobre o que sentiu quando a médica lhe disse isso.

**Karina:** *“Tenho medo da minha filha morrer, não estou preparada para isso, tenho medo me de afastar dela e encontrar ela morta”*

**Terapeuta:** *Como seria se afastar?*

**Karina:** *“Eu fico o tempo todo com ela, só me afasto quando vou tomar banho, vou e volto rápido.”*

**Terapeuta:** *“Percebo que você é uma mãe muito dedicada e cuidadosa, mas você pode fazer suas necessidades com mais calma, a equipe está o tempo todo observando e vai te chamar imediatamente se alguma coisa acontecer”*

Um mês depois acontece a décima sessão, quando a criança recebe alta hospitalar. A paciente relata que estava feliz por conta da alta, que pensou muitas coisas durante o tempo de internação da sua filha e que agora estava com vontade de organizar muitas coisas em sua vida. A terapeuta questiona sobre o que ela estava pensando em organizar. Karina então responde:

**Karina:** *“A primeira coisa é tentar reatar meu relacionamento com minha mãe, aprendi que ser mãe não é fácil, preciso estar perto da minha mãe [...] Vou conversar com meu marido para mudar de bairro também, pra ver se nossa relação melhora”*

Depois da alta, a criança e sua mãe retornam para internação em um mês, em estado grave. Antes da abordagem à paciente, a psicóloga discute o caso com a equipe e recebe a informação de que haviam poucas chances de sobrevivência da criança. Terapeuta vai ao leito e pergunta, na tentativa de recapitular o período em que não aconteceram os encontros, como descrito no trecho em destaque:

**Terapeuta:** *“O que aconteceu durante esse tempo fora do hospital?”*

**Karina:** *“Sonia (filha) estava bem e de repente começou a ter febre, trouxe logo ela pro hospital... aqui ela começou a ter convulsão”*

**Terapeuta:** *“E você, como está?”*

**Karina:** *“Eu me mudei do bairro, nossa situação melhorou. Ele até parou de beber”*

**Terapeuta:** *“Que bom, você teve muita habilidade e competência para colocar em prática o que tinha planejado...”*

**Karina:** *“Sim, consegui, minha preocupação agora é a minha filha... tenho medo que ela morra, não sei o que será de mim se ela não aguentar”*

**Terapeuta:** *“Sei que a sua filha é muito importante na sua vida, o que você acha que pôde aprender com ela?”*

**Karina:** *“Ela me ensinou a ser mãe, ela veio para me mostrar muitas coisas [ olha para a filha] ela é forte.”*

**Terapeuta:** *“Ela te ensinou a ser forte?”*

**Karina:** *“Hoje eu sou muito mais forte e responsável graças a ela...”*

**Terapeuta:** *“Você percebe como ela é forte e o quanto ela te ensinou a ser forte. O que você acha de tentar respeitar a vontade e os limites de sua filha e ser forte como ela?”*

[Karina abaixa a cabeça e mexe a cabeça afirmativamente]

Quatro dias depois acontece o décimo segundo encontro, Karina e sua filha estão no quarto de isolamento, ao ver a psicóloga no corredor, Karina a chama para entrar no quarto. Ao entrar no quarto, Karina diz à psicóloga que sua filha está melhor e que acredita que poderá festejar o seu primeiro ano de vida.

*Karina: “Ela (filha) vai precisar ser reanimada, e eu não vou assinar papel nenhum para não reanimar ela, como eu vi aqui outros casos, não desisto dela, quem dá o limite é Deus”*

A terapeuta, que já havia conversado com a equipe, conhecia o quadro grave da criança, e as possibilidades remotas de sobrevivência da criança. Era preciso preparar Karina para lidar melhor com essa situação. A psicóloga então clarifica a fala da paciente, reformulando o seu relato, assinalando que compreende o quanto ela gostaria de trazer a filha de volta, mas, por outro lado, pergunta se Karina conhece os processos de reanimação, e diante do seu desconhecimento, a orienta a conversar e esclarecer as dúvidas com o médico.

A última sessão acontece cinco dias depois. A criança tem uma parada cardíaca, é reanimada e entubada. Karina fala do seu desejo de que as tentativas de reanimar a criança continuassem. A terapeuta pede que ela fale sobre os seus sentimentos diante desse momento difícil e novo.

**Karina:** *“Apesar de não querer, sei que minha filha está sofrendo e vou respeitar se ela quiser ir embora. Minha filha dará o limite dela.”*

**Terapeuta:** *“Você percebe o sofrimento de sua filha.”*

**Karina:** *“Entendo, só não quero ter a impressão, assinando esse papel, de não ter feito o que podia”*

No dia seguinte a criança vem a óbito depois de ter sido reanimada algumas vezes. Karina chora, no entanto se mantém serena se despedindo da filha.

### **3.3 Caso 03 - Jéssica**

O terceiro caso refere-se à transcrição do atendimento de uma mulher de 23 anos, a quem demos o nome de Jéssica. Ela acompanhava sua filha de 01 ano, internada na enfermaria pediátrica de um hospital universitário de Salvador. Ao todo, aconteceram cinco encontros com Jéssica, durante o período de um mês.

Jessica era residente da zona rural no interior da Bahia, apresentava escolaridade e nível sócio-cultural baixo, e desconhecia os procedimentos hospitalares. Ela assujeitava-se sem questionamentos à equipe de saúde, às prescrições e à rotina hospitalar, sem se implicar sobre o quadro clínico da filha e seu tratamento. Jéssica se colocava numa posição de objeto, necessitando assim tornar-se sujeito na situação para que pudesse falar pela filha.

No primeiro atendimento de Jéssica, a psicóloga apresenta-se e fala sobre o atendimento psicológico no hospital. Depois da apresentação, a psicóloga pergunta sobre sua filha, Jéssica fala sobre as questões que mais lhe causam ansiedade:

**Jéssica:** *“Estou com medo porque parece que ela vai fazer transplante de fígado, não sei bem como é isso...”*

**Terapeuta:** *“Você pode perguntar a médica que acompanha ela sobre o transplante, ela vai te explicar como é feito, ela pode tirar todas as suas dúvidas.”*

[...]

**Jéssica:** *“Estou também com muita saudade de casa, do meu marido, do meu filho...”* [Fala chorosa]

Dois dias depois acontece o segundo encontro entre Jéssica e a psicóloga, a paciente ainda queixa-se sobre a falta que sente de casa, e refere o desejo de ver o esposo antes de viajar para São Paulo para realização do transplante da filha. A psicóloga escuta e interroga a paciente, pergunta o que ela aprendeu sobre o caso da filha depois da conversa com a médica. Jéssica diz que já compreende melhor o procedimento e que explicou ao esposo o que entendeu, a partir da explicação da médica.

O terceiro encontro acontece cinco dias depois. Jéssica está chorosa por conta do agravamento do quadro clínico da filha, quando a psicóloga interroga sobre o processo de transplante, Jéssica responde:

*“Fui organizar os papéis para o transplante, deram um prazo de 15 dias para ficarem prontos, achei muito tempo, ela está piorando, queria um tempo pra ver minha família antes de ir para São Paulo [...] Agora não sei o que vou fazer, meus planos não estão dando certo, e minha filha está piorando”*  
(Jéssica)

Diante do seu discurso, a psicóloga questiona se não haveria outros meios de realizar a sua vontade de ver sua família. O questionamento foi importante para Jéssica refletir sobre outras soluções para a situação. A partir da intervenção, Jéssica diz:

*“Posso tentar uma forma do encontro acontecer aqui em Salvador com ajuda de uma amiga minha que mora aqui”* (Jéssica) [Ela pega o telefone e liga para a amiga]

Dois dias depois a criança tem um agravamento no estado de saúde e é entubada na enfermaria. Jéssica está mobilizada, chorosa e ansiosa. Ao encontrá-la a psicóloga pede que ela fale sobre o que está sentindo a fim de aliviar sua angústia, Jéssica demonstra ansiedade em relação ao medo que sua filha morra, bem como por conta do desconhecimento dos procedimentos que estão sendo realizados com a filha. Nesse momento, sua filha está sendo entubada no quarto de isolamento, Jéssica e a psicóloga estão sentadas na porta do quarto, a porta está fechada. A psicóloga intervém proporcionando informação:

*“É importante que você saiba o que está acontecendo com sua filha, e a equipe médica está disponível para lhe explicar”* (Terapeuta)

A psicóloga solicita a presença de um dos responsáveis da equipe no atendimento. O médico explica à Jéssica que a criança estava com hemorragia interna e com parada de rins, explica o procedimento de entubação e tudo que a equipe estava fazendo para minimizar o sofrimento da criança. Jéssica ouve com atenção e chora, acalmando-se aos poucos, e pede um momento para rezar. Jéssica volta e diz precisar muito da família nesse momento, e novamente a psicóloga questiona sobre o que poderia ser feito, diante das possibilidades, para minimizar a distância. Jéssica tem a iniciativa de ligar para amigos e família.

Depois do atendimento, a psicóloga se reúne com a equipe para discutir o caso e é informada que haviam poucas chances de sobrevivência da criança, a tentativa de transplante foi descartada.

No dia seguinte a psicóloga vai encontrar Jéssica no leito. Sua filha está entubada e inconsciente. Jéssica ao ser interrogada sobre seus sentimentos naquele momento, fala sobre o medo de perder sua filha e dos pensamentos ruins que tem por conta do seu medo. A psicóloga intervém em seguida, e pergunta quais as lembranças que tinha ao pensar em sua filha. Jéssica responde dizendo que quando pensava em sua filha lembrava-se de coisas boas. Começou a relatar os momentos - em que a levou para passear, da cachoeira próxima a sua cidade e dos momentos em que ela, seu esposo e seu filho brincavam com sua filha. Jessica sorria ao recordar de todos esses momentos. A terapeuta

intervém interrogando se ela estava conversando com sua filha, falando para ela que estava ali presente ao lado dela. Neste momento ela se encorajou e pegou na sua filha, exclamando:

Jessica: *“Era tão bom, hein meu amor? Curtimos muito!”*

[Beijou-a e continuou:]

Jessica: *“E agora ela sofrendo tanto, ela não merece isso, ela está lutando, mas é demais para ela... filha, sei que está difícil para você, eu estou aqui do seu lado para o que você quiser. Papai está vindo te ver. Eu estou aqui do seu lado”*.

A terapeuta assinala a importância de Jéssica conversar mais com a filha, de relembrar com ela esses bons momentos e reconhecer o esforço que ela está fazendo para se manter viva. Jéssica pega fotografias e mostra à psicóloga momentos felizes com a filha e a família, escolhe duas fotos, uma mensagem, e prende na maca da filha.

#### **4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTABELECIMENTO DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA**

Nas publicações sobre a técnica da Psicoterapia Breve (Fiorini, 1994; Simon, 2005; Braier, 1991), destaca-se a importância das entrevistas iniciais para o bom resultado do processo terapêutico. Para Braier (1991) as entrevistas iniciais têm importante papel no processo terapêutico a se desenvolver. É fundamental nesse momento criar condições favoráveis para o estabelecimento de um vínculo terapêutico, o que está relacionado com a conduta do terapeuta. Nesse sentido, o terapeuta deve mostrar-se interessado pelas questões do paciente, disposto a oferecer sua ajuda, ser explícito e claro em sua comunicação. Nesse primeiro contato é preciso esclarecer a finalidade da psicoterapia, bem como fornecer informações a respeito dos aspectos do tratamento. As atitudes descritas têm como objetivo diminuir as resistências que podem ser produzidas por desconhecimento ou temores a respeito do acompanhamento psicológico (BRAIER, 1991).

No ambiente hospitalar, o surgimento de resistências em relação ao atendimento psicológico pode se potencializar por conta do funcionamento próprio da instituição, ao passo que, com frequência, o paciente ou acompanhante é indicado para acompanhamento psicológico pela equipe de saúde.

Faz parte da rotina de trabalho da psicóloga da enfermaria geral pediátrica, que serviu de campo para o presente artigo, realizar um primeiro atendimento a todos os pacientes ou acompanhantes internados na enfermaria, conhecer o caso clínico dos pacientes de todos os leitos. É uma característica importante do trabalho terapêutico no hospital o fato de que o paciente em questão não busca a psicoterapia, e sim o psicólogo visita os leitos disponibilizando o serviço, o que pode ser um aspecto facilitador da formação de resistências ao trabalho terapêutico.

Nesse sentido, foi possível observar a partir das vinhetas clínicas que os primeiros contatos com o paciente, no ambiente hospitalar, não apresentaram características de entrevistas iniciais clássicas como descritas nas teorias da psicoterapia breve, no entanto, nesse primeiro encontro com o paciente, algumas orientações dos autores podem ser utilizadas a fim de estabelecer uma relação terapêutica positiva. Corroborando com a sinalização de Braier (1991), no primeiro contato com Raquel, Karina e Jéssica, a terapeuta procura deixar claro que faz parte da rotina no hospital a visita a todos os leitos, bem como explica o seu trabalho no hospital e se mostra interessada e disponível para oferecê-las ajuda. Essa postura da terapeuta, em todos os três casos, facilitou o estabelecimento da relação terapêutica bem como contribuiu para diluir resistências iniciais e fantasias acerca do atendimento.

Outro aspecto importante, sinalizado por Simon (2005), é a escuta da queixa. Para Simon (2005) a queixa é o que mais angustia o paciente, é o seu ponto de urgência, e indica as dificuldades do paciente. Nos três casos clínicos descritos no artigo, a escuta das queixas como primeira intervenção terapêutica possibilitou alívio significativo na angústia das pacientes.

No ambiente hospitalar o *setting* é diferenciado, logo acordos sobre as condições do funcionamento das sessões, o estabelecimento do contrato terapêutico, a duração do período de atendimento e o estabelecimento número de sessões também aconteceram de forma diferente da psicoterapia breve clássica. A começar pelo espaço físico que não é privativo e silencioso, e os atendimentos aconteceram em locais diferentes a cada encontro: na enfermaria de isolamento, no corredor, na porta do quarto. Em ambiente hospitalar, a psicoterapia acompanha um pouco da própria rotina da instituição, e para isso o psicólogo precisa se adaptar as possibilidades de oferecer o melhor possível para os pacientes.

Para a Psicoterapia Breve Operacionalizada, Simon (2005) sugere um período de tratamento de um a doze sessões, numa periodicidade de uma sessão por semana. No trabalho no hospital, o tempo disponível para atendimento é variável de acordo com a duração da internação. Por conta da rotina do hospital, é comum que aconteçam mais de um atendimento por semana, e intervalos de meses sem atendimento, como pode ser observado no período de atendimento nos três casos. A alteração na periodicidade dos atendimentos não prejudicou o processo terapêutico nos casos apresentados, no entanto, vale ressaltar que o aspecto tempo implica, no hospital, que cada atendimento tenha um objetivo distinto que deve ser trabalhado e concluído na sessão, diante da instabilidade da permanência do paciente no hospital, já que pode não ter continuidade.

## **5 POSSIBILIDADES DE ORGANIZAR SITUAÇÕES-PROBLEMA**

A situação-problema ou situação crítica é definida por Braier (1991) como uma situação que se torna presente na vida do indivíduo diante da qual podem surgir dificuldades que operam como obstáculo para o desenvolvimento adequado e adaptação. Implica referência a fatos manifestos, relativas a ocorrências da vida do paciente. Como consequência à resolução desfavorável da situação crítica, podem surgir no sujeito sintomas diversos, que costumam constituir o motivo manifesto da consulta.

Situação-problema constitui-se de uma situação nova e significativa que a vida coloca para os sujeitos, cuja solução não pode ser adiada indefinidamente. Para resolução de situações-problema o sujeito recorrerá para seu repertório adquirido pela experiência de vida (SIMON, 2005). Em grande parte dos pacientes que solicitam psicoterapia pode ser detectada a existência de uma ou mais situações problema. No seu estudo, Simon (2005) propõe uma sistematização das situações-problema apresentada pelos pacientes a fim de nortear a delimitação do trabalho terapêutico focal. Para ele, a sistematização das situações-problema é um instrumento importante para ajudar o terapeuta a decidir por onde iniciar a Psicoterapia Breve, bem como sua continuidade.

No presente estudo foi possível sistematizar algumas situações-problema dos três casos descritos, por conta de algumas especificidades. Nos casos selecionados, por conta da cronicidade da doença e do tempo prolongado de internação, o psicólogo teve possibilidade de acompanhar por um tempo necessário para que pudesse identificar as questões que deveriam ser trabalhadas. Essa técnica de sistematização não poderá ser

aplicada à todas os setores hospitalares, como também não poderá ser útil em todos os casos atendidos na enfermaria pediátrica.

Na Tabela 2, encontram-se sistematizadas as situações-problema encontradas nos casos apresentados neste estudo, em destaque as situações-problema semelhantes nos casos.

**Tabela 2** – Descrição das situações-problema por caso clínico.

<b>Casos</b>	<b>Caso 1 – Raquel</b>	<b>Caso 2 – Karina</b>	<b>Caso 3 - Jéssica</b>
<b>Situações- Problema</b>	<b>Doença crônica do filho que resultou na sua internação</b>	<b>Doença crônica da filha que resultou na sua internação</b>	<b>Mudança da rotina diante da doença que resultou na internação</b>
	<b>Incertezas diante das mudanças repentinas no estado de saúde do filho</b>	Falta de uma rede social que a apoiasse durante as internações recorrentes	<b>Incertezas, dúvidas e medo diante das mudanças no quadro clínico da filha</b>
	Falta de apoio financeiro e afetivo do parceiro diante da situação	Conflito amoroso com o pai da criança	Distância da família por conta da mudança de cidade para internação
	Falta de implicação em relação à severa gravidade do caso do filho	Lutos mal elaborados de abortos em gestações anteriores	Desconhecimento do quadro clínico da filha e procedimentos médicos relacionados ao caso
	<b>Medo diante da possibilidade de morte do filho</b>	<b>Agravamento do quadro clínico da filha, provocando medo e ameaça de colapso da mãe diante da possibilidade de morte da filha</b>	<b>Medo diante da possibilidade de morte da filha</b>
	<b>Ansiedade em relação à realização do transplante do filho</b>		<b>Conflitos em relação a possibilidade da realização do transplante na filha</b>

Outra especificidade importante para se destacar é que, se tratando de uma psicoterapia aplicada em ambiente institucional como um hospital, as situações-problema podem constituir-se de características semelhantes, por conta de situações que os sujeitos estão vivenciando, como também por conta de demandas institucionais. A primeira situação-problema em destaque, comum aos três casos, corrobora com a literatura ao indicar que a internação em si provoca angústia ao romper o cotidiano das pessoas envolvidas, instituir uma rotina distinta (a rotina hospitalar), além de ser separado de seus familiares e amigos (ALMEIDA, 2010). Esse dado reforça que essa situação-problema representa uma questão importante para se trabalhar em casos de acompanhantes de crianças internadas na enfermaria, visando melhor adaptação durante a internação.

Na enfermagem pediátrica, em casos de doenças crônicas com possibilidades de morte, é uma demanda institucional o trabalho de acompanhamento psicoterápico, com objetivo de preparar o acompanhante para lidar com a possibilidade de óbito da criança. O medo da morte do (a) filho (a), as ansiedades em relação ao desconhecimento sobre os procedimentos realizados também aparecem como situações-problema recorrentes nos três casos.

## **6 DESENVOLVENDO A PSICOTERAPIA NA ENFERMAGEM PEDIÁTRICA**

Diante das especificidades do ambiente hospitalar e da análise dos casos apresentados, o que é possível oferecer para auxiliar as pessoas que acompanham pacientes internados na enfermagem pediátrica do hospital? A experiência descrita no presente trabalho permitiu apontar algumas técnicas que se mostraram eficazes no trabalho com essas especificidades. Como fundamentos teóricos foram utilizadas, em algumas situações, as técnicas sistematizadas por Fiorini (1991) sobre a psicoterapia de apoio e a psicoterapia de esclarecimento, como também técnicas sistematizadas por Simon (2005) sobre a psicoterapia breve operacionalizada. A utilização das três técnicas foram complementares, e mostraram-se eficazes no auxílio às pacientes.

Em síntese, no hospital o psicólogo tem uma função ativa e real. Entre as principais demandas de atuação estão: a clarificação da comunicação entre paciente, família e profissionais de saúde, o trabalho de adaptação do paciente e familiar ao enfrentamento da intensa crise e a atenuação da ansiedade. Nesta medida, a atuação deve se direcionar em nível de apoio, atenção, compreensão, suporte ao tratamento, clarificação dos sentimentos, esclarecimentos sobre a doença e fortalecimento dos vínculos familiares.

O vínculo terapêutico desenvolvido inclui características da psicoterapia de apoio, em que o terapeuta deve ser encorajador, protetor e orientador e acrescentam-se características do vínculo terapêutico da psicoterapia de esclarecimento, com uma relação de indagação. Nesse sentido, o terapeuta assume uma postura ativa, espontânea, favorecendo o diálogo com fluidez, fornecendo em alguns momentos explicações “pedagógicas”, características que são comuns às psicoterapias de apoio, esclarecimento e psicoterapia breve operacionalizada (FIORINI, 1991; SIMON, 2005).

O estabelecimento desse tipo de vínculo se deu desde o início dos atendimentos nos três, quando por exemplo a terapeuta respeita a escolha das pacientes diante da recusa

inicial para falar, quando as encoraja constantemente a ir buscar informações precisas sobre o quadro clínico dos filhos com a equipe médica, e as indaga quanto a soluções possíveis diante da crise. Esse tipo de vínculo estabelecido contribuiu para diminuição da angústia das pacientes, e favoreceu para que vivenciassem a situação com mais tranquilidade.

Em relação à transferência, os autores concordam que esta deve ser manejada com cautela nas psicoterapias de curta duração, devendo ser evitada a neurose de transferência, com interpretações da transferência negativa apenas para evitar resistências e manter uma relação de confiança que ofereça espaço para o fortalecimento das funções egóicas.

Foi possível observar o estabelecimento de uma relação transferencial positiva nos três casos, sendo evitada a neurose de transferência. Isso se deu porque a terapeuta exerceu uma “função real com papel social “especializado”” (FIORINI, 59, 1991). A vinheta que ilustra bem o efeito dessa relação acontece na quarta sessão de Raquel (caso 1), quando, na sessão anterior, a terapeuta a orientou a buscar informações sobre o quadro clínico do filho, e ao receber a terapeuta para o quarto atendimento, Raquel diz o quanto se sente mais tranquila com a presença da terapeuta e suas orientações:

Raquel: *“Lá vem o anjo! Você chega na hora certa, gosto de conversar com você. Agora já sei mais das coisas, senta aqui!”*

No caso de Karina, a qual apresentou resistência inicial ao acompanhamento psicológico, diante da postura acolhedora e real da terapeuta, observa-se que ao longo das sessões aparece o estabelecimento do vínculo transferencial positivo. Em todas as sessões ela convoca a terapeuta e prepara o *setting* reservando uma cadeira para a terapeuta utilizar durante o atendimento e quando questionada sobre os seus “segredos” (sic) dizia que já sentia vontade de falar sobre “*essas coisas*” (sic) com a terapeuta.

Em relação às intervenções utilizadas pela terapeuta nos casos que ilustram o artigo, foi possível identificar que foi feito uso hora por técnicas da psicoterapia breve operacionalizada de Simon (2005), hora por técnicas das psicoterapias de apoio e esclarecimento de Fiorini (1995). Nesse sentido, Fiorini (1991) sistematiza de forma clara as possíveis intervenções do terapeuta, clarificando o sentido empregado de cada recurso técnico.

Entre os recursos empregados no atendimento psicológico no hospital dos casos descritos está o “interrogar”. Para Fiorini (1991), interrogar o paciente é consultar a sua consciência, como também sondar as limitações dessa consciência. Nesse contexto é preciso também saber detalhes da realidade das pacientes, e para isso é muito importante perguntar os detalhes aos pacientes. O questionamento pretende também produzir estímulos de mudança, recuperar fatos e fortalecer o ego presente na experiência de ser escutado. Nos casos apresentados foi muito importante o papel dos questionamentos nas intervenções, e é bem ilustrado nessa fala da terapeuta, que proporciona mudanças na atitude da paciente e diminuição da sua ansiedade:

*“Você percebe como ela é forte e o quanto ela te ensinou a ser forte. O que você acha de tentar respeitar a vontade e os limites de sua filha e ser forte como ela?”* (Terapeuta)

Outra intervenção que se mostrou muito eficiente no atendimento psicológico às acompanhantes de crianças na enfermaria foi o que chama Fiorini (1991) de “informar”. Para o autor, proporcionar informação sobre o tratamento psicoterápico é um veículo fundamental para a redução de resistências. Na função de informar, o terapeuta cumpre também uma função de docente. Esse tipo de intervenção é constante e essencial para bons resultados em psicoterapia no hospital, considerando que a maioria das pessoas que estão em situação de internação hospitalar não conhecem as rotinas hospitalares, intervenções médicas, exames, e esse desconhecimento proporcionam ansiedade, falta de implicação no tratamento. Nos casos, o psicólogo exerceu papel de docente e proporcionou informações sobre os direitos do paciente e do acompanhante no hospital, facilitando a comunicação entre as acompanhantes e a equipe de saúde.

Nas vinhetas clínicas, a psicóloga utilizou também a “confirmação”, uma intervenção que contribui para consolidar a confiança do paciente nos seus recursos egóicos. Para Fiorini, “este tipo de intervenção é inerente ao exercício de um *papel ativo* do terapeuta em psicoterapias” (FIORINI, 159,1991). Confirmar e retificar os enunciados dos pacientes constitui-se importante estratégia para o fortalecimento do ego, aspecto importante para auxiliar o paciente em situação de crise. No caso de Karina (Caso 2), é possível identificar essa intervenção, quando a terapeuta reformula o discurso da paciente reforçando o seu importante papel no processo saúde-doença da filha a fim de mantê-la mais calma:

**Karina:** *“Tenho medo da minha filha morrer, não estou preparada para isso, tenho medo de me afastar dela e encontrar ela morta”*

**Terapeuta:** *Como seria se afastar?*

**Karina:** *“Eu fico o tempo todo com ela, só me afasto quando vou tomar banho, vou e volto rápido.”*

**Terapeuta:** *“Percebo que você é uma mãe muito dedicada e cuidadosa, mas você pode fazer suas necessidades com mais calma, a equipe está o tempo todo observando e vai te chamar imediatamente se alguma coisa acontecer”*

O fortalecimento do ego através de intervenções como a confirmação também é considerada por Simon (2005) como estratégia importante para auxiliar o paciente em processo de psicoterapia breve operacionalizada. Além das confirmações, os assinalamentos são intervenções que contribuem para o fortalecimento do ego nos casos descritos no artigo, como uma forma de estimular as pacientes a perceber a própria experiência de uma nova maneira. O “assinalamento” é uma intervenção de uso constante nas psicoterapias, e foi utilizada em vários momentos pela terapeuta nos três casos. Na vinheta em destaque é possível identificar o assinalamento que a terapeuta faz para sinalizar para Raquel (Caso 1) a sua importância durante a internação do filho, e a partir da intervenção, a paciente pôde simbolizar a experiência de forma diferente.

**Raquel:** *“Sei que ele [filho] está grave, está com hemorragia interna, o fígado dele não funciona mais”*

A criança olha para a mãe e sorri.

**Terapeuta:** *“Veja como o seu filho está alegre em ter você ao seu lado neste momento em que se encontra frágil. Olhe como você é importante para ele enfrentar esse momento difícil.”*

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo pretendeu identificar os aspectos psicoemocionais nos familiares que acompanham crianças internadas em uma enfermaria pediátrica, verificar quais as técnicas da Psicoterapia Breve que apresentam efetividade neste contexto bem como perceber as repercussões psicoemocionais no paciente e no seu acompanhante após acompanhamento em psicoterapia, através da análise de vinhetas clínicas de três casos atendidos pela psicóloga da enfermaria.

Através da sistematização das situações-problema, técnica sugerida por Simon (2005), foi possível perceber que existem aspectos psicoemocionais em comum nos

familiares dos três casos analisados, por conta do contexto similar de internação. Nesse sentido, questões como mudanças na rotina familiar provocada pela internação, angústia diante da possibilidade de morte e ansiedade por conta do desconhecimento acerca das intervenções médicas. A sistematização das situações-problema auxiliou certo planejamento no atendimento, com a identificação dos pontos mais importantes para serem trabalhados, se tratando de uma terapia focal.

Diante dos pontos discutidos nesse artigo acerca da utilização da psicoterapia breve na enfermaria geral, a partir da experiência pode-se observar que a abordagem isolada é insuficiente para dar conta da complexidade da dinâmica do trabalho do psicólogo na enfermaria geral. É necessário considerar a dinâmica da instituição, que através de suas normas determina aspectos do *setting* terapêutico, contrato, número de sessões semanais e tempo de tratamento. Nesse contexto, o profissional precisa ser flexível para adaptar um conjunto de técnicas a fim de auxiliar os familiares e pacientes.

Nesse sentido, pode-se utilizar como auxílio efetivo para Raquel, Karina e Jéssica um conjunto de técnicas, hora da Psicoterapia Breve Operacionaliza, hora da Psicoterapia de Apoio e de Esclarecimento, em que se destacam a sistematização de situações-problema, a interrogação, a informação, a confirmação, e os assinalamentos. Os instrumentos de intervenção, que fazem parte de um trabalho terapêutico em que o profissional assume uma postura ativa com objetivo de fortalecer o ego, são características comuns às três abordagens terapêuticas.

Portanto, considerando a experiência do processo terapêutico descrito no artigo, que permitiu que Raquel, Karina e Jéssica vivenciassem de forma mais tranquila o processo de morte dos filhos, possibilitando o alívio das tensões emocionais, e fornecendo-lhes instrumentos para tomar decisões maduras e implicadas no tratamento dos filhos, foi possível perceber que a síntese da Psicoterapia de Esclarecimento com utilização de técnicas da Psicoterapia Breve Operacionalizada mostrou resultados positivos como instrumentos técnicos e práticos para o desenvolvimento do trabalho do psicólogo em ambiente hospitalar.

## 8 REFERÊNCIAS

BALDINI, S. M.; KREBS, V. L. J. **A criança hospitalizada**. Revista de Pediatria, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 183-190, 1999.

BRAIER, E. A. **Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

BRESTAS, J. R. S; e cols. **Contribuições para o cuidado emocional à criança hospitalizada**. Acta. Paul. Enf., São Paulo, v.15, n.4, out./dez. 2002.

CORTEZ, M.L.; REGEM, M. **A família e o profissional, uma relação especial**. Mato Grosso do Sul, 1996.

GARCIA, M. L. P., SOUZA, A. M. A. e HOLANDA, T. C. Intervenção psicológica em uma unidade de transplante renal de um hospital universitário. **Psicologia, Ciência e Profissão**. set. vol.25, no.3 2005.

GUEDES, C. R. A supervisão de estágio em psicologia hospitalar no curso de graduação: relato de uma experiência. **Psicologia Ciência e Profissão**. vol.26, no.3, 2006.

OLIVEIRA, E. A.; VOLTARELLI, J. C.; SANTOS M. A.; MASTROPIETRO, A. P. Intervenção junto à família do paciente com alto risco de morte. **Medicina**, Ribeirão Preto, 2005, 38 (1): 63-68.

SAFRA, G.O. Uso de Material clínico em Pesquisa Psicanalítica. In: SILVA, M. E. L. **Investigação e Psicanálise**. Campinas: Papyrus, 1993.

SOARES, M. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 19, n. 4, 2007

WINNICOTT,D.B., **Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1958/2000.