

O USO DE CONCEITOS DE ABORDAGEM SISTÊMICA EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM TRAUMA

Mariana Valls Atz¹

RESUMO

O artigo parte da experiência da autora em um hospital referência em trauma no município de Porto Alegre. A Psicologia, neste contexto, muitas vezes identifica conflitivas familiares importantes e redes de apoio fragilizadas que podem prejudicar a adesão e participação ativa dos pacientes no seu tratamento. Defende-se que a perspectiva sistêmica familiar pode trazer benefícios no atendimento psicológico hospitalar dos pacientes e seus familiares, visto uma doença/internação ser um marco significativo na história das famílias, bem como ser o sistema familiar preponderante para a adesão ao tratamento. Este artigo, portanto, busca contribuir para o entendimento dos benefícios e dificuldades do uso da terapia sistêmica no ambiente hospitalar e no cuidado ao trauma.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; Psicologia da Saúde; Teoria Sistêmica; Terapia Familiar; Crise da Família.

ABSTRACT

The article is based on the author's experience in a referral hospital in trauma of Porto Alegre. The psychologist, in this context, often identifies important family conflicts and fragile support networks that may impair adherence and active participation of patients in their treatment. It is argued that the family systemic perspective can bring benefits in the psychological hospital care of patients and their relatives, because a disease/hospitalization is a significant milestone in family history, as well as the family system is important for adherence to treatment. This article, therefore, seeks to contribute to the understanding of the benefits and difficulties of the use of systemic therapy in the hospital environment and in trauma care.

Keywords: Hospital Psychology; Health Psychology; Systemic Theory; Familiar Therapy; Family Crises.

Recebido em 18.02.2019, aceito em 15/04/2019

¹ Psicóloga egressa do Programa de Residência Hospitalar do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS-POA) e colaboradora do Instituto da Família de Porto Alegre (INFAPA). marianaatz@gmail.com

INTRODUÇÃO

Este artigo se construiu a partir da experiência da autora como residente de Psicologia Hospitalar em um hospital referência em trauma no município de Porto Alegre. As atividades desenvolvidas pela Residência em Psicologia Hospitalar envolviam atendimento a todos os pacientes - e seus familiares - em Unidade de Terapia Intensiva, crianças e adolescentes, mulheres vítimas de violência, amputados, queimados e tentativas de suicídio, além de solicitações das mais diversas na emergência e nas enfermarias. A Psicologia, neste contexto hospitalar e especificamente emergencial de trauma, muitas vezes, identifica conflitos familiares importantes e redes de apoio fragilizadas que podem prejudicar a adesão e participação ativa dos pacientes no seu tratamento, tanto durante internação quanto após alta hospitalar. Diante disso, o cotidiano de trabalho se depara com a necessidade de inserir também a família dos pacientes na participação do seu tratamento e de incentivar reflexões quanto a padrões relacionais disfuncionais que contribuem para uma pior resposta ao prognóstico durante internação e adaptação após alta hospitalar.

Cada profissional utiliza o referencial teórico de sua preferência para a compreensão dos casos. Porém, diante do contexto do hospital, defende-se serem úteis os conceitos e técnicas de abordagem sistêmica no atendimento ao paciente e seus familiares. Tal abordagem entende a família como um sistema organizado cujas partes funcionam de maneira a transcender suas características isoladas e onde o comportamento dos seus membros é, em grande parte, uma função da forma como uns interagem com os outros (Minuchin, Nichols & Lee, 2009). Compreende-se, além disso, os problemas humanos como sendo de natureza interacional e, portanto, os sintomas psicológicos com frequência estão relacionados com conflitos familiares. Este enfoque teórico pode trazer benefícios no atendimento psicológico hospitalar dos pacientes e seus familiares, visto uma doença/internação ser um marco significativo na história das famílias, bem como ser o sistema familiar preponderante para a adesão ao tratamento. Na mesma direção, More et al. (2009) defendem as contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar, visto tal chamar “atenção para aspectos que vão além do paciente e sua doença” (p.469). Este artigo, portanto, busca contribuir para o entendimento dos benefícios e dificuldades do uso da terapia sistêmica no ambiente hospitalar e no cuidado ao trauma.

Serão debatidos conceitos-chave da abordagem sistêmica que auxiliam no entendimento da complexidade dos atendimentos da Psicologia no ambiente hospitalar. Discutir-se-á a contextualização da crise diante da hospitalização, a avaliação dos sintomas e do evento estressor, as repercussões da morte para a família no contexto do trauma e possíveis implicações da transgeracionalidade nos eventos estressores. Não houve a pretensão de se esgotar o assunto, e outros conceitos também precisam ser abordados em outros estudos.

A CRISE: VITAL OU INESPERADA?

Devemos considerar qualquer internação hospitalar como uma situação de crise na existência do sujeito e de sua família por ser um momento que sempre foge do curso esperado da vida. Como forma de compreensão desta vivência, precisamos primeiramente situar em qual etapa do ciclo vital individual e da família esta crise se apresenta². Certamente, o falecimento de um avô é uma experiência marcante, e por vezes traumática, na configuração familiar, porém ela não pode ser tomada como tendo o mesmo tipo de impacto que a morte de um jovem adulto que estava recém saindo do sistema familiar de origem. Enquanto o primeiro faz parte do curso *normal* do ciclo vital familiar, o segundo rompe com todas as expectativas de futuro de uma família. Da mesma forma, não devemos considerar igual uma queda ou queimadura de um filho de pais de *primeira viagem* e um acidente semelhante com o quinto filho ou com crianças em idades mais avançadas. O impacto de tais situações na história da família é vivido de maneira diversa por seus membros. Ou seja, existem eventos inerentes ou no mínimo comuns dentro da etapa do ciclo vital familiar, tais como a morte de um idoso, pequenos acidentes com crianças pequenas, acidentes devido a comportamentos de risco em adolescentes. E existem eventos traumáticos inesperados, que rompem com a *normalidade* do ciclo vital familiar, como uma morte prematura, uma vítima com sequelas neurológicas graves, uma doença crônica grave, etc. Quando atendemos um paciente e sua família durante período de hospitalização,

² Utilizo como referência as etapas do ciclo vital familiar enunciadas por Carter & McGoldrick (1995), são elas: saindo de casa (jovens solteiros); o novo casal; famílias com filhos pequenos; famílias com adolescentes; lançando os filhos e seguindo em frente; estágio tardio da vida. As autoras indicam um princípio-chave para a transição entre cada uma dessas etapas e as mudanças necessárias no status familiar.

precisamos ter clareza do momento do ciclo vital familiar que aquele sistema está vivendo para compreender melhor:

A) Se é uma crise relacionada com algum período de transição do ciclo vital. Como aponta Carter & McGoldrick (1995, p.8), “o estresse familiar é geralmente maior nos pontos de transição de um estágio para outro do processo desenvolvimental familiar, e os sintomas tendem a aparecer mais quando há uma interrupção ou deslocamento no ciclo de vida familiar em desdobramento”. Isto é, o evento estressor ocorreu na transição de um estágio a outro do processo desenvolvimental ou não? Se sim, este é um sinal de que a família está tendo dificuldades para lidar com este movimento contínuo das relações familiares e será nosso papel estimular que o paciente e a família fluam melhor dentro desse momento de transição. Se não, ainda assim, precisamos situar o evento dentro da etapa do ciclo vital individual e familiar, a fim de compreender quais as marcas que deixará na história daqueles sujeitos, quais dificuldades poderão encontrar. Nosso papel é sempre buscar expansão, contração e realinhamento do sistema de relações, a fim de suportar a entrada, saída e o desenvolvimento dos membros de maneira funcional e conseguir realizar as mudanças necessárias no status familiar (id., p.15).

B) Como podemos ajudar na reorganização daquele sistema familiar. Por exemplo, um homem, vítima de acidente de carro que ficará com sequelas neurológicas graves, que tem filhos pequenos e era a principal fonte de renda da família é diferente daquele que já tem filhos adultos, ou daquele jovem em início de vida produtiva. Nossa abordagem será diferente. Para o primeiro, teremos uma esposa sobrecarregada com filhos na sua fase mais demandante, provavelmente com pais se aproximando da velhice e agora com um marido necessitando de cuidados especiais. Como reorganizar o sistema a fim de evitar ao máximo a sobrecarga deste membro fundamental? Que outros membros da família, da comunidade e instituições podemos ou precisamos acionar para o cuidado dos filhos, do marido e frente à nova realidade financeira? Para o segundo, quem serão os cuidadores? Como é o vínculo deste sistema familiar? Será necessário acionar a internação em instituição? O que representa para esses filhos a reconfiguração da figura paterna? Para o terceiro, será possível uma reinserção no mercado de trabalho? Quem auxiliará esses pais que já se

aproximam da velhice no cuidado do filho? Se temos clareza do momento do ciclo vital familiar, podemos antever as dificuldades que o sistema enfrentará e incentivar uma reorganização mais eficaz.

C) Quais reações podemos esperar dos membros da família frente ao evento estressor. Por exemplo, frente a uma primeira tentativa de suicídio de um adolescente, podemos perceber uma tendência dos pais de reagir com raiva e desvalidar tal ato como uma *necessidade de chamar atenção*. Já uma primeira tentativa de suicídio de uma pessoa com mais de 40 anos tem a tendência de desencadear na família uma reação de perplexidade e de culpabilização entre os membros. Outro exemplo, podemos esperar que uma criança pequena queimada gere em pais de *primeira viagem* dúvidas quanto a sua capacidade e eficiência parental, enquanto que em pais com filhos mais velhos tais dúvidas sejam menos evidentes e o foco precise ser na sobrecarga de um dos membros do sistema.

Gostaria de lembrar que devemos ter ciência quanto às diversas configurações familiares existentes cada vez mais na atualidade. São comuns os divórcios, os recasamentos, as agregações familiares, etc. É necessário estarmos atentos não apenas ao ciclo vital familiar dito *normal* – da família nuclear estável ao longo do tempo –, como também às demais configurações e transições da família. Segundo McGoldrick & Carter (1995), os processos emocionais das famílias frente ao divórcio e ao recasamento apresentam picos de tensão em todos os pontos de transição. Portanto, em famílias com divórcio, é importante saber se o evento traumático tem relação com tais picos. Não é incomum aparecer, nos horários de visita, a esposa e a ex (às vezes unidas pelo *pai dos filhos*, às vezes inflexíveis em seus pactos de lealdade). Da mesma forma, precisamos atentar quanto aos possíveis conflitos que podem emergir entre pais separados frente à hospitalização de um filho. Tais situações, e outras, influenciam na qualidade da internação e na adesão ao tratamento.

AVALIANDO O SINTOMA: EXTERNO OU SISTÊMICO?

Juntamente à compreensão do ciclo vital individual e familiar, é preponderante que busquemos uma avaliação minuciosa do evento estressor. Ele tem causa externa ao sistema, ou seja, foi um acidente sem relação com o funcionamento familiar, como a vítima de um atropelamento, de uma bala perdida, de um assalto, de um incêndio acidental, etc? Nestes casos, o fator desencadeante do evento estressor é externo ao sistema familiar, porém irá repercutir nas relações entre os membros, nos papéis desempenhados por cada um, no modo de a família fazer trocas com a comunidade, assim por diante. Nosso foco será incentivar a reorganização familiar diante de novo contexto. Por exemplo, uma jovem de 18 anos sofre um acidente de carro onde seu namorado e sua melhor amiga falecem. A jovem apresenta, visivelmente, sintomas de estresse pós-traumático e de luto no início da internação. Um dos focos do atendimento do psicólogo hospitalar de abordagem sistêmica será prevenir o desenvolvimento de um transtorno de estresse pós-traumático e de luto complicado a partir da compreensão junto à paciente, sua família e equipe de saúde de como os modelos de enfrentamento familiares e das relações da rede de apoio podem ser protetivos e não potencializar os sintomas. Nesse sentido, Figley & Figley (2011) defendem o papel da terapia familiar sistêmica para o tratamento de eventos traumáticos, pois esta perspectiva ajuda a compreender como as relações contribuem para a causa e a mitigação dos sintomas.

Ou a causa pode estar ligada ao sistema familiar, como maus-tratos, violência entre casal, tentativas de suicídio, uso de substâncias, etc. Nesses casos, a compreensão do caso a partir de uma abordagem sistêmica é de grande utilidade. É necessário apontar que, como psicólogo hospitalar, o objetivo não é ser o terapeuta da família, pois o foco é naquele momento pontual da história familiar. Porém, compreender o sintoma a partir do sistema é fundamental para definirmos nossa conduta e nossas intervenções a fim de auxiliar as famílias a se tornarem mais funcionais. Na abordagem sistêmica, entende-se que o sintoma faz parte da organização do sistema e sua função é manter a homeostase familiar. Portanto, quando nos chega ao hospital um caso em que o sintoma faz parte do sistema, é útil compreendermos a serviço de que ele está. Isso nos guiará para intervenções mais efetivas com a família.

Por exemplo, em situações de maus-tratos de crianças poderemos acabar nos deparando com um vácuo de ação parental, com um caos de influências mutuamente desqualificantes e/ou com a falta de uma figura parental efetiva. Nesse contexto, o conceito de *presença parental* de Haim Omer nos orienta a estimular os pais a empreender ações mais efetivas e desenvolver a autoconfiança sem se usar da violência³. Casos de violência entre casal também são comuns de aparecer em um hospital de trauma e o cônjuge – comumente mulheres – que não deseja sair da relação e nem fazer denúncia gera grande revolta na equipe de saúde. Hirigoyen (2006) define a violência no casal a partir dos modos de interação que ocorrem nas mais diversas configurações de casais. Compreender os diferentes roteiros da violência, ser capaz de diferenciar violência cíclica de perversa, ou porque a vítima não rompe, nos faz intervir de uma maneira mais sensível e efetiva, estimulando crítica e percepções sobre possibilidades de outra configuração de relação.

Outra situação que se aponta como sintoma sistêmico é a dependência química. Aliás, no geral, o uso de substâncias gera grande incômodo nas equipes de saúde, demandando da Psicologia um olhar mais aguçado. Todd & Stanton (1987), junto com colegas, enfatizaram a mútua responsabilidade dos membros da família no funcionamento do sistema com dependência química e desenvolveram um método terapêutico que se concentra na reestruturação hierárquica e na individuação dos membros. O modelo proposto por eles nos ajuda a criar intervenções breves e eficientes a fim de que o paciente e sua família se engajem num tratamento. Há ainda outro sintoma sistêmico que demanda grande atenção da Psicologia no hospital. São os casos de tentativas de suicídio ou morte por suicídio. Wassenaar (1987) descreveu um modelo de intervenção familiar estratégica breve para uso com adolescentes com comportamentos suicidas internados em hospital geral, sugerindo resultados positivos. Gutstein (1998) aponta a importância de se observar os mitos pessoais para compreensão da ocorrência de suicídio ou tentativa de, principalmente em adolescentes. Por mitos pessoais, entendem-se as “fábulas familiares básicas que são reinterpretadas de modo a reforçar crenças muito arraigadas a respeito da forma como os indivíduos podem funcionar com sucesso no mundo” (p.264). O autor ainda explica que

³ De nenhuma forma quero eximir o profissional de empreender medidas legais em casos de violência. Maus-tratos, negligência, abuso e agressões devem ser denunciados e notificados. Porém, também acredito que isso não impeça intervenções que promovam maior funcionalidade da família durante a internação hospitalar.

O adolescente em risco de suicídio que enfrenta uma grande crise tem uma gama severamente limitada de mitos pessoais com os quais administrá-la. Quando estes mitos passam a ser insustentáveis, o adolescente vulnerável não tem como adaptá-los ou substituí-los. Privado de qualquer modo de antecipar um futuro que possa ter um desenrolar positivo e incapaz de realizar a reconciliação, ele vê o suicídio como uma opção viável (p.265).

Nos momentos de crise, observamos que as famílias tendem a uma maior abertura – ou como chamamos, a *baixar a guarda* –, proporcionando uma breve janela para intervenções poderosas. Nesse período curto, em que os psicólogos hospitalares são convidados pelas famílias a participarem, nos deparamos com a oportunidade *de ouro* de estimular as famílias, isoladas em suas crenças, a acessar seus parentes e amigos de modo a criar um novo e mais amplo sistema de mitos, crenças e roteiros. Acredito ser importante diferenciar aqui o papel do terapeuta de família do psicólogo hospitalar de abordagem sistêmica. Se o primeiro busca ressignificar e modificar as relações sistêmicas entre os membros para uma homeostase mais funcional da unidade familiar dentro de um setting fechado e um tempo específico, o segundo se depara com outras características de sua atividade. A grande diferenciação passa pelo momento de vida que o paciente identificado se encontra. Assim, o psicólogo hospitalar, independente de sua abordagem teórica, irá atuar em um local onde pessoas estão vivenciando um processo de adoecimento/trauma e hospitalização e o foco de seu trabalho será tal contexto, considerando o paciente, a família e a equipe de saúde. Um psicólogo hospitalar de abordagem sistêmica terá um olhar acurado para as relações sistêmicas que influenciam o tratamento, mas seu objetivo será sempre alcançar uma melhor adaptação e enfrentamento do processo de hospitalização e da doença. Azevedo & Crespaldi (2016) apontam ainda que o psicólogo hospitalar de orientação sistêmica considera “o hospital um sistema aberto e dinâmico, repleto de significados nas relações que são estabelecidas entre paciente, família e equipe de saúde” (p.576).

MORTE NA FAMÍLIA

Quando trabalhamos no contexto hospitalar, principalmente de trauma, acabamos lidando com a morte todos os dias. Seja a morte de um membro de uma família, ou a morte

de um papel social, seja a morte de uma capacidade, ou a morte de um futuro previsto: a todo o momento, uma história se rompe e se exige das famílias e dos indivíduos a construção de uma nova história. Há sempre um antes e um depois de um evento traumático. É essencial compreender que “todas as perdas requerem um luto, que reconheça a desistência e transforme a experiência, para que possamos internalizar o que é essencial e seguir em frente” (Walsh & McGoldrick, 1998, p.28). Como psicólogos no contexto hospitalar, é nosso papel auxiliar as famílias a elaborar seus lutos, a enfrentar o momento de crise tão intensa e a se organizarem de maneira a ser suportiva a todos os membros. Para tal, é essencial, primeiramente, ter clareza dos fatores que influenciam a adaptação familiar à perda, sejam eles: a forma da morte (repentina ou prolongada); se a perda é ambígua; se foi morte violenta; o momento da perda no ciclo de vida; se há coincidências de perda na história familiar; se há perdas traumáticas não resolvidas no passado; a rede familiar e social; e o contexto sociocultural da morte.

Gostaria de me focar aqui nas práticas de *manejo de óbito* em que construímos um vínculo com a família antes, isto é, quando as pessoas internam e só vem a falecer depois de alguns dias ou semanas. Isso nos dá tempo de buscar informações sobre o papel e o funcionamento do membro no sistema familiar, bem como sobre os padrões de organização e comunicação entre os membros e os sistemas de crenças familiares. Tais características da família estão entre as variáveis mediadoras mais cruciais para a adaptação à perda (Walsh & McGoldrick, 1998). Se partirmos da premissa de que é no momento de crise que a família estará mais aberta a intervenções, compreendemos que é neste momento que podemos mais rapidamente ajudar as famílias: ao apoio mútuo, coesão familiar e diferenciação dos membros; à flexibilidade do sistema familiar; a estimular uma comunicação aberta, ao invés de segredos; a mobilizar a rede de família extensa, recursos sociais e econômicos; e a resolverem relações conflituosas ou rompidas.

Também é importante investigar como a família lidou com outras perdas, quem são os membros mais organizados e se há algum membro em risco. Isso nos dá uma visão geral de como se dá o roteiro familiar frente à perda. Byng-hall (1998, p. 153) explica que um roteiro familiar é o “mecanismo que permite às famílias repetirem cenas familiares particulares quando são encontrados contextos similares. As cenas são codificadas em roteiros, que podem determinar como a família deve interagir”. O mesmo autor defende que

o luto é um momento terapêutico particularmente privilegiado, por carregar um potencial de saúde mental preventivo a longo prazo, com implicações para gerações futuras, e estimula a nos questionar se temos possibilidades de reescrever o roteiro familiar do luto – e se sim, quais partes dele. Quando um indivíduo interna devido a um evento traumático ou a repercussões agudas de uma condição clínica, precisamos lidar com a incerteza e antecipação da perda. Como explica Rolland (1998, p. 167),

a experiência de antecipação da perda envolve uma gama de respostas emocionais antecipadas, que podem incluir ansiedade de separação, solidão existencial, tristeza, desapontamento, raiva, ressentimento, culpa, exaustão e desespero. A expressão emocional muitas vezes flutua entre estes sentimentos mais difíceis e outros, como uma percepção mais aguda de estar vivo e da preciosidade da vida, intimidade, apreciação dos eventos “rotineiros” e esperança. Pode haver uma ambivalência intensa em relação ao membro morto, desejos hesitantes de proximidade e distância e fantasias de fuga de uma situação insuportável.

Assim, ter uma visão geral dos roteiros familiares que perpassam a perda parece essencial para um trabalho preventivo do luto. O papel do psicólogo hospitalar não é acompanhar a família depois do período de hospitalização, mas *preparar o terreno* para uma adaptação à perda – seja ela a morte de um membro ou a incapacitação de algum aspecto do indivíduo. Como aponta ainda Rolland (1998, p. 172)

Ajudar as famílias a estabelecerem padrões funcionais desde cedo promove o enfrentamento e a adaptação posteriores à perda. Encarar a perda pode destruir o mito familiar de que os eventos fatais só acontecem com os outros. A perda da sensação de controle pode ser uma experiência extremamente debilitante para a família, levando a um comportamento frenético ou imobilizado. Neste período de incerteza intensa, as famílias precisam desesperadamente restabelecer a crença (mesmo ilusória) de que tem algum controle da situação. Ajudá-las a priorizar tarefas e tomar ações diretas, tais como reunir informações sobre a doença e recursos da comunidade, é especialmente útil para auxiliá-las a restabelecerem sua sensação de domínio.

TRANSGERACIONALIDADE: QUANDO AS MARCAS SE REPETEM

Um menino de 13 anos, o mais velho de três irmãos, interna devido a queimaduras de 2º e 3º graus em perna e abdome após acidente em que tentou evitar que irmãos

brincassem com fogo. O avô paterno sofria de uma queimadura não tratada de longa data na mesma perna. Coincidência ou não, a internação do menino perdurou mais tempo por justamente a queimadura da perna rejeitar a enxertia, precisando de novo procedimento. É comum, e muito curioso, identificarmos histórico de queimaduras na família dos pacientes que atendemos. As marcas se repetem. O que acontece nessa história para que a marca precise se tornar transgeracional? Qual o papel que o paciente está desempenhando no sistema? Que dança é essa em que um precisa ser marcado como o outro?

Seguidamente, vemos que eventos traumáticos se repetem nas histórias das famílias e consideramos que tais não são coincidências. Os exemplos das marcas das queimaduras são facilmente identificáveis, pois normalmente as próprias famílias falam sobre membros que se queimaram anteriormente. Porém, outros podem estar se repetindo com menos evidência, como internações anteriores, outros acidentes ou datas de morte. Outra marca que parece ser comum se repetir são os eventos de suicídio na família. Uma adolescente de 17 anos, a mais nova de três irmãos, foi trazida ao hospital por tentativa de suicídio. Ao entrevistar a mãe, senti que, antes de falar sobre o ato em si, precisava conversar sobre o que a mãe estava sentindo. Rapidamente, a mãe trouxe o mesmo sentimento de dissociação e desespero quando, 12 anos antes, o pai da filha se suicidou no dia do aniversário da menina – que era a filha *preferida* dele. Ela só contou para a filha sobre a morte do pai duas semanas depois. Coincidentemente (ou não), fazia menos de um mês que a adolescente havia feito 17 anos. Desconsiderar essa informação seria catastrófico. Permitir que o paciente e a família olhem para a história familiar e falem sobre as repetições é abrir a porta para um efeito terapêutico de longo prazo.

De maneira geral, é sempre importante estar aberto a investigar e escutar marcas transgeracionais de eventos traumáticos. Se há marcas transgeracionais, elas *pairam no ar* e precisamos seguir nossa intuição para descortina-las.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Busquei analisar o uso de alguns conceitos de abordagem sistêmica no ambiente hospitalar, porém não são os únicos, tendo outras técnicas sistêmicas que também são possíveis. Utilizar tal abordagem para compreensão dos casos e definição de condutas me parece extremamente positivo neste contexto, pois nos auxilia a ter dimensão sobre a crise,

as perdas, os sintomas, e seus efeitos. Apesar dos inúmeros limites para a construção de um setting adequado em um hospital, defendo que é possível fazer atendimentos das famílias/casais, bem como dos pacientes, a partir do enfoque sistêmico. Porém, a viabilidade de tais práticas deve ser necessariamente analisada caso a caso. Novamente, ressalto que o psicólogo não deve ser um terapeuta da família dentro do hospital, visto às características inerentes de cada contexto, mas nortear sua prática a partir de tal abordagem pode auxiliar muito a definição de conduta. No mesmo raciocínio, o psicólogo hospitalar não irá acompanhar a família e o paciente após a alta hospitalar, mas seu trabalho deve estar integrado ao de outros profissionais, bem como com a própria rede de saúde, em todos os pontos da atenção. Assim, fazer um encaminhamento adequado para o pós alta faz parte do papel do psicólogo hospitalar, que deve estar pautado na lógica da integralidade e continuidade do cuidado à saúde. Referenciar um acompanhamento na rede de atenção é também pensar sistemicamente. Podemos pensar, portanto, que a lógica das redes de saúde conversa positivamente com a abordagem sistêmica do atendimento em saúde. Assim, acredito que a abordagem sistêmica seja se grande valia para o desenvolvimento da Psicologia Hospitalar no contexto brasileiro, tanto para o atendimento ao paciente quanto para promover discussão junto à equipe assistente quanto às intervenções e ao cuidado necessário. O desenvolvimento de pesquisas e estudos neste sentido é, portanto, fundamental.

REFERÊNCIAS

BYNG-HALL, John. Os roteiros familiares e a perda. *In*: WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica (Orgs.). **Morte na Família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

CARTER, Betty; MCGOLDRICK, Monica. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

FIGLEY, Charles; FIGLEY, Kathleen. Stemming the Tide of Trauma Systemically: The Role of Therapy Familiar. **The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy**, vol 30, nº 3, p.173-183, 2009. Acesso em 11/06/2018:

https://www.researchgate.net/publication/247830297_Stemming_the_Tide_of_Trauma_Systemically_The_Role_of_Family_Therapy

GUTSTEIN, Steven. Suicídio de adolescentes: a perda da reconciliação. *In*: WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica (Orgs.). **Morte na Família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

HIRIGOYEN, Marie France. **A Violência no Casal: da coação psicológica à agressão física**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

MINUCHIN, Salvador; NICHOLS, Michael; LEE, Wai-Yung. **Famílias e casais: do sintoma ao sistema**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MORE, Carmen; CREPALDI, Maria A.; GONÇALVES, Jadete; MENEZES, Marina. Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n.3, p. 465-473, 2009. Acesso em 06/01/2018: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a07.pdf>

OMER, Haim. **Autoridade sem violência: o resgate da voz dos pais**. Belo Horizonte: ArteSã, 2002.

ROLLAND, John. Ajudando as famílias com perdas antecipadas. *In*: WALSH, Froma & MCGOLDRICK, Monica (Orgs.). **Morte na Família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

TODD, Thomas C.; STANTON, M. Duncan *et al.* **Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas**. Barcelona: Gedisa, 1987.

WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica. **Morte na Família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WASSENAAR, Douglas. Brief strategic family therapy and the management of adolescent Indian parasuicide patients in the general hospital setting. **South Africa Journal Psychology**, vol 3, nº17, 1987. Acesso em 11/06/2018: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/008124638701700302>

AZEVÊDO, A. V. S.; CREPALDI, M. A. A Psicologia no hospital geral: aspectos históricos, conceituais e práticos. **Estudos de Psicologia**, vol. 33, nº4, p. 573-585, 2016. Acesso em 09/03/2019: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n4/0103-166X-estpsi-33-04-00573.pdf>