



Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC
Curso de Psicologia
Trabalho de Conclusão de Curso

**A atuação profissional do psicólogo hospitalar em Unidades de
Terapia Intensiva adulto: revisão integrativa de literatura**

Gama-DF
2024

GABRIELA CRISTINA MAGALHÃES ALVES

**A atuação profissional do psicólogo hospitalar em Unidades de
Terapia Intensiva adulto: revisão integrativa de literatura**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Psicologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientadora: Prof.(a) Me. Narjara Tamyres Pedrosa Melo

Gama-DF
2024

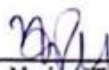
GABRIELA CRISTINA MAGALHÃES ALVES

**A atuação profissional do psicólogo hospitalar em Unidades de
Terapia Intensiva adulto: revisão integrativa de literatura**

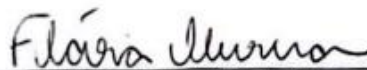
Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Psicologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama-DF, 19 de junho de 2024.

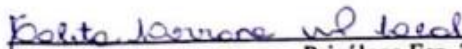
Banca Examinadora



Prof.(a) Me. Narjara Tamyres Pedrosa Melo
Orientadora



Prof.(a) Me. Flávia Oliveira Gomes
Examinadora



Psicóloga Esp. Talita Lorrana Mota Leal
Examinadora

A atuação profissional do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva adulto: revisão integrativa de literatura

Gabriela Cristina Magalhães Alves¹

Narjara Tamyres Pedrosa Melo²

RESUMO

A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) é de extrema importância, pois esses ambientes são caracterizados por situações de grande estresse e vulnerabilidade emocional, tanto para os pacientes quanto para seus familiares e para a equipe multidisciplinar. Desse modo e na busca de ceder uma série de significações e saberes articulados, a proposta deste estudo foi descrever a prática profissional do psicólogo hospitalar no contexto das UTIs adulto com base na literatura acadêmica. Logo, buscou-se compreender a importância deste especialista neste âmbito do hospital, sistematizando sua atuação junto à tríade (paciente - família - equipe) e verificando como essa prática pode contribuir para os aspectos de humanização nesse contexto. Sendo assim, trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e bibliográfico, em que se realizou uma revisão de literatura integrativa sobre o tema de interesse, na qual os resultados evidenciaram que o papel do psicólogo na UTI adulto é, de fato, crucial, pois oferece suporte emocional e psicológico de forma ampliada tanto para os pacientes quanto para suas famílias e a equipe multidisciplinar, diante as demandas manifestadas devido ao processo de internamento e, principalmente, com relação aos estigmas e sentimentos associados; ao processo de visita familiar; e a morte; também promove a comunicação eficaz e a assistência integralizada, contribuindo para o bem-estar geral e a qualidade dos cuidados oferecidos para todos os envolvidos nesse ambiente crítico, de uma forma mais humanizada.

Palavras-chave: psicólogo hospitalar; Unidade de Terapia Intensiva; humanização.

¹ Graduanda do Curso de Psicologia, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: gabimalvess@gmail.com.

² Mestre do Curso de Psicologia, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: narjara.melo@uniceplac.edu.br.

ABSTRACT

The work of hospital psychologists in Intensive Care Units (ICUs) is extremely important, as these environments are characterized by situations of great stress and emotional vulnerability, both for patients, their families and the multidisciplinary team. In this way and in the search to provide a series of articulated meanings and knowledge, the purpose of this study was to describe the professional practice of hospital psychologists in the context of adult ICUs based on academic literature. Therefore, we sought to understand the importance of this specialist in this context of the hospital, systematizing his work with the triad (patient - family - team) and verifying how this practice can contribute to the humanization aspects in this context. Therefore, this is a qualitative research of an exploratory and bibliographic nature, in which an integrative literature review was carried out on the topic of interest, in which the results showed that the role of the psychologist in the adult ICU is, in fact, crucial. , as it offers expanded emotional and psychological support for both patients and their families and the multidisciplinary team, given the demands expressed due to the hospitalization process and, mainly, in relation to the associated stigmas and feelings; the family visit process; is the death; it also promotes effective communication and comprehensive assistance, contributing to the general well-being and quality of care offered to everyone involved in this critical environment, in a more humanized way.

Keywords: hospital psychologist; Intensive Care Unit; humanization.

1 INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar é frequentemente um universo desconhecido para os pacientes que, ao necessitarem de cuidados, procuram por assistência, proteção e solução para sua condição de saúde. No entanto, essa experiência de internação pode desencadear uma mistura de emoções, dependendo de como cada indivíduo decide lidar e experimentar esse momento. Ou seja, a forma como os pacientes visualizam o processo de hospitalização pode variar consideravelmente de acordo com sua condição médica, gravidade da doença, estado emocional, compreensão da situação de saúde, relação com o contexto hospitalar e sua individualidade. Silva e Ferreira (2021) defendem que, ao lidar com o processo de hospitalização, não é apenas a dimensão física que está sendo acometida pela enfermidade, mas o sujeito em si, em sua totalidade, uma vez que cada indivíduo possui uma história, uma individualidade, carregando consigo peculiaridades específicas e singularidades, as quais devem ser não somente reconhecidas, mas também consideradas como dimensões relevantes para o cuidado.

Alguns pacientes podem encarar esse processo como uma oportunidade para receber cuidados médicos especializados e melhorar sua saúde, enquanto outros podem sentir medo, preocupação e frustração com a perda de controle sobre sua própria vida. Em vista disso, quando um paciente é hospitalizado, habitualmente poderá lidar com um processo de despersonalização, na qual deixa de ter um nome e passa a ser identificado pelo número do seu leito ou pela sua doença, no qual seu conjunto de valores e crenças, bem como a sua personalidade e sua rotina se veem comprometidas (Imanishi, Silva, 2016). Logo, o sujeito hospitalizado, necessita abandonar seu dia a dia para assumir uma nova conjuntura, e é nesse processo em que ocorrem rupturas com seu cotidiano, distanciando-se do convívio familiar e de amigos, afastando-se do trabalho e das atividades de lazer, além da perda de autonomia, autoestima e reconhecimento social (Silva, Ferreira, 2021).

Dessa forma, a hospitalização pode ter uma série de impactos nos pacientes, tanto físicos quanto psicológicos e/ou emocionais, onde a percepção desse processo irá variar de pessoa para pessoa e de caso a caso. Por isso, é importante que os profissionais de saúde reconheçam essas diferentes perspectivas, avaliando as necessidades individuais e expectativas dos sujeitos, trabalhando para fornecer apoio emocional, um ambiente acolhedor e o melhor cuidado possível para cada paciente em processo de internação. Diante disso, observa-se a necessidade de mudar a

perspectiva sobre o paciente e humanizar o cuidado em saúde (Brito *et al.*, 2014), orientando essa assistência para o indivíduo como um todo, em vez de apenas um conjunto de suas partes separadas. Então, essa compreensão baseada na totalidade, irá estimular um olhar crítico e interrogativo que pode alterar a assistência oferecida ao sujeito, promovendo, por sua vez, aspectos ligados à humanização enquanto nova postura e atitude no contexto do trabalho em saúde.

1.1 Unidade de Terapia Intensiva

Em uma unidade hospitalar, a UTI é um campo importante para a internação de pacientes graves, pois requer atendimento especializado constante, materiais e tecnologias específicas para diagnóstico, monitorização e terapia (Brasil, 2010).

Emrich e Lima (2021, p.3), descrevem a UTI como:

[...] um espaço no qual os diversos órgãos internos são, de certa forma, recriados: o coração que falha permanece batendo pela ação da noradrenalina injetada; os rins permanecem em funcionamento por meio da máquina de diálise; o pulmão respira pelo tubo orotraqueal etc. É um lugar com temperatura ambiente baixa, silencioso, onde o único barulho que se ouve é o barulho dos aparelhos e monitores. Nesse espaço, transitam médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e sujeitos feridos, adoecidos, estáticos em leitos, demandando respostas curativas, rápidas e precisas.

No caso da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A), destina-se a pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo haver exceções, a depender das normas da instituição. Segundo Baptista e Dias (2010), essa unidade costuma receber pacientes clínicos, pós-cirúrgicos, terminais e em estado grave com possibilidade de recuperação, logo, mesmo diante da apresentação de diferentes diagnósticos, todos necessitam de cuidados especiais.

Vale destacar que existem distintos níveis de UTIs, nas quais suas designações podem variar dependendo do sistema de saúde ou do país, no entanto, geralmente se referem ao nível de intensidade dos cuidados prestados e à gravidade dos pacientes admitidos em cada unidade. Segundo a resolução 2.271/2020 do Conselho Federal de Medicina (CFM), as UTIs podem ser classificadas em dois tipos: tipo II (leve) e tipo III (dura).

A Unidade de Terapia Intensiva tipo II (leve) é projetada para pacientes que precisam de monitoramento e tratamento intensivos, mas que não necessariamente requerem ventilação mecânica ou outros procedimentos invasivos. Eles podem ser usados para pacientes com doenças

agudas graves, como pneumonia grave, insuficiência cardíaca descompensada ou sepse, que exigem vigilância constante e intervenções médicas frequentes. Já a tipo III (dura) é reservada para unidades que fornecem cuidados intensivos mais avançados e invasivos, como ventilação mecânica, diálise ou suporte circulatório. São geralmente destinadas a pacientes em estado muito grave, como aqueles com falência de múltiplos órgãos, lesões traumáticas graves ou após cirurgias complexas. Essas unidades tendem a ter uma equipe médica e de enfermagem altamente especializadas e equipamentos mais avançados para lidar com casos extremamente críticos.

O uso de toda essa tecnologia avançada, fundamental para cuidados de saúde e manutenção da vida, está ligado também a diversos aspectos que podem afetar a qualidade de vida do paciente. Isso inclui desde ruídos provenientes de equipamentos até questões como intercorrências clínicas frequentes, iluminação intensa e ambiente não propício ao sono e relaxamento (Nogueira *et al.*, 2017). Além disso, os pacientes nesta unidade são limitados ao leito, não contando com a presença constante de um acompanhante, e têm sua higiene pessoal e alimentação providenciadas diretamente na cama (Baptista, Dias, 2010).

Além desses fatores, o doente pode acabar por perder o contato pessoal com seus entes queridos e conhecidos, ficando, mesmo que por um curto período, afastado da convivência social, de suas práticas diárias, tendo que interagir com indivíduos desconhecidos e enfrentar situações desconfortáveis e intimidadoras em um ambiente nem sempre receptivo (Bolela; Jericó, 2006). É importante reconhecer que os pacientes estarão sujeitos a essas condições enquanto estiverem internados na UTI, já que a permanência neste setor será determinada por vários fatores, incluindo resposta ao tratamento, ocorrência de complicações médicas e necessidades específicas de cuidados, por exemplo.

De acordo com Ernesto e Zanei, conforme citado por Baptista e Dias (2010, p. 141), diante desse contexto, os pacientes podem desenvolver a síndrome da UTI, que é caracterizada por seu estado confusional, reversível e secundário à internação, como resultado das circunstâncias desse tipo de ambiente. Sendo assim, dentre as variáveis que podem contribuir para os sintomas do paciente tem-se a gravidade do estado clínico, a idade avançada, o uso de medicamentos, a falta de estímulos específicos, a falta de atividades, a falta de descanso e a falta de estímulos visuais.

Isto posto, ainda que o objetivo principal da internação em uma Unidade de Terapia Intensiva seja garantir que os pacientes recebam o tratamento adequado e sejam transferidos para outro setor ou unidade de cuidados apropriada, assim que sua condição permitir, é notável

evidenciar que neste contexto, há uma verdadeira incerteza sobre a continuidade da vida, bem como uma preocupação com a possibilidade de morte (Fattore, 2017).

Assim, as pessoas tendem a associar essas unidades ao estigma de locais de ansiedade e medo, o que reforça a percepção de um lugar fechado e restrito, dificultando a conexão do paciente com sua rede de apoio (Oliveira, 2002). Um estudo de Lemos e Rossi (2002) evidenciou que a finitude também permeia culturalmente a noção pré-concebida de estar internado nesses locais, atribuindo ao internamento o significado de se estar entre a vida e a morte, representando um caminho sem volta. No entanto, observa-se que, mesmo em um ambiente hostil, como a Unidade de Terapia Intensiva, é possível fornecer um suporte psicológico que propicie aos sujeitos um local para construir novos significantes e, conseqüentemente, novos significados (Nuevo, Rocha, 2021).

1.2 O psicólogo hospitalar na Unidade de Terapia Intensiva

O ambiente da Unidade de Terapia Intensiva frequentemente é visto como altamente estressante pelos pacientes, seus familiares e pela equipe multiprofissional que atua no setor (Lucchessi, Macedo, De Marco, 2008). Também costuma ser hostil e invasivo, impactando de maneira negativa a saúde mental desses sujeitos (Soares, 2007). Além disso, aspectos pessoais do paciente, como sua condição física, opiniões e preocupações sobre o processo de adoecimento e o risco de morte, podem afetar negativamente o tempo de internação na UTI (Nogueira et al., 2017).

À vista disso, em um ambiente desafiador e estressante como este, a presença de psicólogos é essencial para fornecer suporte emocional amplo e promover bem-estar psicológico. Desta maneira, a função da Psicologia consiste em promover a comunicação e aliviar o sofrimento advindo do adoecimento (Simonetti apud Lima, Martins, 2017, p. 208). Portanto, compete ao psicólogo, diante do contexto hospitalar, acolher os sentimentos e emoções que permeiam os indivíduos envolvidos nesse cenário, levando em consideração a subjetividade das demandas que são manifestadas.

Embora a inserção do psicólogo na equipe de saúde atuante nas UTIs seja recente, em 2005 foi reconhecida pela Portaria Ministerial Nº 1071, dispondo sobre a obrigatoriedade do psicólogo no setor e sancionando suas funções e áreas de atuação (Schneider, Moreira, 2017). Vale enfatizar que o trabalho desse profissional tem sido cada vez mais valorizado, graças ao qual é possível compreender sua importância para o cuidado integral, tanto dos pacientes quanto dos familiares e

da equipe (Prado, Dhein, 2017).

Posto isto, a função do psicólogo, especialmente em UTIs para adultos, é fornecer aos pacientes e seus entes queridos uma melhor compreensão sobre os processos de saúde-doença e informar sobre o funcionamento da UTI (Prado; Dhein, 2017), também de promover a assistência psicológica, observando os elementos que podem causar estresse emocional e avaliando a adaptação dos sujeitos ao longo do processo de internação (Schneider, Moreira, 2017).

Além de acompanhar durante os horários de visita e detectar se algum familiar precisa de escuta individual ou atendimento, o psicólogo também atua como facilitador, conduzindo a família em momentos delicados de óbito e comunicação de más notícias, sempre verificando se estão entendendo o que está sendo passado, esclarecendo os termos técnicos e oferecendo suporte emocional se necessário (Schneider, Moreira, 2017; Santos, Gomes, 2018).

No atendimento ao paciente, o psicólogo avalia se o paciente está acordado, entubado, sedado ou em coma. Segundo Santos e Gomes (2018), trabalha-se com pacientes entubados estimulando os sentidos e o tato, pois acredita-se que mesmo em coma ou entubado, o paciente percebe o que está acontecendo. Se estiverem acordados, são avaliados quanto a confusão mental e desorientação. Eles orientam sobre todas as informações pertinentes ao ambiente da UTI, além de possibilitar a expressão dos medos e preocupações, trabalhando conteúdos de acordo com as especificidades e foco de cada paciente.

Dessa forma, nota-se que o envolvimento do psicólogo nas Unidades de Terapia Intensiva é extremamente necessário e relevante, não só para otimizar o apoio ao paciente e sua família, mas também para prestar um cuidado mais humano junto à equipe de saúde.

1.3 Humanização e a Unidade de Terapia Intensiva

Segundo Lima e Martins (2017), por meio da utilização de ferramentas como a escuta e o acolhimento, é possível promover o cuidado. No entanto, Merhy (2004) defende que, no campo da saúde, o objeto não se trata da cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas da produção do cuidado, através do qual se torna um caminho para atingir a cura e a saúde, por consequência. Logo, o cuidado não se limita à administração de medicamentos ou ao conhecimento técnico-científico. Por isso, Tonetto e Gomes (2007) defendem que, para que o cuidado em saúde realmente seja alcançado, haja uma combinação entre as competências e habilidades específicas.

Atualmente, uma das grandes preocupações dos profissionais de saúde com relação ao paciente, refere-se aos aspectos da humanização (Baptista, Dias, 2010). Segundo o Ministério de Saúde (2010), a humanização é um processo amplo e acaba sendo uma ferramenta fundamental no tratamento de pacientes hospitalizados, na qual não deve se limitar a etapas processuais, mas deve basear-se em um processo mais amplo e interativo, envolvendo usuários, familiares e equipe multidisciplinar.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 7/2010 dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento da UTI, abordando a obrigatoriedade da assistência psicológica no setor de forma integral, interdisciplinar e humanizada (Vaz, 2017). Logo, nas Unidades de Terapia Intensiva, a humanização envolve uma abordagem de cuidados em saúde que enfatiza a dignidade, respeito, empatia e qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, supondo a troca de saberes, diálogo entre os profissionais e modo de trabalhar em equipe.

Sendo assim, ao inserir a atuação da Psicologia no ambiente hospitalar, o cuidado em saúde amplia seu foco visando a integralidade, uma abordagem holística e abrangente que considera não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais, sociais e espirituais dos pacientes. Isto significa que garantir que as necessidades e direitos dos pacientes sejam cuidadosamente considerados e respeitados é essencial. Isso inclui respeitar suas singularidades, preservar sua privacidade e permitir que sua família e profissionais ajudem-no a se sentir à vontade. Tanto em termos físicos quanto emocionais, é essencial respeitar suas crenças, culturas e opiniões sobre seu tratamento, esclarecendo possíveis dúvidas, de modo a oferecer um tratamento mais compassivo e individualizado (Bolela, Jericó, 2006).

Frente a esta realidade, é relevante pesquisar sobre o envolvimento do psicólogo hospitalar nas Unidades de Terapia Intensiva adulto, buscando compreender o universo representacional dos indivíduos que estão envolvidos nesse processo. Neste contexto, a produção de estudos e conteúdos nesta área podem contribuir significativamente para compreender o impacto deste profissional na saúde e no bem-estar dos pacientes, suas famílias e a equipe de saúde, além de identificar maneiras de aprimorar e otimizar esses serviços. Nesta perspectiva, emergiram os seguintes questionamentos: *Como se caracteriza a atuação profissional do psicólogo em Unidades de Terapia Intensiva? Para quem é direcionada? Qual é a sua importância?* Assim, este estudo tem como objetivo compreender a relevância deste profissional neste âmbito do hospital,

sistematizando sua atuação junto à tríade (paciente, família e equipe de saúde) e verificando como essa prática pode contribuir para os aspectos de humanização nesse contexto.

2 METODOLOGIA

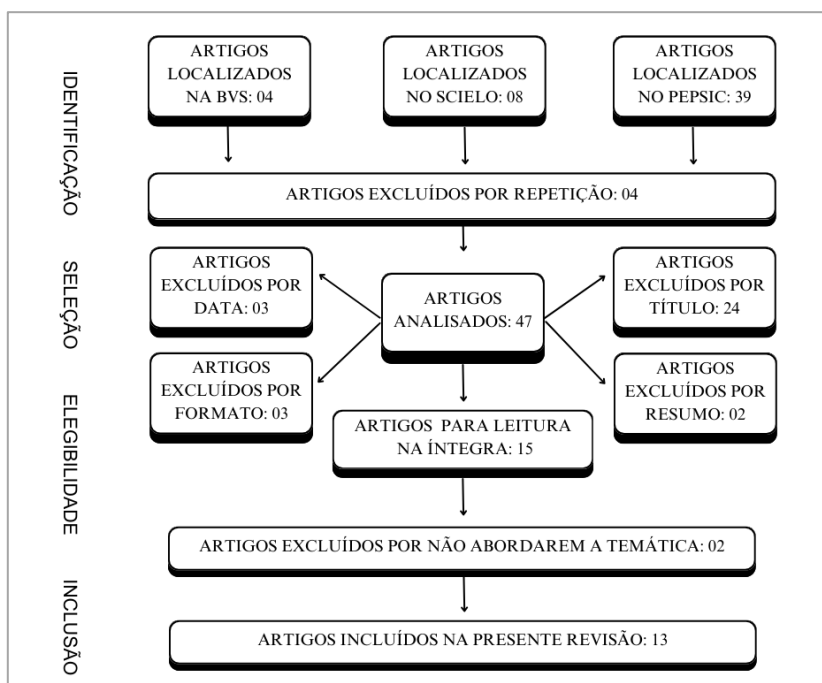
O presente estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório e bibliográfico, onde adotou-se a utilização do método de revisão integrativa de literatura, na qual constitui-se como um dos modos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências (PBE), tendo como finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do assunto investigado (Mendes, Silveira, Galvão, 2008).

A coleta de dados ocorreu através de consultas virtuais, em prol de selecionar as principais produções científicas nacionais por meio da utilização e da combinação dos seguintes descritores: psicologia *and* Unidade de Terapia Intensiva. Vale ratificar que foram realizadas tentativas de obter outros descritores através de consulta do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), contudo, foi considerado que os resultados obtidos poderiam alterar o sentido da pesquisa em questão, devido às especificidades dos termos. Logo, as buscas foram realizadas nas bases de dados virtuais da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC), no período entre abril e maio de 2024.

Dentre os critérios de inclusão utilizados para a seleção da amostra, tem-se: I) estudos em formato de artigo, tanto empíricos como de revisão de literatura; II) publicados em língua portuguesa; III) publicados nos últimos 10 anos; IV) publicados com texto completo; e V) estudos que contemplam a temática desejada. Já com relação aos critérios de exclusão, tem-se: I) estudos fora do formato de artigo empírico ou de revisão de literatura; II) publicados em línguas estrangeiras, III) publicados fora do marco-temporal; IV) publicados com texto incompleto e repetidamente V) artigos que não contemplam a temática desejada.

O fluxograma apresentado na Figura 1 abaixo, demonstra as etapas de identificação, seleção, elegibilidade e inclusão dos artigos, utilizadas em prol da identificação dos 13 estudos que foram apontados como mais relevantes para a pesquisa em questão.

Figura 1 – Fluxograma do processo metodológico



Fonte: Da autora, 2024.

Na busca virtual feita através dos descritores “Psicologia” and “Unidade de Terapia Intensiva”, na etapa de identificação, foram encontrados um total de 51 estudos distribuídos pelos três bancos de dados: BVS, SciELO e PePSIC. Dentre eles, a maior parte foi encontrada no PePSIC, correspondendo a 39 artigos (76,47%), seguido de 8 no SciELO (15,69%) e em quantidade inferior, foram identificados 4 na BVS (7,84%). Destaca-se que, nessa fase, foram excluídos 4 estudos (7,84%) devido à sua repetição. Logo, os 47 artigos restantes (92,16%), seguiram para a próxima etapa, chamada de seleção.

Na seleção, foram excluídos 32 artigos (62,75%) por não contemplarem os requisitos do estudo, sendo 24 (47,05%) deles no título, 2 (3,92%) no resumo, 3 (5,89%) deles na data e 3 (5,89%) na modalidade da escrita. Os 15 artigos restantes (29,41%) foram selecionados para serem lidos na íntegra, na etapa chamada elegibilidade.

Na etapa de elegibilidade, dos 15 artigos eleitos para leitura na íntegra, 2 (3,92%) deles não contemplavam o objetivo e a temática deste estudo, sendo descartado posteriormente. Dessa forma, ao final da filtragem, na etapa de inclusão, foram obtidos 13 artigos, dos quais foram selecionados para a revisão deste trabalho, o que corresponde a 25,49% do total de artigos identificados

inicialmente. Nota-se que o número de publicações sobre a atuação do psicólogo em Unidades de Terapia Intensiva para adultos é significativamente baixo em comparação com outras temáticas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos treze artigos selecionados, três constituem revisão de literatura integrativa; um, relato de experiência; um, estudo transversal; um, metodologia quantitativa e os outros sete utilizam metodologias qualitativas. Diante disso, é notável o predomínio de estudos qualitativos, todos centrados na descrição e na teorização da prática dos psicólogos hospitalares em Unidades de Terapia Intensiva. Também chama a atenção o fato de que, doze dos treze estudos, foram publicados por psicólogos, já o outro envolvia uma profissional graduada em enfermagem. Tal fato demonstra o interesse desses profissionais em descrever, teorizar e sistematizar suas práticas voltadas para esse contexto hospitalar.

No que se refere ao ano de publicação, embora tenha sido considerado como marco-temporal os últimos dez anos (2014 – 2024), foram encontrados estudos entre o período de 2016 a 2023, conforme elucidado no Gráfico 1 abaixo, sendo o ano de maior publicação o de 2017, com três de treze estudos, respectivamente; já no ano de 2016, 2020 e 2021 foram publicados dois estudos e os demais foram publicados cada um em 2018, 2019, 2022 e 2023. À vista disso, percebe-se que, embora a atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva tenha sido objeto de estudo há alguns anos, nota-se que ainda é uma área em constante desenvolvimento, o que intensifica a ideia de que ainda há necessidade e espaço para novas pesquisas e descobertas, especialmente à medida que as práticas e demandas de saúde evoluem.

Gráfico 1 – Análise das publicações dos artigos



Fonte: Da autora, 2024.

Para uma melhor apresentação e, com intuito de sintetizar os principais pontos dos artigos supracitados acima, serão descritas na tabela abaixo (Tabela 1), as informações sobre cada um desses estudos, apresentando os seguintes elementos: numeração, título, referências e objetivos.

Tabela 1 – Artigos selecionados dispostos quanto à numeração, título, referências e objetivos

Nº	Título	Referências	Objetivos
1	O que pode a psicologia hospitalar diante da morte encefálica na UTI: um relato de experiência	Nuevo e Rocha (2021)	Discutir a importância da escuta qualificada em psicologia e refletir acerca do acompanhamento psicológico aos familiares dentro da UTI no contexto de urgência e emergência.
2	Reflexões sobre o trabalho da Psicologia na UTI	Lima e Martins (2017)	Refletir sobre as práticas da Psicologia, em uma UTI adulto, relacionando-as com as propostas da Política Nacional de Humanização.
3	O mundo privado na UTI: análise da internação de pacientes oncológicos	Silva, Almeida e Corrêa (2023)	Investigar a percepção que pacientes adultos de uma UTI oncológica têm acerca de experiência de internação nesse setor.
4	Psicólogo Intensivista: reflexões sobre a inserção profissional no âmbito hospitalar, formação e prática profissional	Schneider e Moreira (2017)	Analisar o perfil do psicólogo hospitalar que atua em UTI em hospitais públicos e privados da cidade de Porto Alegre.
5	A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional	Goularte, Gabarra e More (2020)	Compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre a ampliação/flexibilização da visita à UTI e analisar os critérios considerados na tomada de decisão sobre a sua duração.
6	Utilização de vídeo explicativo como recurso auxiliar para acolhimento de famílias em visita à UTI	Moraes, Renata e Borges (2017)	Avaliar a compreensão de informações sobre a UTI por familiares acompanhados pelo serviço de Psicologia de um hospital geral.
7	Atuação do psicólogo intensivista junto ao paciente em desmame ventilatório	Arruda e Branco (2022)	Analisar estratégias e intervenções do psicólogo hospitalar junto ao paciente em desmame ventilatório, identificando e manejando os aspectos emocionais dos pacientes e familiares nesse processo.
8	As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares	Reis, Gabarra e More (2016)	Compreender as repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares.

9	Implementação da Política de Humanização nas Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa	Ternus e Wollmann (2021)	Investigar as ações de humanização usadas pela equipe na UTI adulto; refletir sobre sua importância para pacientes e familiares; compreender os desafios encontrados para a realização dessas ações e os impactos da sua ausência nos hospitais.
10	Quadro psicoeducativo: orientações a familiares em visita à Unidade de Terapia Intensiva	Otto, Nunes e Braga (2020)	Construir e validar um quadro psicoeducativo voltado aos familiares que visitam a UTI de um hospital público de grande porte do Estado do Paraná.
11	Projeto UTI visitas: ideias e percepções de familiares sobre a visita ampliada	Wrzesinski, Beninca e Zanettini (2019)	Descrever o significado da experiência de visita ampliada na UTI, enfocando a percepção de familiares que dela participam sobre o seu envolvimento na assistência ao doente na unidade.
12	A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva: a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura	Vieira e Waischunng (2018)	Sistematizar a ação e os saberes do Psicólogo Hospitalar junto aos pacientes, familiares e equipes de UTIs.
13	Pacientes com limitação na comunicação verbal: prática do psicólogo na UTI	Ortiz, Gieger e Grzybowski (2016)	Fazer um levantamento na literatura nacional sobre a prática do psicólogo em UTI com pacientes limitados de comunicação verbal, a fim de identificar e apresentar os recursos técnicos e manejos utilizados por psicólogos neste contexto.

Fonte: Da autora, 2024.

Vale pôr em evidência que, durante a análise das publicações selecionadas para leitura na íntegra, foi utilizada a análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2001), seguindo de forma adaptada suas recomendações, na seguinte sequência: leitura inicial do material selecionado; leitura compreensiva buscando apreender semelhanças e particularidades do conjunto; agrupamento em temas de acordo com os núcleos de sentido identificados; e síntese interpretativa do conjunto de publicações agrupadas, fazendo emergir categorias. Logo, as categorias foram agrupadas nos seguintes eixos: Eixo 1 – Internamento na UTI: estigmas e sentimentos associados; Eixo 2 – O psicólogo na UTI: uma visão ampliada; Eixo 3 – Família e o processo de hospitalização; Eixo 4 – Percepções acerca da visita familiar na UTI; Eixo 5 – O psicólogo e a equipe multiprofissional; Eixo 6 – A morte e a UTI e Eixo 7 – Psicologia: a humanização na formação e na prática profissional. Vale ratificar que, em muitos momentos, os artigos se concentram em mais de um tópico, conectando-se entre os temas principais.

Eixo 1 – Internamento na UTI: estigmas e sentimentos associados

A UTI é uma estrutura hospitalar projetada para aumentar as chances de restaurar o paciente a uma condição estável e promover recuperação e sobrevivência (Arruda, Branco, 2022). Todavia, sua existência representa, para muitos, a ideia de tristeza, morte, sofrimento ou desesperança (Moraes, Renata, Borges, 2017), o que acaba tornando-o um lugar estigmatizado. Na pesquisa de Silva, Almeida e Corrêa (2023), realizada com pacientes de um hospital oncológico, observou-se que muitos indivíduos, antes de serem internados, associam esse espaço à morte, o que pode potencializar ainda mais o sofrimento humano.

Na sociedade e nas mídias sociais, a UTI é vista como um ambiente que ameaça à integridade do indivíduo, podendo aumentar a intensidade e a duração de emoções como estresse, ansiedade e medo (Silva, Almeida, Corrêa, 2023). O simples fato de ser informado da necessidade de cuidados intensivos leva o paciente a se sentir desconfortável, muitas vezes fazendo com que ele se sinta mais doente do que realmente está, mais aproximado da morte (Severo, Girardon-Perlini, 2005). Diante desse contexto, o psicólogo intensivista deve escutar e observar todas as facetas da doença, respeitando os medos, crenças e fragilidades do paciente e de sua família (Moreira, Martins, Castro, 2012). Logo, o objetivo do psicólogo, segundo Schneider e Moreira (2017), é reduzir a ansiedade e o estresse, ajudando o paciente a compreender sua situação atual e o seu estado psicológico.

No estudo de Severo e Girardon-Perlini (2005) sobre como os pacientes percebiam suas experiências na UTI, foram destacados os seguintes fatores: desconforto por serem despidos; ter a higiene pessoal feita por pessoas estranhas; insegurança devido à separação familiar; angústia por falta de informações e desorientação em relação ao tempo e ao espaço. Levando isso em consideração, Vieira e Waischung (2018) acrescentam que o indivíduo pode sofrer graves prejuízos em seu estado emocional, a depender de sua capacidade de lidar com esse estresse gerado pelo ambiente. À vista disso defendem que a ferramenta principal para apoiar a melhor adaptação dos indivíduos nesse processo é o enfrentamento. Tal fato pode ser observado no estudo de Reis, Gabarra e More (2016), onde buscaram compreender as repercussões do processo de internamento na UTI, no qual perceberam que os sujeitos tanto podem associar esse processo à imprevisibilidade, paciência e incerteza quanto à recuperação e ao futuro; como desmistificar esse contexto, associando a hospitalização a um novo sentido de vida e de valores.

Eixo 2 – O psicólogo na UTI: uma visão ampliada

A UTI pode ser considerada um campo desafiador e estressor, logo, segundo Nuevo e Rocha (2021), o trabalho do psicólogo nessa unidade envolve estimular os pacientes em sedação ou coma de forma cognitiva e afetiva, atender aos pacientes que se encontram conscientes, acolher as famílias, atendendo suas demandas emocionais e acompanhando-os durante as visitas diárias, promovendo uma troca entre eles e o médico para melhorar a compreensão dos diagnósticos e prognósticos. Schneider e Moreira (2017) argumentam que essa atuação está relacionada à possibilidade que esses indivíduos têm de desenvolver distúrbios e/ou transtornos psicológicos devido ao processo de adoecimento e internação, acrescentando então que as intervenções psicológicas podem ser direcionadas para a tríade (paciente-família-equipe), mas sempre em benefício do paciente.

Arruda e Branco (2022) afirmam que a validação das emoções do paciente é outra responsabilidade do psicólogo hospitalar, além da escuta. Sua pesquisa enfatiza que ele deve demonstrar segurança, atenção, disponibilidade, cordialidade e competência, pois são condições essenciais para iniciar uma relação terapêutica que favoreça a adesão ao tratamento e sua continuidade. Frente a isso, Guimarães Neto e Porto (2017) defendem que a avaliação psicológica na UTI se mostra como um recurso relevante, pois tem como objetivo estabelecer uma conduta eficaz examinando a atitude do paciente em relação à doença e à hospitalização, os métodos de enfrentamento e os fatores emocionais e comportamentais que podem prejudicar o prognóstico do paciente (apud Vieira, Waischunng, 2018).

A psicoeducação também é uma conduta muito adotada nos contextos das UTIs e, de acordo com Wrzesinski, Beninca e Zanettini (2019), se apresenta estrategicamente efetiva, pois inclui a transmissão de informações e esclarecimento de dúvidas para melhorar a comunicação entre os pacientes, as famílias e a equipe de saúde na UTI. Quando associadas ao acolhimento e suporte psicológico, são capazes de propiciar a conscientização e autonomia dos sujeitos frente ao adoecimento, contribuindo para adaptação e enfrentamento da situação crítica pelo conhecimento e compreensão acerca da origem, diagnóstico e prognóstico da doença. Logo, lida com as demandas do paciente a partir de uma visão holística.

Schneider e Moreira (2017) apontam que, muitas vezes, o psicólogo terá que ajustar o *setting* terapêutico, o foco, a prioridade, a forma e/ou a duração do atendimento, seja devido a

presença de familiares ou da equipe ou por outros aspectos. Deve-se ter em mente que a atuação hospitalar foge consideravelmente dos padrões estabelecidos pelo atendimento clínico tradicional, principalmente por esse ambiente ser ou estar dotado de interferências. Posto isto, tanto o estudo de Arruda e Branco (2022) quanto o de Ortiz, Giguier e Grzybowski (2016) contribuem para uma reflexão aprofundada sobre as demandas e possibilidades associadas ao contexto da limitação verbal.

O estudo de Arruda e Branco (2021) demonstra que, no caso de pacientes com limitação na fala, o psicólogo deve se concentrar na linguagem não verbal, adotando estratégias criativas de comunicação, como gesto, escrita ou sinais impressos, para identificar as necessidades dos pacientes e reduzir seu sofrimento. Além disso, a estratégia de piscar o olho e leitura labial também pode ser útil, permitindo que a família atue como intermediadora nesse processo, já que tem mais conhecimento acerca do paciente (Arruda, Branco, 2022).

Desse modo, Ortiz, Giguier e Grzybowski (2016) ressaltam a importância desses recursos alternativos ao atender pacientes nessas condições, já que a fala costuma ser a principal ferramenta de expressão desses indivíduos. Os autores também abordam outros códigos de comunicação e expressões corporais como: abrir e fechar os olhos; piscadelas mostrando sim ou não; apertos na mão do terapeuta; sinalizações; leitura labial; expressões emocionais e corporais do paciente; pequenos toques. Já com relação aos pacientes inconscientes, recomendam o uso da fala por parte dos familiares, abordando sobre o próprio paciente, sobre a visita e sobre coisas esperançosas.

Arruda e Branco (2022) acrescentam que, frente a esse processo, no que tange à família, o psicólogo pode fortalecer o vínculo entre eles; realizar psicoeducações, oferecer suporte psicológico; estimular o diálogo e a empatia da família frente às adversidades do paciente; e orientar sobre como os familiares podem promover motivação de forma adequada. É nesse sentido que o psicólogo pode garantir a qualidade da assistência ao paciente, enxergando-o de uma maneira ampliada e ampliando suas práticas.

Eixo 3 – Família e o processo de hospitalização

A importância dos laços familiares é ainda mais evidente em tempos de enfermidade, pois a família é a instituição com maior probabilidade de fornecer assistência e acolhimento (Baptista, Dias, Baptista, 2018). Em seu estudo, Goularte, Gabarra e More (2020) expõem que há várias

pesquisas que demonstram que as famílias desempenham um papel importante na redução dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse causado pelo adoecimento. Pina, Lapchinsk e Pupilim (2008) pesquisaram a percepção de pacientes críticos frente à internação e observaram que a presença dos familiares foi usada como um importante recurso de enfrentamento, já que servem como um grupo de solidariedade e estimulam a reabilitação. É possível confirmar tal afirmação através da fala de alguns participantes do estudo de Silva, Almeida e Corrêa (2023), ao abordarem sobre o impacto positivo que tiveram ao perceberem a presença de seus familiares durante o seu processo de internação na UTI.

Segundo Reis, Gabarra e More (2016), a internação em UTI vai além dos limites do hospital e afeta o cotidiano dos familiares envolvidos na experiência. Logo, Schneider e Moreira (2017) elucidam que os familiares enfrentam mudanças na rotina diante à hospitalização, incertezas sobre o diagnóstico, deparando-se com o desconhecido e, muitas vezes, sem conseguir se concentrar totalmente no sujeito hospitalizado. Diante disso, o estudo de Arruda e Branco (2022) aborda que a recuperação do paciente pode ser afetada pelo modo como as famílias se reorganizam diante desse processo, principalmente quando os recursos para a elaboração e enfrentamento da situação fracassam. Logo, devido ao fato de que o sofrimento dos familiares tem um impacto direto na recuperação dos pacientes, bem como na saúde física e mental de ambos, é necessário prestar uma atenção especial à família (Reis, Gabarra, More, 2016).

Assim, o papel do psicólogo torna-se importante à medida que os enxerga como uma extensão do paciente e o seu cuidado como uma ajuda ao ente querido hospitalizado. De acordo com Lunardi Filho *et al.* (2004), os familiares são propensos a ser ou estar ansiosos por ter que experimentar a realidade em um hospital, ou seja, eles podem se preocupar com a possibilidade de ver seus familiares internados na UTI, com o fato de ouvir as informações transmitidas pelo médico e até com a possibilidade de óbito ou não evolução. Todavia, vale ratificar que, para Arruda e Branco (2022), a compreensão de um familiar sobre o prognóstico do paciente está diretamente ligada à forma como ele recebe as informações da equipe.

O estudo de Morgon e Guirardello (2004) destacou as principais necessidades dos familiares em UTI: sentir que a equipe está interessada pelo paciente, estar seguro de que ele está recebendo o melhor tratamento possível, sentir esperança de melhora, saber que tratamento está sendo dado e receber perguntas respondidas com franqueza (apud Moraes, Renata, Borges, 2017, p.140). Frente a isso, estas autoras apontam que o objetivo do suporte psicológico direcionado à

família deve ser reduzir a ansiedade e lidar com as emoções que possam surgir durante o processo de internação.

No estudo realizado por Schneider e Moreira (2017), as psicólogas entrevistadas relatam a importância de ajudar os familiares a se colocarem em uma posição de cuidadores sem descuidar das próprias necessidades, ajudando-os a se adaptar a novos papéis na família e a reconhecer possíveis complicações no processo de perda. Isso inclui não apenas o luto propriamente dito, mas a perda de saúde, condições ou realidade.

Eixo 4 – Percepções acerca da visita familiar na UTI

De acordo com Wrzesinski, Beninca e Zanettini (2019), o foco de vários estudos tem sido o desenvolvimento de estratégias para humanizar o atendimento hospitalar, incluindo a participação dos familiares dos pacientes no processo terapêutico, particularmente na Unidade de Terapia Intensiva. Posto isto, Reis, Gabarra e More (2016), defendem que a família compõe parte integrante do paciente internado em UTI, sendo o horário de visita um dos momentos de maior expectativa dos familiares. Moraes, Renata e Borges (2017) acrescentam que o familiar que realiza a visita enfrenta dificuldades devido às circunstâncias, à mudança de rotina e à falta de recursos internos, o que ressalta a importância do psicólogo nesse contexto.

Diante disso, como mostra Lima e Martins (2017) a conferência familiar entre equipe de saúde e familiares mostra-se como uma intervenção positiva que potencializa o diálogo, sana dúvidas e permite a expressão de sentimentos, aumentando o grau de satisfação da família e, conseqüentemente, diminuindo os sintomas ansiosos e depressivos. Tendo isso em consideração, Moraes, Renata e Borges (2017) adicionam que é crucial para o psicólogo identificar familiares muito ansiosos ou com medo do desconhecido, devido ao fato de não conhecer uma UTI ou nunca ter visto um familiar naquela situação.

Moraes, Renata e Borges (2017) citam um estudo desenvolvido por Bunn e Clarke (1979), onde descobriram que dar suporte aos familiares antes da visita interfere no nível de ansiedade destes e pode ajudar no tratamento dos pacientes, pois quando os familiares se sentem notados, passam a confiar na equipe médica, atuando de maneira proativa e favorável. Assim, Schneider e Moreira (2017) indicam que alguns psicólogos optam por formar grupos psicoeducativos, já que abrange mais pessoas e possibilita ensinar aos familiares e cuidadores sobre as rotinas da unidade,

expor regras, tirar dúvidas e apresentar a equipe, identificando também familiares que precisam de atenção individualizada. Logo, os psicólogos trabalham no grupo para reduzir a ansiedade dos familiares, observando relatos e comportamentos sobre a situação e os pacientes abordados pela família, de forma que possa ajudar no atendimento posterior (Baptista, Dias, 2010).

Moraes, Renata e Borges (2017) apontam que, embora a preparação para a visita à UTI exija esforços, revela-se uma ação essencial para uma assistência humanizada. No estudo de Otto, Nunes e Braga (2020) observa-se que o uso de materiais educativos pode melhorar o cuidado e a segurança do paciente, além de diminuir o sofrimento emocional e as dúvidas, já que os familiares se mostram menos propensos a causar acidentes durante sua permanência na UTI, ajudam na vigilância e previnem infecções e eventos adversos por parte da equipe. Dessa forma, os autores propuseram a elaboração de um quadro psicoeducativo a ser colocado na sala de espera da UTI, que visa orientar os familiares e visitantes de forma acessível, objetiva e acolhedora. Eles acreditam que propiciar esse tipo de material auxilia na diminuição da angústia dos familiares e suas dúvidas básicas, permitindo e propiciando que a família foque no fundamental: seu ente querido.

Já o estudo realizado por Moraes, Renata e Borges (2017) propôs a exibição de um vídeo informativo, associado a transmissão de informações via oral pela equipe de Psicologia. Todavia, os autores consideram que o videoclipe não se mostrou um elemento de destaque para melhor compreensão por parte dos familiares, associando tal fato a possibilidade de os participantes já terem visitado a UTI anteriormente, propondo então a realização de um novo estudo com outra amostra de participantes.

Um outro ponto levantado com relação à visita familiar foi a possibilidade da ampliação do horário de visitas nas UTIs, todavia, Wrzesinski, Beninca e Zanettini (2019) expõem que se constitui como um desafio, pois as unidades costumam restringir o período de trinta minutos à uma hora e meia como prática comum e institucionalmente validada. E, embora abordem que a ampliação da visita ou a permanência de acompanhantes possa ser uma prática efetiva para minimização do sofrimento, tanto do paciente quanto da família; os autores apontam a falta de preparação dessas unidades, tanto em termos físicos quanto em termos de qualificação humana dos profissionais para receber e acolher esses familiares. No estudo realizado por eles, observou-se que, os familiares em situação de visita estendida, apresentaram desconforto e constrangimento em permanecer na unidade, devido à falta de familiaridade e a sensação de inutilidade; observaram distanciamento da equipe, levando-os a manter uma postura passiva e neutra, interferindo o mínimo

possível, mas sempre reconhecendo a qualidade dos serviços e cuidados prestados pelos profissionais.

No Distrito Federal, a Lei Nº 6.366, de 28 de agosto de 2019, de autoria do Projeto elaborado pelo Deputado Leandro Grass, dispõe sobre a permanência de acompanhantes nas dependências das Unidades de Terapia Intensiva dos hospitais, assegurando o direito à permanência de 1 acompanhante à pessoa que se encontre internada. No entanto, percebe-se uma grande dificuldade de aplicação dela na prática, mesmo que a não observância de suas disposições possa acarretar penalidades administrativas. E, embora a Política Nacional de Humanização defenda a presença do cuidador nesse cenário, ainda há muitas barreiras a serem quebradas até que essa prática seja institucionalmente aceita e validada. Logo, percebe-se a necessidade de que haja novas pesquisas sobre essa temática, em prol de visualizar os impactos dessa prática a todos os sujeitos envolvidos e sistematizá-la de forma efetiva, focalizando sempre o benefício do sujeito adoecido, já que este deve ser o objetivo principal.

Eixo 5 – O psicólogo e a equipe multiprofissional

Segundo Schneider e Moreira (2017), o psicólogo às vezes é desafiado a integrar uma equipe multidisciplinar que tenta se conectar e trocar informações. Arruda e Branco (2022) elucidam que o trabalho multiprofissional é imprescindível para uma boa evolução do quadro clínico do paciente. Essa troca pode ser feita formalmente através dos registros em prontuários e informalmente nas trocas verbais diárias (Baptista, Dias, Baptista, 2018). Diante disso, o psicólogo atua como mediador entre o paciente, a família e a equipe, estimulando o diálogo e desatando os nós da comunicação. É nesse sentido que Vieira e Waischung (2018) acreditam que o psicólogo deve orientar sua prática para promover as relações humanas, fornecendo à equipe uma visão completa do paciente para que as reações emocionais e o sofrimento deste sejam percebidos e tratados. Pois, para Schneider e Moreira (2017), a equipe necessita compreender melhor essa importância de tratar e prevenir os aspectos subjetivos com os pacientes da UTI.

Por outro lado, como aponta Arruda e Branco (2022), uma comunicação ineficaz pode prejudicar o desempenho da equipe multiprofissional, colocando em risco a qualidade do cuidado e causando sentimentos de descaso e solidão nos pacientes e familiares. Segundo esses autores, os indivíduos apresentam dificuldades em assimilar as informações repassadas pela equipe, devido a

vários fatores, gerando constrangimento. Nesse sentido, observou-se que o psicólogo pode fazer uso do treino assertivo, estimulando o esclarecimento de dúvidas e uma boa comunicação com a equipe, recomendando o uso de uma linguagem acessível e sem tecnicismos por parte dos profissionais, favorecendo então a compreensão.

O estudo de Reis, Gabarra e More (2016) evidenciou que a forma como essa comunicação se dá tem um papel crucial no processo emocional vivenciado pelos indivíduos durante a internação, podendo tanto exacerbar quanto minimizar o sofrimento. No entanto, embora a importância dessa comunicação seja reconhecida, Ternus e Wollmann (2021) mostram que essa competência ainda demonstra fragilidade, necessitando ser aprimorada dentro da UTI, o que, por sua vez, também dificulta o processo de humanização. Schneider e Moreira (2017) acrescentam que o trabalho em grupo exige interação diária entre os profissionais, o que poderia ser mais bem abordado durante a formação profissional. Posto isto, o psicólogo pode ser um mediador nessa situação, identificando as necessidades individuais das partes e ajudando a encontrar soluções (Vieira, Waischung, 2018). Ademais, na interação com a equipe, ele pode auxiliá-los a observar aspectos emocionais do paciente e suas expressões corporais, em prol de identificar precocemente necessidades de atenção e demanda (Lucchesi, Macedo, Marco, 2008).

Eixo 6 – A morte e a UTI

A morte na UTI pode ser percebida de múltiplas maneiras, a depender das circunstâncias individuais e das experiências das pessoas envolvidas. No entanto, abordar sobre essa temática pode ser extremamente ansiogênico. Diante ao longo período de internamento nesta unidade, os indivíduos podem retomar o seu funcionamento ou evoluir gradativamente ao óbito (Ortiz, Guiger, Grzybowski, 2016). Logo, o psicólogo se concentrará em situações delicadas, como óbitos e notícias negativas, lidando com a dor e a desesperança das pessoas (Schneider, Moreira, 2017).

Perante a morte, Nuevo e Rocha (2021) defendem que o papel do psicólogo é de acolher as emoções e sentimentos que permeiam esse momento de ruptura cotidiana, proporcionando um espaço de escuta, em prol de ressignificar o momento de angústia e sofrimento. As autoras acrescentam que o psicólogo deve analisar o que é mais urgente para a família no momento: reorganização psíquica, ressignificação, preparação para a elaboração do luto e/ou os rituais de despedida, auxiliando-os nesses processos. Além disso, observam que os familiares podem

apresentar dificuldade em traduzir e/ou expressar em palavras o que estão sentindo, por isso o psicólogo pode fornecer um espaço de escuta para que a família expresse seus sentimentos através do corpo e do silêncio, quando necessário. Diante disso, Lima e Martins (2017) defendem que novos caminhos terapêuticos surgem como resultado dessa escuta, atendendo melhor às necessidades subjetivas de cada um.

Reis, Gabarra e More (2016) observaram que os familiares costumam estabelecer metáforas entre a vida e a morte, alternando entre as chances de vida e o medo da perda, ou ainda, na ambivalência entre ambos. Sabendo que as principais causas de mortalidade na UTI incluem doenças crônicas, insuficiência respiratórias, complicações pós-operatórias, sepse etc., Nuevo e Rocha (2021) apontam que a morte encefálica (ME) também se mostra como uma possibilidade inesperada, inusitada e surpreendente, podendo ser traumática para a família, já que ali existe a ambivalência de um corpo quente que respira, contudo, não mais vivo. Posto isto, as autoras observaram em seu estudo a importância da presença do psicólogo, desde a abertura até o fechamento do protocolo, no sentido de auxiliar a família no entendimento do quadro de saúde do paciente e no processamento e elaboração do luto.

Principalmente na Unidade de Terapia Intensiva, onde a morte é sempre uma ameaça, o sofrimento emocional torna-se ainda mais extremo, o que pode levar ao luto antecipatório (Santos et al., 2018). Com relação aos pacientes, Arruda e Branco (2022) destacam que o falecimento de outros indivíduos nesse ambiente, pode levar à descrença e ao desinvestimento na própria recuperação. Sendo assim, cabe ao psicólogo ir ao encontro do paciente em seu leito e oferecer a escuta e o apoio que este necessita. Já com relação aos familiares, Fonseca, J. e Fonseca, M. (apud, Vieira, Waischungg, 2018) apontam que o psicólogo pode ajudá-los a evitar estar tão expostos aos fatores de risco que podem dificultar o luto pós-morte, após efetivação da perda propriamente dita.

Posto isto, o estudo de Viera e Waischungg (2018) enfatiza que o atendimento psicológico pode auxiliar os familiares a lidarem com questões mal resolvidas com os moribundos, identificar e expressar emoções, propiciando uma despedida adequada pois, ao fazerem isso, as reações pós-óbito tendem ser mais leve, o que facilita o processo do luto. Além disso, os autores também abordam sobre a importância da atuação do psicólogo na equipe de saúde diante à morte pois, para estes, ela pode ser vista como um tabu e/ou representar um erro ou fracasso profissional, o que dificulta abordar sobre essa temática, podendo se traduzir em problemas de relacionamento e

comunicação. Se essas questões não forem bem abordadas, podem desencadear diversas estratégias de enfrentamento, como negar, ocultar a dor, somatizar ou mesmo Burnout (Kovacs, 2011).

Eixo 7 – Psicologia: a humanização na formação e na prática profissional

Segundo Lima e Martins (2017), ao incluir o trabalho da Psicologia no âmbito hospitalar, o cuidado em saúde deixa de focar apenas no corpo físico, compreendendo o sujeito em sua dimensão subjetiva, social e cultural. Contudo, Arruda e Branco (2022) apontam que os profissionais, envolvidos com máquinas e monitores, tendem a dar mais importância ao corpo doente do que às pessoas que estão envolvidas no processo de saúde-doença-cuidado. Em concordância a isso, Ternus e Wollmann (2021) elucidam que o modelo biomédico de atenção à saúde ainda predomina no contexto hospitalar, desconsiderando, muitas vezes, a integralidade do sujeito. As autoras reconhecem que, diante ao contexto das UTIs, o cuidado técnico não deve ser o único a ser enfatizado, ressaltando a importância da implementação da Política Nacional de Humanização, no ano de 2003, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Refletir sobre a prática profissional é uma orientação do HumanizaSUS, por isso Lima e Martins (2017) abordam a prática da Clínica Ampliada, visando alcançar uma atenção mais resolutiva e integral, pautando o atendimento na integralidade. Além disso, as autoras também discutem sobre política de visitação e ambiência, visando ações que possam ser benéficas aos envolvidos no contexto da UTI. Contudo, ressaltam sobre a necessidade do processo de construção e desconstrução por parte dos profissionais já robotizados em suas práticas, elucidando a importância do psicólogo como propulsor de questionamentos e reflexões acerca de um serviço mais humanizado.

No estudo realizado por Silva, Almeida e Corrêa (2023), notou-se que, quando uma relação entre o profissional e o paciente é baseada no respeito e na atenção, esse cuidado personalizado e humanizado reverbera de forma favorável no processo adaptativo do indivíduo, resgatando a autonomia e a dignidade humana. Fator também observado também no estudo de Reis, Gabarra e More (2016) onde, diante uma relação de cuidado integral, os sujeitos demonstraram satisfação com o cuidado e confiança na equipe, apresentando sensação de tranquilidade e segurança, além de sentimentos de gratidão. Logo, Vieira e Waischunng (2018) defendem que o psicólogo trabalha neste ambiente para mediar as circunstâncias que afetam o doente, garantindo a qualidade da

comunicação, ajudando a promover o ideal de humanização e zelando pelo bem-estar mental dos pacientes internados.

Diante disso, verifica-se que a presença do psicólogo é importante no processo de humanização para que as necessidades do paciente sejam atendidas de forma mais ampla possível, pois é esse profissional o mais indicado para abordar as reações emocionais e psicológicas causadas pela doença, como ansiedade, medo e depressão (Ternus, Wollmann, 2021). Porém, com relação a qualificação e formação destes profissionais, o estudo de Schneider e Moreira (2017) promove uma reflexão acerca da carência que se faz presente nos cursos de Psicologia, com relação aos conteúdos que capacitem, de fato, os alunos para a atuação em saúde no contexto brasileiro atual, considerando suas especificidades, tanto do setor público como privado. Posto isto, Ternus e Wollmann (2021) elucidam sobre a necessidade de ir além da prática para discutir dilemas cotidianos das equipes, promovendo reflexões sobre empatia, condutas, qualidade de atendimento ou mesmo sobre autoconhecimento do profissional, que são considerados fatores subjetivos da assistência.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que o psicólogo hospitalar desempenha um papel crucial na Unidade de Terapia Intensiva adulto, devido à sua capacidade de oferecer suporte emocional e psicológico não apenas aos pacientes, mas também às suas famílias e à equipe médica, diante as mais variadas demandas que se manifestam frente ao processo de hospitalização. Além disso, promove uma comunicação eficaz, prestando uma assistência baseada no respeito, dignidade e autonomia, à medida que vê os sujeitos a partir de uma visão integral, o que contribui para o bem-estar geral e a qualidade do cuidado oferecido para todos os envolvidos nesse ambiente crítico.

À vista disso, percebeu-se que, embora a UTI seja projetada para fornecer suporte vital, tratamento especializado e monitoramento constante para pacientes em estado crítico, há vários estigmas associados a esse local, podendo variar muito de acordo com a experiência individual de cada pessoa, suas percepções, conhecimentos e experiências prévias. Logo, é importante reconhecer essa variação e abordar os estigmas de maneira sensível e individualizada, onde o psicólogo se mostra relevante ao fornecer sustento emocional e validação das experiências, promovendo uma compreensão mais empática e compassiva das complexidades envolvidas na

internação na UTI.

Nesse contexto, é comum que os familiares sofram ao ver um ente querido internado, já que as circunstâncias que envolvem essa experiência podem ser extremamente difíceis e desafiadoras, por várias razões. Então, notou-se também que o psicólogo desempenha um papel vital no apoio às famílias durante esse difícil período de internação, principalmente frente às visitas familiares, pois oferece ajuda emocional, facilita a comunicação e fornece recursos para enfrentar os desafios emocionais e práticos dessa experiência. Já com relação a equipe multiprofissional da UTI, o psicólogo visa diminuir os ruídos na comunicação observados pelos sujeitos envolvidos no processo de hospitalização, ajudando a garantir que as necessidades emocionais e psicológicas destes sejam abordadas de maneira adequada, contribuindo assim para uma melhor experiência de cuidado e resultados.

Frente à atuação do psicólogo na UTI, a partir de uma visão ampliada, observou-se que esse profissional estende a sua prática para além dos pacientes conscientes que verbalizam, estimulando desde sujeitos em coma e/ou sedação a sujeitos com limitação na expressão verbal. Ao utilizar códigos de comunicação e expressões corporais, ele permite que esses pacientes também se expressem, possibilitando a identificação das suas necessidades e, conseqüentemente, a redução do seu sofrimento. É nesse sentido que o psicólogo pode garantir a qualidade do cuidado, enxergando o paciente de uma maneira ampliada e repensando suas práticas.

Tendo em vista que, mesmo sob todos os cuidados e assistência prestada pela equipe de saúde, os pacientes internados nesta unidade encontram-se em risco iminente de morte, e lidar com esse processo pode ser extremamente difícil e doloroso. A fim de ajudar a lidar com as más notícias, com a perda propriamente dita e com as emoções que permeiam esses momentos tão difíceis, observou-se que o psicólogo realiza um acolhimento, lidando com a dor e desesperança das pessoas, proporcionando um espaço de escuta, reorganização psíquica e ressignificação dos momentos de angústia e sofrimento. Além disso, também auxilia na elaboração do luto e nos rituais de despedida, tornando as reações pós-óbitos dos indivíduos mais amenas.

Por fim, notou-se que muito se discute sobre a importância de uma assistência humanizada nas Unidades de Terapia Intensiva, na qual a prática profissional não deve se embasar somente nas teorias e postulados, tendo também como norteador a Política Nacional de Humanização, dentre as demais políticas do SUS. Logo, isso envolve também o processo de refletir sobre o manejo profissional, para que haja aprimoramento das práticas, à medida que vê os sujeitos de forma

integral, e é nesse sentido que a inserção do psicólogo na UTI vai de encontro às políticas que prezam pela humanização do cuidado nos espaços de saúde, promovendo questionamentos e reflexões por parte de outros profissionais, por sua vez. Observou-se também que o psicólogo deve buscar pelo conhecimento de forma contínua, repensando suas próprias práticas e trocando experiências com outros profissionais a fim de ter condições para lidar com situações mais complexas, já que se percebem algumas carências com relação a formação deste profissional sobre teorias e práticas voltadas para atenção à saúde no contexto brasileiro.

Após elucidação de todos esses saberes acerca da prática profissional do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva adulto, verifica-se que todos os objetivos propostos inicialmente foram alcançados, bem como as problemáticas resolvidas e a hipótese confirmada. Todavia, perceberam-se algumas limitações na realização deste estudo, associadas, principalmente, a escassez de pesquisas empíricas recentes que abordem diretamente sobre a temática em questão e tragam a experiência da vivência na prática; bem como a escassez de estudos teóricos que discorram, de forma aprofundada, sobre as intervenções mais utilizadas nos contextos da UTI e sua eficácia.

Diante desse cenário, espera-se que este estudo contribua significativamente para um melhor entendimento sobre o trabalho deste profissional neste contexto, servindo como base para elaboração de novos estudos integrativos e/ou pesquisas das mais diversas metodologias, para que possam cooperar com a clarificação, sistematização e criação de novos saberes, intervenções e práticas, contribuindo para o avanço do conhecimento científico nessa área importante da saúde.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, K. D. A. S.; BRANCO, A. B. A. C. **Atuação do psicólogo intensivista junto ao paciente em desmame ventilatório.** *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, p. 1-24, ago. 2022. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipespq/v16n2/10.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2024.
- ARRUDA, K. D. A. S.; BRANCO, A. B. A. C. **Fluxograma e protocolo de intervenção psicológica em Unidade de Terapia Intensiva:** pacientes em desmame ventilatório. *Rev. SBPH*, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 17-32, dez. 2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 maio 2024.
- BRASIL. **Lei Nº 6.366, de 28 de agosto de 2019.** Dispõe sobre a permanência de acompanhantes nas dependências das unidades de terapia intensiva dos hospitais, unidades de pronto atendimento e maternidades públicas e privadas e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RDC nº 7 de 24 de fevereiro de 2010.** Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 24 fev. 2010.
- BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R. (2010). **Psicologia hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos.** 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 250 p.
- BAPTISTA, M. N.; DIAS, R. R.; BAPTISTA, A. S. D. (2018). **Psicologia hospitalar, teoria, aplicações e casos clínicos.** (3a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- BOLELA, F.; JERICÓ, M. DE C. **Unidades de terapia intensiva:** considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. *Escola Anna Nery*, v. 10, n. 2, p. 301–309, ago. 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/bzWqL4GBZhk74wJn637bbjB/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 15 abril 2024.
- BRITO, F. M., COSTA, I. C., COSTA, S.F., ANDRADE, C.G., SANTOS, K. F., FRANCISCO, D. P. **Comunicação na iminência da morte:** percepções e estratégia adotada para humanizar o cuidar em enfermagem. *Escola Anna Nery*, v. 18, n. 2, p. 317–322, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/1277/127730686020.pdf>>. Acesso em: 28 abril 2024.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética médica. **Resolução nº 2.271.** Brasília: Tablóide, 2020. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2020/2271_2020.pdf>. Acesso em: 02 maio 2024.
- EMRICH, F. C. G.; LIMA, P. M. R. **O Desamparo na UTI:** Uma Análise Psicanalítica da

Experiência de Pacientes em um Hospital Universitário. Rev. Subj., Fortaleza, v. 21, n. 2, p. 1-12, ago. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692021000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 abril 2024.

FATTORE, A. F. P. (2017). **O analista na UTI: Angústia e o ato analítico.** In M. R. Faria (Org.), O psicanalista na instituição, na clínica, no laço social, na arte (pp. 81-88). São Paulo: TORO Editora.

GOULARTE, P. N.; GABARRA, L. M.; MORE, C. L. O. O. **A visita em Unidade de Terapia Intensiva adulto: perspectiva da equipe multiprofissional.** Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 12, n. 1, p. 157-170, mar. 2020. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v12n1/v12n1a12.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2024.

GUIMARÃES NETO, G. C.; PORTO, J. (2017). **Utilização de instrumentos de avaliação psicológica no contexto hospitalar: Uma análise da produção brasileira.** Revista da SBPH, 20(2), 66-88. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n2/v20n2a05.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2024.

IMANISHI, H. A.; SILVA, L. L. **Despersonalização nos hospitais: o estádio do espelho como operador teórico.** Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 41-56, jun. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abril 2024.

KOVACS, M. J. (2011) Instituições de saúde e a morte: do interdito à comunicação. Revista Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, 31(3), p. 482-503. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/3kMZKJqmKJC4z8dS48CvCyk/?lang=pt>>. Acesso em: 29 maio 2024.

LEMOS, R. C. A.; ROSSI, L. A. **O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 3, p. 345–357, jun. 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/ddBMcrMbwQgYW8rP3Fgmvw/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 maio 2024.

LIMA, F. M.; MARTINS, C. P. **Reflexões sobre o trabalho da psicologia na UTI.** Saúde em Redes, v. 3, n. 3, p. 207–213, 2017. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/03/1051460/reflexoes-sobre-o-trabalho-da-psicologia-na-uti.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2024.

LUCCHESI, F., MACEDO, P. C. M., DE MARCO, M. A. (2008). **Saúde mental na unidade de terapia intensiva.** Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar, 11(1),19-30. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v11n1/v11n1a03.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2024.

LUNARDI FILHO, W. D.; NUNES, A. C.; PAULETTI, G.; LUNARDI, V. L. (2004). **As manifestações de ansiedade em familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva gerais.** Revista Família, Saúde e Desenvolvimento, 6,100-109. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/277796419_AS_MANIFESTACOES_DE_ANSIEDADE_EM_FAMILIARES_DE_PACIENTES_INTERNADOS_EM_UNIDADES_DE_TERAPIA_INTENSIVA_GERAIS>. Acesso em: 27 maio 2024.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. In: BRASIL.

Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos. Brasília: Ministério da Saúde, p.108-137, 2004. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>>. Acesso em: 27 abril 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto & Contexto - Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758–764, dez. 2008. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 04 maio 2024.

MINAYO, M. C. S. **O desafio da pesquisa social**. In: MINAYO, M. C. S. (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. p. 9-29.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**.

Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em:

<https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_us.pdf>. Acesso em: 20 abril 2024.

MORAES, A. S.; RENATA; BORGES, C. S. **Utilização de vídeo explicativo como recurso auxiliar para acolhimento de famílias em visita à UTI**. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 9, n. 1, p. 139-151, abr. 2017. Disponível em:

<<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v9n1/v9n1a09.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2024.

MOREIRA, E. K. C. B.; MARTINS, T. M.; CASTRO, M. M. **Representação social da Psicologia Hospitalar para familiares de pacientes hospitalizados em Unidade de Terapia Intensiva**. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 134-167, jun. 2012. Disponível em

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 maio 2024.

MORGON, F.; GUIRARDELLO, E. (2004). **Validação da escala de razão das necessidades de familiares em unidade de terapia intensiva**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12(2), 198-203. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rlae/a/vzMzpSjn7jybtLtwhNKmK5F/>>.

Acesso em: 29 maio 2024.

NOGUEIRA, J. J. D. Q.; FERREIRA, J. D. A.; ALBUQUERQUE, A. M. D.; AGRA, G. (2017). **Fatores agravantes e atenuantes à percepção de morte em UTI: A visão dos pacientes**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental, 9(1), 51-56. Disponível em: <

https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4255/pdf_1>. Acesso em: 22 abril 2024.

NUEVO, A. L. G.; ROCHA, T. C. **O que pode a psicologia hospitalar diante da morte**

encefálica na uti: um relato de experiência. Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás “Cândido Santiago”, 6 abr. 2021. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/04/1178399/o-que-pode-a-psicologia-hospitalar-diante-da-morte-encefalica-na-uti.pdf>>. Acesso em: 29 abril 2024.

OLIVEIRA, E. C. N. (2002). **O psicólogo na UTI:** Reflexões sobre a saúde, vida e morte nossa de cada dia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 22(2), 30-41. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/vjYpzhksJPRx6BBZKwbtbfz/>>. Acesso em: 25 abril 2024.

ORTIZ, B. R. A.; GIGUER, F. F.; GRZYBOWSKI, L.S. **Pacientes com limitação na comunicação verbal:** prática do psicólogo na UTI. *Psicol. hosp. (São Paulo)*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 42-62, jul. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092016000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2024.

OTTO, S. C.; NUNES, T. N.; BRAGA, L. R. M. **Quadro psicoeducativo:** orientações a familiares em visita à Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. SBPH, São Paulo*, v. 23, n. 2, p. 102-112, dez. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2024.

PINA, R. Z.; LAPCHINSK, L. F.; PUPULIM, J. S. L. (2008). **Percepção de pacientes sobre o período de internação em unidade de terapia intensiva.** *Ciência, Cuidado, & Saúde*, 7(4), 503-508. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6658/3916>>. Acesso em: 25 maio 2024.

PRADO, C.; DHEIN, G. **O Psicólogo E A Unidade De Terapia Intensiva (UTI):** Um Olhar Pela Fotografia. *Revista Destaques Acadêmicos*, v. 9, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/1459>. Acesso em: 25 abril 2024.

REIS, L. C. C.; GABARRA, L. M.; MORE, C. L. O. O. **As repercussões do processo de internação em UTI adulto na perspectiva de familiares.** *Temas psicol., Ribeirão Preto*, v. 24, n. 3, p. 815-828, set. 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v24n3/v24n3a03.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2024.

SANTOS, J. R. B.; GOMES, C. A. **Atuação Do Psicólogo Hospitalar Frente Às Reações Emocionais Apresentadas Por Familiares De Pacientes Em Unidade De Terapia Intensiva Em Um Hospital Público Do Interior De Rondônia.** *Rev. SBPH vol. 21 no. 1, Rio de Janeiro – Jan./Jun. – 2018.* Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1245.pdf>>. Acesso em: 23 abril 2024.

SANTOS, S. N., SANTOS, L. S. R. L., ROSSI, A. S. U., LÉLIS, J. A., VASCONCELOS, S. C. (2011). **Intervenção Psicológica numa Unidade de Terapia Intensiva de Cardiologia.** *Revista SBPH*, 14(2), 50-66. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a05.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

SCHNEIDER, A. M.; MOREIRA, M. C. **Psicólogo Intensivista: Reflexões sobre a Inserção Profissional no âmbito Hospitalar, Formação e Prática Profissional.** Temas em psicologia, v. 25, n. 3, p. 1225-1239, 2017. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000300015>. Acesso em: 01 maio 2024.

SEVERO, G. C.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. **Estar internado em Unidade de Terapia Intensiva: percepção de pacientes.** Rev. Scientia Médica: Porto Alegre, v. 15, n. 1, jan-mar, 2005, p. 21-29. Disponível em:
<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/1539/1142>>. Acesso em: 21 maio 2024.

SILVA, J. D. DOS S.; ALMEIDA, V. C. DE.; CORRÊA, E. A. **O Mundo Privado na UTI: Análise da Internação de Pacientes Oncológicos.** Psicologia: Ciência e Profissão, v. 43, p. e255152, 2023. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/pcp/a/BcJBpqGgnsgrTm4rzn5BLK/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 06 maio 2024.

SILVA, P. N.; FERREIRA, L. A. **Percepção dos pacientes sobre a internação hospitalar em diferentes clínicas: uma revisão integrativa.** Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, [S. l.], v. 9, p. 312–322, 2021. Disponível em:
<<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4315>>. Acesso em: 24 abril 2024.

SOARES, M. **Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva.** Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 19, n. 4, 2007. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rbti/a/PNnrYqqQ5YZdt9F5V7ww6Rd/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 maio 2024.

TERNUS, B. F.; WOLLMANN, I. **Implementação da política de humanização nas Unidades de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa.** Rev. SBPH, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 76-88, dez. 2021. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 15 maio 2024.

TONETTO, A. M., GOMES, W. B. (2007). **A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar.** Estudos De Psicologia (campinas), 24(1), 89–98. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/gJLwDT5TZhyVXTRW7CZKLgG/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 abril 2024.

VAZ, E. M. et al. **RDC 7: Conhecimento do enfermeiro de unidade de terapia intensiva.** Cadernos da Escola de Saúde, v. 2, n. 10, 2017. Disponível em:
<http://portaldeperiodicos.unibrasil.com.br/index.php/cadernossaude/article/view/2390>. Acesso em: 01 maio 2024.

VIEIRA, A. G.; WAISCHUNNG, C. Dias. **A atuação do psicólogo hospitalar em Unidades de Terapia Intensiva:** a atenção prestada ao paciente, familiares e equipe, uma revisão da literatura. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 132-153, jun. 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582018000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2024.

WRZESINSKI, A.; BENINCA, C. R. S.; ZANETTINI, A. **Projeto UTI Visitas:** ideias e percepções de familiares sobre a visita ampliada. Rev. SBPH, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 90-108, dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 maio 2024.